



Satisfação e qualidade de vida dos pacientes submetidos a uretroplastia anterior: experiência de um serviço de urologia

Anderson Lopes de Sousa (1), Luanna Moita (2), Maria Amélia do Rego Aquino (3), João Guilherme Alves de Andrade (4), Gustavo Wanderley Cavalcanti (4)

(1) Urologista, Fellowship em Cirurgia Robótica em Urologia, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, SP, Brasil; (2) Doutora pela Universidade Federal de Pernambuco, Professora do curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco, Campus Centro de Ciências do Agreste, Caruaru, PE, Brasil; (3) Acadêmico de Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil; (4) Acadêmico de Medicina pela Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, Brasil; (5) Urologista, Especialista em Urologia Reconstructora, Coordenador da Residência Médica em Urologia do Hospital Getúlio Vargas, Recife, PE, Brasil

INTRODUÇÃO

A estenose uretral é uma doença de alta complexidade que afeta a qualidade de vida (QV) do paciente, e é motivo crescente de procura no consultório do urologista, especialmente pela população idosa (1). Seu tratamento é cirúrgico e objetiva restaurar o padrão normal de micção e melhorar a QV do paciente (2, 3). Entre as técnicas disponíveis, a uretroplastia é o padrão-ouro (2) com melhora do fluxo urinário em 85 a 90% dos casos (4). No entanto, falta consenso quanto ao melhor método para avaliar o resultado pós-operatório (5, 6).

Medidas objetivas eram as mais utilizadas pelos cirurgiões nos estudos de eficácia clínica da uretroplastia (melhora do fluxo urinário, aspecto da uretrocistografia e da uretoscopia), porém, esses resultados nem sempre estavam alinhados com os objetivos fundamentais da operação, que são minimizar os sintomas, reduzir a incapacidade e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (3, 6). Nos últimos anos, tem se interpretado que a opinião relatada pelos pacientes (PROM) sobre o resultado cirúrgico, é o aspecto mais importante para avaliar o sucesso e durabilidade do tratamento (2, 3, 6). Percebendo que nem sempre há convergência entre o resultado da urofluxometria pós-operatória e a satisfação dos pacientes, que o presente trabalho buscou relacionar a satisfação e a qualidade de vida dos pacientes com dados clínicos, sintomas miccionais e fluxo urinário.

MÉTODO

Realizamos um estudo transversal, observacional e não randomizado, de 20 pacientes falantes de língua portuguesa, submetidos a uretroplastia anterior entre 2016 a 2018, em um hospital de referência em urologia. O estudo teve anuência do hospital e foi aprovado por comitê de ética em pesquisa (CAAE 92477218.8.0000.8128). Neste período foram identificados 39 pacientes submetidos a uretroplastia anterior, sendo excluídos aqueles com mais de uma uretroplastia e os que não foram localizados, totalizando uma amostra com 20 participantes.

Os dados clínico-epidemiológicos (idade, escolaridade, hiperplasia prostática, tempo pós-operatório e tipo de uretroplastia) foram colhidos do prontuário e na consulta pós-operatória. Momento em que também foi mensurado o comprimento da estenose da uretra do paciente, aplicado um questionário de acompanhamento pós-operatório desenvolvido para a pesquisa e realizada urofluxometria de cada participante.

O comprimento da estenose foi mensurado com uma régua de centímetros posta sobre o filme da Uretrocistografia Miccional (UCM) pré-operatória. Foi tomando como referência a largura do ramo ísquio-púbico igual a 2.0cm. O resultado foi obtido por uma regra de três simples. A urofluxometria foi realizada seguindo as normas técnicas. Foi considerado fluxo normal um $Q_{max} \geq 15 \text{ml/s}$ e baixo um $Q_{max} \leq 10 \text{ml/s}$. Resultados entre 10 e 15ml/s são indeterminados (7).

O questionário aplicado por um único avaliador e foi baseado no Urethral Stricture Surgery Patient Reported Outcome Measures (USS PROM) de Jackson (3, 8). Continha seis perguntas sobre sintomas de esvaziamento vesical, chamado domínio Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), uma pergunta sobre a interferência dos sintomas miccionais na qualidade de vida, a figura de Peeling (9), duas perguntas sobre satisfação com o tratamento cirúrgico e avaliação sobre qualidade de vida pelo EuroQoL-5D-3L e Escala Visual Analógica de Saúde (EQ-VAS) (10, 11).

O EuroQoL5D-3L é formado por cinco perguntas que correspondem a cinco dimensões de saúde (mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor/desconforto e ansiedade/depressão). As respostas são divididas em três níveis de intensidade, correspondendo a três níveis de saúde: ausência, presença moderada ou presença (3, 10). A cada sequência de respostas obtida há uma interpretação numérica do estado de saúde, que varia em uma escala de

1.000 (perfeito estado de saúde) a zero (estado de morte) (disponível em <https://euroqol.org>) (8, 10, 11).

O EQ-VAS é uma figura semelhante a um termômetro vertical que induz a classificação de saúde global dos entrevistados em uma escala pontuada de zero para “pior estado de saúde imaginável” a 100 para o “melhor estado de saúde imaginável”. Nela o paciente marca um traço no número que mais representa seu atual estado de saúde global (10, 11).

Os resultados da urofluxometria, domínio LUTS, figura de Peeling, etiologia da estenose, tipo de uretroplastia e interferências dos sintomas na vida do paciente foram correlacionados com a satisfação e a qualidade de vida pós-operatória. Todas as análises estatísticas foram feitas com o SPSS® 20.0, com significância bilateral, considerando $p < 0.05$.

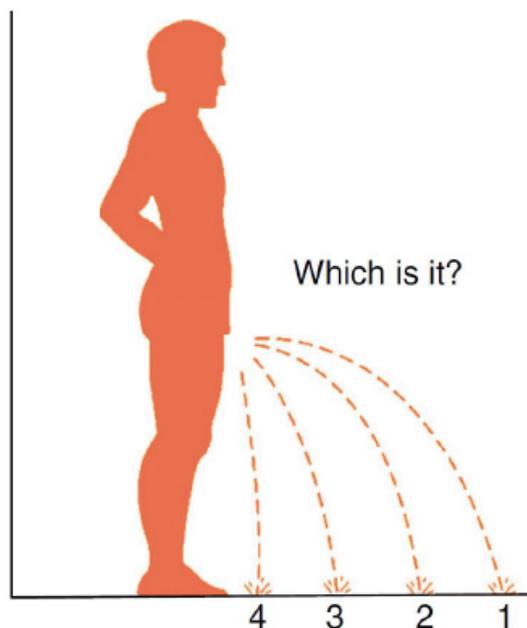
RESULTADOS

Em média, os 20 pacientes da amostra tinham 56, 45 anos de idade ($DP \pm 19.5$) e 16 meses de cirurgia ($DP \pm 12.7$ meses). Quanto a escolaridade, 75% não haviam completado o ensino fundamental e 10.0% tinha o ensino médio completo. O tamanho médio da estenose foi de 2.0cm ($DP \pm 1.3$; mínimo 0.5cm; máximo 5.0cm), e as causas identificadas foram: iatrogênica (35%), traumática (35%), infecciosa (25%) e idiopática (5%). Quanto a técnica cirúrgica, 65% das uretroplastias foram tipo Término-Terminal e 30% necessitaram de uso de enxerto de mucosa oral. Eram hipertensos 25% dos pacientes, diabéticos 10% e 50% tinham hiperplasia prostática benigna.

Foi encontrado que 70.0% dos pacientes se consideraram “Muito Satisfeito ou Satisfeito” e 30.0% ficaram “Insatisfeitos ou Muito Insatisfeitos” com o resultado da cirurgia. Houve menor satisfação naqueles pacientes com piores resultados nas perguntas do Domínio LUTS ($p < 0.05$), e uma tendência de menor satisfação quando os sintomas urinários interferiam na vida do paciente ($p=0.061$), bem como, naqueles com muito baixo fluxo urinário pós-operatório ($Q_{max} < 5 \text{ml/s}$) ($p < 0.10$) (Tabela-1).

Quando relacionado a satisfação com a interpretação gráfica da figura de Peeling (9) (Figura-1), observa-se mais satisfação nos pacientes com jato urinário de maior alcance (resultados 1 e 2) e insatisfação nos jatos de menor alcance (resultado 4) ou nos que retornaram a cistostomia suprapúbica ($p=0.003$) (Tabela-1).

Figura 1



(From Peeling 1989)

Quanto a qualidade de vida, avaliada pela mediana dos resultados do EQ-5D-3L (0.6282), percebe-se que somente na variável independente “Etiologia da Estenose” houve uma tendência de menor qualidade de vida nas causas infecciosa ou iatrogênica, por terem pontuado abaixo da mediana da amostra ($p=0.64$) (Tabela-1). Já em relação a pontuação obtida na EQ-VAS, encontramos efeito no “Tipo de Uretroplastia” ($p=0.05$) e na “Etiologia da Estenose” ($p=0.031$) sobre a qualidade de vida (Tabela-1). Coincidindo pior qualidade de vida quando a causa foi iatrogênica e infecciosa e naqueles submetidos a uretroplastia término-terminal. No tempo de pós-operatório, encontramos uma tendência de menor qualidade de vida nos pacientes operados há mais 12 meses ($p < 0.074$) (Tabela-1). Nem mesmo tendências foram observados nas demais variáveis analisadas.

DISCUSSÃO

O fator motivador de qualquer tratamento é promover qualidade de vida, portanto, é essencial saber se os pacientes estão satisfeitos com o tratamento recebido. Trata-se de uma avaliação importante no hora do aconselhamento pré-operatório e no seguimento desses pacientes

(6). Encontramos que mesmo após uma média de 16.1 meses de cirurgia, 70% dos pacientes se consideraram “Satisfeitos ou Muito Satisfeitos” com os resultados cirúrgicos da uretroplastia anterior. Em 2002, um questionário não validado foi usado por Kessler e colaboradores para avaliar trato urinário, micção, função sexual, satisfação geral e outros. Foi interessante notar que 80% dos 30 pacientes nos quais a uretroplastia foi considerada falha pelo estudo, estavam satisfeitos com o resultado (12). Esse trabalho foi um dos primeiros a destacar a importância de Patient Reported Outcome Measures (PROM) na avaliação do sucesso da uretroplastia (6).

Em 2011, pela primeira vez foi validado uma PROM com essa finalidade. O USS PROM de Jackson e colaboradores veio como uma proposta de padronizar a avaliação do sucesso da uretroplastia centradas no relato do paciente (3). Em 2013, o mesmo grupo apresentou o primeiro trabalho que avaliou prospectivamente o USS PROM relatando alívio contínuo dos sintomas e melhora da qualidade de vida do paciente no período de acompanhamento de 2 anos, estabelecendo um ponto de referência com o qual outros grupos podem comparar seus desempenhos (8). Desde então o USS PROM tem sido validado para várias línguas (13, 14), mas ainda não no Brasil.

Em nosso estudo relacionamos os resultados pós-operatórios da urofluxometria e dos vários domínios do questionário USS PROM (8) para analisar a satisfação e a qualidade de vida dos pacientes. Por isso os dados aqui apresentados não trazem uma análise comparativa pré e pós-operatório.

Encontramos que a estenose uretral foi mais comum nos pacientes acima de 50 anos de idade e naqueles com baixa escolaridade. Estudos prévios já mostram que a estenose uretral é mais frequente em idosos, especialmente por questões infecciosas e iatrogênicas (4, 15). É uma das principais causas de desconforto miccional em homens mais jovens e de meia-idade, com uma prevalência estimada de 200 por 100.000 aos 20 anos e de 900 por 100.000 a partir dos 70 anos (15, 16). Apesar dos pacientes com mais de 60 anos terem apresentado pior qualidade de vida, não encontramos efeito ou tendência da idade sobre a satisfação e qualidade de vida pós-operatório ($p > 0.1$).

Estranhamente também não encontramos relação negativa entre tempo pós-operatório e a satisfação e a qualidade de vida (EQ-5D-3L, $p=0.99$). Esperava-se que devido ao risco de recidiva da estenose, especialmente as maiores de 2cm, penianas e de causas iatrogênica e infecciosa (17),

SATISFAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES SUBMETIDOS A URETROPLASTIA ANTERIOR:
EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE UROLOGIA

Tabela 1 - Descrição e associação da satisfação e qualidade de vida com as variáveis independentes.

	Satisfação com a Uretroplastia			EuroQoL-5D-3L				EQ-VAS				
	Satisfeito/ Muito Satisfeito	Insatisfeito/ Muito Insatisfeito	Total	Valor-p	Abaixo da Mediana	Acima da Mediana	Total	Valor-p	Abaixo da Mediana	Acima da Mediana	Total	Valor-p
Número indicado na figura de Peeling				0.003								
1	4 (100.0%)	-	4									
2	5 (83.3%)	1 (16.7%)	6									
3	5 (71.4%)	2 (28.6%)	7									
4	-	1 (100%)	1									
Em uso de SVD	-	2 (100%)	2									
Pós-Operatório												
Abaixo de 12 meses												
N	7	3	10	0.999	5	5	10	0.999	3	7	10	0.074
% linha	70.0%	30.0%	100.0%		50.0%	50.0%	100.0%		30.0%	70.0%	100.0%	
% coluna	50.0%	50.0%	50.0%		50.0%	50.0%	50.0%		30.0%	70.0%	50.0%	
Acima de 12 meses												
N	7	3	10		5	5	10		7	3	10	
% linha	70.0%	30.0%	100.0%		50.0%	50.0%	100.0%		70.0%	30.0%	100.0%	
% coluna	50.0%	50.0%	50.0%		50.0%	50.0%	50.0%		70.0%	30.0%	50.0%	
Domínio LUTS												
Sintomas Leves (0 - 8 pontos)												
N	10*	1	11	0.010	5	6	11	0.999	7	4	11	0.503
% linha	90.9%	9.1%	100.0%		45.5%	54.5%	100.0%		63.6%	36.4%	100.0%	
% coluna	71.4%	16.7%	55.0%		50.0%	60.0%	55.0%		70.0%	40.0%	55.0%	
Sintomas Moderados (9 - 18 pontos)												
N	3	1	4		2	2	4		1	3	4	
% linha	75.0%	25.0%	100.0%		50.0%	50.0%	100.0%		25.0%	75.0%	100.0%	
% coluna	21.4%	16.7%	20.0%		20.0%	20.0%	20.0%		10.0%	30.0%	20.0%	
Sintomas Severos (19 - 24 pontos)												
N	1	4*	5		3	2	5		2	3	5	
% linha	20.0%	80.0%	100.0%		60.0%	40.0%	100.0%		40.0%	60.0%	100.0%	
% coluna	7.1%	66.7%	25.0%		30.0%	20.0%	25.0%		20.0%	30.0%	25.0%	

SATISFAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES SUBMETIDOS A URETROPLASTIA ANTERIOR:
EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE UROLOGIA

Qmax												
<=10ml/s												
N	5	5	10	<u>0,102</u>	5	5	10	0,445	5	5	10	0,445
% linha	50.0%	50.0%	100.0%		50.0%	50.0%	100.0%		50.0%	50.0%	100.0%	
% coluna	35.7%	83.3%	50.0%		50.0%	50.0%	50.0%		50.0%	50.0%	50.0%	
11 a 14ml/s												
N	3	1	4		3	1	4		3	1	4	
% linha	75.0%	25.0%	100.0%		75.0%	25.0%	100.0%		75.0%	25.0%	100.0%	
% coluna	21.4%	16.7%	20.0%		30.0%	10.0%	20.0%		30.0%	10.0%	20.0%	
>=15ml/s												
N	6	0	6		2	4	6		2	4	6	
% linha	100.0%	0.0%	100.0%		33.3%	66.7%	100.0%		33.3%	66.7%	100.0%	
% coluna	42.9%	0.0%	30.0%		20.0%	40.0%	30.0%		20.0%	40.0%	30.0%	
Tipo de Uretroplastia Anterior												
Terminal												
N	11	2	13	0,122	8	5	13	0,350	9*	4	13	<u>0,050</u>
% linha	84.6%	15.4%	100.0%		61.5%	38.5%	100.0%		69.2%	30.8%	100.0%	
% coluna	78.6%	33.3%	65.0%		80.0%	50.0%	65.0%		90.0%	40.0%	65.0%	
With graft												
N	3	4	7		2	5	7		1	6*	7	
% linha	42.9%	57.1%	100.0%		28.6%	71.4%	100.0%		14.3%	85.7%	100.0%	
% coluna	21.4%	66.7%	35.0%		20.0%	50.0%	35.0%		10.0%	60.0%	35.0%	
Etiologia da Estenose												
Idiopática												
N	1	0	1	0,508	0	1	1	<u>0,064</u>	0	1	1	<u>0,031</u>
% linha	100.0%	0.0%	100.0%		0.0%	100.0%	100.0%		0.0%	100.0%	100.0%	
% coluna	7.1%	0.0%	5.0%		0.0%	10.0%	5.0%		0.0%	10.0%	5.0%	
Traumática												
N	6	1	7		1	6	7		1	6*	7	
% linha	85.7%	14.3%	100.0%		14.3%	85.7%	100.0%		14.3%	85.7%	100.0%	
% coluna	42.9%	16.7%	35.0%		10.0%	60.0%	35.0%		10.0%	60.0%	35.0%	
Iatrogênico												
N	5	2	7		5	2	7		6*	1	7	
% linha	71.4%	28.6%	100.0%		71.4%	28.6%	100.0%		85.7%	14.3%	100.0%	
% coluna	35.7%	33.3%	35.0%		50.0%	20.0%	35.0%		60.0%	10.0%	35.0%	
Infeccioso												
N	2	3	5		4	1	5		3	2	5	
% linha	40.0%	60.0%	100.0%		80.0%	20.0%	100.0%		60.0%	40.0%	100.0%	
% coluna	14.3%	50.0%	25.0%		40.0%	10.0%	25.0%		30.0%	20.0%	25.0%	

SATISFAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES SUBMETIDOS A URETROPLASTIA ANTERIOR:
EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE UROLOGIA

Os sintomas urinários atrapalham sua vida?												
Em nada/Um pouco												
N	13	3	16	0.061	8	8	16	0.999	8	8	16	0.999
% linha	81.2%	18.8%	100.0%		50.0%	50.0%	100.0%		50.0%	50.0%	100.0%	
% coluna	92.9%	50.0%	80.0%		80.0%	80.0%	80.0%		80.0%	80.0%	80.0%	
Mais ou Menos/Muito												
N	1	3	4		2	2	4		2	2	4	
% linha	25.0%	75.0%	100.0%		50.0%	50.0%	100.0%		50.0%	50.0%	100.0%	
% coluna	7.1%	50.0%	20.0%		20.0%	20.0%	20.0%		20.0%	20.0%	20.0%	

*Resíduo Padronizado >1.96/Legenda: **EQ-VAS** - Escala visual analógica de qualidade de vida; **LUTS** - Sintomas do Trato Urinário Inferior; **SVD** - Son-da Vesical de Demora; **Qmax** - Fluxo Urinário Máximo.

que o tempo pós-operatório fosse interferir negativamente na satisfação e na qualidade de vida dos pacientes operados a mais tempo. Somente na variável EQ-VAS houve tendência de pior qualidade de vida com o passar do tempo ($p=0.074$). Porém, esse efeito pode estar mais relacionado com o próprio processo de envelhecimento e não com sintomatologia ou recidiva da estenose.

Muito embora a correlação do fluxo urinário com a satisfação não tenha sido significativa ($p=0.10$), observamos uma tendência de satisfação quando o Qmax foi maior que 10ml/s. Já os resultados da figura Peeling foram significativos ($p=0.003$), havendo satisfação naqueles em que o alcance do jato urinária foi atribuído como “1” ou “2”. Muitos pesquisadores usam as características do jato urinário para determinar o sucesso da uretroplastia, mas geralmente não o correlacionam com achados subjetivos (18, 19). Foi interessante notar que 71.4% dos pacientes com Qmax inferior a 10ml/s e “3” na figura de Pelling, estavam satisfeitos com o resultado da cirurgia, demonstrando que somente dados isolados de urofluxometria e jato urinário podem não corresponder com a opinião do paciente sobre o sucesso de sua cirurgia. Acredita-se que o simples retorno natural da micção, sem uso de sondas, foi o fator que agregou qualidade de vida e gerou satisfação.

Quando se relacionou a satisfação e a qualidade de vida com a escolaridade, imaginava-se que as pessoas com menor nível de instrução tenderiam a atribuir maior satisfação com a uretroplastia, seja por ter conseguido acesso a uma cirurgia com grande fila de espera no serviço ou mesmo pela limitação de uma visão crítica do atendimento pelo efeito da gratidão (20). No entanto, essa avaliação não foi possível visto que não houve diferença estatística entre as faixas de escolaridade ($p > 0.05$).

Na variável etiologia, encontramos pior qualidade de vida (EQ-VAS, $p=0.031$) naqueles onde a causa da estenose era iatrogênica ou infecciosa. Mesmo não podendo afirmar que a etiologia infecciosa e iatrogênica da estenose interfiram diretamente na qualidade de vida dos pacientes, sabemos que são fatores de risco para recidiva da estenose (17) e que 83.3% dos pacientes insatisfeitos com o resultado da cirurgia estavam nesses grupos.

A sintomatologia também é muito importante na avaliação pós-operatória da uretroplastia e ainda é utilizada como parâmetro de sucesso. Morey e seus colaboradores observaram que os sintomas permaneciam praticamente inalterados onde a uretroplastia falhou (21). Em nossos resultados, 20% e 55% dos pacientes, respectivamente, tinham sintomas moderados e leves após a uretroplastia. Mesmo assim, 80% dos participantes consideraram que seus sintomas “Em nada ou Muito pouco” atrapalhavam sua vida. Relacionando esses resultados com a satisfação, vimos um efeito negativo dos sintomas sobre essa variável. Quanto maior a intensidade dos sintomas, maior a chance do paciente estar insatisfeito ($p=0.01$). Embora o monitoramento dos sintomas seja importante, é interessante lembrar que no estudo de Kessler (2002) foi encontrada satisfação mesmos naqueles que a uretroplastia foi considerada falha (12). Estudos recentes também mostram que o escore de sintomas do AUA-SS e I-PSS não são sensíveis nem específicos o suficiente para sozinhos monitorar a recorrência da estenose pós-uretroplastia, especialmente em pacientes maiores de 40 anos (22, 23).

Quanto a técnica cirúrgica empregada, encontramos discreta tendência de maior satisfação naqueles submetidos a uretroplastia término-terminal ($p=0.122$). Esses resultados são compatíveis com o estudo retrospectivo de

Barbagli. Eles observaram que entre os 1.242 pacientes do estudo, a taxa de sucesso da uretroplastia variou de 14.3% a 87.5% a depender da técnica utilizada (4). O uso de enxerto de mucosa oral é indicado em estenoses maiores de 2cm e mais complexas, que são sabidamente de pior prognóstico (17). Em contrapartida, encontramos efeito negativo da uretroplastia término-terminal na qualidade de vida do paciente segundo o EQ-VAS ($p=0.05$), muito embora o tamanho da amostra dificulte a interpretação.

A interpretação do nosso estudo ficou limitada pelo tamanho da amostra, e pela variação nas idades e no tempo pós-operatório. Estranhamente também não encontramos diferença estatística robusta dos sintomas miccionais e do fluxo urinário com satisfação e qualidade de vida dos pacientes. Outra limitação é que não avaliamos os resultados de forma pareada, com dados pré e pós-operatórios como propõe os estudos de Jackson (3, 8).

Muito embora nossas limitações, é perceptível a importância de associar aos dados objetivos de urofluxometria e sintomatologia as avaliações qualitativas dos resulta-

dos pós-operatórios baseado na percepção dos pacientes. Informações essenciais para aconselhamento e acompanhamento da uretroplastia.

CONCLUSÃO

A maioria dos pacientes ficou satisfeito com o resultado cirúrgico, mesmo os sintomáticos ou com jato urinário fraco. Houve menor satisfação quando os sintomas eram mais intensos, interferiam na qualidade de vida e naqueles com menor fluxo urinário, quando a causa era iatrogênica ou infecciosa e nas uretroplastias com enxerto de mucosa oral. Houve menor qualidade de vida nos pacientes com estenose de causa iatrogênica e infecciosa, operados há mais de 12 meses e submetido a uretroplastias término-terminais.

CONFLITOS DE INTERESSE

Nenhum declarado.

REFERÊNCIAS

1. Mundy AR, Andrich DE. Urethral strictures. *BJU Int.* 2011; 107:6-26.
2. Erickson BA, Ghareeb GM. Definition of Successful Treatment and Optimal Follow-up after Urethral Reconstruction for Urethral Stricture Disease. *Urol Clin North Am.* 2017; 44:1-9.
3. Jackson MJ, Sciberras J, Mangera A, Brett A, Watkin N, N'dow JM, et al. Defining a patient-reported outcome measure for urethral stricture surgery. *Eur Urol.* 2011; 60:60-8.
4. Barbagli G, Montorsi F, Balò S, Sansalone S, Loreto C, Butnaru D, et al. Treatments of 1242 bulbar urethral strictures: multivariable statistical analysis of results. *World J Urol.* 2019; 37:1165-1171.
5. Voelzke BB. Critical review of existing patient reported outcome measures after male anterior urethroplasty. *J Urol.* 2013; 189:182-8.
6. Lucas ET, Koff WJ, Rosito TE, Berger M, Bortolini T, Neto BS. Assessment of satisfaction and Quality of Life using self-reported questionnaires after urethroplasty: a prospective analysis. *Int Braz J Urol.* 2017; 43:304-310.
7. Carlos Arturo Levi D'Ancona. Avaliação urodinâmica e suas aplicações clínicas (Português)2015.
8. Jackson MJ, Chaudhury I, Mangera A, Brett A, Watkin N, Chapple CR, et al. A prospective patient-centred evaluation of urethroplasty for anterior urethral stricture using a validated patient-reported outcome measure. *Eur Urol.* 2013; 64:777-82.
9. Peeling WB. Diagnostic assessment of benign prostatic hyperplasia. *Prostate Suppl.* 1989;2:51-68.
10. EuroQol Group. EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy.* 1990; 16:199-208.
11. Santos M, Cintra MA, Monteiro AL, Santos B, Gusmão-Filho F, Andrade MV, et al. Brazilian Valuation of EQ-5D-3L Health States: Results from a Saturation Study. *Med Decis Making.* 2016; 36:253-63.
12. Kessler TM, Fisch M, Heitz M, Ollanas R, Schreiter F. Patient satisfaction with the outcome of surgery for urethral stricture. *J Urol.* 2002; 167:2507-11.
13. Barbagli G, Romano G, Sansalone S, Lazzeri M. Validazione della versione italiana del questionarioinglese PROM-USS-Q in pazienti sottoposti aduretroplastica anteriore [Italian validation of the English PROM-USS-Q questionnaire in patients undergoing anterior urethroplasty]. *Urologia.* 2011; 78:98-107.

SATISFAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES SUBMETIDOS A URETROPLASTIA ANTERIOR:
EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE UROLOGIA

14. Kluth LA, Dahlem R, Becker A, Schmid M, Soave A, Rosenbaum C, et al. Psychometric validation of a German language version of a PROM for urethral stricture surgery and preliminary testing of supplementary ED and UI constructs. *World J Urol.* 2016; 34:369-75.
15. Santucci RA, Joyce GF, Wise M. Male urethral stricture disease. *J Urol.* 2007; 177:1667-74.
16. Gallegos MA, Santucci RA. Advances in urethral stricture management. *F1000Res.* 2016; 5:2913.
17. Kinnaird AS, Levine MA, Ambati D, Zorn JD, Rourke KF. Stricture length and etiology as preoperative independent predictors of recurrence after urethroplasty: A multivariate analysis of 604 urethroplasties. *Can Urol Assoc J.* 2014; 8:E296-300.
18. Erickson BA, Breyer BN, McAninch JW. Changes in uroflowmetry maximum flow rates after urethral reconstructive surgery as a means to predict for stricture recurrence. *J Urol.* 2011; 186:1934-7.
19. Heyns CF, Marais DC. Prospective evaluation of the American Urological Association symptom index and peak urinary flow rate for the followup of men with known urethral stricture disease. *J Urol.* 2002; 168:2051-4.
20. Comes Y, Trindade Jde S, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, et al. Evaluation of user satisfaction and service responsiveness in municipalities enrolled in the Mais Médicos (More Doctors) Program. *Cien Saude Colet.* 2016; 21:2749-59.
21. Morey AF, McAninch JW, Duckett CP, Rogers RS. American Urological Association symptom index in the assessment of urethroplasty outcomes. *J Urol.* 1998; 159:1192-4.
22. Tam CA, Elliott SP, Voelzke BB, Myers JB, Vanni AJ, Breyer BN, et al. The International Prostate Symptom Score (IPSS) Is an Inadequate Tool to Screen for Urethral Stricture Recurrence After Anterior Urethroplasty. *Urology.* 2016; 95:197-201.
23. Tam CA, Voelzke BB, Elliott SP, Myers JB, McClung CD, Vanni AJ, et al. Critical Analysis of the Use of Uroflowmetry for Urethral Stricture Disease Surveillance. *Urology.* 2016; 91:197-202.

AUTOR CORRESPONDENTE:

Anderson Lopes de Sousa

Rua: Dona Inês Correia de Araújo,
nº156, apt 1502

Parque, Bairro Caxangá

Recife, PE, Brasil

Cep: 50800-220

E-mail: anderson.lopes.sousa@gmail.com