

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Vinícius Pereira Perassol

Avaliação dos Pacientes Submetidos à Prostatectomia
Radical e seu Desfecho Quanto à Disfunção Erétil em
Hospital Universitário

São José do Rio Preto

2024

Vinícius Pereira Perassol

Avaliação dos Pacientes Submetidos à Prostatectomia
Radical e seu Desfecho Quanto à Disfunção Erétil em
Hospital Universitário

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto como requisito para obtenção do título de Mestre. Eixo Temático: Medicina Interna.

Orientador: Prof. Dr. Luís Cesar Fava Spessoto

São José do Rio Preto

2024

Ficha Catalográfica

Perassol, Vinicius Pereira

Avaliação dos Pacientes Submetidos à Prostatectomia Radical e seu Desfecho Quanto à Disfunção Erétil em Hospital Universitário/Vinicius Pereira Perassol

São José do Rio Preto, 2024,
63 p.

Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Eixo Temático: Medicina Interna.

Orientador: Prof. Dr. Luís Cesar Fava Spessoto

1. Câncer de próstata; 2. Prostatectomia radical; 3. Disfunção erétil;
4. Radioterapia; 5. Fatores prognósticos.

Vinícius Pereira Perassol

Avaliação dos Pacientes Submetidos à Prostatectomia
Radical e seu Desfecho Quanto à Disfunção Erétil em
Hospital Universitário

BANCA EXAMINADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientador: _____

2º Examinador: _____

3º Examinador: _____

Suplentes: _____

São José do Rio Preto, ___/___/___.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimentos	ii
Epígrafe	iii
Lista de Figuras.....	iv
Lista de Tabelas e Quadros	v
Lista de Abreviaturas e Símbolos	vii
Resumo	ix
Abstract.....	x
1- INTRODUÇÃO.....	1
1.1- Objetivo	4
2- CASUÍSTICA E MÉTODO	5
2.1- Casuística.....	5
2.2- Método.....	5
2.3-Análise Estatística	8
3- RESULTADOS	10
4- DISCUSSÃO	23
5- CONCLUSÕES	27
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
APÊNDICES	30
ANEXOS	43

DEDICATÓRIA

À minha amada esposa Laís, com quem amo compartilhar a vida. Agradeço a paciência, incentivo, força e compreensão todos os dias, mas em especial durante este projeto, sem os quais não seria possível a conclusão do meu mestrado.

À minha querida filha Laís, que é a razão maior das minhas lutas e que, embora, ainda não compreenda, abdicou da minha presença para este estudo.

Aos meus amados pais Oscar “in memoriam” e Cibele, pelo afeto, carinho, cuidado e dedicação que me deram durante toda a vida. Vocês são os maiores incentivadores de meus sonhos.

Aos meu querido irmão Leandro, sempre presente e disposto a ajudar, e que, com carinho e dedicação faz do nosso núcleo familiar um lugar de paz e amor em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Luís Cesar Fava Spessoto, pela orientação, sabedoria, humildade e amizade desde a residência em Urologia até o Mestrado.

Aos Profs. Drs. Fernando Nestor Fácio Júnior e Pedro Francisco Ferraz de Arruda, membros da banca examinadora do exame geral de qualificação, pelas críticas e sugestões.

Ao Prof. Dr. José Carlos Mesquita, Chefe da Unidade de Uro-Oncologia do Hospital de Base (HB) de São José do Rio Preto, pela colaboração no levantamento de dados e pelo constante auxílio e incentivo.

Ao Profa. Dra. Lilian Castiglione, responsável pela disciplina de bioestatística aplicada da FAMERP, pela paciência, rico ensinamento e minuciosa análise estatística.

Aos residentes do Programa de Residência Médica em Urologia da FAMERP, pela colaboração em diversas cirurgias e na revisão de prontuários.

A todos os funcionários da pós-graduação da FAMERP, em especial, Luiz Henrique Oliveira Ferreira e José Antônio Silistino, pela constante colaboração e auxílio nas dúvidas referentes ao mestrado.

Aos pacientes submetidos à prostatectomia radical no HB, que, mesmo não sabendo, contribuíram e são parte fundamental do meu Mestrado.

A todos os meus pacientes que, em maior ou menor grau, abdicaram de meus cuidados médicos de alguma forma para que eu pudesse concluir esta dissertação.

“Não é o diploma médico, mas a qualidade humana, o decisivo”.

Carl Jung

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fotografia mostrando local de incisão mediana infra umbilical utilizada na prostatectomia radical retropúbica.	5
Figura 2 – Fotografia mostrando ligadura do complexo venoso dorsal da próstata em prostatectomia radical retropúbica.	6
Figura 3 – Fotografia mostrando fechamento de colo vesical quando alargado em prostatectomia radical retropúbica.	6
Figura 4 – Fotografia mostrando eversão das bordas do colo vesical em prostatectomia radical retropúbica.	7
Figura 5 – Foto mostrando anastomose uretrovesical em prostatectomia radical retropúbica.	7
Figura 6 – Distribuição de pacientes submetidos a prostatectomia radical conforme faixa etária (n = 180).	10

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 - Estatística descritiva dos grupos e divisão.....	11
Tabela 2 - Distribuição de frequência de Disfunção Erétil x Hipertensão Arterial Sistêmica.....	12
Tabela 3 - Testes estatísticos de Disfunção Erétil x Hipertensão Arterial Sistêmica.	13
Tabela 4 - Estimativa de risco de Disfunção Erétil x Hipertensão Arterial Sistêmica.	14
Tabela 5 - Distribuição de frequência de Disfunção Erétil x Diabetes Mellitus.	14
Tabela 6 - Testes estatísticos de Disfunção Erétil x Diabetes Mellitus.	15
Tabela 7 - Estimativa de risco de Disfunção Erétil x Diabetes Mellitus.	15
Tabela 8 - Distribuição de frequência de Disfunção Erétil x Radioterapia.	16
Tabela 9 - Testes estatísticos de Disfunção Erétil x Radioterapia.....	17
Tabela 10 - Estimativa de risco de Disfunção Erétil x Radioterapia.....	17
Tabela 11- Distribuição de frequência de Disfunção Erétil x ISUP da Biópsia Prostática.	18
Tabela 12 - Testes estatísticos de Disfunção Erétil x ISUP da Biópsia Prostática.....	19
Tabela 13 - Distribuição de frequência de Disfunção Erétil x ISUP da Biópsia Peça Cirúrgica.	19
Tabela 14 - Testes estatísticos de Disfunção Erétil x ISUP da Biópsia Peça Cirúrgica.	20
Tabela 15- Distribuição de frequência de Disfunção Erétil x Classificação de PSA Total.....	21
Tabela 16 - Testes estatísticos de Disfunção Erétil x Classificação de PSA Total.....	22

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ADT – Terapia de Deprivação Androgênica

DE – Disfunção Erétil

EAU – Associação Europeia de Urologia

EDR – Exame Digital Retal

HB – Hospital de Base de São José do Rio Preto

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IRA – Inibidores do Receptor de Andrógeno

ISUP – Sociedade Internacional de Patologia Urológica

MV2000i – Sistema de prontuário eletrônico

p – Valor de Significância Estatística

PSA – Antígeno Prostático Específico

PSAt – Antígeno Prostático Específico Total

PR – Prostatectomia Radical

RT – Radioterapia

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences (Software de Análise Estatística)

Símbolos

\leq – Menor ou igual

\geq – Maior ou igual

\pm – Mais ou menos (usado para desvio padrão ou erro padrão)

% – Percentagem

ng/mL – Nanogramas por mililitro (unidade de medida para PSA)

OR – Razão de Chances (Odds Ratio)

Resumo

Introdução: O câncer de próstata, altamente prevalente, frequentemente é tratado por Prostatectomia Radical (PR). Uma complicação comum associada a este procedimento é a disfunção erétil (DE), influenciada por fatores como idade, comorbidades e características tumorais. **Objetivo:** Avaliar a prevalência e os fatores associados à DE em pacientes submetidos à PR em um hospital universitário, considerando idade, comorbidades (hipertensão e diabetes), realização de radioterapia (RT) adjuvante, estadiamento tumoral e níveis de PSA pré-operatório. **Casuística e Métodos:** Este estudo retrospectivo incluiu 180 pacientes submetidos à PR entre 2017 e 2019. Dados sobre idade, comorbidades, grau de diferenciação celular (ISUP) e PSA foram coletados dos prontuários. A análise estatística incluiu testes de Qui-quadrado, verossimilhança e correlação de Pearson para avaliar a associação entre DE e os fatores clínicos. **Resultados:** A idade média dos pacientes foi de 64 anos. Observou-se que 43,1% dos pacientes sem DE e 29,5% com DE realizaram RT. Os escores ISUP mais altos apresentaram maior prevalência de DE, sugerindo relação entre agressividade tumoral e complicação. PSA e presença de hipertensão e diabetes não demonstraram correlação significativa com a DE. **Conclusões:** A agressividade do tumor, medida pelo escore ISUP, está associada à maior ocorrência de DE pós-PR. Radioterapia adjuvante demonstrou tendência de redução na incidência de DE, mas sem significância estatística. Estratégias personalizadas no manejo do câncer de próstata podem contribuir para minimizar o impacto da DE na qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-Chave: Câncer de próstata; Prostatectomia radical; Disfunção erétil; Radioterapia; Fatores prognósticos.

Abstract

Introduction: Prostate cancer, highly prevalent, is often treated with Radical Prostatectomy (RP). A common complication associated with this procedure is erectile dysfunction (ED), influenced by factors such as age, comorbidities, and tumor characteristics. **Objective:** To assess the prevalence and factors associated with ED in patients undergoing RP at a school hospital, considering age, comorbidities (hypertension and diabetes), use of adjuvant radiotherapy (RT), tumor staging, and preoperative PSA levels. **Casuistic and Methods:** This retrospective study included 180 patients who underwent RP between 2017 and 2019. Data on age, comorbidities, cellular differentiation grade (ISUP), and PSA were collected from medical records. Statistical analysis included chi-square tests, likelihood ratios, and Pearson's correlation to evaluate the association between ED and clinical factors. **Results:** The average age of patients was 64 years. It was observed that 43.1% of patients without ED and 29.5% with ED underwent RT. Higher ISUP scores were associated with a greater prevalence of ED, suggesting a relationship between tumor aggressiveness and this complication. PSA levels and the presence of hypertension and diabetes showed no significant correlation with ED. **Conclusions:** Tumor aggressiveness, measured by the ISUP score, is associated with a higher occurrence of ED post-RP. Adjuvant radiotherapy showed a trend toward reducing the incidence of ED but without statistical significance. Personalized management strategies in prostate cancer treatment may help minimize ED's impact on the patient's quality of life.

Keywords: Prostate cancer; Radical prostatectomy; Erectile dysfunction; Radiotherapy; Prognostic factors.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de próstata é o segundo câncer mais comumente diagnosticado em homens⁽¹⁾. Sua incidência é significativa e varia amplamente entre diferentes regiões do mundo, houve aproximadamente 1.414.259 novos casos de câncer de próstata em todo o mundo em 2020. A taxa de incidência padronizada por idade global foi de 31 por 100.000 homens. Sendo o Brasil, um país com alta taxa de incidência padronizada por idade, com 91,4 casos por 100.000 homens em 2020⁽²⁾.

Esta doença apresenta padrão de distribuição da incidência e estágio de doença, seguindo fatores biológicos, genéticos e/ou estilo de vida, mas que também são influenciados pelas recomendações de organizações nacionais e internacionais sobre triagem e diagnóstico⁽³⁾.

A Associação Europeia de Urologia (EAU), recomenda rastrear o câncer de próstata em homens assintomáticos com idades entre 50 e 69 anos. Indivíduos com maior risco, como aqueles com histórico familiar de câncer de próstata ou portadores de mutações no gene BRCA2; a triagem deve começar aos 45 anos ou até mesmo aos 40 anos^(4,5).

O rastreamento do câncer de próstata é realizado principalmente através da combinação de dois métodos: exame de sangue para medir o antígeno prostático específico (PSA) e exame digital retal (EDR)⁽⁶⁾.

O PSA é uma proteína produzida pela próstata, e níveis elevados no sangue podem indicar a presença de câncer de próstata, embora também possam ser causados por outras condições benignas⁽⁶⁾.

O EDR envolve a palpação da próstata através do reto para detectar anormalidades físicas. Embora o EDR tenha sido tradicionalmente usado, não é recomendado de forma isolada devido à falta de evidências sobre seus benefícios⁽⁶⁾.

A confirmação do diagnóstico é feita através da biópsia da próstata, geralmente guiada por ultrassom ou ressonância. A análise histopatológica das amostras de biópsia é essencial para confirmar a presença de adenocarcinoma prostático. Critérios histológicos incluem padrão de crescimento glandular infiltrativo, ausência de células basais e atipia nuclear⁽⁷⁾, de acordo com a classificação da Sociedade Internacional de Patologia Urológica (ISUP).

Após o diagnóstico, a classificação em grupos de risco é essencialmente baseada no sistema de classificação de D'Amico e se baseia no agrupamento de pacientes não metastáticos e com risco semelhante de recorrência bioquímica após prostatectomia radical (PR) ou radioterapia externa (RT). Sendo baixo risco (Antígeno Prostático Específico Total (PSAt) < 10ng/ml e ISUP 1 e cT1-2a), risco intermediário (PSAt 10-20ng/ml ou ISUP 2/3 ou cT2b), alto risco localizado (PSAt > 20ng/ml ou ISUP 4/5 ou cT2c) e alta risco localmente avançado (qualquer PSAt ou qualquer ISUP e cT3-4 ou cN+)⁽⁸⁾.

O tratamento do câncer de próstata é multifacetado e depende do estágio da doença, do risco associado e das preferências do paciente. As opções de tratamento incluem vigilância ativa, PR, RT, terapia de privação androgênica (ADT) e quimioterapia.

A vigilância ativa é recomendada para homens com câncer de próstata de baixo risco, especialmente aqueles com PSAt < 10 ng/mL e escore de Gleason 3+3. Este método envolve monitoramento regular com PSA, EDR e biópsias periódicas⁽⁹⁾.

PR e RT são opções curativas para a doença localizada⁽¹⁰⁾.

Para doença localmente avançada ou de alto risco, a combinação de ADT com RT mostrou melhorar a sobrevida livre de doença. A ADT é frequentemente usada em casos de doença metastática ou não passível de cura cirúrgica. Pode ser combinada com inibidores do receptor de andrógeno (IRA) como abiraterona, enzalutamida, apalutamida e darolutamida, que demonstraram eficácia significativa^(11,12).

Quimioterapia com docetaxel é indicada para câncer de próstata metastático, especialmente, em combinação com ADT, melhorando a sobrevida em comparação com ADT isolada. Em casos de câncer de próstata resistente à castração, opções adicionais incluem cabazitaxel, inibidores de PARP (poli adenosina difosfato ribose polimerase) e terapias com radioligantes como o lutécio-PSMA⁽¹³⁾.

O objetivo da PR por qualquer abordagem é a erradicação do câncer, enquanto, sempre que possível, preservar a função dos órgãos pélvicos⁽¹⁴⁾, durante a cirurgia as anastomoses evoluíram de suturas de aproximação Vest para anastomoses estanques de sutura contínua sob visão direta e o mapeamento da anatomia do complexo venoso dorsal e nervos cavernosos levou a uma excelente visualização e potencial para preservação da função erétil⁽¹⁵⁾.

Após a cirurgia o médico deve se concentrar em detectar complicações relacionadas ao tratamento e ajudar os pacientes a lidar com sua nova situação, além de fornecer informações sobre a análise patológica, tudo isso permite o tratamento precoce das doenças relacionadas ao procedimento.

A qualidade de vida e atendimento personalizado andam de mãos dadas. Levar em consideração a qualidade de vida depende da compreensão dos valores e preferências do paciente para que propostas de tratamento ideais possam ser formuladas e discutidas. O tratamento do câncer de próstata pode afetar um indivíduo tanto físico como mentalmente, bem como, relações próximas e trabalho⁽¹⁶⁾.

Considerando a possibilidade da disfunção erétil (DE) em pacientes com neoplasia prostática submetidos à PR associada ou não à RT, justifica-se o presente estudo, pois apesar da considerável quantidade de pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico; avaliar a relação da DE pós PR com idade, comorbidades, estadiamento anatomopatológico e grau de diferenciação celular da peça cirúrgica proporciona uma visão ampla sobre o tratamento do paciente com neoplasia prostática. Além disso, identificar fatores associados à piora da função erétil pós PR em hospital universitário situado no interior do Estado de São Paulo possibilitará a melhora dos protocolos de tratamento e desenvolvimento de intervenções para reduzir a ocorrência desta complicação.

1.1- Objetivo

O objetivo desta pesquisa foi investigar a prevalência de DE em paciente submetidos à PR em hospital universitário, considerando idade, comorbidades, presença de DE, realização de RT, estadiamento anatomopatológico da peça cirúrgica e grau de diferenciação celular da peça cirúrgica, grau de diferenciação da biópsia e PSA total pré-operatório.

2. CASUÍSTICA E MÉTODO

2.1- Casuística

Retrospectivamente, foram estudados pacientes submetidos à PR devido à neoplasia prostática no Hospital de Base de São José do Rio Preto, SP (HB). O período estudado compreendeu janeiro/2017 a dezembro/2019. (Apêndice 1)

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.(Anexo 1)

2.2- Método

O prostatectomia baseou-se em abordagem radical retropúbica com acesso por incisão mediana infra umbilical (Figura 1). Foi realizada ligadura do complexo venoso dorsal com fio vycril zero de 70 cm com agulha cilíndrica de 36mm (Figura 2).

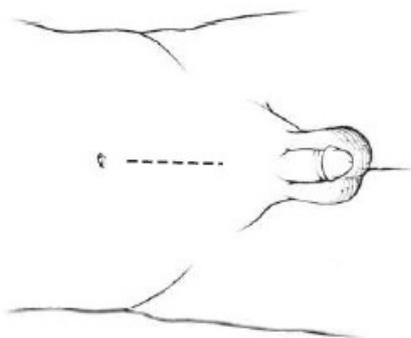


Figura 1 - Incisão mediana infra umbilical.

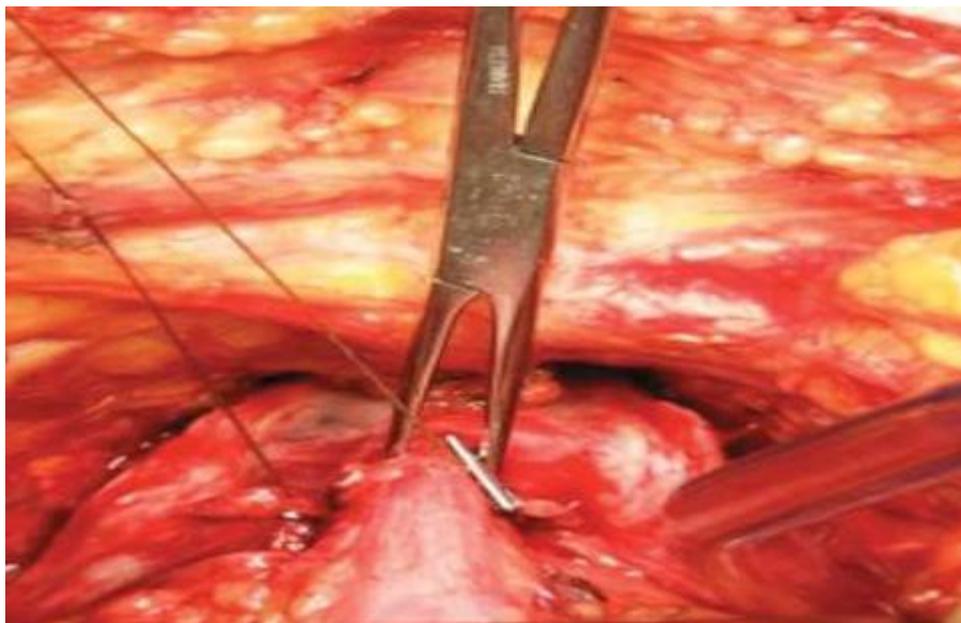


Figura 2 – Fotografia mostrando ligadura do complexo venoso dorsal.

Para os casos em que o colo vesical apresentou alargamento; o fechamento foi feito com fio catgut 3-0 de agulha cilíndrica (Figura 3).

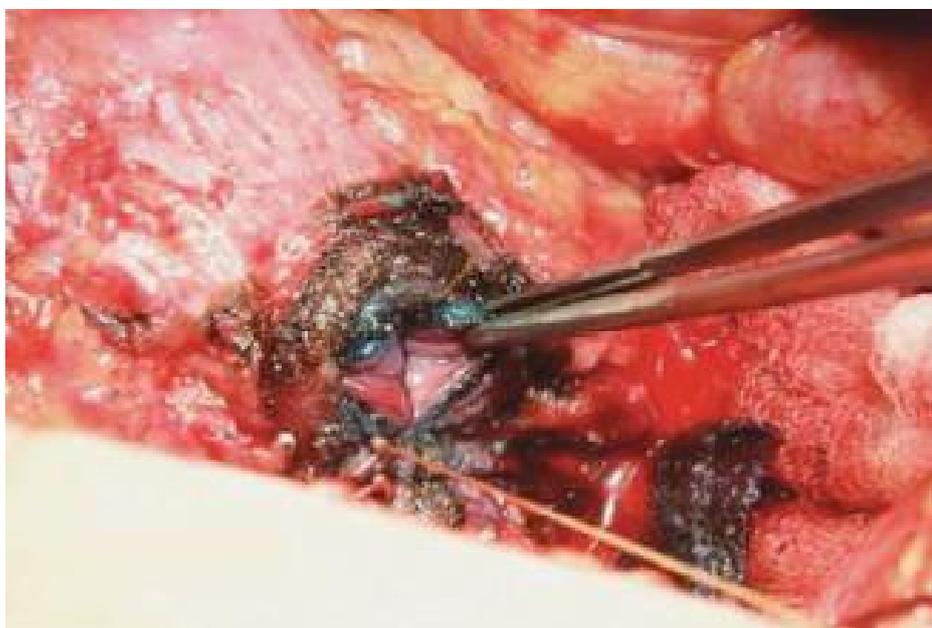


Figura 3 – Fechamento do colo vesical quando alargado.

A eversão das bordas do colo vesical foi realizada em todos os procedimentos utilizando fio catgut 3-0 de agulha cilíndrica (Figura 4).

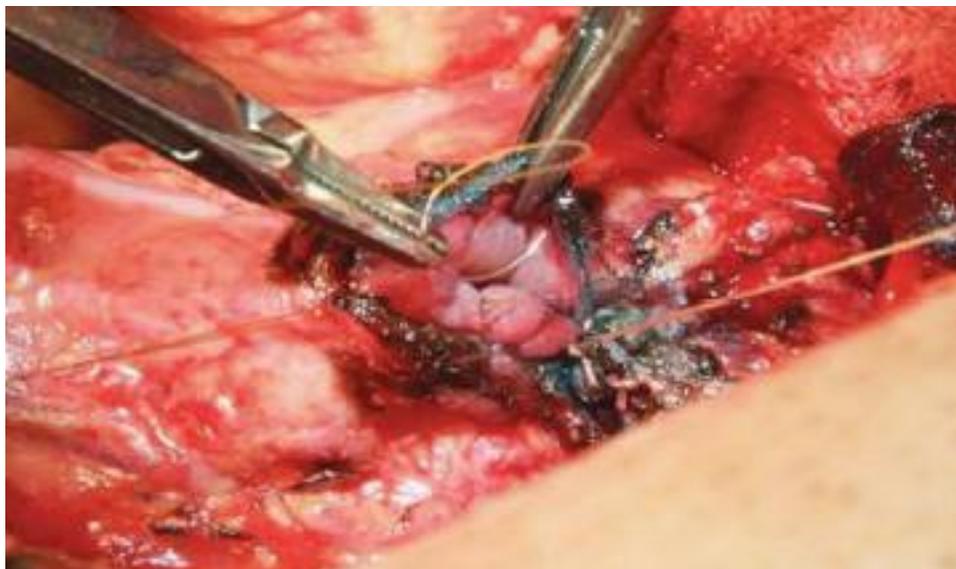


Figura 4 – Eversão das bordas do colo vesical.

Por fim, a anastomose uretrovesical foi confeccionada utilizando de 4 a 6 pontos simples com fio caprofyl 2-0 (Figura 5).

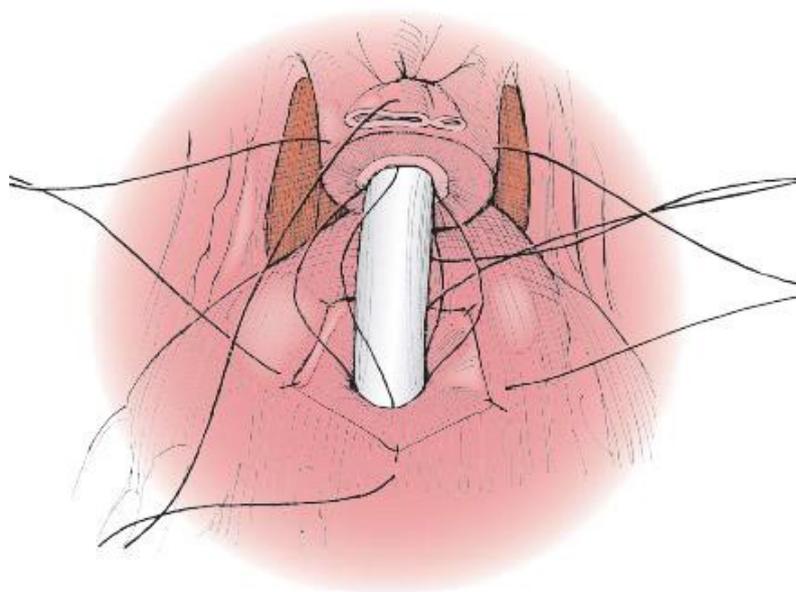


Figura 5 – Anastomose uretrovesical.

Todos os dados dos pacientes submetidos à PR foram obtidos a partir de consulta a prontuário eletrônico no sistema MV2000i (versão 4.8.0), disponível no HB.

As seguintes variáveis foram pesquisadas: número de prontuário, iniciais do nome, idade, comorbidades, presença de DE, realização de RT, estadiamento anatomopatológico da peça cirúrgica e grau de diferenciação celular da peça cirúrgica, grau de diferenciação celular da biópsia e PSA total pré-operatório.

A presença de DE pós PR e RT adjuvante foram investigadas até três anos após cirurgia. Além disso, comorbidades como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), características tumorais e PSA_t foram avaliados no período perioperatório.

2.3- Análise Estatística

Após a coleta dos dados, eles foram planilhados no Excel.

A análise estatística descritiva foi realizada a partir dos cálculos das medidas de tendência central e dispersão e contagens de frequências.

Para a análise estatística inferencial das variáveis quantitativas foi utilizado o Teste de Kolmogorov Smirnov para verificação da normalidade dos dados. Em seguida, foram utilizados os testes T de Student, ANOVA e Kruskal-Wallis.

As comparações de frequências foram obtidas com o Teste de Qui-quadrado de Pearson, teste exato de Fisher, razão de verossimilhança e Odds Ratio para verificação dos fatores preditivos de DE.

Os coeficientes de correlação (r) de Pearson foram classificados, segundo Dancey e Reidy (2006), da seguinte forma:

r = 0,10 até 0,39 (fraco)

r = 0,40 até 0,69 (moderado)

r = 0,70 até 1 (forte)

Em todas as análises um foi considerado estatisticamente significativo P valor $\leq 0,05$.

Os Programas utilizados foram o SPSS (IBM, versão 23, 2014), PRISMA (versão 6.10, 2015) e GraphPad InStat (3.10, 2009).

3- RESULTADOS

Do total de 180 pacientes submetidos à PR, a idade variou de 46 a 86 anos ($64,1 \pm 7,3$ anos). A distribuição da faixa etária mostra que a maioria dos pacientes encontravam-se na sexta década de vida (Figura 6).

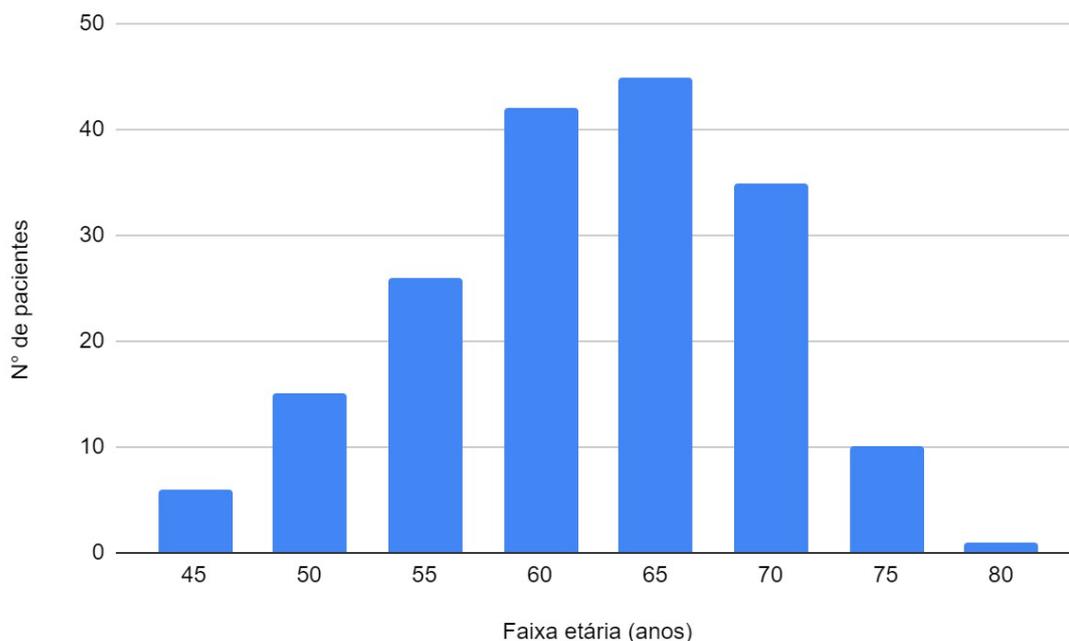


Figura 6 – Distribuição de pacientes submetidos a PR conforme faixa etária (n = 180).

A Tabela de estatística de grupos coletados para o estudo avalia a relação entre a ocorrência de DE e uma série de parâmetros clínicos em pacientes que realizaram PR para tratamento de câncer de próstata. (Tabela 1)

D.E		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
IDADE	NÃO	102	64.578	7.4521	0.7379
	SIM	78	63.577	7.248	0.8207
ISUP PEÇA CIRÚRGICA	NÃO	102	2.549	1.2318	0.122
	SIM	78	2.654	1.3076	0.1481
ISUP BIÓPSIA PROSTÁTICA	NÃO	102	1.814	1.0505	0.104
	SIM	78	2.077	1.1255	0.1274
PSA TOTAL	NÃO	102	9.84	11.715	1.16
	SIM	78	9.95	10.662	1.207

Tabela 1 - Estatística dos grupos.

Inicialmente, observou-se que a média de idade foi ligeiramente superior no grupo sem DE (64,58 anos) em comparação com o grupo que apresentou a condição (63,58 anos), com desvio padrão de 7,45 e 7,25, respectivamente. Isto indica uma pequena variação entre os grupos e sugere que a idade pode não ser um fator decisivo para a presença de DE pós-cirúrgica entre os pacientes analisados.

Outro parâmetro analisado foi o escore ISUP obtido na peça cirúrgica, com uma média de 2,55 para o grupo sem DE e de 2,65 para o grupo com DE, apresentando desvios padrão de 1,23 e 1,31, respectivamente. Estes valores apontam uma leve elevação no escore ISUP no grupo com DE, indicando que a gravidade do câncer, refletida por um escore ISUP mais alto, pode ter uma possível relação com a presença de DE após a prostatectomia. Esta tendência foi observada também na avaliação do escore ISUP obtido por biópsia antes da cirurgia, em que o grupo sem DE apresentou média de 1,81 e desvio padrão de 1,05, enquanto o grupo com DE teve média de 2,08 e desvio padrão

de 1,13. Esses resultados sugerem que pacientes com escores ISUP mais elevados na biópsia podem ter uma probabilidade ligeiramente aumentada de desenvolver DE.

A análise do PSA total pré-operatório mostrou uma média de 9,84 para o grupo sem DE e 9,95 para o grupo com DE, com desvios padrão de 11,71 e 10,66, respectivamente. A proximidade desses valores médios entre os grupos sugere que o PSA total, por si só, não apresenta uma relação estatisticamente significativa com a ocorrência de DE no contexto analisado.

Estes dados coletivamente fornecem uma visão abrangente das características clínicas dos pacientes e sua relação com a DE pós-prostatectomia. Em adição, destacam que, embora, alguns parâmetros como o escore ISUP possam estar associados a um aumento na probabilidade de DE, outro fator como PSA total, pode não apresentar uma correlação significativa com o desenvolvimento da condição.

Hipertensão arterial sistêmica

Dos pacientes com DE, 73,5% apresentavam hipertensão arterial (HAS), enquanto 26,5% não tinham HAS. Entre os pacientes sem DE, 74,4% eram hipertensos e 25,6% não eram hipertensos. (Tabela 2)

			HIPERTENSÃO		Total
			NÃO	SIM	
D.E.	NÃO	Contagem	27	75	102
		% em D.E.	26.50%	73.50%	100.00%
	SIM	Contagem	20	58	78

		% em D.E.	25.60%	74.40%	100.00%
Total	Contagem		47	133	180
	% em D.E.		26.10%	73.90%	100.00%

Tabela 2 - Distribuição de frequência de DE x HAS

Esses percentuais sugerem uma prevalência semelhante de hipertensão nos grupos com e sem DE.

A análise do Qui-quadrado de Pearson resultou em um valor de $p=0,900$, indicando que não houve diferença estatisticamente significativa entre a presença de hipertensão e a incidência de DE ($p > 0,05$). O teste exato de Fisher e a razão de verossimilhança corroboraram a ausência de associação significativa, com valores de $p=1,000$ e $p=0,900$, respectivamente. (Tabela 3)

	Valor	gl	VALOR DE P	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,016a	1	0.9		
Correção de continuidade	0	1	1		
Razão de verossimilhança	0.016	1	0.9		
Teste Exato de Fisher				1	0.52
Associação Linear por Linear	0.016	1	0.9		
Nº de Casos Válidos	180				

Tabela 3 - Testes estatísticos de DE x HAS

A razão de chances (Odds Ratio) para DE em relação à hipertensão foi de 1,044, com um intervalo de confiança de 95% entre 0,533 e 2,045. Esse valor próximo de 1 sugere

que a presença de hipertensão não altera substancialmente o risco de DE após a PR.

(Tabela 4)

	Valor	Intervalo de confiança de 95%	
		Inferior	Superior
Razão de Chances para D.E. (NÃO/SIM)	1.044	0.533	2.045
Para grupo HIPERTENSÃO = NÃO	1.032	0.628	1.698
Para grupo HIPERTENSÃO = SIM	0.989	0.83	1.178
Nº de Casos Válidos	180		

Tabela 4 - Estimativa de risco de DE x HAS.

Diabetes Mellitus

Entre os pacientes sem DE; 89,2% não apresentavam DM e 10,8% tinham DM. Já os pacientes com DE, 89,7% não tinham DM e 10,3% tinham DM. (Tabela 5)

			DM		Total
			NÃO	SIM	
D.E.	NÃO	Contagem	91	11	102
		% em D.E.	89.20%	10.80%	100.00%
	SIM	Contagem	70	8	78
		% em D.E.	89.70%	10.30%	100.00%
Total		Contagem	161	19	180
		% em D.E.	89.40%	10.60%	100.00%

Tabela 5 - Distribuição de frequência de DE x DM

Esses percentuais são muito próximos, sugerindo uma prevalência quase idêntica de DM entre os pacientes com e sem DE.

O teste Qui-quadrado de Pearson apresentou um valor de $p=0,909$, indicando que não houve associação estatisticamente significativa entre DM e a ocorrência de DE ($p > 0,05$). O teste exato de Fisher corrobora essa conclusão com um valor de $p=1,000$, reforçando a ausência de uma relação significativa entre DM e DE neste grupo de pacientes. (Tabela 6)

	Valor	gl	VALOR DE P	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,013a	1	0.909		
Correção de continuidade ^b	0	1	1		
Razão de verossimilhança	0.013	1	0.909		
Teste Exato de Fisher				1	0.555
Associação Linear por Linear	0.013	1	0.909		
Nº de Casos Válidos	180				

Tabela 6 - Testes estatísticos de DE x DM.

A razão de chances (Odds Ratio) para DE em relação à DM foi de 0,945, com um intervalo de confiança de 95% entre 0,361 e 2,476. Esse valor próximo de 1 indica que o DM não altera substancialmente o risco de desenvolvimento de DE após a PR. (Tabela 7)

	Valor	Intervalo de confiança de 95%	
		Inferior	Superior

Razão de Chances para D.E. (NÃO/SIM)	0.945	0.361	2.476
Para grupo DIABETES = NÃO	0.994	0.899	1.1
Para grupo DIABETES = SIM	1.051	0.444	2.489
Nº de Casos Válidos	180		

Tabela 7 - Estimativa de Risco de DE x DM.

Radioterapia

Entre os pacientes sem DE, 56,9% não realizaram RT e 43,1% receberam RT após a prostatectomia. Dos pacientes com DE, 70,5% não foram submetidos à RT, enquanto 29,5% passaram pelo tratamento. (Tabela 8)

			RT		Total
			NÃO	SIM	
D.E.	NÃO	Contagem	58	44	102
		% em D.E.	56.90%	43.10%	100.00%
	SIM	Contagem	55	23	78
		% em D.E.	70.50%	29.50%	100.00%
Total		Contagem	113	67	180
		% em D.E.	62.80%	37.20%	100.00%

Tabela 8 - Distribuição de frequência de DE x RT

Esses percentuais indicam uma proporção ligeiramente menor de DE nos pacientes que receberam RT em comparação aos que não receberam, mas a diferença não é substancial.

A análise Qui-quadrado de Pearson apresentou um valor de $p=0,060$, o que está próximo do limite convencional de significância ($p < 0,05$), sugerindo uma tendência, mas não uma associação estatisticamente significativa entre RT e DE. O teste exato de Fisher indicou um valor de $p=0,064$ (bilateral) e $p=0,042$ (unilateral), reforçando essa tendência de associação, mas ainda sem atingir significância estatística. (Tabela 9)

	Valor	gl	VALOR DE P	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	3,524a	1	0.06		
Correção de continuidade	2.964	1	0.085		
Razão de verossimilhança	3.564	1	0.059		
Teste Exato de Fisher				0.064	0.042
Associação Linear por Linear	3.505	1	0.061		
Nº de Casos Válidos	180				

Tabela 9 - Testes estatísticos de DE x RT

A razão de chances (Odds Ratio) para DE em relação à realização de RT foi de 0,551, com um intervalo de confiança de 95% entre 0,295 e 1,030. Este valor próximo de 1 sugere que a RT pode ter uma tendência de reduzir ligeiramente o risco de DE, mas essa redução não é estatisticamente significativa. (Tabela 10)

	Valor	Intervalo de confiança de 95%	
		Inferior	Superior
Razão de Chances para D.E. (NÃO/SIM)	0.551	0.295	1.03

Para grupo RADIOTERAPIA = NÃO	0.806	0.646	1.007
Para grupo RADIOTERAPIA = SIM	1.463	0.972	2.203
Nº de Casos Válidos	180		

Tabela 10 - Estimativa de Risco de DE x RT.

ISUP da biópsia prostática

Entre os pacientes sem DE, a maioria apresentou escores ISUP mais baixos: 51,0% com escore 1 e 29,4% com escore 2. Já os escores mais altos (3, 4 e 5) foram menos comuns, representando 8,8%, 8,8% e 2,0%, respectivamente, dos pacientes sem DE. Entre os pacientes com DE, 39,7% tinham escore 1 e 29,5% tinham escore 2. Os escores mais elevados (3, 4 e 5) apresentaram maior proporção neste grupo, com 16,7%, 11,5%, e 2,6%, respectivamente. (Tabela 11)

			ISUP BIÓPSIA					Total
			1,0	2,0	3,0	4,0	5,0	
	NÃO	Contagem	52	30	9	9	2	102
		% em D.E.	51.00%	29.40%	8.80%	8.80%	2.00%	100.00%
D.E.	SIM	Contagem	31	23	13	9	2	78
		% em D.E.	39.70%	29.50%	16.70%	11.50%	2.60%	100.00%
Total		Contagem	83	53	22	18	4	180
		% em D.E.	46.10%	29.40%	12.20%	10.00%	2.20%	100.00%

Tabela 11 - Distribuição de frequência de DE x ISUP da biópsia prostática.

Esses dados sugerem uma leve tendência de maior prevalência de DE nos pacientes com escores ISUP mais elevados.

O teste Qui-quadrado de Pearson revelou um valor de $p=0,429$, indicando que não houve uma associação estatisticamente significativa entre o escore ISUP e a ocorrência de DE ($p > 0,05$).

A razão de verossimilhança também confirmou essa ausência de associação significativa, com $p=0,431$.

A análise de associação linear por linear apresentou um valor de $p=0,108$, indicando que, embora exista uma leve tendência de aumento de DE com o aumento do escore ISUP, esta associação não alcançou significância estatística. (Tabela 12)

	Valor	gl	VALOR DE P
Qui-quadrado de Pearson	3,833a	4	0.429
Razão de verossimilhança	3.82	4	0.431
Associação Linear por Linear	2.585	1	0.108
Nº de Casos Válidos	180		

Tabela 12 - Testes estatísticos de DE x ISUP da biópsia prostática.

ISUP da peça cirúrgica

Entre os pacientes sem DE, a maioria apresentou escores ISUP 1 (19,6%) e 2 (38,2%). Já para escores mais elevados, como 3, 4 e 5, os percentuais foram de 20,6%, 10,8% e 10,8%, respectivamente. Para os pacientes com DE, a distribuição foi semelhante, com 21,8% dos pacientes no escore 1 e 30,8% no escore 2. Nos escores mais elevados (3, 4 e 5), as porcentagens foram de 19,2%, 16,7%, e 11,5%, respectivamente. (Tabela 13)

			ISUP CIRURGIA					Total
			1	2	3	4	5	
D.E.	NÃO	Contagem	20	39	21	11	11	102

		% em D.E.	19.60%	38.20%	20.60%	10.80%	10.80%	100.00%
		Contagem	17	24	15	13	9	78
	SIM	% em D.E.	21.80%	30.80%	19.20%	16.70%	11.50%	100.00%
		Contagem	37	63	36	24	20	180
Total		% em D.E.	20.60%	35.00%	20.00%	13.30%	11.10%	100.00%

Tabela 13 - Distribuição de frequência de DE x ISUP da peça cirúrgica.

Estas distribuições indicam uma tendência levemente maior de DE entre os pacientes com escores ISUP elevados, embora essa diferença não seja substancial.

O teste Qui-quadrado de Pearson revelou um valor de $p=0,733$, indicando que não há uma associação estatisticamente significativa entre o escore ISUP da peça cirúrgica e a ocorrência de DE ($p > 0,05$).

A razão de verossimilhança também confirmou esta ausência de associação significativa com $p=0,734$.

A análise de associação linear por linear apresentou um valor de $p=0,581$, reforçando que não há uma relação linear significativa entre o aumento do escore ISUP e a ocorrência de DE. (Tabela 14)

	Valor	gl	VALOR DE P
Qui-quadrado de Pearson	2,017a	4	0.733
Razão de verossimilhança	2.012	4	0.734
Associação Linear por Linear	0.305	1	0.581
Nº de Casos Válidos	180		

Tabela 14 - Testes estatísticos de DE x ISUP da peça cirúrgica.

Antígeno prostático específico total

Entre os pacientes sem DE, 75,5% estavam no Grupo 1 (PSA até 10), 15,7% no Grupo 2 (PSA entre 10 e 20) e 8,8% no Grupo 3 (PSA acima de 20). Para os pacientes com DE, 69,2% estavam no Grupo 1, 24,4% no Grupo 2 e 6,4% no Grupo 3. (Tabela 15)

			CLASSIFICAÇÃO PSAt			Total	
			1	2	3		
D.E.	NÃO	Contagem	77	16	9	102	
		% em D.E.	75.50%	15.70%	8.80%	100.00%	
	SIM	Contagem	54	19	5	78	
		% em D.E.	69.20%	24.40%	6.40%	100.00%	
	Total		Contagem	131	35	14	180
			% em D.E.	72.80%	19.40%	7.80%	100.00%

Tabela 15 - Distribuição de frequência de DE x Classificação PSAt

Esses dados indicam uma maior prevalência de DE entre pacientes com PSA mais baixo (Grupo 1), mas a diferença entre os grupos não é substancial.

O teste Qui-quadrado de Pearson apresentou um valor de $p=0,320$, indicando que não houve uma associação estatisticamente significativa entre os níveis de PSA e a ocorrência de DE ($p > 0,05$).

A razão de verossimilhança também reforça essa ausência de associação, com um valor de $p=0,322$.

A análise de associação linear por linear mostrou um valor de $p=0,680$, o que indica que não há uma relação linear significativa entre o aumento dos níveis de PSA e a DE. (Tabela 16)

	Valor	gl	VALOR DE P
Qui-quadrado de Pearson	2,279a	2	0.32
Razão de verossimilhança	2.266	2	0.322
Associação Linear por Linear	0.17	1	0.68
Nº de Casos Válidos	180		

Tabela 16 - Testes estatísticos de DE x Classificação PSAt.

4 – DISCUSSÃO

A avaliação dos resultados obtidos demonstra a complexidade e multifatorialidade da DE (DE) em pacientes submetidos à PR. Os dados indicaram que a idade média entre os grupos com e sem DE foi semelhante, sugerindo que a idade, por si só, pode não ser um fator determinante para o desenvolvimento de DE pós-cirúrgica em pacientes desta amostra específica. Estudos prévios confirmam que, embora, a idade seja um fator de risco para a DE, outros fatores como o manejo cirúrgico, o estágio do tumor e a preservação de feixes nervosos têm papel decisivo na preservação da função erétil após a cirurgia.^(17,18)

Em relação aos escores de ISUP, tanto na peça cirúrgica quanto na biópsia pré-operatória, observou-se que pacientes com escores mais elevados apresentaram uma tendência aumentada à DE. Esses achados reforçam a hipótese de que o grau de agressividade do câncer de próstata, refletido por escores ISUP mais altos, pode influenciar negativamente na função erétil pós-prostatectomia⁽¹⁹⁾. A literatura atual sugere que tumores de maior agressividade, como indicados por escores ISUP mais elevados, podem exigir abordagens cirúrgicas mais invasivas ou resultar em maior lesão neural, o que afeta a função erétil.⁽²⁰⁾

No que diz respeito ao PSA total, os resultados deste estudo não indicaram uma associação significativa entre os níveis de PSA e a presença de DE. Este achado está alinhado com estudos anteriores, que também apontaram que, embora o PSA elevado esteja associado ao risco e à progressão do câncer de próstata, sua correlação direta com a função erétil pós-prostatectomia é limitada⁽²¹⁾. A análise estatística demonstrou que o PSA, isoladamente, pode não ser um preditor adequado para DE, uma vez que sua

elevação está mais associada ao volume tumoral do que à localização ou necessidade de ressecção extensa de tecido circundante, que são fatores mais relacionados à função erétil.

Ainda, a presença de comorbidades como HAS e DM foi avaliada e demonstrou uma prevalência semelhante entre os grupos com e sem DE, sem significância estatística. Tal resultado é consistente com a literatura, que aponta a HAS e o DM como comorbidades que, apesar de influenciarem a saúde vascular geral, possuem uma correlação limitada e indireta com a DE pós-prostatectomia ⁽²²⁾. Por outro lado, estudos indicam que essas condições podem influenciar a DE de forma cumulativa e ao longo do tempo, principalmente em pacientes que não recebem acompanhamento adequado para controle das comorbidades no pós-operatório ⁽¹⁸⁾.

Adicionalmente, a análise sobre o papel da RT adjuvante mostrou uma tendência de redução na incidência de DE entre os pacientes que receberam esse tratamento, embora sem significância estatística. A literatura recente apresenta dados controversos sobre a RT, apontando que, enquanto alguns pacientes podem manter melhor função erétil após o tratamento, outros experimentam piora, dependendo da dose e da área irradiada ⁽²³⁾. É plausível que o tipo de RT e o manejo individualizado sejam fatores críticos para minimizar os riscos de DE associada ao tratamento ⁽²⁴⁾.

Portanto, os resultados observados ressaltam a importância de uma abordagem multidisciplinar no manejo do câncer de próstata, considerando a preservação da função erétil e as características individuais dos pacientes. Ao abordar a DE como uma complicação potencial, estratégias que envolvam desde o planejamento cirúrgico até o seguimento de longo prazo podem ser fundamentais para a qualidade de vida desses

pacientes, conforme recomendado pela Sociedade Europeia de Urologia ⁽²⁵⁾. Em conclusão, este estudo contribui para o entendimento dos fatores associados à DE pós-prostatectomia e reforça a necessidade de mais investigações sobre intervenções que possam reduzir essa complicação, especialmente em pacientes com escores ISUP elevados e comorbidades.

5– CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos, conclui-se que:

O presente estudo analisou a prevalência e os fatores associados à DE em pacientes submetidos à PR em um hospital universitário. Observou-se que a idade dos pacientes não apresentou uma associação significativa com o desenvolvimento de DE, após a cirurgia, sugerindo que outros fatores podem ser mais relevantes na determinação dessa complicação. Os escores de ISUP, tanto na biópsia pré-operatória quanto na análise da peça cirúrgica, apresentaram uma tendência de associação com a DE, sugerindo que a agressividade do câncer pode influenciar negativamente a função erétil pós-operatória.

Por outro lado, o PSA pré-operatório, a HAS e o DM não demonstraram uma correlação significativa com a presença de DE, indicando que estes fatores, isoladamente, podem não ser preditores robustos para essa complicação. A RT adjuvante mostrou uma tendência de reduzir a incidência de DE, mas sem atingir significância estatística, apontando a necessidade de um manejo personalizado deste tratamento para potencializar seus benefícios.

Os resultados ressaltam a complexidade da DE após a PR e a importância de uma abordagem individualizada no manejo do paciente com câncer de próstata, considerando aspectos como o estadiamento do tumor e a preservação da função erétil. Estes achados reforçam a importância de estudos futuros que explorem estratégias cirúrgicas e terapêuticas que possam minimizar a ocorrência de DE, visando melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Culp MB, Soerjomataram I, Efstathiou JA, Bray F, Jemal A. Recent Global Patterns in Prostate Cancer Incidence and Mortality Rates. *Eur Urol.* 2020;77(1):38-52.
2. Wang L, Lu B, He M, Wang Y, Wang Z, Du L. Prostate Cancer Incidence and Mortality: Global Status and Temporal Trends in 89 Countries From 2000 to 2019. *Front Public Health.* 2022;10:811044.
3. Fleshner K, Carlsson SV, Roobol MJ. The effect of the USPSTF PSA screening recommendation on prostate cancer incidence patterns in the USA. *Nat Rev Urol.* 2017;14(1):26-37.
4. Gandaglia G, Albers P, Abrahamsson PA, Briganti A, Catto JWF, Chapple CR, Montorsi F, Mottet N, Roobol MJ, Sønksen J, Wirth M, van Poppel H. Structured Population-based Prostate-specific Antigen Screening for Prostate Cancer: The European Association of Urology Position in 2019. *Eur Urol.* 2019;76(2):142-150.
5. Van Poppel H, Roobol MJ, Chapple CR, Catto JWF, N'Dow J, Sønksen J, Stenzl A, Wirth M. Prostate-specific Antigen Testing as Part of a Risk-Adapted Early Detection Strategy for Prostate Cancer: European Association of Urology Position and Recommendations for 2021. *Eur Urol.* 2021;80(6):703-711.
6. US Preventive Services Task Force; Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Bibbins-Domingo K, Caughey AB, Davidson KW, Doubeni CA, Ebell M, Epling JW Jr, Kemper AR, Krist AH, Kubik M, Landefeld CS, Mangione CM, Silverstein M, Simon MA, Siu AL, Tseng CW. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2018;319(18):1901-1913.
7. Humphrey PA. Diagnosis of adenocarcinoma in prostate needle biopsy tissue. *J Clin Pathol.* 2007;60(1):35-42.

8. Cooperberg MR, Pasta DJ, Elkin EP, Litwin MS, Latini DM, Du Chane J, Carroll PR. The University of California, San Francisco Cancer of the Prostate Risk Assessment score: a straightforward and reliable preoperative predictor of disease recurrence after radical prostatectomy. *J Urol*. 2005;173(6):1938-42.
9. Sekhoacha M, Riet K, Motloung P, Gumenku L, Adegoke A, Mashele S. Prostate Cancer Review: Genetics, Diagnosis, Treatment Options, and Alternative Approaches. *Molecules*. 2022;27(17):5730.
10. Zaorsky NG, Shaikh T, Murphy CT, Hallman MA, Hayes SB, Sobczak ML, Horwitz EM. Comparison of outcomes and toxicities among radiation therapy treatment options for prostate cancer. *Cancer Treat Rev*. 2016; 48:50-60.
11. Kuyu H, Lee WR, Bare R, Hall MC, Torti FM. Recent advances in the treatment of prostate cancer. *Ann Oncol*. 1999;10(8):891-8.
12. Mitsogianni M, Papatsoris A, Bala VM, Issa H, Moussa M, Mitsogiannis I. An overview of hormonal-directed pharmacotherapy for the treatment of prostate cancer. *Expert Opin Pharmacother*. 2023;24(16):1765-1774.
13. Posdich P, Darr C, Hilser T, Wahl M, Herrmann K, Hadaschik B, Grünwald V. Metastatic Prostate Cancer-A Review of Current Treatment Options and Promising New Approaches. *Cancers (Basel)*. 2023;15(2):461.
14. Adolfsson J. Watchful waiting and active surveillance: the current position. *BJU Int*. 2008;102(1):10-4.
15. Hatzinger M, Hubmann R, Moll F, Sohn M. The history of prostate cancer from the beginning to DaVinci. *Aktuelle Urologie*. 2012;43(4):228-230.

16. Bourke L, Boorjian SA, Briganti A, Klotz L, Mucci L, Resnick MJ, Rosario DJ, Skolarus TA, Penson DF. Survivorship and improving quality of life in men with prostate cancer. *Eur Urol*. 2015;68(3):374-83.
17. Garraway WM, Lee KS, Roth AM, et al. Age as a factor in erectile function recovery post-prostatectomy: A population-based analysis. *J Urol*. 2022;207(4):820-827.
18. Yafi FA, Pinsky MR, Sangkum P, et al. Erectile function and prostate cancer treatments: An overview. *BJU Int*. 2023;131(Suppl 1):19-25.
19. Lee YS, Choi B, Kim KH, et al. The impact of ISUP grading on post-prostatectomy outcomes. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2021;24(1):45-50.
20. Walz J, Epstein JI, Ganzer R, et al. The importance of nerve-sparing techniques in prostate cancer surgery. *Eur Urol*. 2021;79(1):123-132.
21. Mottet N, Cornford P, van den Bergh RC, et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. *Eur Urol*. 2021;79(2):243-262.
22. Lue TF, Giuliano F, Montorsi F, et al. Sexual function preservation in prostate cancer: A challenge for modern urology. *Urology*. 2021; 142:65-73.
23. Duchesne GM, Woo HH, Bassett JK, et al. Radiotherapy for prostate cancer: The effect on sexual function. *Lancet Oncol*. 2022;23(3).
24. Heidenreich A, Pfister D, Porres D. Radiotherapy and risk of erectile dysfunction: A comprehensive review. *BMC Urol*. 2021;21(1):65.
25. European Association of Urology. EAU Guidelines on Prostate Cancer 2023. EAU; 2023.

APÊNDICES

Prontuário	Nome	Idade	HAS	DM	DE	Radioterapia	ISUP Cirurgia	ISUP Biópsia	PSA Total
2079205	NGG	72	N	N	N	S	3	1	6.80
2016626	LCAS	54	N	S	S	S	2	3	6.67
557295	AB	66	N	N	N	N	4	4	11.37
2141771	PMDON	72	N	N	N	N	2	1	3.80
2192865	JFDS	63	N	N	S	N	2	1	7.38
2109878	LSS	48	S	N	N	S	3	2	4.10
1991306	JDSM	62	S	N	N	S	3	2	6.61
265594	EF	64	S	N	S	N	4	2	25.83
2154558	JMDS	66	S	N	S	N	1	2	7.40
2112283	EIM	68	S	N	S	N	2	1	6.68
1013265	VRB	57	S	N	S	N	5	5	14.00
1660670	MSF	67	S	N	S	N	1	1	5.59

1663064	MMSB	58	S	N	N	S	S	S	4	4	11.17
1006381	VJM	67	N	S	N	N	N	N	3	2	4.80
2105892	BA	63	N	N	N	S	S	N	3	4	40.00
202029	JAM	66	S	N	N	N	N	N	2	1	6.58
194567	NM	77	S	N	N	S	S	N	3	2	7.29
2100008	JCSDN	56	S	N	N	N	N	S	2	1	9.58
100578	JADS	65	S	N	N	N	N	N	1	1	6.97
2151641	OZD	77	S	N	N	S	S	N	3	3	17.26
1694901	LRA	65	S	N	N	S	S	S	2	1	18.00
1584449	ADS	69	S	S	N	N	N	N	3	1	34.00
488767	VFS	71	S	N	N	S	S	N	1	1	1.92
2252192	HY	76	S	N	N	N	N	N	5	4	5.95
1322977	EP	67	S	N	N	N	N	S	4	3	63.00
1301012	JA	64	S	N	N	S	S	N	1	1	5.46
1047378	LGR	69	S	N	N	N	N	S	3	2	17.00

1384307	JAF	66	S	N	N	S	2	2	10.60
2176685	AF	48	S	N	S	N	4	3	4.10
210766	VDO	75	S	N	N	N	5	4	2.40
248534	MAB	63	S	N	N	N	1	2	6.10
2202258	PRV	61	S	N	N	N	3	2	8.60
565711	AES	71	S	N	S	S	2	2	2.48
1086784	JLDS	71	S	N	S	N	2	2	4.00
1192564	RBDS	52	S	N	N	N	1	1	4.47
2231347	EL	52	S	N	S	N	3	1	10.80
1090335	JL	66	N	N	N	S	3	2	8.90
2090534	SCO	65	N	N	N	N	2	1	6.90
1081738	CDA	53	S	N	S	N	2	2	5.80
2145479	JP	67	S	N	N	N	1	1	7.96
344931	CAC	57	S	N	S	N	2	1	4.62
2168991	MS	57	S	S	N	N	1	1	11.30

2237222	JRG	61	N	N	N	N	N	N	S	2	2	19.00
1107591	JADS	56	S	N	N	S	S	S	S	2	1	14.45
2120378	JOG	63	N	N	N	N	N	S	S	2	2	3.68
1666500	ADS	63	N	N	N	N	N	N	N	2	2	5.30
208431	CTG	66	S	N	N	N	N	S	S	5	4	9.96
2003686	GRJ	71	S	S	S	S	S	N	N	1	1	5.20
1563680	AJP	70	S	N	N	S	S	N	N	2	3	5.90
138270	LAB	64	S	N	N	S	S	N	N	2	2	7.28
2124757	JCZ	66	N	N	N	N	N	S	S	4	4	95.95
2104813	JLR	55	S	N	N	N	N	N	N	2	1	9.52
1378812	RBC	46	S	S	S	S	S	N	N	1	1	9.65
2146737	PDSDL	59	S	N	N	S	S	N	N	2	3	6.56
1761478	MV	60	N	N	N	N	N	S	S	2	1	5.60
2243178	AIGDS	66	S	N	N	S	S	N	N	4	4	10.34
2222016	AC	68	N	N	N	S	S	N	N	3	1	10.67

1934633	JRC	54	S	N	S	N	1	2	06.02
2162503	VM	68	S	S	S	N	2	1	5.70
215524	CG	71	N	S	N	S	4	4	15.00
1956989	JDS	73	S	N	N	N	2	2	11.70
2196758	OP	69	S	S	N	S	2	2	6.61
232367	MAD	52	S	N	S	S	5	3	16.29
406336	CFS	70	N	N	N	S	4	2	5.92
189263	VMM	79	S	N	N	N	3	2	9.70
1357708	JCC	73	N	N	N	S	5	5	4.64
2171612	TTSN	63	S	N	S	S	4	2	6.10
2056710	ASO	67	S	N	N	N	2	1	5.90
2014553	ADR	72	S	N	S	S	2	2	6.33
1873970	AMS	52	S	N	N	N	1	1	13.70
2242944	AA	59	S	N	N	S	2	2	5.85
1133700	AG	75	N	N	S	N	1	2	4.13

2163791	ALC	73	S	N	N	N	S	4	3	5.89
1143294	MPS	51	N	N	N	N	N	2	1	4.29
541770	JAS	65	S	N	S	S	S	5	3	6.60
1683143	FASS	62	S	N	N	N	N	1	1	5.64
1152605	PPS	62	N	N	N	N	N	2	2	6.58
2237140	VDS	63	S	N	N	N	S	2	2	10.77
2088589	JAEJ	63	N	N	S	N	N	2	2	13.90
1916776	JCM	57	S	S	S	N	N	1	1	3.90
1345768	AMCF	76	S	N	N	S	S	5	3	10.60
142137	JC	67	S	N	N	N	N	1	3	5.70
1044444	AGS	71	S	N	N	N	N	1	1	08.09
1142738	LCR	54	N	N	N	N	N	4	4	10.74
2190129	WCDO	66	N	N	S	N	N	3	3	3.36
1565068	JEM	69	N	N	S	N	N	2	2	5.47
2240926	RAB	62	S	N	S	N	N	4	5	16.53

403686	JDCDM	59	S	N	N	N	S	1	1	4.30
100578	JADS	65	S	N	N	N	N	1	1	6.97
2109869	JAL	61	N	S	N	N	S	2	2	5.53
1945049	DR	71	N	S	N	N	N	3	1	09.07
1953340	JCM	69	N	N	S	S	S	4	1	6.40
71487	BGA	64	S	N	S	S	N	3	1	5.59
2089434	EFM	66	S	S	S	S	N	2	4	04.07
1972583	AJF	51	N	N	S	S	S	1	1	9.48
2227244	LCRA	51	S	N	N	N	N	2	1	4.25
2086898	SOG	67	S	N	S	S	S	4	2	12.65
2224476	CCC	46	S	N	N	N	N	1	1	6.90
2192948	DJBDC	60	N	N	N	N	S	1	1	3.45
2103160	JBDS	83	S	S	N	N	N	1	1	18.00
2255112	CM	69	N	N	N	N	S	3	3	3.25
1858195	VFA	70	S	N	N	N	N	4	1	7.25

1724116	CML	62	S	N	N	N	S	2	1	5.70
1068776	EFF	65	S	N	S	S	S	5	2	4.10
1345025	EJDS	74	S	N	N	N	S	2	1	9.22
1576034	SDJN	56	S	N	N	N	S	3	3	6.10
507813	JCM	67	N	S	N	N	S	2	2	6.94
1582518	JBP	65	N	N	N	N	N	1	1	6.90
2208409	CAS	63	N	N	S	N	N	3	2	7.91
2086902	JMM	56	N	N	N	N	S	3	1	29.00
295778	GLDS	73	S	S	N	N	N	2	1	20.37
1638077	JRS	64	S	N	S	N	N	1	2	9.55
273270	AV	58	S	N	N	N	N	2	1	3.20
1980880	HC	74	S	N	N	N	N	2	4	13.57
2047300	JRG	58	S	N	N	N	S	2	1	6.32
2072431	ETR	69	S	N	S	N	N	3	1	9.13
2208525	LVR	66	S	N	N	N	S	5	2	26.00

2206123	FEC	51	S	S	S	S	S	S	S	5	2	86.20
2166732	JDOF	71	N	N	S	S	S	S	S	5	4	13.00
2176687	JCRDS	64	S	N	S	S	N	N	N	1	1	5.70
312172	AB	72	S	N	S	N	N	N	N	2	3	8.60
1590073	NRS	68	S	N	S	N	N	N	N	3	2	6.18
1898637	AR	68	N	N	S	S	N	S	S	5	2	1.94
597066	BNJM	60	N	N	N	S	N	S	S	3	1	8.27
2070385	CFC	70	S	N	S	N	N	N	N	2	3	3.40
1637111	EC	74	S	N	S	N	N	S	N	3	2	5.90
106148	CBMF	59	S	N	S	N	N	S	N	2	2	4.25
2210892	JDSD	62	S	N	S	N	N	S	N	3	1	9.49
2055811	JDL	74	S	N	S	N	N	S	N	1	1	13.00
2176074	IGDO	70	S	N	S	N	N	S	N	2	1	3.80
2114684	OJDS	61	S	N	S	N	N	S	S	5	1	23.58
1306849	VDPM	61	S	N	S	N	N	S	N	2	1	8.10

1288431	JCPS	64	S	N	S	S	1	1	21.40
2176068	GCT	64	S	N	N	N	2	4	3.54
1718377	JAS	60	S	N	N	N	5	5	16.50
225544	JCS	61	S	N	N	N	2	1	22.51
329154	LCS	64	S	N	N	N	1	1	01.05
2081843	WJB	68	S	N	N	N	4	1	5.20
1142516	OO	67	S	N	S	S	3	3	5.00
2215117	JDORA	62	S	N	S	S	1	1	5.95
1641680	VLDM	72	S	N	N	N	1	1	14.00
2237224	WMF	61	S	N	N	N	3	2	4.90
2081847	VDO	78	N	N	S	S	4	3	11.00
1233683	JCSD	53	S	N	S	S	2	2	4.93
1343478	FDSS	71	S	N	S	S	5	3	17.35
2233014	JAN	52	S	S	N	N	2	1	1.29
229078	JOB	58	N	N	N	N	3	1	06.09

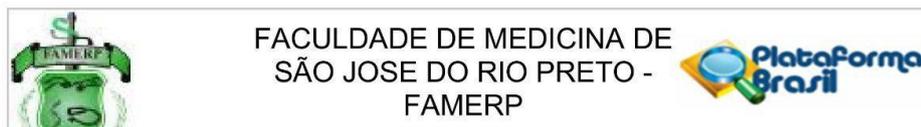
2240997	NCP	52	S	N	N	N	N	N	1	06.06
117488	AMS	67	S	N	N	N	S	2	2	9.59
488746	LMH	60	N	N	S	N	N	3	3	16.00
2162457	NVR	71	S	N	N	N	N	2	2	5.22
1823922	JNG	72	S	N	S	N	N	4	4	5.94
2104056	JLO	57	S	N	N	N	N	3	1	6.67
1694358	IT	55	S	N	N	N	S	2	2	4.13
2105813	ANDC	69	N	N	S	N	N	2	1	7.10
2224004	OS	58	N	N	S	N	N	2	4	4.85
2214665	CAO	47	S	N	S	N	N	2	2	09.05
1889459	GGP	59	N	N	S	N	S	4	1	11.25
1199329	MDC	59	S	N	S	N	S	4	4	4.56
2240672	JDOA	75	S	N	N	N	N	5	3	21.00
1586892	PM	68	S	N	N	N	N	2	1	5.99
2229016	MSV	63	S	N	N	N	S	4	2	8.31

103824	JNC	70	N	N	N	N	N	N	S	3	1	6.64
1666823	ELP	48	S	N	N	N	N	N	N	3	1	5.10
115330	JOT	64	S	N	N	S	S	S	S	4	4	4.45
2227241	JPA	58	N	N	N	N	N	N	N	1	1	04.08
2077425	JWDS	74	S	N	N	N	N	N	S	2	1	23.50
2084658	ETS	56	S	S	S	S	S	S	S	3	3	4.30
1130626	ALL	65	S	N	N	N	N	N	N	5	2	4.50
1658854	SJE	70	S	N	N	N	N	N	N	3	1	10.17
2112917	MP	71	S	N	N	N	N	N	N	2	1	3.39
1268103	LCS	59	S	N	N	N	N	N	S	5	2	4.70
110577	GF	64	S	N	N	N	N	N	N	2	1	3.84
77413	MM	74	S	N	N	N	N	N	S	1	1	3.89
2205700	JSS	56	S	N	N	N	N	N	N	2	1	6.60
447653	GJC	65	S	N	N	N	N	N	S	1	1	5.42
109005	ADI	64	S	N	N	S	S	N	N	1	1	13.00

1789753	JAS	77	S	N	N	N	5	1	9.90
2098043	AGS	71	N	N	S	N	1	1	6.74
2079346	LADC	61	S	N	N	N	3	2	5.48

ANEXOS

Anexo 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação dos pacientes submetidos a prostatectomia radical e seu desfecho quanto a disfunção erétil em um hospital universitário

Pesquisador: VINICIUS PEREIRA PERASSOL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67096423.3.0000.5415

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.992.140

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2069473.pdf de 17/03/2023) e/ou do Projeto Detalhado/ Brochura do Investigador.

INTRODUÇÃO:

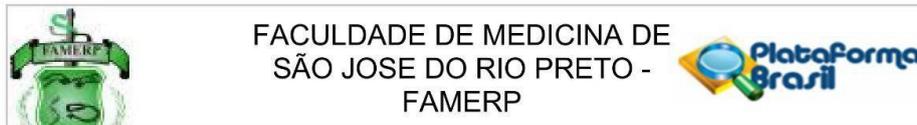
O câncer de próstata é o segundo câncer mais comumente diagnosticado em homens, com cerca de 1,4 milhões de diagnósticos em todo o mundo no ano de 2020 (Culp, M.B., et al., 2020). Dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) apontam 65.840 novos casos de câncer de próstata a cada ano no Brasil, entre 2020 e 2022 (www.gov.br/inca).

Essa doença apresenta padrão de distribuição da incidência e estagio de doença seguindo fatores biológicos, genéticos e/ou estilo de vida, mas que também são influenciados pelas recomendações de organizações nacionais e internacionais sobre triagem e diagnóstico (Fleshner, K., et al., 2017).

Geralmente o câncer de próstata é suspeitado com base em alterações no toque retal e/ou antígeno prostático específico (PSA) e o diagnóstico definitivo depende da verificação histopatológica de adenocarcinoma em núcleos de biopsia prostática (EAU Guidelines. Edna. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam, 2022).

A classificação em grupos de risco é essencialmente baseada no sistema de classificação de D'

Endereço: Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416, bloco FAEPE, térreo, Sala 2
Bairro: VILA SAO PEDRO **CEP:** 15.090-000
UF: SP **Município:** SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 **Fax:** (17)3201-5813 **E-mail:** cepfamerp@famerp.br



Continuação do Parecer: 5.992.140

Amico e se baseia no agrupamento de pacientes não metastáticos e com risco semelhante de recorrência bioquímica após prostatectomia radical ou radioterapia externa. Sendo baixo risco (PSA < 10ng/ml e ISUP 1 e cT1-2a), risco intermediário (PSA 10-20ng/ml ou ISUP 2/3 ou cT2b), alto risco localizado (PSA > 20ng/ml ou ISUP 4/5 ou cT2c) e alta risco localmente avançado (qualquer PSA ou qualquer ISUP e cT3-4 ou cN+) (Cooperberg, M.R., et al., 2005).

O objetivo da prostatectomia radical por qualquer abordagem é a erradicação do câncer enquanto, sempre que possível, preservar a função dos órgãos pélvicos (Adolfsson, J. 2008), durante a cirurgia as anastomoses evoluíram de suturas de aproximação Vest para anastomoses estanques de sutura contínua sob visão direta e o mapeamento da anatomia do complexo venoso dorsal e nervos cavernosos levou a uma excelente visualização e potencial para preservação da função erétil (Hatzinger, M., et al., 2012).

Após a cirurgia o médico deve se concentrar em detectar complicações relacionadas ao tratamento e ajudar os pacientes a lidar com sua nova situação, além de fornecer informações sobre a análise patológica, tudo isso permite o tratamento precoce das doenças relacionadas ao procedimento (EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam, 2022).

A qualidade de vida e atendimento personalizado andam de mãos dadas. Levar em consideração a qualidade de vida depende da compreensão dos valores e preferências do paciente para que propostas de tratamento ideais possam ser formuladas e discutidas O tratamento do câncer de próstata pode afetar um indivíduo tanto físico como mentalmente, bem como relações próximas e trabalho (Bourke, L., et al., 2015).

HIPÓTESE:

Considerando a possibilidade da disfunção erétil em pacientes com neoplasia prostática submetidos a prostatectomia radical associada ou não a radioterapia, justifica-se o presente estudo, pois apesar da considerável quantidade de pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico avaliar a relação da disfunção erétil pós prostatectomia radical como idade, comorbidades, estadiamento anatomopatológico e tratamentos adicionais proporciona uma visão ampla sobre o tratamento do paciente com neoplasia prostática.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Pacientes submetidos a prostatectomia radical em oncologia independente da via entre os anos de 2017 e 2019

Endereço: Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416, bloco FAEPE, térreo, Sala 2
Bairro: VILA SAO PEDRO **CEP:** 15.090-000
UF: SP **Município:** SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 **Fax:** (17)3201-5813 **E-mail:** cepfamerp@famerp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO -
FAMERP



Continuação do Parecer: 5.992.140

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Não informado.

METODOLOGIA PROPOSTA:

Serão estudados retrospectivamente pacientes submetidos à prostatectomia radical devido neoplasia prostática no Hospital de Base (HB) de São José do Rio Preto, SP, independente de raça e idade. O período estudado será janeiro/2017 a dezembro/2019.

Este estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

Todos os dados serão obtidos a partir de consulta a prontuários dos pacientes submetidos a prostatectomia radical, incluindo idade, comorbidades, presença de disfunção erétil, realização de radioterapia, estadiamento anatomopatológico da peça cirúrgica e seu grau de diferenciação celular.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

O objetivo desta pesquisa será investigar a prevalência de disfunção erétil em paciente submetidos a prostatectomia radical em hospital universitário, considerando aspectos demográficos, comorbidades, anatomopatológicos e tratamentos complementares. futuros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

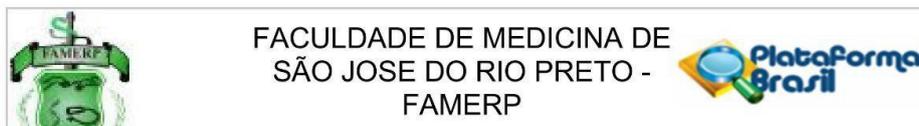
Riscos:

Projeto apresenta riscos inerentes à manutenção de sigilo médico e à confidencialidade durante a coleta e uso dos dados.

Benefícios:

A identificação dos fatores associados a piora da função erétil pós prostatectomia em hospital universitário situado no interior do Estado de São

Endereço: Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416, bloco FAEPE, térreo, Sala 2
Bairro: VILA SAO PEDRO **CEP:** 15.090-000
UF: SP **Município:** SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 **Fax:** (17)3201-5813 **E-mail:** cepfamerp@famerp.br



Continuação do Parecer: 5.992.140

Paulo possibilitará a melhora dos protocolos de tratamento e desenvolvimento de intervenções para reduzir a ocorrência dessa complicação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Avaliação dos pacientes submetidos a prostatectomia radical e seu desfecho quanto a disfunção erétil em um hospital universitário

Serão estudados retrospectivamente pacientes submetidos a prostatectomia radical devido neoplasia prostática no Hospital de Base (HB) de São José do Rio Preto, SP, independente de raça e idade. O período estudado será janeiro/2017 a dezembro/2019.

Haverá retenção de amostras para armazenamento em banco? Não.

Propõe dispensa do TCLE? Sim.

Participantes: 200 (Previsão no item Informações Básicas da Plataforma Brasil)

Análise de prontuários.

Previsão de Início: 01/02/2023

Previsão de Término do Estudo: 31/12/2024

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

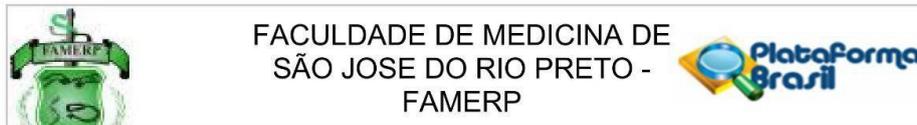
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se se resposta às pendências emitidas pelo CEP sob Parecer nº 5.939.137 de 13 de Março de 2023:

1) Quanto a justificativa de dispensa do TCLE, a pesquisadora informa como motivo de dispensa: "Por envolver apenas coleta de dados provenientes de prontuário eletrônico de pacientes, não tendo contato direto com os participantes".

A dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido somente poderá ser autorizada nos

Endereço: Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416, bloco FAEPE, térreo, Sala 2
Bairro: VILA SAO PEDRO **CEP:** 15.090-000
UF: SP **Município:** SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 **Fax:** (17)3201-5813 **E-mail:** cepfamerp@famerp.br



Continuação do Parecer: 5.992.140

casos em que seja inviável a obtenção do TCLE ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa do TCLE deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP, para apreciação, sem prejuízo do posterior processo de esclarecimento. (Resolução do CNS nº 466, de 2012, item IV.8)

Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Alterada redação para "Solicito dispensa do TLCE, por se tratar de projeto de pesquisa retrospectivo de análise de prontuário dos submetidos a prostatectomia radical devido neoplasia prostática nos anos de 2017, 2018 e 2019, com muitos dos pacientes sem dados suficientes para busca e posterior assinatura do TLCE, tornando a obtenção do TLCE inviável"

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2) No item RISCOS da Plataforma Brasil, consta a seguinte redação: ζ sem risco ζ

Para o Sistema CEP/Conep, NÃO EXISTE pesquisa livre de risco. É necessário observar que risco é qualquer possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente. Assim, solicita-se que sejam descritos os possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, podendo-se citar os riscos inerentes à manutenção de sigilo e à confidencialidade durante a coleta e uso dos dados (Resolução CNS n.º 466, de 2012, itens II.22 e IV.3.b).

RESPOSTA: Inserida a redação: "Projeto apresenta riscos inerentes à manutenção de sigilo médico e à confidencialidade durante a coleta e uso dos dados"

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

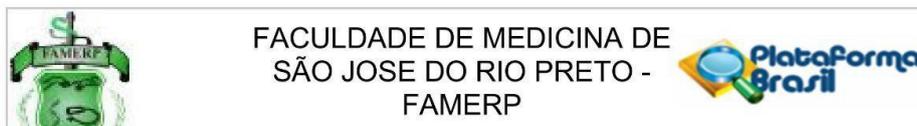
3) Nas Informações Básicas da Plataforma Brasil, documento intitulado ζ PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2069473.pdf de 27/01/2023 ζ , o pesquisador informa que haverá dois grupos com INTERVENÇÕES A SEREM REALIZADAS, sendo a Prostatectomia radical a escolha.

Após análise da metodologia e da dispensa do TCLE do protocolo de pesquisa, solicita-se ao pesquisador a adequação desta informação ou esclarecimentos quanto a ocorrência de intervenções.

RESPOSTA: Alterado para "análise de prontuário"

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416, bloco FAEPE, térreo, Sala 2
Bairro: VILA SAO PEDRO **CEP:** 15.090-000
UF: SP **Município:** SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 **Fax:** (17)3201-5813 **E-mail:** cepfamerp@famerp.br



Continuação do Parecer: 5.992.140

4) Consta na Metodologia a seguinte informação: *“TODOS OS DADOS serão obtidos a partir de consulta a prontuários dos pacientes submetidos a prostatectomia radical, INCLUINDO idade, comorbidades, presença de disfunção erétil, realização de radioterapia, estadiamento anatomopatológico da peça cirúrgica e seu grau de diferenciação celular.”*

O pesquisador não deixa claro QUAIS dados serão coletados, cita apenas um rol exemplificativo. Por se tratar de dados pessoais sensíveis aos participante de pesquisa, solicita-se informar quais são exatamente os dados a serem coletados do prontuário do participante.

Recomenda-se ainda o envio do instrumento de coleta de dados.

RESPOSTA: Enviado o Instrumento (Instrumento_coleta_dados.xlsx/de 17/03/2023)

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 466, de 2012, e na Norma Operacional n.º 001, de 2013, do CNS, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2069473.pdf	17/03/2023 10:27:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_.docx	17/03/2023 10:23:04	VINICIUS PEREIRA PERASSOL	Aceito
Outros	Instrumento_coleta_dados.xlsx	17/03/2023 09:58:15	VINICIUS PEREIRA PERASSOL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	infraestrutura.jpg	27/01/2023 16:13:03	VINICIUS PEREIRA PERASSOL	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	27/01/2023 16:12:37	VINICIUS PEREIRA PERASSOL	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	21/12/2022 13:12:35	VINICIUS PEREIRA PERASSOL	Aceito

Endereço: Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416, bloco FAEPE, térreo, Sala 2
Bairro: VILA SAO PEDRO **CEP:** 15.090-000
UF: SP **Município:** SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 **Fax:** (17)3201-5813 **E-mail:** cepfamerp@famerp.br



Continuação do Parecer: 5.992.140

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOSE DO RIO PRETO, 10 de Abril de 2023

Assinado por:
Heloisa Cristina Caldas
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416, bloco FAEPE, térreo, Sala 2
Bairro: VILA SAO PEDRO **CEP:** 15.090-000
UF: SP **Município:** SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 **Fax:** (17)3201-5813 **E-mail:** cepfamerp@famerp.br