

A DISFUNÇÃO ERÉTIL RELACIONADA AO CÂNCER DE PRÓSTATA

Jayres Camara Turonis¹
Keiliane Fonseca de Souza²
Telma de Goiás Brasil³
Claudia Name Evangelista Moraes⁴
Zelcimar Lemos Salvador⁵
Ângela Cristina Bueno Vieira⁶
Rackel Balestra⁷

RESUMO

Estimativas apontam que o câncer de próstata é o segundo maior causador de mortes no Brasil e que 400 mil homens com mais de 45 anos tenham a doença, mas a maioria não tem conhecimento disso. Anualmente são diagnosticados 34 mil casos, com 8 mil óbitos. Ao término do tratamento os pacientes sempre vão lidar com algum tipo de sequela como a diminuição da libido e disfunção erétil. Objetiva aprofundar o conhecimento sobre a vida sexual do homem após tratamento de câncer de próstata, visando uma diminuição de sofrimento e facilitar a aceitação do tratamento proporcionando uma melhor qualidade de vida. O método utilizado foi revisão integrativa da literatura, nas bases de dados Lilacs, Scielo e BVS. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados de 2000 a 2015 no idioma português de circulação nacional. Foram utilizados 22 artigos. O resultado foi feito após o agrupamento e categorização dos dados onde emergiram 05 categorias: Abalo Psicológico na Recepção do Diagnóstico de Câncer, Dificuldade do Homem em Procurar o Médico, Qualidade de Vida Afetada pela Disfunção Erétil, Tratamento da Disfunção Erétil, Importância do Apoio no Tratamento. Através de um referencial teórico, torna-se relevante em razão da grande incidência de diagnósticos para o câncer de próstata e as dificuldades enfrentadas por estes pacientes desde a confirmação médico-laboratorial até o término do tratamento.

Palavras-chave: 1. Câncer de Próstata. 2. Disfunção Erétil. 3. Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO

¹ Discente do curso de enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia.

² Discente do curso de enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia.

³ Enfermeira, Assistente Social, Especialista em saúde Pública, Saúde Mental e Docência Universitária, Docente da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia.

⁴ Enfermeira, mestre em ciências ambientais e saúde e Docente da Universidade Salgado de Oliveira

⁵ Farmacêutico, Mestre em Biologia Geral, Auditor Fiscal de Saúde Pública e Docente da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia.

⁶ Enfermeira, Doutora em psicologia e Docente da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia.

⁷ Bióloga, Mestre em Ecologia e Docente da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia.

A próstata é um pequeno órgão exclusivo do sistema reprodutor masculino, o seu peso normal é de aproximadamente 20g. Ela serve para produzir parte dos líquidos que formam o esperma e também é importante na fase reprodutora do homem, é rica em nutrientes que mantêm os espermatozoides vivos. Além de ter grande importância na prática urológica, afinal ela pode ser alvo de vários processos que causam transtornos a pacientes de idades variadas (CALVETE *et al.*, 2003).

A próstata vai aumentando de tamanho à medida que o homem envelhece. Por isso é comum que homens acima de 50 anos percebam a diminuição no jato urinário. Quando esse aumento passa a ser maior que o normal isso se torna uma ameaça para a saúde do homem, pois pode comprimir a uretra deixando o jato urinário fino e até mesmo causando uma obstrução total impedindo a passagem da urina (FERREIRA; MATHEUS, 2004).

As células da próstata normalmente elas se dividem e se reproduzem em uma ordem controlada, e quando acontece alguma desordem nesse processo de divisão e reprodução as células se reproduzem em excesso formando uma camada espessa de tecido, que dá origem ao tumor, podendo este ser classificado como benigno ou maligno. (CORRÊA *et al.*, 2003)

O câncer de próstata é o câncer que se desenvolve na próstata de forma lenta, quando isso acontece à célula levou entre 4 a 10 anos para produzir e chegar a um tamanho maior que 1 cm e ser considerado como um tumor que pode se desenvolver rapidamente, disseminando-se para outros órgãos do corpo e podendo levar à morte. (MIRANDA *et al.*, 2004, GUELER, 2002 *apud* RIBEIRO *et al.*, 2006).

O câncer de próstata é o segundo maior causador de mortes no Brasil e estima-se que 400 mil homens com idade acima 45 anos tenham a doença e que a maioria não tenha conhecimento disso. Anualmente, são diagnosticados 35 mil casos, com oito mil óbitos, isso corre muitas vezes porque teve um diagnóstico tardio devido ao preconceito em relação ao exame de toque retal (LIMA *et al.*, 2007, SBU, 2009).

Homem com histórico familiar de câncer de próstata antes dos 60 anos pode aumentar o risco de se ter a doença de 3 a 10 vezes comparado à população em geral. É recomendado que acima 40 anos de idade façam os exames periódicos para a detecção precoce do câncer de próstata, com o toque transretal e dosagem do PSA-Antígeno prostático específico. Outros fatores de risco como idade, raça, tabagismo, obesidade, inflamação da próstata, hábitos alimentares e doenças sexualmente

transmissíveis também influenciam no desenvolvimento da doença (INCA, 2009; SBU, 2008).

A maioria dos homens reconhece a importância do diagnóstico precoce do câncer de próstata, mesmo assim sentem medo e preconceito relacionado ao toque retal, atitude que não deve ser ignorada nem mesmo julgada pelos profissionais da saúde, já que realmente pode causar constrangimento para o homem pois o médico introduz um dedo, com luva lubrificada no reto para sentir a superfície da próstata que possa ser suspeita de câncer (GOMES, 2006).

O diagnóstico precoce realizado em exames de rotina visa um tratamento curativo, sendo assim importante o toque retal ser realizado anualmente em todos os homens acima de 45 anos de idade, independente de apresentarem ou não sintomas, pois quando o diagnóstico acontece depois que a doença já se disseminou para outros órgãos, dificulta seu tratamento (GONÇALVES, 2008; BANDEIRAS *et al.*, 2003).

Através do toque prostático, pode ser avaliado o tamanho a consistência e alterações nas porções posterior e lateral da próstata. Esse exame em associação com a dosagem do PSA, realizado através do exame de sangue no qual é dosada a quantidade de antígeno produzido pelas células epiteliais da próstata, podem reforçar a suspeita do diagnóstico de neoplasia (INCA, 2002).

O PSA é uma proteína encontrada no sangue que é única ou específica para a próstata, o exame feito para dosagem de PSA é o mais importante para detectar, classificar e monitorizar o câncer de próstata. Os níveis considerados normais de PSA são de, no máximo, 2,5ng/ml em homens com menos de 60 anos e até 4ng/ml com mais de 60. (CALVETE *et al.*, 2003).

O câncer de próstata normalmente ocorre de forma assintomática, fator que dificulta o diagnóstico precoce. Porém, nos casos sintomáticos, o paciente se queixa de dificuldade para urinar, jato urinário fraco e sensação de não esvaziar bem a bexiga, nesse caso o câncer já se encontra na forma avançada (CORRÊA *et al.*, 2003).

Para a confirmação do câncer é realizado a biopsia onde são retirados “pedacinhos” da próstata que são mandados para exame no microscópio, após a confirmação deve-se proceder à avaliação da extensão e das características do tumor, a fim de se estabelecer o estágio da doença e o seu tratamento (OTTO, 2002).

O tratamento mais indicado para o câncer de próstata localizado é a Prostatectomia Radical (PR), sendo recomendado pela maior parte dos urologistas,

método que consiste na extirpação de toda a próstata e das vesículas seminais, posteriormente unindo-se a bexiga à uretra (GOMES *et al.*, 2008; MACHADO *et al.*, 2007).

A Disfunção Erétil (DE) é uma das principais sequelas da PR, é definida como a incapacidade de obter e manter uma ereção firme o suficiente para permitir uma relação sexual satisfatória, para uma boa recuperação e reverter esse dano é importante manter as ramificações nervosas durante a cirurgia e levar em conta a idade do paciente e o desempenho sexual antes do tratamento (NEVES *et al.*, 2004; NUNES *et al.*, 2004).

Os métodos terapêuticos mais utilizadas para tratar a DE, são os agentes farmacológicos orais, terapêuticas intracavernosa, e colocação de próteses penianas, sendo iniciado o tratamento com métodos farmacológicos orais no pós-operatório, não obtendo sucesso com esse método serão avaliados outros métodos que mais se enquadrarem no perfil do paciente (WESPES *et al.*, 2006).

Sabemos que na próstata estão situados nervos responsáveis pela ereção, com isso existe a probabilidade de uma disfunção erétil após o tratamento de câncer de próstata? Essa disfunção vai depender do estágio da doença, do tamanho do tumor, do estado da função sexual antes da cirurgia e da idade, em mais de 50% dos homens ficam com disfunção erétil, seja ela reversível por um período curto ou não, nos casos da prostatectomia radical onde é feita toda a extirpação da próstata sem a conservação dos nervos da ereção já é recomendado o uso de próteses penianas, pois a disfunção é irreversível.

A disfunção erétil atrapalha na qualidade de vida? Sim, principalmente se esse homem tiver uma vida sexual ativa, pois é comum o homem relacionar masculinidade com função erétil. Homens com idade inferior a 60 anos com esposa jovem são os que mais sofrem, pois fica o peso na consciência de não corresponder sexualmente perante sua parceira e muitas das vezes esse homem acaba se afastando do seu ciclo de amigos e até da esposa.

Nosso objetivo é aprofundar o conhecimento sobre a vida sexual do homem após tratamento de câncer de próstata, visando uma melhor qualidade de vida a esse paciente perante o seu meio social, e assim diminuir a desinformação e medos relacionados à prevenção, diagnóstico e tratamentos.

Antes os fatores psicológicos eram os principais causadores da DE, porém, já se sabe que a distúrbio também se origina de problemas vasculares, sendo que esses

são responsáveis por cerca de 75% dos casos relatados (NEVES *et al.*, 2004).

Este estudo torna-se relevante a avaliação em razão da grande incidência de diagnósticos para o câncer de próstata e as dificuldades enfrentadas por estes pacientes desde a confirmação médico-laboratorial até o término do tratamento. Pode-se perceber as dificuldades enfrentadas pelos pacientes perante a sua companheira e a sociedade, principalmente no que se refere à disfunção erétil que acontece após alguns tratamentos, devido a isso se observa a necessidade de orientação e apoio ao paciente e a família quanto a importância do diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento.

1 MATERIAIS E MÉTODOS

O método utilizado foi a revisão integrativa da literatura. Trata-se de estudos que envolve etapas preconizadas por Pereira e Bachion (2006), sendo elas:

1ª etapa: Realizado busca nos descritores em ciências da saúde sendo as seguintes palavras-chave: Câncer de próstata; Disfunção erétil; Qualidade de vida.

2ª etapa: Busca nos seguintes base de dados da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), LILACS (Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library online), Psiquweb.

3ª etapa: Todos os artigos, referencias e resumos encontrados serão lidos na integra, categorizados, analisados a luz de um referencial teórico e avaliados seguindo critérios de inclusão e exclusão:

Os critérios utilizados para inclusão dos trabalhos foram os artigos publicados de 2000 a 2015 de procedência nacional e idioma português. Para melhor demonstração das características das fontes foi construído um quadro sinóptico com as variáveis que elucidou os dados: Ano de publicação, autor e periódico.

Autor	Título do artigo	Metodologia	Periódico	Ano
ABBOU	Cirurgia Urológica.	Pesquisa de campo	Livro	2003
AMORIM	Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata, um estudo de base populacional.	Pesquisa de campo	Revista	2011

SILVA	Sexualidade na terceira de terceira idade: Uma discussão da AIDS, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil	Revisão da literatura	Artigo	2006
CORRÊA	Diagnóstico precoce de carcinoma de próstata: antígeno prostático específico (PSA), um marcador quase ideal.	Pesquisa de campo	Revista	2003
FERREIRA	Hiperplasia Benigna da Próstata.	Revisão da literatura	Revista	2004
TOFANI	Câncer de próstata, sentimento de impotência e fracassos	Revisão da literatura	Revista Interamericana de Psicologia	2007
GONÇALVES	Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata.	Pesquisa de campo	Revista	2009
MIRANDA	Práticas do diagnóstico precoce de câncer de próstata entre professores da Faculdade de Medicina – UFMG.	Pesquisa de campo	Revista	2004

Figura I: Quadro sinóptico das bibliografias utilizadas.

Os critérios de exclusão foi todos os artigos que não se adequaram aos critérios citados acima.

2 ANÁLISE E DISCUSSÕES

Deu-se após agrupamento e categorização onde emergiram 5 categorias: Abalo psicológico na recepção do diagnóstico de câncer de próstata, Dificuldade do homem em procurar o médico, Qualidade de vida afetada pela disfunção erétil, Tratamento da disfunção erétil e a importância do apoio no tratamento.

2.1 Abalo psicológico na recepção do diagnóstico de câncer

A identificação das alterações estruturais que confirmam o câncer de próstata é feita por meio do exame clínico sinalizador e por exames laboratoriais como o toque retal prostático, dosagem sérica do PSA e ultrassonografia transretal (ABBOU, 2003).

Para o direcionamento da terapêutica a ser implantada é importante que tenha a identificação clínico laboratorial e outras informações relevantes como idade, antecedentes familiares, condições clínicas, presença de comorbidades e tamanho da próstata. (BRASIL 2002).

O bem-estar físico e emocional do homem portador de Câncer de Próstata é afetado pelo sofrimento na recepção do diagnóstico e isso reflete na qualidade de vida. Para um adequado tratamento profissional, inclusive quanto à aceitação da doença e como lidar com os sentimentos que surgem neste momento, é importante o diagnóstico médico associado ao exame psicodiagnóstico (TOFANI, 2007).

2.2 Dificuldade do homem em procurar o médico

Os tabus de uma sociedade relativamente machista, faz com que o homem crie barreiras que dificultam a procura do médico, em razão da sua fantasia, de perda de virilidade e ao encargo de assumir a performance sexual, confundindo masculinidade com desempenho sexual (GIANINI, 2007).

Os serviços de saúde sempre tiveram dificuldades em acompanhar a saúde do homem. A maioria dos homens esconde suas necessidades e preocupações relacionadas à saúde e procuram bem menos o serviço de saúde do que as mulheres. Existem alguns homens que chegam a acreditar que os ambientes das unidades básicas sejam exclusivos para o atendimento de mulheres. (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011).

É importante manter os homens informados pelos serviços de saúde a respeito dos riscos e dos benefícios da realização destes exames, como forma preventiva às complicações do tratamento do Câncer de Próstata e suas possíveis complicações pós-terapêutica. Neste contexto, a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem auxilia e estimula na divulgação e no incentivo relacionado à prática de cuidados com a saúde. (AMORIM *et al.*, 2011).

2.3 Qualidade de vida afetada pela disfunção erétil

Apesar da DE não apresentar riscos à vida do homem, pode provocar uma série de transtornos comportamentais e fisiológicos como a diminuição da auto-estima, aumento da ansiedade, comprometimento do relacionamento social e depressão, queda da imunidade, doenças dermatológicas, entre outros. Estes transtornos podem provocar repercussões no estado geral de saúde do homem (BERG, 2000).

Antes acreditavam que os fatores psicológicos, ora considerados como comportamentais e em outras ocasiões fisiológicos, eram os principais causadores da DE, porém, já se sabe que esse distúrbio também se origina de problemas vasculares que interferem na nutrição tecidual e fornecimento de oxigênio, sendo que esses são responsáveis por cerca de 75% dos casos relatados (NEVES *et al.*, 2004).

A DE afeta na qualidade de vida do homem, assim como na sua auto-estima, levando-o a construir um auto-conceito distorcido de homem e de ser sexual, não somente afetando a sua intimidade emocional como também interfere nas interações com mulheres (ou outros potenciais parceiros), familiares e amigos, criando ainda problemas psicossociais que mantêm e agravam o distúrbio sexual (BURNETT 2006; LATINI *et al.*, 2006).

2.4 Tratamento da disfunção erétil

Existem várias terapêuticas utilizadas para o tratamento da DE que são tão variados quanto as suas causas. Os métodos mais utilizados são a psicoterapia, as próteses penianas, as cirurgias e os medicamentos, sendo por via oral ou por injeções locais no pênis (SILVA *et al.*, 2006).

O medicamento mais divulgado é o Sildenafil, que pode ser encontrado com o nome comercial Viagra®. Foi estudada para o uso em hipertensão e angina. Onde as primeiras impressões sugeriram que a droga pouco agia sobre a angina, mas que podia induzir fortemente ereções penianas. A Pfizer, então, decidiu comercializar este medicamento como tratamento para a DE. A droga foi patenteada em 1996, e aprovada para uso na disfunção erétil pela *Administration (FDA)* em 27 de março de 1998, sendo comercializada em junho do mesmo ano no Brasil. Este foi lançado em 1998, desde então mais de 17 milhões de prescrições foram feitas para o tratamento

de disfunção erétil. Em 2001, a Pfizer declarou faturamento de 1 bilhão e meio de dólares nas vendas do Viagra®. (MOYNIHAN, 2003).

Independentemente do estudo das causas da DE, a Psicoterapia Sexual (PS) deveria ser aplicada como prática terapêutica em todos os doentes identificados e diagnosticados, em conjunto com o tratamento médico (BANNER *et al.*, 2007).

2.5 A importância do apoio no tratamento

É comprovado que a falta de apoio familiar, principalmente da parceira, e da sociedade que não compreende a existência da DE como sequela do tratamento ou desordem fisiológica, é o fator de risco para a não concretização do tratamento (FISHER *et al.*, 2004).

O incentivo à parceira em participar da terapia do homem com disfunção erétil é de elevar o nível de informação do casal sobre o funcionamento sexual e de melhorar as competências comunicacionais, o desejo e a confiança sexuais do casal, além de motivar o homem diagnosticado a concluir a terapêutica (BANNER *et al.*, 2007).

Vem crescendo os grupos de apoio multiprofissionais, compostos por profissionais de diversas áreas com papel principal da enfermagem, para homens com câncer de próstata e eles têm apresentado um aumento do número de pacientes diagnosticados no contexto nacional e internacional e vêm se consolidando como uma modalidade de cuidado eficaz. (VOERMAN, 2007).

Esses grupos ajudam o homem com câncer de próstata a desenvolver habilidades de enfrentamento da doença e seu tratamento, a partir do contato com outras pessoas que vivenciam situações semelhantes. Esse contato entre pessoas com interesses comuns é visto como um poderoso recurso empregado na reabilitação física e psíquica dos pacientes. (DELUCA, 2004).

Sob orientação periódica, o casal é estimulado a realizar uma série de exercícios regulares em nível domiciliar, reservando um tempo para estes exercícios, desde que os dois tenham disposição e não sejam perturbados (DEAN *et al.*, 2006).

A equipe de saúde deve trabalhar juntamente com o paciente e a família, para assegurar a compreensão das orientações de cuidados pós – prostatectomia, considerando os aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais, a fim de prestar um cuidado individualizado a essa clientela. (SMELTZER, 2011).

CONCLUSÃO

O presente trabalho torna-se relevante em razão da grande incidência dos pacientes diagnosticados com câncer de próstata e as dificuldades enfrentadas por estes pacientes desde o recebimento do diagnóstico até o término do tratamento.

Pode-se perceber as dificuldades enfrentadas pelos pacientes perante a sua companheira e a sociedade principalmente no que se refere à disfunção erétil que acontece após alguns tratamentos, devido a isso se observa a necessidade de orientação e apoio ao paciente e a família quanto a importância do diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento.

O paciente com diagnóstico de câncer de próstata fica fragilizado, pois o mesmo passara por momentos difíceis desde a escolha pelo médico do melhor tratamento até os efeitos colaterais, tanto fisiológicos como psicológicos que conseqüentemente atrapalha na qualidade de vida, então a importância da equipe de enfermagem em prestar uma assistência a esse paciente desde o diagnóstico até o término do tratamento ameniza sofrimento da família e do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBOU, C.; DUBERNARD, J.M. **Cirurgia urológica**. Porto Alegre: Artmed; 2003. 716p.

AMORIM, V.M.S.L.; BARROS, M.B.A.; CÉSAR, C.L.G.; GOLDBAUM, M.M.; CARANDINA, L.; ALVES, M.C.G.P. **Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata, um estudo de base populacional**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 347-356, 2011.

BANDEIRAS, A.M. *et al.* **Carcinoma basocelular**: um estudo clínico e anatomopatológico de 704 tumores. An. Brás. Dermatol., São Paulo. v.78, n.3, p. 23-24, mar. 2003.

BANNER, L.L.; ANDERSON, R.U. Original Research – Psychology: Integrated Sildenafil and Cognitive-Behavior Sex Therapy for Psychogenic Erectile Dysfunction: A Pilot Study. **The journal of sexual medicine**, v. 4, n. 4ii, p. 1117-1125, 2007.

BERG OLD. **Afinal, o que é disfunção erétil?** Verdades e mentiras sobre a impotência sexual. Rio de Janeiro: Dunya, 2000.

BURNETT, *et al.* **Erectile dysfunction**. The Journal of Urology, v. 175, n. 25-31, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa nacional de controle do câncer da próstata**: documento de consenso. - Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=129>. Acesso em: 28 set. 2014.

CALVETE, A.C. *et al.* Avaliação da extensão da neoplasia em câncer da próstata: valor do PSA, da percentagem de fragmentos positivos e da escala de Gleason. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 49, n. 3, p. 250-254, 2003.

COLELLA, K.M.; DELUCA, G. Shared decision making in patients with newly diagnosed prostate câncer: a model for treatment education and support. **Urologic nursing**, v. 24, n. 3, p. 187-196, 2004.

CORRÊA, N. A. B. *et al.* Diagnóstico precoce de carcinoma de próstata: antígeno prostático específico (PSA), um marcador quase ideal. **Rev. Brás. Anal. clín.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 63-64, 2003.

DEAN, J.; BOER, B.; GRAZIOTTIN, A.; HATZICHRISTOU, D.; HEATON, J.; TAILLOR, A. Partner satisfaction and successful treatment outcomes for men with erectile dysfunction. **European Urology Supplements**, 2006, 5: 779-785.

FERREIRA, U.; MATHEUS, W. E. Hiperplasia Benigna da Próstata. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 4, n. 5, p. 592-595, set. 2004.

FIGUEIREDO, W.S.; SCHRAIBER, L.B. Concepções de gênero de homens usuarios e profissionais de saúde de serviços de atenção primaria e os possíveis impactos na saúde da população masculina. São Paulo, Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 935-944, 2011.

FISHER, W.; *et al.* The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study: I. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. **Current Medical Research and Opinion**®, v. 20, n. 5, p. 607-617, 2004.

GIANINI, M. M.S. Câncer e gênero: enfrentamento da doença. **Rev Psicol**, 2007.

GOMES, NASCIEMNTO, E.R. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem – saúde: uma revisão bibliográfica, **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.5, p. 901-911, 2006

GOMES, R. *et al.* A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 239-242, jan. 2008

GONÇALVES, I. R.; PADOVANI, C.; POPIM, R. C. Câncer de Próstata: uma Revisão da Literatura de próstata. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1337-1342, jul./ago. 2008.

INCA. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev. **Câncer de Próstata**: consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_p_róstata.pdf> Acesso em: 05 out. 2014.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Câncer de próstata**. Texto na internet, 2009. Disponível em: <[HTTP://www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)>. Acesso em: 06 mar. 2015.

LATINI, D.M. *et al.* Original research—erectile dysfunction: Clinical and Psychosocial Characteristics of Men with Erectile Dysfunction: Baseline Data from ExCEED™. **The journal of sexual medicine**, v. 3, n. 6, p. 1059-1067, 2006.

LIMA, A. C.; FEITOSA, et al. Conhecimento dos trabalhadores de uma universidade privada sobre a prevenção do câncer de próstata. **Cogitare Enferm.** p. 460-465, out./dez. 2007

MACHADO, M.T., *et al.* Estudo comparativo e prospectivo entre a prostatectomia laparoscópica transperitoneal e extraperitoneal. **Rev. Einstein**, v. 5, p. 203-208, Maio de 2007.

MIRANDA, P. S. C. et al. Práticas do diagnóstico precoce de câncer de próstata entre professores da Faculdade de Medicina – UFMG. **Rev. Associ. Med. Brás.** v. 50, n. 3, p. 272-275, 2004.

MOYNIHAN, Ray. The making of a disease: female sexual dysfunction. **BMJ: British Medical Journal**, v. 326, n. 7379, p. 45, 2003.

NEVES.G., *et al.* Agentes dopaminérgicos e o tratamento da disfunção erétil. **Quim. Nova**, v. 27, n. 6, 949-957. Rio de Janeiro, 2004.

NUNES, P.; ROLO, F.; MOTA, A. Prostatectomia radical e actividade sexual. **Acta Urológica**, v. 21, n. 1, p. 15-31, 2004.

OTTO, S.E. **Oncologia**: câncer em enfermagem. São Paulo, SP: Ed. Relchmann e Affonso, 2002.

RIBEIRO, A.M.; OPARACZ, V.; CULIBABA, M.M. **O papel do enfermeiro com pacientes portadores do câncer de próstata**. Curitiba-Paraná, 2006.

SBU – Sociedade Brasileira de Urologia. **Campanha Dia Nacional de Combate ao Câncer da Próstata**. 2005. Disponível em: <http://www.sbu.org.br/indexGeral.php?do=imprensa&sub=7&dado_id=86&site=gera>. Acesso em: 14 set. 2014.

SBU – Sociedade Brasileira de Urologia. **Detecção do câncer de próstata**. Disponível em: <http://sbunacional.tempsite.ws/indexGeral.php?do=noticias&sub=2&dado_d=166>. Acesso em: 05 out. 2014.

SILVA, JM. **Disfunção erétil**. Disponível em: <<http://www.unimeds.com.br/>>

layouts/capa/ tematico>. Acessado em: 8 fev. 2015.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem medico cirurgica. 12^a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2011.

TOFANI, A.C.A.; CÍCERO, E. Câncer de próstata, sentimento de impotência e fracassos ante os cartões IV e VI do Rorschach. ***Interamerican Journal of Psychology***. Porto Alegre: agosto, 2007, v. 41, n. 2.

VOERMAN, B. *et al.* Determinants of participation in social support groups for prostate cancer patients. ***Psycho-Oncology***, v. 16, n. 12, p. 1092-1099, 2007.

WESPES, E. *et al.* EAU Guidelines on erectile dysfunction: an update. ***European urology***, v. 49, n. 5, p. 806-815, 2006.