

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Gabriela Mota Antunes de Oliveira

**Diagnóstico de Enfermagem Disfunção Sexual em Homens em Tratamento para o
Câncer de Próstata:
uma proposta de cuidado de enfermagem**

**Juiz de Fora
2016**

Gabriela Mota Antunes de Oliveira

**Diagnóstico de Enfermagem Disfunção Sexual em Homens em Tratamento para o
Câncer de Próstata:
uma proposta de cuidado de enfermagem**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora/MG, área de concentração: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem, como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Girlene Alves da Silva

Juiz de Fora

2016

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Oliveira, Gabriela Mota Antunes de .

Diagnóstico de Enfermagem Disfunção Sexual em Homens em Tratamento para o Câncer de Próstata : uma proposta de cuidado de enfermagem / Gabriela Mota Antunes de Oliveira. -- 2016.

146 f. : il.

Orientadora: Girlene Alves da Silva

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Sexualidade. 2. Oncologia. 3. Educação em enfermagem. 4. Neoplasias prostáticas. I. Silva, Girlene Alves da , orient. II. Título.

Gabriela Mota Antunes de Oliveira

**Diagnóstico de Enfermagem Disfunção Sexual em Homens em Tratamento para o
Câncer de Próstata:**

uma proposta de cuidado de enfermagem

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora/MG, área de concentração: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem, como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em ____ de ____ de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Girlene Alves da Silva – Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Fabiana Barbosa Assumpção de Souza - 1ª Examinadora
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Elenir Pereira de Paiva - 2ª Examinadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Marléa Chagas Moreira - Suplente
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Anna Maria de Oliveira Salimena - Suplente
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico este trabalho à todos os profissionais que se destinam ao cuidado do paciente oncológico.

Em especial aos colegas enfermeiros, detentores de um saber que ultrapassa os limites dos procedimentos técnicos.

A todos os homens em tratamento para o câncer de próstata, que se beneficiarão de um olhar especial voltado a recuperação da sua sexualidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia.

Ao meu pai Helio Antunes que trabalhou dia e noite para me proporcionar a melhor base educacional. Quem nunca deixou que nada nos faltasse, muito menos amor e bons exemplos. Obrigada pai!

À minha mãe Maria das Mercês Mota exemplo de mulher. Dedicada em tudo que faz, porque sempre faz o melhor. Minha amiga e companheira, que me encoraja e me faz mais forte a cada dia. Obrigada mãe!

Ao meu irmão, Vinicius Mota Antunes de Oliveira. Obrigada pelas brigas, que acabaram nos aproximando e nos amadurecendo, pelo companheirismo desde sempre. LOVE YOU Vini!

À Juliana Fernandes Terra (in memorian) minha amiga e estrela guia, meu anjo da guarda. É graças a você que me dedico com amor à oncologia.

À Profa. Dra. Girlene Alves da Silva pela paciência, apoio, e incentivo nesses anos. Amiga e orientadora compreensiva nos momentos de necessidade. Obrigada pelo aprendizado e por não me deixar desistir mesmo com a mudança de estado.

Aos Professores-Doutores do programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem.

À coordenação do Mestrado. Profa. Dra. Anna Maria Salimena, Elisângela e Ana Cristina, sempre tão receptivas e prestativas. Obrigada pelo apoio oferecido em cada etapa do curso.

A todos os colegas enfermeiros que colaboraram como peritos desse estudo.

À Patrícia Passos, Flávia Ramos e Dr.a Clarissa Baldotto pela confiança e colaboração que me permitiram conciliar o trabalho e a realização deste estudo.

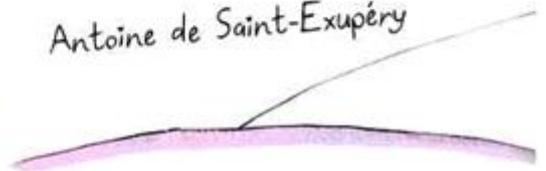
Ao Dr Diogo e toda a equipe multidisciplinar do grupo de genitourinário pelos conhecimentos adquiridos a cada reunião.

Agradeço a todos os amigos do trabalho. Pessoas maravilhosas que fazem o meu dia melhor e especial, que se tornaram minha família carioca. Lucyana e Ingrid que me acolheram como amigas. João por me chamar de abençoada todos os dias. Jupiará, Priscila, Jéssica e Verônica pelo carinho e incentivos. Obrigada por me ouvirem e por me fazerem sorrir todos os dias.



Disse a flor para
o pequeno príncipe:
É preciso que eu suporte
duas ou três larvas
se quiser conhecer
as borboletas.

Antoine de Saint-Exupéry



RESUMO

No Brasil, o câncer de próstata é o mais comum entre os homens. Dessa forma, torna-se necessário um olhar cuidadoso para essa população, que no cotidiano do adoecimento, pode ter como comprometimento da sua qualidade de vida, alterações na sua função sexual. Nesse sentido, nos aproximamos da taxonomia da NANDA I para melhor investigar esse objeto por meio do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual. Os objetivos desta pesquisa consistiram em caracterizar o conhecimento dos homens em tratamento para o câncer de próstata acerca do processo da doença, tratamento e efeitos desses em sua sexualidade, avaliar a disfunção sexual dos homens em tratamento para o câncer de próstata submetidos aos tratamentos de radioterapia e hormonioterapia e estabelecer uma proposta de cuidado de enfermagem tomando como referência o diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual, apresentado pelos participantes do estudo. Tratou-se de um estudo descritivo analítico, construído a partir de um roteiro preestabelecido. Os dados coletados referem-se a 15 homens em tratamento para o câncer de próstata. O cenário do estudo foi uma instituição particular no Município do Rio de Janeiro/RJ. A coleta de dados ocorreu no período de maio a agosto de 2016. Foram utilizadas as estratégias de ambiência nos setores de radioterapia e centro infusional, análise documental e entrevista. Os peritos se basearam no instrumento de coleta de dados para identificar as características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual cabível a cada homem em tratamento para o câncer de próstata. O diagnóstico identificado foi classificado em uma escala do tipo Likert, quanto ao grau de concordância com a entrevista realizada. A consolidação dos 60 diagnósticos possibilitou o levantamento de 7 características definidoras e 4 fatores relacionados mais comumente citados. O grupo de participantes eram homens brancos, casados, aposentados, com ensino médio completo e ensino superior, renda familiar acima de cinco salários mínimos; apresentavam hábitos de vida saudáveis, prática de exercícios físicos regulares, consumo moderado de álcool e não adeptos do tabagismo, 60% possuíam história de câncer de próstata na família. Relataram se sentir otimistas quanto a realização do tratamento proposto, assim como suas companheiras. Como limitação podemos verificar que ainda existe uma lacuna referente ao conhecimento dos homens a respeito do que é o câncer de próstata, antes do acometimento pela doença. Observamos que o instrumento de coleta de dados mostrou-se capaz de identificar o diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual em homens em tratamento para o câncer de próstata. Concluímos que para a abordagem da temática da sexualidade, são

necessárias práticas de educação em saúde que visam um modelo de forma integral, que dê conta dos aspectos alusivos do câncer e à singularidade do cliente. Incluir o paciente na promoção de sua saúde, contempla o processo interpessoal, permite a identificação de necessidades e possibilita traçar um plano de cuidados individual. Por mais que esse cuidado deva ser visto sob a ótica de um cuidado multidisciplinar, envolvendo os demais profissionais da equipe no cuidado, este estudo intenciona dar visibilidade às ações da enfermagem. A implementação do processo de enfermagem para a elaboração e utilização do plano como instrumento orientador da prestação dos cuidados individualizados, possibilitará garantir que ações necessárias sejam priorizadas ao longo da assistência prestada, ao portador de uma neoplasia prostática que vê sua sexualidade acometida pela disfunção sexual.

Palavras-chave: Sexualidade. Oncologia. Educação em enfermagem. Neoplasias prostáticas.

ABSTRACT

In Brazil, prostate cancer is the most common among men. Thus, it is necessary to take a careful look at this population, which in the daily life of the disease can have as a compromise of their quality of life, changes in their sexual function. In this sense, we approach the taxonomy of NANDA I to better investigate this object through the diagnosis of nursing of sexual dysfunction. The objectives of this research were to characterize the knowledge of men in treatment for prostate cancer about the disease process, treatment and effects in their sexuality, to evaluate the sexual dysfunction of men undergoing treatment for prostate cancer undergoing radiotherapy treatments and hormone therapy and to establish a proposal for nursing care based on the nursing diagnosis of sexual dysfunction presented by the study participants. This was a descriptive analytical study, built from a pre-established script. The data collected refer to 15 men undergoing treatment for prostate cancer. The study scenario was a private institution in the city of Rio de Janeiro / RJ. Data collection took place from May to August 2016. Ambience strategies were used in the radiotherapy and infusion center, document analysis and interview. The experts drew on the data collection instrument to identify the defining characteristics and related factors of the nursing diagnosis of sexual dysfunction appropriate to each man being treated for prostate cancer. The identified diagnosis was classified on a Likert scale, according to the degree of agreement with the interview. The consolidation of the 60 diagnoses allowed the survey of 7 defining characteristics and 4 related factors most commonly cited. The group of participants were white males, married, retired, with full secondary education and higher education, family income above five minimum wages; presented healthy habits, regular physical exercise, moderate alcohol consumption, and non-smokers, 60% had a history of prostate cancer in the family. They reported feeling optimistic about the completion of the proposed treatment, as well as their partners. As a limitation, we can verify that there is still a gap regarding men's knowledge about prostate cancer, before the disease is affected. We observed that the data collection instrument was able to identify the nursing diagnosis of sexual dysfunction in men under treatment for prostate cancer. We conclude that in order to approach the theme of sexuality, health education practices are needed that aim at a comprehensive model that takes into account the allusive aspects of cancer and the client 's uniqueness. Include the patient in the promotion of his health, contemplates the interpersonal process, allows the identification of needs and allows to draw up an individual plan of care. Although this care should be viewed from the perspective of a multidisciplinary care, involving the other

professionals of the team in care, this study intends to give visibility to nursing actions. The implementation of the nursing process for the elaboration and use of the plan as a guiding instrument for the provision of individualized care will make it possible to guarantee that the necessary actions are prioritized throughout the care given to the patient with a prostatic neoplasm that sees their sexuality affected by sexual dysfunction.

Key words: Sexuality. Medical Oncology. Education, nursing. Prostate neoplasms.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ciclo celular	25
Figura 2 – Sistema genitourinário masculino	33
Figura 3 – Escala padrão de Gleason.....	36
Figura 4 – Palavras ditas pelos homens em tratamento para o câncer de próstata	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Diagnóstico de enfermagem disfunção sexual – domínio, características e fatores relacionados.....	21
Quadro 2 – Estadiamento TMN para câncer de próstata	34
Quadro 3 – Pontuação Escore de Gleason	36
Quadro 4 – Valores de referência PSA.....	37
Quadro 5 – Classificação de risco de D’Amico.....	38
Quadro 6 – Sistema Multiaxial da taxonomia de NANDA I	58
Quadro 7 – Sistema de pontuação de especialistas do modelo de validação de conteúdo.....	68
Quadro 8 – Pontuação dos peritos	68
Quadro 9 – Escala Likert	72
Quadro 10 – Conhecimento sobre o câncer de próstata.....	82
Quadro 11 – Explicação sobre o tratamento	85
Quadro 12 – Orientações recebidas sobre os efeitos colaterais do tratamento relacionados à sexualidade.....	87
Quadro 13 – Diagnósticos de enfermagem de disfunção sexual identificados pelos peritos, por participante.....	92
Quadro 14 – Consolidado dos resultados do quadro 12	101
Quadro 15 – Diagnóstico de risco de disfunção sexual	101
Quadro 16 – Modelo BETTER.....	102
Quadro 17 – Plano de cuidados	103

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Distribuição das características socioeconômicas dos participantes do estudo (n = 15). Instituição particular especializada na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer no Município do Rio de Janeiro, maio-agosto, 2016 74
- Tabela 2– Distribuição das modalidades terapêuticas dos participantes do estudo (n = 15). Instituição particular especializada na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer no Município do Rio de Janeiro/RJ, maio-agosto, 2016..... 79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
Cacon	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
cGy	Centigray
CHC	Carcinoma Hepatocelular
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
Conasems	Conselho Nacional dos Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
Datasus	Departamento de informática do SUS
DNA	Ácido desoxirribonucleico
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EBV	Epsten – Barr Vírus
EPIC	Extended Prostate Index Composite
FHS	Hormônio Foliculoestimulante
GnRH	Hormônio Liberador de Gonadotrofina
H. Pilory	Helicobacter Pylori
HPV	Human Papiloma Vírus
HTLV	Vírus Linfotrópico de Células T Humanas
IARC	International Agency for Research on Cancer
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMRT	Intensity Modulated Radiotherapy
Inca	Instituto Nacional do Câncer
KPS	Kasnohsky
LH	Hormônio Luteinizante
LHRH	Hormônio Liberador de Hormônio Luteinizante
LLTA	Leucemia/Linfoma de Células T do Adulto
NANDA I	North American Nursing Diagnosis Association International
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Intervention Classification
NOC	Nursing Outcomes Classifications
OMS	Organização Mundial de Saúde
PE	Processo de Enfermagem

PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem
PRL	Prostatectomia Radical Laparoscópica
PRR	Prostatectomia Radical Retropúbica
PS	Performance Status
PSA	Prostate Specific Antigen
RNA	Ácido ribonucleico
SAE	Sistematização da Assistência em Enfermagem
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TNM	Tumor Nódulo Metástase
UBS	Unidade Básica de Saúde
UICC	União Internacional Contra o Câncer
VHC	Vírus da Hepatite C
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DA LITERATURA	24
2.1	CÂNCER DE PRÓSTATA.....	24
2.2	A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO HOMEM E SUAS IMPLICAÇÕES NO CUIDADO DA SEXUALIDADE.....	43
2.3	SAE: UM OLHAR SOBRE O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE DISFUNÇÃO SEXUAL	54
3	MÉTODO	64
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	64
3.2	CENÁRIO	64
3.3	PARTICIPANTES	66
3.4	COLETA DE DADOS	69
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	71
3.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	73
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	74
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS HOMENS EM TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE PRÓSTATA.....	74
4.2	CARACTERIZAÇÃO DOS HOMENS QUANTO A MODALIDADE TERAPÊUTICA E ESTADIAMENTO POR GLEASON.....	78
4.3	OS SABERES E O SENTIDO DA DOENÇA, DO TRATAMENTO E SEUS EFEITOS SOBRE A SEXUALIDADE	80
4.4	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE DISFUNÇÃO SEXUAL IDENTIFICADOS PELOS PERITOS	92
4.5	PLANO DE CUIDADOS	100
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
	REFERÊNCIAS	114
	APÊNDICES	133
	ANEXOS	142

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a enfermagem brasileira baseia sua formação profissional no modelo biomédico, onde a assistência de enfermagem é centrada em procedimentos técnicos desenvolvidos em um corpo biológico, negando de certa forma a multidimensionalidade humana. As escolas de formação e redes de atenção à saúde ainda encontram dificuldades para uma abordagem crítica sobre sexualidade, pelo fato da educação ainda ser regida por um modelo tradicional (COSTA, L. H. R.; COELHO, E. A. C., 2011).

Atualmente, nota-se um movimento em busca de ampliar as formas do cuidado para além das técnicas e dos aspectos eminentemente biológicos. Estamos vivendo uma mudança de paradigma, onde o indivíduo deixa de ser visto “em partes”, mas sim em sua totalidade. Assim, o processo de cuidar passa a envolver uma relação entre a pessoa que cuida e o sujeito, na qual o contexto social, político e cultural, dentre outras singularidades estão intimamente presentes (ACIOLI et al., 2014).

Apesar de a sexualidade humana ter adquirido maior importância no último século, nota-se um movimento em busca de ampliar as formas do cuidado, sendo assim representado por outras formas como o toque, o olhar e a escuta, ultrapassando as dimensões das práticas técnicas (XAVIER; ARAÚJO, 2014). O. R. Z. Garcia e Lisboa (2012) consideram que existem escassez de estudos e publicações sobre a temática da sexualidade e sua relação com a enfermagem. Ao abordar o tema em trabalhos científicos, possibilita-se que as deficiências apresentadas na graduação de enfermagem sejam melhor compreendidas com relação ao tema, e por conseguinte, na qualidade da assistência prestada.

Nesse contexto, a sexualidade é tema presente e frequente nos cenários de discussão e educação em saúde nos dias de hoje envolvendo diretamente a enfermagem, uma vez que as práticas do cuidado remetem ao contato com os corpos, com a intimidade e com o erótico. No campo da promoção, prevenção e educação em saúde, não há como desconsiderar o lugar que ocupam hoje as discussões acerca dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos (COSTA, M. E. D. et al., 2014).

Para um indivíduo a necessidade da sexualidade envolve personalidade e inclui auto identificação, autocuidado, autoestima e os típicos padrões de comportamento humano. A sexualidade não pode ser limitada ao intercuro sexual, pois envolve satisfação com o corpo, com a prática do ato sexual, desempenho e boas atitudes em direção ao próprio gênero. A sexualidade refere-se a tudo que diz respeito ao homem, enquanto que o sexo refere-se ao

genital. A necessidade sexual é influenciada primariamente pela biologia humana, mas ela é controlada principalmente pelo mecanismo psicológico e sociocultural do indivíduo (ROCHA et al., 2014).

A sexualidade, quando concebida sob a perspectiva do cuidado, deve ser tratada como uma questão pontual, que precisa ser discutida. Não deve ser tida como elemento ausente na dimensão do ser humano, nem da dimensão do enfermeiro cuidador. A conduta de não inserir a abordagem do tema, reforça o modelo assexualizado do cuidado de enfermagem, reproduzido também na formação desse profissional (COSTA, L. H. R.; COELHO, E. A. C., 2013).

Na enfermagem, a sexualidade tem aparecido associada a tabus e preconceitos, que perpassam tanto a formação acadêmica quanto a prática profissional. É no momento do cuidado, a partir da interação dos corpos de quem cuida e de quem recebe o cuidado, que a sexualidade ganha espaço para emergir. Todavia, quando essa prática é velada, pode ser consequência de um mecanismo gerador de ansiedades, incertezas e constrangimentos mútuos. Assim, compreende-se a necessidade de desvelar essa temática na formação acadêmica do enfermeiro, considerando que há espaços para a reflexão da sexualidade. Ensina-se a cuidar de um corpo doente que não é sensual e nem sexual (SEHNEM et al., 2013).

Na perspectiva de compreender o cuidado em enfermagem considerando as especificidades de cada especialidade, nas quais a enfermagem vem tecendo sua trajetória cuidadora, vale destacar o espaço da oncologia como cenário rico para o estudo da sexualidade. Assistir pessoas em tratamento para o câncer significa acreditar na importância do cuidar, não em primeira instância, a busca pelo curar. A compreensão do impacto da doença para o paciente, é fundamental para o estabelecimento de estratégias de cuidado, principalmente quando este cuidar se destina a desvendar as necessidades assistenciais prioritárias e propor melhoria ou elevação da qualidade de vida acometida pela doença (TRINDADE et al., 2015).

A estimativa para o Brasil, para os anos de 2016 e 2017, aponta a ocorrência de aproximadamente 600 mil casos novos de câncer. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma, ocorrerão cerca de 420 mil casos novos. O perfil epidemiológico observado, assemelha-se ao da América Latina e do Caribe, onde o câncer de próstata acometerá 61 mil homens. Excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma, os tipos mais frequentes em homens serão próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%) (BRASIL, 2015b).

Avaliando-se os dados das últimas décadas, o câncer ganhou uma dimensão considerável em todo o mundo, convertendo-se em evidente problema de saúde pública (BRASIL, 2014a). Diante do exposto, fica clara a real necessidade de investimentos no

desenvolvimento de ações que englobam o controle do câncer nos diferentes níveis de atuação, sejam eles na atenção primária, com as medidas preventivas; secundária, na detecção precoce; terciária, no cuidado ao paciente diagnosticado com uma neoplasia maligna. Ações de promoção da saúde, assistência de qualidade, vigilância, formação de competências para profissionais qualificados, comunicação, mobilização social e pesquisa, devem ser altamente preconizadas (BRASIL, 2008).

A enfermagem vem atuando na área da oncologia em frentes assistenciais e preventivas, com a intenção de construir caminhos que solidifiquem o fazer científico junto à prestação de um cuidado integral. Nesse campo, o trabalho é árduo para o profissional, pelo fato do paciente portador de uma doença oncológica contemplar várias dimensões que necessita de cuidado individualizado em âmbito social, psicológico, pessoal e biológico (BRASIL, 2005). Estes quando comprometidos podem refletir na função sexual dos indivíduos.

A enfermagem ao planejar seu cuidado de forma individualizada ao paciente oncológico, com foco nas necessidades individuais; atribuirá um maior significado ao atendimento de forma holística. O comportamento do indivíduo, família e comunidade diante da condição de doença, deve ser identificado, observado, analisado e julgado pelo enfermeiro, que norteado pela coleta de dados e a taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), chegará ao diagnóstico de enfermagem e a partir daí irá propor intervenções necessárias e adaptadas as necessidades de cada indivíduo (HERDMAN, 2012).

Nesse cenário, o diagnóstico de enfermagem representa o diferencial na assistência prestada pelo enfermeiro. Quando o instituído na identificação do problema, promove a consequente intervenção adequada e a obtenção do resultado esperado (VIDAL et al., 2013).

Alguns estudos relacionados ao tema diagnóstico de enfermagem, tem sido cada vez mais discutidos, ampliando o campo da validação e análise do seu conteúdo direcionado ao paciente oncológico. Gonçalves, Brandão e Duran (2016) objetivaram em seu estudo validar o conteúdo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado em pacientes adultos sob cuidados paliativos em oncologia. P. S. D. Oliveira et al. (2015) em sua dissertação de mestrado, buscou validar o conteúdo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem náusea em pacientes em tratamento quimioterápico. P. O. Silva e Gorini (2012) validaram o diagnóstico de enfermagem fadiga no paciente oncológico. A. M. Souza, Carvalho e Haas (2008) realizou a validação por especialistas dos diagnósticos de enfermagem disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes em pacientes com doenças onco-hematológicas.

Em trabalhos como esses, percebemos a importância da utilização dos diagnósticos

de enfermagem na prestação de um cuidado de qualidade a ser oferecido aos pacientes oncológicos. Desse modo, a enfermagem ainda precisa realizar pesquisas nesse campo para reduzir lacunas, sobretudo no que diz respeito aos aspectos relacionados a saúde do homem que vivência o adoecimento por câncer. Nessa perspectiva, pensar em diagnósticos envolvendo essa população é oportuno ao considerar as repercussões para os homens que passam pela experiência do adoecimento e tratamento para o câncer de próstata.

Nesse sentido, nos aproximamos da taxonomia da NANDA I (HERDMAN, 2012) para melhor investigar esse objeto. O diagnóstico de enfermagem disfunção sexual nos parece atual e relevante para a compreensão do processo de adoecimento do homem.

E. V. Silva (2003) afirmou que o diagnóstico de disfunção sexual, sofreu poucas modificações em seus elementos constitutivos, desde sua elaboração em 1980. Sua dissertação de mestrado oriunda do meio da enfermagem confirmou esse fato. O autor retrata o estudo do diagnóstico disfunção sexual em pacientes coronariopatas e conclui sua pesquisa afirmando a necessidade de alterações, uma vez que acreditava haver algumas discordâncias entre o que era proposto na taxonomia e o encontrado na literatura para esse diagnóstico.

A. S. Melo, Carvalho e Pelá (2007) realizaram um estudo a fim de verificar na literatura a relevância dos diagnósticos de enfermagem disfunção sexual e padrão de sexualidade ineficaz. Avaliaram a descrição do título e das características definidoras da taxonomia da NANDA no que concerne aos aspectos biológicos, psicológicos e sociais que envolvem a sexualidade humana. Como resultado, os pesquisadores concluíram que os títulos eram pertinentes, por isso deveriam ser mantidos. Sugeriram que a definição do diagnóstico disfunção sexual deveria incluir as três fases da resposta sexual do homem, que seriam as fases do desejo, excitação e orgasmo.

Para o diagnóstico padrão de sexualidade ineficaz, o autor propôs a inclusão do aspecto psicossocial da sexualidade junto às características definidoras. Concluiu também que o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual pertencente ao domínio 8 (sexualidade) e classe 2 (sexualidade) está localizado corretamente em NANDA. Por fim, recomendou que o diagnóstico padrão de sexualidade ineficaz, se mantivesse no domínio 8 (sexualidade) mas alocado na classe 1 por se referir a identidade sexual (MELO, A. S.; CARVALHO; PELÁ, 2007).

Estudos como esses vêm ao encontro da prática clínica da enfermagem, constata sua contribuição e proporcionam maior entendimento para a identificação desses diagnósticos. A sexualidade humana deve também contemplar-se ao processo de assistência de enfermagem.

No que concerne aos diagnósticos de enfermagem propostos por NANDA I

(HERDMAN 2012), o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual pertence ao Domínio 8- sexualidade, e possui a seguinte definição (Quadro 1):

Quadro 1 – Diagnóstico de enfermagem disfunção sexual – domínio, características e fatores relacionados

DOMÍNIO 8 – SEXUALIDADE	
Classe 1: Identidade Sexual	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Nada até o momento</i> 	
Classe 2: Função sexual	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disfunção sexual..... (00059) ▪ Padrão de sexualidade ineficaz (00065) 	
Classe3: Reprodução	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risco de binômio mãe-feto perturbado..... (00209) ▪ Processo de criação de filhos ineficaz (00221) ▪ Risco de processo de criação de filhos ineficaz (00227) ▪ Disposição para processo de criação de filhos melhorado (00208) 	
DISFUNÇÃO SEXUAL (00059)	
(1980, 2006, LOE 2.1)	
<i>Domínio 8: Sexualidade</i>	
<i>Classe 2: Função sexual</i>	
Definição: O estado em que o indivíduo passa por mudança na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não recompensadora e inadequada.	
Características definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteração percebida na excitação sexual ▪ Alterações em alcançar o papel sexual percebido ▪ Alterações no alcance da satisfação sexual ▪ Busca de confirmação da qualidade de ser desejável ▪ Deficiência percebida de desejo sexual ▪ Incapacidade de alcançar a satisfação desejada 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitações percebidas impostas pela doença ▪ Limitações percebidas impostas pela terapia ▪ Limitações reais impostas pela doença ▪ Limitações reais impostas pela terapia ▪ Mudança do interesse por outras pessoas ▪ Mudança do interesse por si mesmo Verbalização do problema
Fatores relacionados	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abuso físico ▪ Abuso psicossocial (p. ex., relações prejudiciais) ▪ Alteração biopsicossocial da sexualidade ▪ Conflito de valores ▪ Estrutura corporal alterada (p. ex., gravidez, parto recente, cirurgia, anormalidade, processo de doença, trauma, radiação) ▪ Falta de conhecimento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de pessoa significativa ▪ Falta de privacidade ▪ Função corporal alterada (p. ex., gravidez, parto recente, drogas, cirurgia, anormalidades, processo de doença, trauma, radiação) ▪ Informação errada ▪ Modelos de papel ausentes ▪ Modelos de papel ineficientes Vulnerabilidade

Fonte: A autora. Adaptado de Herdman (2012, p. 386-387)

Para planejar a gerência do cuidado do homem, o enfermeiro precisa considerar a perspectiva de gênero em seu plano assistencial e deve fazê-lo de forma estratégica para impulsionar práticas transformadoras. O comprometimento com a integralidade da assistência da saúde do homem, deve despertar a percepção para enfrentamento da sexualidade. Se tratando de homens em tratamento para o câncer de próstata, aspectos relacionados a questões de gênero identificadas como necessidades de saúde, devem fazer parte do plano de cuidados (MESQUITA et al., 2015).

A *Oncology Nursing Society* estimula o profissional enfermeiro a incluir o aconselhamento sexual em seu processo de trabalho, identificando alterações na sexualidade, auxiliando na manutenção de uma vida sexual saudável, reduzindo ansiedades e medos, orientando a temática em todas as fases em que o ciclo de resposta sexual são afetados pelos efeitos fisiológicos e psicológicos do câncer.

No Brasil, o câncer de próstata é o mais comum entre os homens (BRASIL, 2015b). O forte impacto causado por esta alta incidência, faz com que não criemos barreiras quanto a sua detecção precoce e tratamento adequado. Como consequência desta estatística, têm-se fatores como a falta de informação, o preconceito na realização do toque retal e medo da impotência sexual, aliado muitas vezes a dificuldade de acesso a atendimento médico especializado (PAIVA; MOTTA; GRIEP, 2011).

A sexualidade tem sido considerada um componente crítico da qualidade de vida relacionada a saúde em pacientes com câncer de próstata. Uma porcentagem elevada de homens responde ao tratamento, porém percebe-se que estão vivendo com sintomas indesejáveis associados à doença e a estes, mesmo após o seu término. São necessárias pesquisas adicionais para compreender melhor o efeito a longo prazo de conviver com o câncer de próstata e sua relação com a satisfação sexual. Além disso, compreender os efeitos adversos provocados pelas diferentes modalidades terapêuticas, que podem se prolongar por anos após o tratamento (HARDEN et al., 2013).

Em meu cotidiano de trabalho junto às pessoas com câncer, observo lacunas no processo de assistir quando requeremos que este deva tomar como base as teorias de enfermagem. O cuidado de enfermagem ao paciente oncológico se constitui em contínuo processo de aperfeiçoamento. Isso se dá pelo fato deste processo apresentar curso clínico altamente instável, com risco de complicação e morte, além da constante produção de novos saberes e tratamentos. Essa preocupação me levou a literatura para a busca de elementos referentes ao cuidado do profissional enfermeiro com o paciente oncológico. Um cuidado embasado em teorias aliadas a uma prática concisa.

Pude perceber, que embora estudos sejam constantemente realizados e publicados no campo da assistência da enfermagem oncológica, precisamos avançar na perspectiva do adoecimento com políticas que deem conta não somente de ações generalistas, mas sim focalizadas.

Desde a graduação percebo que a saúde do homem não fazia parte das agendas da maioria das disciplinas, embora o perfil epidemiológico apontasse como um seguimento populacional vulnerável ao adoecimento. No caso das doenças neoplásicas, segundo os dados da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), o câncer de próstata, desde o ano de 2005 vem sendo considerado uma doença de progressão lenta, mas que teve a segunda maior taxa de mortalidade com 20.214 casos de óbitos. Essa mesma política previu, para o ano de 2008, que o câncer de próstata passaria a ser então, o mais incidente entre os homens excluindo-se os casos de câncer de pele não melanoma com 49.530 casos novos. Podemos concluir que a população masculina vem sendo acometida na série histórica dos últimos 11 anos pelos altos índices de adoecimento por neoplasia prostática (BRASIL, 2009a).

Como enfermeira de uma instituição de cuidado e pesquisa na área de oncologia, pude identificar a necessidade de um atendimento a fim de orientar uma proposta de assistir, considerando as diversas especificidades de áreas que trabalham com o usuário portador de uma neoplasia prostática, sobretudo o cuidar da enfermagem.

Nesse contexto faz-se necessário um olhar cuidadoso para essa população, que no cotidiano do adoecimento, pode ter como comprometimento da sua qualidade de vida, alterações na sua função sexual. Este estudo, ao se debruçar sob esse aspecto da vida humana, busca a partir da compreensão das questões sexuais, subsidiar uma assistência integral à saúde do homem situando o papel da enfermagem na proposição de cuidado relacionado as questões que envolvem a disfunção sexual. Dessa forma, os objetivos são:

- Caracterizar o conhecimento dos homens em tratamento para o câncer de próstata acerca do processo da doença, tratamento e efeitos desses em sua sexualidade;
- Avaliar a disfunção sexual dos homens em tratamento para o câncer de próstata submetidos aos tratamentos de radioterapia e hormonioterapia;
- Estabelecer uma proposta de cuidado de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual tomando.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CÂNCER DE PRÓSTATA

A palavra câncer vem do grego *karkínos*, que quer dizer caranguejo. Foi utilizada pela primeira vez entre 460 e 377 a.C. por Hipócrates; considerado o pai da medicina. O câncer não é considerado uma doença nova, pelo fato de ter sido detectado em múmias egípcias. Tal afirmação comprova que ele já comprometia o homem há mais de três mil anos a. C. (BRASIL, 2014a).

É uma doença pleomórfica, constituída por células de tamanhos, formas e núcleos variados. É complexa, oriunda de diferentes fatores predisponentes e de várias ordens envolvidas em sua etiologia. Constitui um conjunto de dezenas de tipos distintos de doenças que têm em comum o crescimento desordenado e maligno de células anormais com potencial invasivo, sendo que a sua origem se dá por condições multifatoriais. Estes fatores causais podem agir em conjunto ou em sequência para iniciar ou promover o câncer, denominado processo de carcinogênese (BONASSA; GATO, 2012; COSTA, M. E. D. et al., 2014).

O crescimento e a divisão tanto das células normais quanto das células anormais, ocorrem em uma sequência de eventos que culmina no produto final do processo, a divisão celular. Nos tecidos normais, o processo de formação e divisão celular ocorre de forma a assegurar as necessidades orgânicas, havendo assim um equilíbrio entre as células que nascem e as que morrem. Entretanto, as células neoplásicas não obedecem essa ordem natural e proliferam-se excessivamente. Formam-se assim as neoplasias (BERNARDI; JACQUES-SILVA; LENZ, 2013).

Neoplasias benignas assemelham-se ao tecido do qual se originaram, crescem lentamente e permanecem localizadas. Não são consideradas câncer, mas devem ser removidas se porventura afetarem um órgão importante. Em contrapartida, as neoplasias malignas não se assemelham ao tecido de origem. Constituem células cujas estruturas irregulares e núcleos de tamanho e forma variados, possuem a capacidade de se desprender do tumor de origem e migrar por meio da circulação sanguínea e/ou linfática até outros tecidos e órgãos comprometendo-os, dando origem às metástases (NUNES et al., 2013; PRADO, 2014).

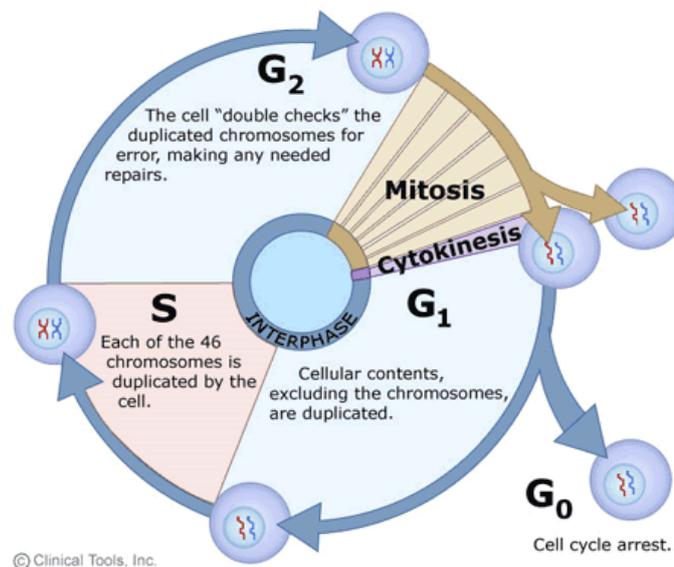
Estudiosos, cientistas e pesquisadores identificaram aproximadamente 100 tipos distintos de cânceres. Cada célula cancerosa, que constitui a base dessa série de doenças, possui

bioquímica e morfologia particulares, quando comparada a célula normal. O câncer não é um crescimento desordenado de células imaturas, mas sim um processo lógico e coordenado, onde uma célula normal, sob a ação de um estímulo, adquire capacidades especiais (BRASIL, 2014a).

Anaplasia significa “*sem forma*”. Em se tratando de células neoplásicas, diz-se que a estrutura das células maduras regredem a níveis mais primitivos quanto a sua morfologia. A neoplasia expressa “crescimento novo” e se caracteriza por uma massa tecidual anormal que se expande além dos limites do tecido de origem, não conseguindo se restringir à função normal que o compete. São nítidas quanto ao seu funcionamento descontrolado, divisão e crescimento acelerados (BERNARDI; JACQUES-SILVA; LENZ, 2013).

O ciclo celular é uma sequência de eventos envolvidos na replicação do ácido desoxirribonucleico (DNA) e posterior divisão celular. Independente do seu potencial maligno, todas as células evoluem por meio das cinco fases do ciclo (Figura 1), ou seja, os processos ocorridos no interior destas são iguais para todas elas, mas a duração de cada fase é variável até mesmo em células sob reprodução controlada (UNIVERSITY OF LEICESTER, [c201-]).

Figura 1 – Ciclo celular



Fonte: University of Leicester ([c201-])¹

¹ Disponível em: <<http://www2.le.ac.uk/departments/genetics/vgec/schoolscolleges/topics/cellcycle-mitosis-meiosis>>.

Ao contrário do que se imagina, uma neoplasia maligna não apresenta características homogêneas. Esta possui em uma mesma área, células com graus de diferenciação variadas. Por outro lado, alguns tumores podem modificar seu grau de diferenciação a medida que evoluem, tornando-se pouco diferenciados, o que traduz maior rapidez de crescimento e maior agressividade. Quando há um estímulo, seja ele físico, químico ou biológico, sob uma célula do organismo humano, com consequente desenvolvimento do câncer; o mecanismo de controle de divisão celular irá iniciar uma etapa caracterizada pelo crescimento acelerado e quase exponencial do número de células. Após esta etapa ascendente, segue-se um crescimento mais lento e retilíneo denominada fase de Plateau. Crescimento Gompertziano é o nome dado a esse padrão de aumento da população tumoral (BONASSA; GATO, 2012; GALINDO, 2012).

Resende e Almeida (2015) mencionam algumas propriedades peculiares do crescimento tumoral. Os autores afirmam a imortalidade das células na ocasião em que estas podem se duplicar infinitamente, desde que se disponham de fatores de crescimento suficientes. Além da capacidade de invadir o espaço das células vizinhas sem respeitar as suas restrições, e de possuírem a capacidade da não aderência, gerando maior mobilidade celular. Cita ainda a sua perda de dependência de ancoragem, fazendo com que as células não necessitem de uma superfície para se apoiar e se proliferar; assim as células cancerosas não possuem um ponto de controle rigoroso, continuam sua proliferação mesmo em ambientes com déficit de nutrientes e oxigênio e alta densidade celular. Além da criação de uma nova rede vascular a partir de uma preexistente por meio da angiogênese.

O processo de formação do câncer é denominado de carcinogênese ou oncogênese. Em geral, seu acontecimento é lento, podendo demorar até mesmo anos para que uma célula cancerosa se prolifere inúmeras vezes e dê origem a um tumor detectável. A ação de agentes cancerígenos ou carcinógenos é responsável pelo início da indução do câncer. A frequência com que se expõe a esses agentes, assim como o período de tempo, e a interação entre mais de um deles, é condição primordial para se inferir o grau de acometimento celular. Devem ser consideradas juntamente, as características individuais que facilitam a instalação do dano celular (ROSA, 2014).

Esse processo é composto por três estágios. No estágio de iniciação, fatores virais, ambientais, relacionados ao estilo de vida do indivíduo ou fatores genéticos, são tidos como carcinogênicos e podem modificar a estrutura molecular do componente genético da célula de forma irreversível. O estágio de promoção altera a expressão genética, potencializando a transformação celular. Agentes oncopromotores como hormônios, tabaco, álcool ou fármacos

atuam na célula já alterada. No estágio de progressão já se nota alterações nas taxas de crescimento celular com potencial invasivo e possíveis metástases (PEREIRA; SANTOS, 2015).

A disseminação das células do câncer a partir do tumor primário, acontece por disseminação direta por áreas adjacentes e/ou disseminação metastática para tecidos não adjacentes por via linfática ou sanguínea. As metástases linfáticas ocorrem quando as células cancerosas penetram os canais linfáticos que drenam o local afetado pelo tumor. As células tumorais seguem a drenagem linfática normal da área ao redor do tumor primário, se alojando nos linfonodos mais próximos. Metástases por via hematogênica ocorrem no momento em que células tumorais invadem veias e vênulas, por possuírem paredes mais frágeis, assim são mais facilmente penetradas. Consequentemente, os órgãos mais sujeitos a essa forma de disseminação são normalmente os mais vascularizados, como pulmão e fígado; por receberem respectivamente, grande volume de sangue procedente das circulações cava e porta, ossos e cérebro (SILVA, T. L. D.; DAMIN, 2013).

As metástases transcavitárias ocorrem quando as células neoplásicas de um tumor maligno penetram em alguma cavidade corporal, assim, crescem e disseminam-se. As cavidades mais afetadas são a peritoneal e a pleural (RIBEIRO JÚNIOR et al., 2010)

Independentemente do tipo de agente carcinogênico a promover a ação, é verificada a indução de alterações mutagênicas e não mutagênicas nos genes das células. Juntamente à ação desses agentes, características como a incidência, distribuição geográfica e comportamento de tipos específicos de cânceres, estão diretamente relacionados a fatores como sexo, idade, raça, predisposição genética e exposição a carcinógenos ambientais (MALTA et al., 2014; PAZ et al., 2014).

Como doença hereditária, têm-se cerca de 5 a 10% de todos os tumores malignos (HOFF, 2013). T. B. C. Silva et al. (2013) afirmam que essas síndromes são decorrentes de mutações herdadas de genes de linhagem germinativa, que predispõem a seus portadores um risco aumentado para malignidades. Essa informação é considerada de risco, baseando-se na história familiar e probabilidade de herança para a doença em parentes próximos com ocorrência de mais de um caso de câncer.

Como doença infecciosa, estima-se que um em cada sete casos de câncer esteja associado à vírus. Estão incluídos também, os casos relacionados à infecção por bactérias ou parasitas, totalizando cerca de 18% dos casos de câncer (HOFF, 2013). Dentre os vírus modificadores de ácido ribonucleico (RNA), destaca-se o *human T-lymphotropic virus* (HTLV); patógeno que pertence à família dos retrovírus. Possui mecanismo de transmissão por via

parenteral, associando-se a doenças graves como a leucemia/linfoma de células T do adulto (LLTA) (SEMEÃO et al., 2015).

Ainda como modificadores do RNA, o vírus da hepatite C (VHC) é considerado um importante fator de risco para o desenvolvimento do carcinoma hepatocelular (CHC), com risco relativo 12 vezes maior que em outras infecções acometendo principalmente pacientes imunossuprimidos (SILVA, M. C., 2015).

Dentre os vírus modificadores de DNA, destacam-se o *Human Papiloma Virus* (HPV). Existem cerca de cem tipos de HPV classificados como de baixo risco e alto risco oncogênico. Aqueles considerados de alto risco são representados pelos subtipos de número 16 e 18, sendo os mais prevalentes nos casos de câncer cervical invasivo (DALLA LIBERA, 2016). Muderris et al. (2013) concluíram em seu estudo, o estabelecimento da associação entre o *Epstein-Barr Virus* (EBV) e o carcinoma nasofaríngeo não diferenciado. Considerou também, que talvez haja relação entre carcinoma de laringe e o EBV.

Bactérias do tipo *Helicobacter pylori* (H. Pylori) e *Schistosoma haematobium* também são consideradas agentes carcinógenos. Cerca da metade da população mundial está infectada por *H. pylori*, sendo essa infecção adquirida principalmente na infância. Quando instalada, pode dar origem a gastrite crônica atrófica, além de se apresentarem como positivos histopatológicos na maioria dos casos de câncer gástrico (COELHO, E. et al., 2016). O *Schistosoma haematobium* também afeta milhares de pessoas em todo o mundo, podendo ser responsável por causar manifestações urogenitais como o câncer de bexiga, que quando avançado pode acometer a próstata (FIGUEIREDO et al., 2015).

Fatores externos ao nosso organismo, como os fatores do ambiente em que vivemos ou aqueles relacionados aos hábitos de vida, também podem ser apontados como causa do câncer (SANTOS, R. A. et al., 2012). No tocante à etiologia, a *World Health Organization* (WHO) acredita que mais de 30% dos casos de óbitos por câncer poderiam ser evitados por modificações no estilo de vida evitando-se fatores de risco como o consumo de tabaco, dieta pouco saudável com baixo consumo de frutas e vegetais, o excesso de peso, falta de atividade física, uso de álcool, radiações ionizantes e não-ionizantes, poluição do ar urbano e fumaça de combustíveis sólidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

No Brasil vive-se um período de mudanças e transições no perfil demográfico, epidemiológico e de mortalidade, em que a população, antes acometida por doenças infecto parasitárias, passa a apresentar maior taxa de mortalidade por doenças crônico-degenerativas. Além das alterações na estrutura etária e diminuição das taxas de fecundidade, associadas ao envelhecimento populacional (AYALA, 2012; BRASIL, 2015a; GOTTLIEB et al., 2011).

No início da década de 1980, a redistribuição de óbitos mal definidos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) girava em torno de 50%; dos quais 10% eram reflexo dos altos índices de mortalidade por neoplasias malignas (SILVA, S. T. et al., 2014). De acordo com as bases de dados disponibilizadas pelo Departamento de Informática do SUS (Datasus), no período de 2005 a 2011, as neoplasias ocuparam o segundo lugar das causas de óbitos no Brasil. Foram notificados ao SIM a ocorrência de 147.418 casos de óbitos por câncer em 2005, e 184.384 em 2011. Ao mesmo tempo, indicadores apontaram que o percentual de óbitos com causa básica mal definida esteve em queda, passando para 6,7% em 2011. Tais valores são reflexo da melhoria na qualidade das informações (BRASIL, 2011b).

A World Health Organization (WHO) criou em 2012 o projeto Globocan. O objetivo foi fornecer estimativas da incidência de mortalidade e prevalência dos principais tipos de câncer em nível nacional. As estimativas eram representativas de 184 países e os dados eram apresentados com intervalo de 1, 3 e 5 anos de prevalência, subdivididos por sexo e idade maior que 15 anos. As estimativas se basearam em dados disponíveis pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC). Estimativas mundiais do projeto Globocan mostraram que em 2012 ocorreram 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes em todo o mundo (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2012b).

O índice de casos de câncer continuará aumentando nos países desenvolvidos e crescerá ainda mais em países em desenvolvimento se medidas preventivas não forem aplicadas de maneira efetiva na população vulnerável (BRASIL, 2014b). Estimativas da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2013, avaliaram os indicadores relacionados ao tabagismo, consumo de álcool, excesso de peso e obesidade, consumo alimentar e atividade física (BRASIL, 2014c). Castilho, Sousa e Leite (2010) e Duncan et al. (2012) defendem que tais fatores são potenciais para o alto risco de desenvolvimento de câncer em diversos órgãos.

Pesquisas em prol do aprimoramento e desenvolvimento das modalidades de tratamento para o câncer vêm sendo realizadas no Brasil e no mundo. A indústria farmacêutica propõe novos medicamentos cada vez mais direcionados às peculiares características das células tumorais, reduzindo significativamente os efeitos adversos tão temidos. Máquinas e equipamentos sofisticados reduzem o tempo e lesões provocados pela radioterapia. Além das cirurgias cada vez mais conservadoras, com menos comprometimento da integridade da pele, da imagem corporal, assim como dos riscos da perda da funcionalidade do órgão operado.

A quimioterapia antineoplásica pode envolver um único fármaco, conhecida como monoterapia, ou uma combinação de dois ou mais fármacos denominada poliquimioterapia. Sua indicação dependerá do tipo de câncer e sua progressão. A quimioterapia pode ser proposta de forma neoadjuvante, para reduzir o volume tumoral ou como terapia adjuvante, para certificar que todas as células tumorais foram eliminadas do organismo (UNIVERSITY OF TEXAS, c2016a).

Do ponto de vista oncológico, os indivíduos são avaliados quanto ao seu estado geral, com finalidade de assegurar uma condição clínica estável tendo em vista as reações adversas do tratamento. Nesse sentido, escolhe-se o esquema quimioterápico mais adequado calculado baseado na superfície corporal (RIBEIRO, T. S.; SANTOS, 2015).

A quimioterapia está relacionada à reações adversas indesejáveis, fruto das toxicidades hematológicas, pulmonar, gastrointestinal, vesical, renal e dermatológicas além de cardiotoxicidade, neurotoxicidade, alteração no sistema reprodutor, interferência na sexualidade, alterações metabólicas e reações alérgicas (SCHEIN et al., 2006).

Quando se trata da modalidade terapêutica quimioterapia, P. P. Oliveira et al. (2016) a classifica segundo a finalidade. Pode-se considerá-la curativa, quando o tratamento sistêmico é decisivo para a doença, como no caso de linfomas, tumores germinativos e leucemias. Paliativa, quando o objetivo não é a cura, mas a palição das consequências da doença, podendo ou não prolongar a sobrevida, amenizar os sintomas da doença e retardar o surgimento de novos sintomas, enfim, melhorar a qualidade de vida. Tal finalidade é aplicada em tumores metastáticos em geral.

Para o tratamento do câncer, a quimioterapia é considerada como primeira linha quando oferece meios mais favoráveis de tratamento, com melhores índices de sobrevida comprovados. Se a quimioterapia de primeira linha falhar, é oferecido outro protocolo a fim de estabilizar estágios mais avançados da doença, sendo assim, a segunda linha de tratamento (ALMEIDA; CRUCIOL, 2014).

As medicações utilizadas em protocolos quimioterápicos para o tratamento do câncer de próstata são: Docetaxel, Abiraterona, Enzalutamida, Cabazitaxel, Mitoxantrona, Estramustina, Doxorubicina, Etoposido, Vinblastina, Paclitaxel, Carboplatina, Vinorelbina (DORNAS et al., 2015; STEFANI et al., 2015).

Outra modalidade terapêutica é a radioterapia, realizada por meio de feixes de fótons de alta energia. Em média, mais da metade dos pacientes são submetidos a esse tratamento. Também pode ser utilizada como um tratamento independente ou em combinação com outras terapias. A radiação é produzida por um acelerador linear, que utiliza energia em

micro-ondas para acelerar elétrons em uma velocidade similar à velocidade da luz dentro de uma área pré-determinada e única. Cada dose de radiação é denominada uma fração medida em *Centigray* (cGy). Os planos de tratamento por radiação, submetem o paciente a uma determinada fração em Gray por dia por semana (UNIVERSITY OF TEXAS, c2016b).

A radioterapia teve seu início logo após o descobrimento dos raios X por Roentgen em 1895 e da radioatividade por Bequerel. Lister, Grubbe e Ludlam nos Estados Unidos perceberam que essa radiação poderia ser útil para o tratamento do câncer. Contudo os avanços da radioterapia se deram durante a 2^o Guerra Mundial com o surgimento dos reatores nucleares (SAWADA et al., 2009).

É uma modalidade de tratamento para o câncer cujo agente terapêutico são radiações ionizantes (elétrons, prótons e nêutrons). Seu mecanismo de ação se dá sobre o DNA, ocasionando morte celular ou perda da sua capacidade reprodutiva. Células em divisão rápida e pouco diferenciadas são mais sensíveis. Tecidos oxigenados são mais vulneráveis, pois o oxigênio é necessário para a formação de substâncias quimicamente ativas (ANDOLHE et al., 2009).

A cirurgia é considerada uma modalidade terapêutica definitiva. Ocorre em cerca de 60% dos pacientes, por isso, muitas vezes a cirurgia é o único tratamento necessário. Pode ser combinada à quimioterapia ou radioterapia, como parte de uma programação global de tratamento. Pode ser considerada curativa em tumores bem localizados e não metastáticos. Entretanto, para se certificar de que todas as células cancerosas foram removidas, é empregada de forma adjuvante, outra modalidade terapêutica. É por meio da cirurgia também que se realiza o estadiamento do câncer. Pode ser realizada com finalidade paliativa, onde o objetivo é melhorar a qualidade de vida do paciente, aliviando a dor ou outros sintomas, não visando a cura. Atualmente, vem ganhando força a sua realização por métodos minimamente invasivos (THE UNIVERSITY OF TEXAS, c2016c).

Novas possibilidades terapêuticas para o câncer vêm se multiplicando em ritmo acelerado. Novas drogas vêm sendo testadas por meio de estudos clínicos nacionais e internacionais a fim propor qualidade de vida e cura. Como exemplo, a terapia hormonal, conhecida como hormonioterapia, foi introduzida após observação fisiológica de alguns tumores e o seu crescimento hormonal dependente (ARAÚJO, I. C. S.; BARBOSA; BARICHELLO, 2014).

A terapia biológica ou imunobiológicos, também denominados agentes biológicos ou drogas modificadoras do curso da doença, foi definida como o tratamento derivado de fontes que afetam a resposta biológica do organismo (MOTA, L. M. H. et al., 2015). Os anticorpos

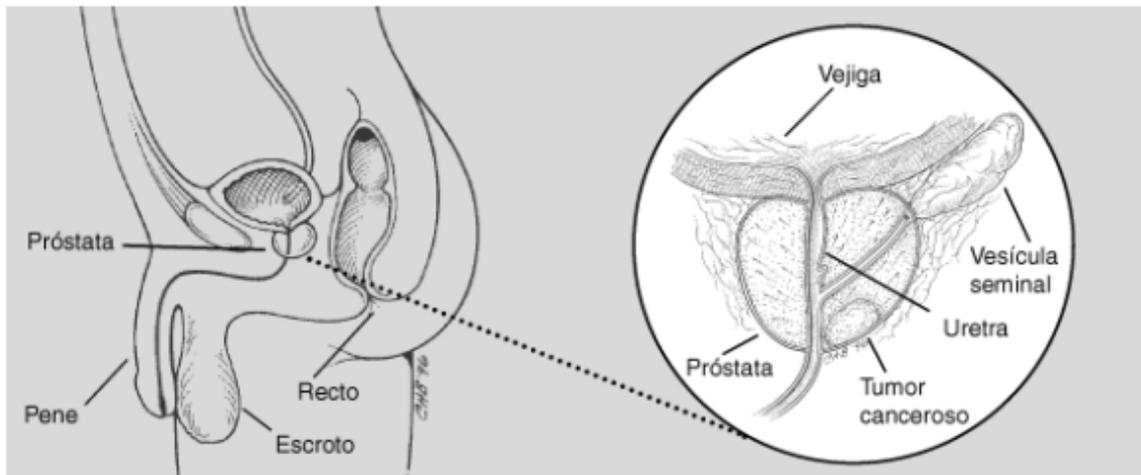
monoclonais são proteínas que reconhecem antígenos de maneira específica, com um alto grau de afinidade. É capaz de interferir na sinalização de processos celulares, estimulando respostas contra células tumorais. Por agir de forma seletiva aos antígenos, minimiza a frequência e a magnitude de eventos adversos (CORDEIRO et al., 2014).

A notoriedade do câncer como uma das principais causas de morte no mundo, sugere a necessidade de uma abordagem profunda, para assim, ser oferecida a oportunidade de cura, qualidade de vida, conforto e conseqüentemente maior índice de sobrevivência em pessoas acometidas pela doença. Observo diariamente, desde aspectos intrínsecos a cada corpo humano, até os efeitos colaterais dos tratamentos e os riscos envolvidos, enfim toda a complexidade etiológica desta doença.

Quando nos referimos ao câncer como doença que acomete a população masculina, o câncer de próstata é considerado o mais comum nessa população. O Instituto Nacional do Câncer (Inca) estimou para o ano de 2016 e 2017 a ocorrência de 61.200 casos novos de câncer de próstata, o que corresponde a um risco estimado de 61,2 casos novos a cada 100 mil homens, em todas as regiões do país (95,63/100 mil na região Sul, 67,59/100 mil na região Centro-Oeste, 62,36/100 mil na região Sudeste, 51,84/100 mil na região Nordeste e 29,50/100 mil na Norte). O câncer de próstata ocupa hoje a 15ª posição em mortes por câncer em homens, representando assim, cerca de 6% do total de óbitos por neoplasias em todo o mundo (BRASIL, 2015b).

A próstata é uma glândula auxiliar do sistema genital masculino, localizada a frente do reto e abaixo da bexiga (Figura 2). Seu tamanho varia de acordo com a idade. Em homens mais jovens, a próstata tem aproximadamente o tamanho de uma noz, estando de maior tamanho em homens mais velhos. Sua função é produzir o fluido que protege e nutre os espermatozoides no sêmen tornando-o mais líquido. Atrás da próstata estão localizadas as glândulas denominadas vesículas seminais, as quais produzem a maior parte do fluido para o sêmen. A uretra que transporta a urina e o sêmen para fora do corpo através do pênis, atravessa o centro da próstata (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2015a).

Figura 2 – Sistema genitourinário masculino



Fonte: American Cancer Society (c2015)

O acometimento desse órgão pelo câncer, se relacionada a alguns fatores de risco, como a idade. É considerado o fator de risco mais bem estabelecido, uma vez que a maioria dos cânceres de próstata é diagnosticada em homens acima dos 65 anos, e menos de 1% é diagnosticado em homens abaixo dos 50 anos. Com o aumento da expectativa de vida mundial, é esperado que o número de casos novos de câncer de próstata aumente cerca de 60% (BRASIL, 2015b).

Em 2002, o Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata publicou em seu consenso, evidências de que uma dieta rica em frutas, verduras, legumes, grãos e cereais integrais e pobre em gordura, ajuda a diminuir o risco de câncer (BRASIL, 2002). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a) também compartilha da mesma afirmação, em que uma dieta com base em gordura animal, carne vermelha, embutidos e cálcio têm sido associadas ao aumento do risco de desenvolver câncer de próstata, ao contrário de uma dieta rica em vegetais, vitaminas D e E, licopeno e ômega-3.

A etnia/cor da pele também está relacionada com uma maior incidência quando comparamos homens negros e brancos. O primeiro grupo apresenta aproximadamente 1,6 vezes mais chance de desenvolver câncer de próstata. Com relação à história familiar, muito se discute em relação a homens que tiveram pai ou irmão diagnosticados previamente com a doença. Assim, apresentam um aumento de duas a três vezes no risco de desenvolver a neoplasia. Acredita-se que 25% dos casos diagnosticados, apresentam história familiar de câncer de próstata na família. O risco é aproximadamente 11 vezes maior, quando o parente acometido é o pai ou irmão diagnosticado antes dos 40 anos (BRASIL, 2015a).

A Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) (2015a) recomenda que homens com idade superior a 45 anos, procurem anualmente o médico a fim de que juntos, possam discutir e decidir sobre o rastreamento mais oportuno. Não se trata mais de uma conduta específica, mas sim de um planejamento individualizado onde são avaliados os benefícios, riscos e limitações para o diagnóstico precoce. Alguns médicos contraindicam o rastreamento dessa população, porém em alguns países, o que podemos observar é o aumento da incidência de tumores mais avançados no momento do diagnóstico, ou seja, um diagnóstico tardio. Novos estudos são necessários para a determinação de um planejamento estratégico para o rastreamento dos tumores de próstata antes do acometimento de outros órgãos.

O câncer de próstata em estágio inicial é assintomático. Porém, com o aumento do tamanho prostático a ocorrência de polaciúria, diminuição do fluxo urinário e noctúria, podem surgir como os primeiros sinais e sintomas. A perda do controle da bexiga ou intestino é considerado um sintoma mais grave, devido a pressão que o tumor exerce sob a medula espinhal. Nesses casos, ocorre quando o tumor já saiu da cápsula prostática acometendo órgãos adjacentes, como vesículas seminais, linfonodos inguinais e canal anal, ou seja, passa a ser considerado como câncer metastático (MOTA, P. et al., 2016).

Apesar da grande variedade dos tumores malignos, o seu comportamento biológico é semelhante no que condiz ao crescimento, invasão local, invasão de órgãos vizinhos, disseminação regional e sistêmica. O tempo dispendido nestas fases depende tanto do ritmo de crescimento tumoral como de fatores constitucionais do hospedeiro. O conhecimento da biologia dos tumores levou a União Internacional Contra o Câncer (UICC) a desenvolver um sistema de estadiamento baseado na extensão anatômica aparente da neoplasia maligna. O sistema TNM de Classificação de Tumores Malignos (Quadro 2) avalia a dimensão do tumor primário (T), a extensão de sua disseminação para os linfonodos locais (N) e a presença, ou não, de metástase à distância (M) (UNION FOR INTERNATIONAL CANCER CONTROL, c2016).

Quadro 2 – Estadiamento TMN para câncer de próstata

T – Tumor primário	
TX	O tumor primário não pode ser avaliado
T0	Sem evidência do tumor primário
T1	Tumor clinicamente não palpável ou visível por método de imagem
T1a	Tumor incidental – achado histopatológico em $\leq 5\%$ do tecido de ressecção
T1b	Tumor incidental – achado histopatológico em $> 5\%$ do tecido de ressecção

T1c	Tumor identificado por biópsia por agulha (PSA elevado)
T2	Tumor confinado à próstata
T2a	Tumor engloba metade de um dos lobos ou menos
T2b	Tumor engloba mais da metade de um lobo, mas não os dois lobos
T2c	Tumor engloba ambos lobos
T3	Tumor além da cápsula prostática
T3a	Extensão extracapsular (unilateral ou bilateral)
T3b	Tumor envolve a vesícula seminal (uma ou ambas)
T4	Tumor fixo ou invade estruturas adjacentes além das vesículas seminais: colo vesical, esfíncter externo, reto, músculos elevadores ou parede pélvica
N – Envolvimento linfonodal regional	
NX	Linfonodos regionais não avaliados
N0	Sem metástases para linfonodos regionais
N1	Metástases linfonodais regionais
M – Metástases à distância	
MX	Metástases à distância não avaliadas
M0	Ausência de metástase à distância
M1	Metástase à distância
M1a	Linfonodos não regionais
M1b	Ossos
M1c	Outros órgãos

Fonte: Mottet et al. (2016, p. 13, tradução nossa)

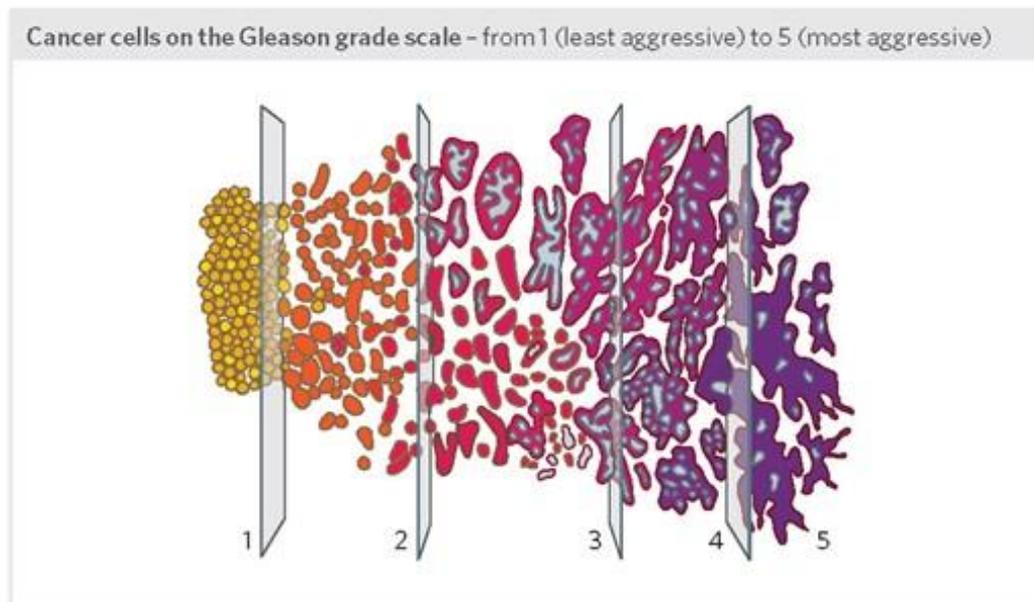
Para o TNM é necessário previamente realizar outros dois tipos de estadiamento, o clínico e o patológico. O estadiamento clínico é a melhor estimativa da extensão da doença com base nos resultados do exame físico pelo toque retal, exames de laboratório, biópsia e exames de imagem. O estadiamento patológico baseado na análise do tecido retirado por meio de cirurgia ou biópsia. Isto significa que após a cirurgia, o TNM pode ser modificado em relação ao estadiamento patológico prévio, realizado por meio de biópsia. O estadiamento patológico é provavelmente mais preciso quando comparado ao clínico, por permitir a real ideia de extensão da doença (MOTTET et al., 2016).

O Sistema de Gleason auxilia na previsão da evolução predizendo o estágio patológico. A avaliação do escore se baseia na análise anatomopatológica a partir de tecido prostático obtido por cirurgia ou biópsia. Para o rastreamento do câncer de próstata, a biópsia transretal ganhou importante papel na prática urológica como rotina para a detecção clínica do grau da doença. Há controvérsias sobre o número ideal de núcleos a serem retirados (material

em tecido retirado pela agulha em diferentes campos da anatomia do órgão) para melhorar prever o escore de Gleason (NOMIKOS et al., 2011).

A pontuação detectada por biópsia compreende o grau Gleason (Figura 3) onde são avaliados o padrão microscópico mais extenso (padrão primário) e o mais comum (padrão secundário). Os dois presentes determinam a pontuação. Sabemos que lesões com escore de Gleason 2 a 4 são consideradas bem diferenciadas e possuem comportamento mais indolente, enquanto as lesões de escore 7 a 10 são mais indiferenciadas e agressivas, respondendo mal às diferentes opções de tratamento (Quadro 3) (LÖBLER et al.; 2012; MOTTET, 2016).

Figura 3 – Escala padrão de Gleason



Fonte: Prostate Cancer Foundation of Australia (c2016)²

Quadro 3 – Pontuação Escore de Gleason

Gleason score	Grade group
2-6	1
7 (3+4)	2
7 (4+3)	3
8 (4+4) or (3+5) or (5+3)	4
9-10	5

Fonte: Mottet et al. (2016, p. 14)

² Disponível em: <<http://www.humpath.com/spip.php?article18060>>.

O *Prostate Specific Antigen* (PSA) é uma glicoproteína produzida pela glândula prostática, normalmente secretado pelo sêmen ou expelido junto a urina. É considerado o marcador tumoral mais frequentemente utilizado para o rastreamento e diagnóstico do câncer de próstata. Seu uso clínico teve início em 1986. Está presente no sangue em níveis muito reduzidos. A maioria dos homens saudáveis têm níveis menores de 4 ng/ml no sangue. São as células epiteliais da zona de transição, as responsáveis pela produção do PSA. Quando é detectado aumento em seu nível sérico, conseqüentemente há o aumento do volume prostático. Sua importância também está relacionada a detecção do câncer como doença refratária após um tratamento de primeira linha, seja ele cirúrgico, hormonal ou radioterápico. Níveis de PSA seguem sob vigilância periódica mesmo após o término do tratamento (LIMA; SOARES; RHODEN, 2013).

Uma variedade de fatores pode desencadear o aumento do PSA, como a prostatite, a hiperplasia prostática benigna e o câncer de próstata. Tradicionalmente, a faixa de valores de PSA considerada para um homem com suspeita de câncer de próstata, está entre 4,1 e 10,0 ng/ml (Quadro 4). Recentemente, essa faixa tem sido modificada para valores entre 2,6 e 10,0 ng/ml. Como consequência, aumenta-se a incidência, mas aumenta-se também o índice de biópsias prostáticas negativas para neoplasia em cerca de 75%. Apesar de possuir alta sensibilidade, este exame tem baixa especificidade para o câncer de próstata, dessa forma, a maioria dos homens sob investigação são submetidos a biópsias (CASTRO et al., 2011).

Quadro 4 – Valores de referência PSA

PSA	TOTAL
Níveis normais	< 4,0 ng/ml
Níveis suspeitos	4,0 a 10,0 ng/ml
Níveis aumentados	>10,0 ng/ml
PSA Livre	< 0,82 ng/ml
Sugestivo de malignidade: relação PSA livre / PSA total maior que 20%	

Fonte: Adaptado de Mottet et al. (2016)

Abeloff et al., (2008) citam a avaliação de risco de D'Amico utilizada em pacientes com câncer de próstata localizado. Sua análise é realizada com base nos resultados do nível de PSA, na soma do escore de Gleason e no estadiamento por TNM (Quadro 5). Como resultado, os pacientes são classificados como baixo risco, intermediário e alto risco conforme as características a seguir:

Quadro 5 – Classificação de risco de D’Amico

	Estadiamento	Escore de Gleason	PSA
Baixo Risco	T1 (doença clinicamente e radiologicamente não visível) ou T2a (tumor envolvendo até metade de um dos lobos da próstata)	Menor ou igual a 6	PSA < 10 ng/ml
Risco Intermediário	T2b (tumor envolvendo mais da metade de um dos lobos da próstata)	Igual a 7	PSA entre 10–20 ng/ml
Alto Risco	T2c (tumor envolvendo os dois lobos da próstata) ou T3 (tumor se estende além da cápsula prostática) ou T4 (tumor se estende para outras estruturas como bexiga, esfíncter externo, reto, músculos elevadores e parede pélvica)	Maior ou igual a 8	PSA > 20 ng/ml

Fonte: A autora, baseado em Abeloff (2008)

Quando o diagnóstico é realizado em fase avançada da doença, as altas taxas de mortalidade se evidenciam, sugerindo que os pacientes não têm sido beneficiados pelos procedimentos terapêuticos que podem de fato reverter o curso clínico da doença (NUNES et al., 2013).

A escolha da modalidade terapêutica para o tratamento do câncer de próstata deve ser individualizada. Entretanto, fatores como a extensão da doença e o grau histológico do tumor, o estado geral do paciente e sua perspectiva de sobrevida relacionada a outras comorbidades preexistentes, devem ser levadas em consideração. Dentre as modalidades de escolha para o tratamento de primeira linha estão: cirurgia, radioterapia e hormonioterapia (FERNANDES, M. V. et al., 2014).

Há mais de cem anos a prostatectomia radical aberta foi a pioneira no tratamento para o câncer de próstata. É considerada a modalidade de escolha quando a doença está confinada a cápsula prostática. A prostatectomia radical retropúbica (PRR) teve origem na década de 1980, após estudos anatômicos do órgão, resultando no desenvolvimento de uma nova técnica cirúrgica. Sua aceitação no mundo da urologia se deu devido aos melhores desfechos pós-operatórios e a menor morbidade cirúrgica, com menores taxas de incontinência urinária e impotência sexual (SOORIAKUMARAN et al., 2016).

O tratamento radical com intuito curativo para a neoplasia restrita ao órgão, possui melhores resultados quando realizada a prostatectomia radical. Para isso, é necessário a realização do estadiamento da neoplasia para a confirmação de doença restrita ao órgão (AMORIM, G. L. C. C. et al., 2010).

Atualmente, a prostatectomia radical por laparoscopia (PRL) está sendo considerada uma nova e mais moderna abordagem para o tratamento do câncer de próstata. Muitos pacientes são tratados com PRL como abordagem cirúrgica considerada de primeira linha com o objetivo de cura da doença (ELMOR et al., 2016).

Utiliza a interface robótica por Sistema da Vinci, conhecida como prostatectomia radical laparoscópica assistida por robótica. A introdução do sistema cirúrgico da Vinci vem transformando o campo da cirurgia robótica em todo o mundo e possibilitou resolver algumas das limitações da laparoscopia urológica tradicional (SANDLIN, 2004). O procedimento é controlado a partir de uma mesa operacional, onde o cirurgião controla os braços robóticos para realizar a cirurgia por meio de pequenas incisões na região abdominal. Essa técnica é considerada mais vantajosa quando comparamos o acometimento pelos efeitos colaterais (OKSAR et al., 2014).

Tem permitido os urologistas uma abordagem laparoscópica com mais controle e precisão quando comparada ao método aberto. A abordagem cirúrgica por robótica oferece alguns benefícios, incluindo melhor visualização e manejo mais preciso de vasos e nervos delicados, menores incisões, menos dor no pós-operatório, menos perda de sangue, menor período de internação, retorno mais rápido às atividades diárias e resultados funcionais e oncológicos mais satisfatórios (AMORIM, G. L. C. C. et al., 2010).

A disfunção erétil é considerada um dos principais efeitos colaterais da realização da prostatectomia radical, afetando consideravelmente a qualidade de vida dos pacientes. Ocorre devido a possível lesão ou necessária remoção dos nervos que permitem a ereção. Schiavina et al. (2014) em seu estudo sobre a recuperação dos pacientes após a PRR, constataram a ocorrência de disfunção erétil em 68% dos homens. Barreira (2013) complementa que a completa recuperação da disfunção erétil é vista como um processo lento, ocorrendo cerca de 18 meses após a cirurgia.

Assim, a melhor conduta frente ao enfrentamento desse evento é um rigoroso acompanhamento dos pacientes que se encontram em recuperação de efeito colateral, ocasionado pela cirurgia, para que se possa implementar estratégias de promoção da reabilitação sexual comprometida. Para uma melhor e mais rápida resposta, medidas de natureza multiprofissional seriam eficazes, como terapia medicamentosa, melhora do estado

psicológico, abordagem educacional individual e conjugal, com cuidados específicos e respeito a individualidade (APPOLINI et al., 2016; SANTOS, D. R. F. et al., 2012).

A radioterapia externa, conhecida como teleterapia consiste na aplicação diária de uma dose de radiação, expressa em *centigray* (cGy) empregada longe do organismo. É considerada uma opção para o tratamento do câncer de próstata localizado quando a ressecção cirúrgica não é possível. A dose diária mínima é de 72 cGy e o tempo médio de tratamento pode durar de 4 a 5 semanas. Os possíveis efeitos colaterais da radioterapia também se relacionam ao acometimento de órgãos adjacentes. Podem ser problemas intestinais, incontinência urinária, estreitamento uretral, fadiga, linfedema e disfunção sexual (FRANCO; SOUHAMI, 2015).

Do ponto de vista tecnológico, a radioterapia evoluiu no tratamento conformacional planejado das imagens por tomografia computadorizada para que seja realizado o cálculo exato de dose de radiação durante o processo do planejamento, permitindo observar e delinear as estruturas e órgãos adjacentes para parametrizar o posicionamento do paciente, assim como medir a densidade de elétrons que atingirá tais estruturas e órgãos. Dessa maneira, é possível quantificar a exposição de cada órgão adjacente e o seu risco durante o tratamento. Pelo fato do risco de morbidade estar diretamente associado à dose de radiação recebida por cada órgão, foram desenvolvidas diretrizes para a determinação das doses para os órgãos de risco dentro do planejamento de um tratamento radioterápico. A execução dessas diretrizes se tornou um desafio para os radioterapeutas, pois o objetivo do tratamento é administrar altas doses no tumor enquanto preserva os órgãos sadios adjacentes a ele (BASSO; SETTI; SILVA, 2016).

Com o advento da radioterapia conformacional em 3D e posteriormente a *intensity modulated radiotherapy* (IMRT), esses órgãos são cada vez mais preservados, diminuindo a toxicidade do tratamento e melhorando a qualidade de vida dos pacientes durante e após a radioterapia. Outro ganho, foram os imobilizadores pélvicos utilizados com o objetivo de contribuir na reprodutibilidade do posicionamento diário, possivelmente limitando erros e determinando o sucesso do tratamento (DIAS et al., 2013).

A terapia hormonal pode ser utilizada em situações como impedimento na realização de cirurgia ou radioterapia, em caso de metástase ao diagnóstico, recidiva após cirurgia ou radioterapia e concomitante à radioterapia. Há também a possibilidade de ser utilizada como terapia neoadjuvante a cirurgia ou radioterapia a fim de reduzir o tamanho do tumor (FRANCO; SOUHAMI, 2015).

A testosterona e a diidrotestosterona são os principais hormônios andrógenos. A maioria dos andrógenos do corpo são produzidos pelos testículos e pelas glândulas suprarrenais, em menor quantidade. Os andrógenos alimentam as células do câncer de próstata fazendo-as

crescer. Reduzir os níveis de andrógenos ou impedi-los de atuar nas células cancerígenas da próstata, muitas vezes faz com que os tumores diminuam de tamanho ou cresçam mais lentamente por um tempo. A hormonioterapia isolada não cura o câncer de próstata (FRANCO; SOUHAMI, 2015).

As medicações mais utilizadas como hormonioterapia são:

- *Degarelix*: antagonista seletivo do hormônio libertador de gonadotrofinas (GnRH). Se liga de forma competitiva e reversível aos receptores GnRH da hipófise, reduzindo assim rapidamente a liberação das gonadotrofinas, hormônio luteinizante (LH) e hormônio foliculoestimulante (FSH), reduzindo consequentemente a secreção de testosterona pelos testículos. Os efeitos colaterais mais comuns são: nodulação no local da administração subcutânea, fisiológicos (fogachos, diminuição de libido, dificuldade de ereção, aumento de sensibilidade mamária ou ginecomastia), “Tumor Flare” (caracterizada por dor óssea, compressão da medula espinhal, compressão uretral e fadiga), náuseas e vômitos, elevação das transaminases hepáticas e insônia (KLOTZ et al., 2008).
- *Goserelina*: análogo sintético do hormônio liberador do hormônio luteinizante (LHRH). Inibe a secreção do hormônio luteinizante pela hipófise, induzindo à baixa concentração sérica de testosterona no homem. Os principais efeitos colaterais são: psicológicos (ansiedade, depressão), fisiológicos (fogachos, diminuição de libido, dificuldade de ereção, aumento de sensibilidade mamária ou ginecomastia), “Tumor Flare” (dor óssea, compressão da medula espinhal, compressão uretral e fadiga), alterações na composição corporal (redução da porcentagem de massa magra e aumento da gordura corporal com maior distribuição visceral, ganho de peso), alterações glicêmicas (resistência insulínica aumentada com maior predisposição ao desenvolvimento de diabetes mellitus) e doenças ósseas (diminuição de densidade mineral óssea com evolução para osteoporose e maior risco de fraturas) (KAISARY et al., 1991; SEIDENFELD et al., 2000; TURKES; PEELING; GRIFFITHS, 1987).
- *Acetato de Leuprorrelina*: pertence ao grupo do GnRH seus efeitos colaterais se resumem a efeitos fisiológicos (fogachos, diminuição de libido, dificuldade de ereção, aumento de sensibilidade mamária ou ginecomastia), “Tumor Flare” (dor óssea, compressão da medula espinhal, compressão uretral e fadiga) náuseas e poliúria (SEIDENFELD et al., 2000).

Antes de se programar o tratamento de escolha, alguns fatores decisivos devem ser avaliados previamente como idade, estado nutricional, doenças de base, funções renal, pulmonar e hepática, assim como a presença de infecção, o tipo e a extensão do tumor, se há ou não metástase à distância e comprometimento de órgãos vizinhos, ou seja, o *performance status* (PS) do paciente. O *status* de desempenho de *Karnofsky* (KPS) é um método amplamente utilizado para avaliar o estado funcional de um paciente. Possui papel preponderante na avaliação de pacientes com doença oncológica por ter se estabelecido como fator prognóstico importante. No contexto do paciente oncológico, a medição do PS por KPS auxilia na descrição da capacidade do doente em exercer atividades rotineiras, averiguando também seu grau de dependência auxílio para atividades e cuidados médicos. São critérios simples, mas que servirão para avaliar a qualidade de vida do paciente frente sua doença, sua família ou sociedade (JOHNSON, M. J. et al., 2014).

O conceito de qualidade de vida é singular, por envolver vários fatores na existência do indivíduo. Pode ser considerada como básica para diversas funções física, mental, cognitiva, emocional, social e funcional; incluindo também os relacionamentos, percepções de saúde, sexualidade, aptidão, satisfação para com a vida, bem-estar, satisfação do paciente com o tratamento, seus resultados, estado de saúde e perspectivas para o futuro (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

O paciente oncológico que é submetido a uma ou mais dessas modalidades terapêuticas, torna-se carente dos cuidados da enfermagem. Cabe aos profissionais que o cercam, serem capazes de detectar as necessidades biológicas e sociais comprometidas. Assim, torna-se prioritário o estabelecimento de um plano de cuidados eficaz, que vá subsidiar o cuidado do profissional enfermeiro. A preocupação com uma enfermagem que toma a base crítica, científica e reflexiva para o cuidar vem possibilitando algumas inquietações durante minha atuação. Nesse sentido, inserida em um contexto no qual a cena do cuidado é direcionada a pessoas com câncer, motivei-me a compreender melhor esse cuidado que é multifacetado.

Para cada indivíduo, a dor ao diagnóstico de uma neoplasia maligna se apresentará de uma forma, apesar da evolução patológica da doença apresentar características semelhantes. Essa individualidade, frente ao caráter crônico degenerativo da enfermidade, é o que irá alterar sua qualidade e estilo de vida e determinará a forma como enfrentar o tratamento.

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO HOMEM E SUAS IMPLICAÇÕES NO CUIDADO DA SEXUALIDADE

Para analisar a saúde do homem no Brasil, precisamos contextualizá-la junto às mudanças relacionadas às transições demográfica, epidemiológica e ao envelhecimento da população. O índice de mortalidade masculina é maior quando comparado às mulheres em todas as regiões do país. A mudança observada no padrão dos óbitos, foi em decorrência de maiores taxas de mortalidade por doenças crônicas, como cardiovasculares, neoplasias malignas e diabetes. Outras variáveis estão intimamente ligadas aos fatores de risco associados aos problemas de saúde entre os gêneros. Enquanto nos homens há uma maior ocorrência de índices de tabagismo e etilismo e riscos ocupacionais; nas mulheres destacamos como maiores riscos a obesidade, o stress, a infelicidade e as pressões ligadas aos papéis sociais (BESERRA et al., 2014).

Há também os aspectos psicológicos relacionados a diferença de gênero, que sempre influenciaram na tomada de decisão na busca por um atendimento de saúde (ECCEL; GRISCI, 2011). Os mesmos autores acreditam que os homens se expõem mais à situações de risco, procuram mais os serviços de emergência, por isso, se colocam em situações mais graves quando comparado às mulheres, que por sua vez, procuram mais os serviços ambulatoriais. Assim, torna-se clara a singularidade entre gêneros, que por sua vez, devem ser utilizadas como estratégia a serem desenvolvidas no âmbito da saúde.

Na década de 80, com a criação do sistema único de saúde (SUS), a saúde voltava sua atenção à mulher, fazendo-a ganhar visibilidade frente as campanhas de direitos reprodutivos, natalidade e incentivo ao autocuidado, enquanto o homem permanecia na penumbra. Porém, ao longo do último século, médicos e sanitaristas perceberam que alguns encargos relacionados a gênero faziam de os homens seres “em perigo” do ponto de vista da saúde pública. Campanhas contra o alcoolismo, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), tinham a intenção de atingir alguns espaços eminentemente masculinos, como bares e bordéis; na tentativa de transformar certas convenções relativas ao exercício da sexualidade. Não houve assim, a veiculação de um discurso que objetivasse de forma explícita uma preocupação com a saúde do homem ou voltado para a masculinidade. Havia a necessidade de formulação de políticas públicas voltadas especificamente à população masculina, no mesmo sentido que havia para a população feminina (GARCIA, S.; SOUZA, 2010; MACHIN et al., 2011).

A intensidade com que a medicina investiu sobre os corpos femininos, fez com que no final do século XIX, a ginecologia se institucionalizasse; porém a andrologia nunca chegou a ter o mesmo estatuto. Quer dizer que uma ciência voltada à saúde do homem encontrou dificuldades para se implantar, enxergando-o como sujeito generificado. Na primeira década do século XXI, a visão do homem como provedor da família e representante universal da espécie humana se viu em declínio frente aos movimentos feministas. Assim, transformações das estruturas familiares e dos padrões de masculinidade, permitiram aos homens emergirem como consumidores de bens e serviços, dentre eles os serviços de saúde, antes voltado às mulheres ou vistos como intrinsecamente femininos (ROHDEN, 2009).

Em meados de 2001, o Ministério da Saúde (MS) propôs a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, devido ao aumento significativo da importância das neoplasias no perfil de mortalidade da população brasileira. O objetivo desta política seria reduzir a incidência e a mortalidade por câncer no Brasil por meio de ações contínuas que levassem à conscientização da população quanto aos fatores de risco do câncer, promovendo a detecção precoce daqueles passíveis de rastreamento e propiciando o acesso a um tratamento equitativo e de qualidade em todo território nacional (BRASIL, 2011c).

O Instituto Nacional de Câncer (Inca), órgão do MS responsável pela coordenação e execução desta política, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; organizou programas nacionais de controle do câncer que visavam a promoção da saúde, intervenção sobre fatores de risco, detecção precoce, estruturação e expansão da rede especializada de diagnóstico e tratamento do câncer (BRASIL, 2011c).

Em cumprimento à Lei 10.289, de 20 de setembro de 2001, o Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata (BRASIL, 2002) veio para reforçar a importância de incluir a prevenção e a vigilância do câncer de próstata nos programas de saúde, em consequência do aumento significativo e da importância das neoplasias no perfil de mortalidade da população masculina. O objetivo desta política foi reduzir a incidência e a mortalidade através de ações contínuas que levassem a conscientização da população quanto aos fatores de risco; promovendo a detecção precoce daquelas neoplasias passíveis de rastreamento, propiciando acesso e tratamento equitativo e de qualidade em todo território nacional.

Em 2007 o médico sanitário José Gomes Temporão, então Ministro da Saúde em seu segundo mandato, listou a implantação de uma Política Nacional para a Assistência à Saúde do homem, assim como as metas a serem perseguidas durante sua gestão. Em março de 2008, foi criada a Área Técnica de Saúde do Homem no âmbito do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, ficando sob a coordenação de

Ricardo Cavalcanti (médico ginecologista e um dos fundadores da sexologia no Brasil). Desde então, os homens passaram a ter um lugar ao lado de outros sujeitos considerados focos mais antigos das ações de saúde específicas, como as mulheres, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, usuários de serviços de saúde mental, dentre outros (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Vale destacar, o importante papel da SBU em todo o processo de concretização do programa, uma vez que durante os anos 1930/1940, o médico e sexólogo José de Albuquerque, que se proclamava criador da andrologia; tinha justamente os urologistas como seus principais alvos de críticas pelo fato destes quererem monopolizar o estudo e a intervenção sobre os problemas voltados à saúde e à sexualidade masculina. Para Albuquerque a ginecologia e a andrologia deveriam ser consideradas subespecialidades da sexologia, e a urologia deveria se ater somente aos problemas do sistema urinário dos homens e mulheres (RHODEN; AVERBECK, 2010).

Nessa disputa, a vitória coube à urologia, pois hoje a andrologia aparece como parte da urologia e nesse âmbito, é definida como uma subespecialidade urológica, cuja função é cuidar do sistema reprodutor, da função sexual e da regulação dos hormônios sexuais masculinos, tratando sobretudo de problemas como o distúrbio androgênico do envelhecimento masculino, da infertilidade masculina, da disfunção erétil e da ejaculação precoce (RHODEN; AVERBECK, 2010).

É curioso ainda perceber que, embora a urologia não seja uma especialidade voltada apenas para o homem, a própria SBU tende a apresentá-la como tal, tão grande era o peso das questões da saúde masculina em sua pauta. Desde 2004, a SBU vem se dedicando à causa, passando a exercer forte pressão junto a diferentes setores do governo, como os parlamentares, conselhos de saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) além de outras sociedades médicas, para o lançamento de uma política específica voltada à saúde do homem (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

Nesse mesmo ano, foi firmado um acordo de cooperação técnica assinado entre o MS e a SBU, com o objetivo de promover a assistência ao homem no sistema público, a fim de reduzir as taxas de mortalidade masculina por meio de ações de prevenção de agravos e busca ativa. A ideia era não apenas treinar os médicos do sistema público de saúde para diagnosticar doenças urológicas, mas também auxiliar na promoção de campanhas dirigidas ao público leigo visando a prevenção de doenças por meio do incentivo à busca dos serviços de saúde precocemente (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

A primeira campanha oficial, após firmada essa parceria, foi a Campanha Nacional de Esclarecimento da Saúde do Homem, tendo como tema a disfunção erétil. Essa escolha foi feita por três razões: cerca de 50% dos homens acima de 40 anos possuíam algum tipo de queixa relacionada à função erétil, menos de 10% dos homens que sofriam algum grau de disfunção erétil procuravam assistência médica por vergonha ou medo do diagnóstico e receio da disfunção erétil estar associada a alguma doença, como o câncer de próstata. A campanha intencionava relacionar a saúde do homem a uma vida sexual saudável e ativa, com foco na potência sexual como capacidade de obter uma ereção. Pensando em paradoxo, os urologistas atraíam os homens com o intuito de devolver-lhes a potência perdida, conquistando a confiança destes para os cuidados de saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Com a finalidade de justificar ao público masculino, a importância da procura por cuidado médico especializado, a SBU utilizou dados do MS segundo os quais, em 2007 cerca de 16,7 milhões de mulheres se consultaram com ginecologista, ao passo que apenas 2,7 milhões de homens se consultaram com urologista. Dentre as várias doenças que rondavam os homens, a disfunção erétil foi tema de escolha da campanha justamente pelo impacto que causa na vida de um homem. É justamente a ideia de vulnerabilidade relacionada a impotência, o maior obstáculo à promoção da saúde dos homens na construção da masculinidade hegemônica. Por essa razão os homens seriam relapsos com sua saúde, procurando menos frequentemente os médicos que as mulheres (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

A Política Nacional de Atenção Oncológica criada em 2005, foi instituída pela Portaria GM/MS 2.439, de 8 de dezembro de 2005 (Brasil, 2005). Estabeleceu que esta deveria ser organizada e articulada ao MS e as secretarias de saúde dos estados e municípios. Foi constituída a partir de componentes fundamentais de promoção e vigilância em saúde, atenção básica, média complexidade, alta complexidade, centros de alta complexidade em oncologia (Cacon), regulamentação suplementar e complementar, regulação, fiscalização, controle e avaliação, sistema de informação, diretrizes nacionais para a atenção oncológica, avaliação tecnológica, educação permanente, capacitação e pesquisa sobre o câncer. O Cacon é definido como um hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer (BRASIL, 2005).

No ano de 2009, o grande marco foi a criação da PNAISH desenvolvida pelo MS. Visto a necessidade de se buscar alcançar e integrá-los aos serviços de saúde, a PNAISH vem de encontro a promover melhorias nas condições de saúde da população masculina no Brasil, contribuir para a redução da morbidade e mortalidade, além de facilitar o acesso às ações e aos

serviços de assistência integral a saúde. Foi instituída pela portaria n. 1.944, de 27 de agosto de 2009, com a finalidade de facilitar o acesso da população masculina a um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de assistência (BRASIL, 2009a; SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

A PNAISH está alinhada aos princípios da Política Nacional de Atenção Básica para o fortalecimento de ações e serviços em rede, sobretudo para qualificar a atenção primária. A intenção era não restringir a política somente à recuperação da saúde, mas sim garantir a promoção e prevenção de agravos evitáveis na população masculina (BRASIL, 2009a). Relacionado ao câncer de próstata, muitos casos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, medidas de prevenção primária e secundária (ACIOLI et al., 2014).

Sua criação foi estimulada pelo aumento progressivo da demanda por diagnósticos e tratamentos na rede de assistência oncológica, na intenção que esta seja adequadamente estruturada e capaz de possibilitar a ampliação do atendimento, de forma a assegurar a universalidade, equidade e integralidade da atenção oncológica aos pacientes de que dela necessitam. Dentre as suas ações, destacam-se o desenvolvimento de estratégias coerentes com a política nacional de promoção a saúde voltadas para a identificação dos fatores determinantes e condicionantes das neoplasias malignas mais prevalentes no país, organização de uma linha de cuidados que contemple todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até a atenção especializada de média e alta complexidade, constituição de redes estaduais ou regionais de atenção oncológica, e definição de critérios técnicos adequados para o bom funcionamento dos serviços públicos e privados que atuam na atenção oncológica (BRASIL, 2009a; SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

O SUS então, passa a organizar-se com a finalidade de proporcionar, de maneira regular, ações voltadas para a prevenção, educação em saúde, atenção clínica e cirúrgica especificamente exigidos por parte deste grupo populacional. A PNAISH levaria o país a combater a alta incidência de morbimortalidade no sexo masculino, enfatizando aspectos socioculturais e relacionados ao gênero (BRASIL, 2009a).

No que concerne aos agravos voltados à saúde do homem, a literatura aponta para a maior vulnerabilidade relacionada a doenças crônicas. Sabe-se que os homens buscam menos os serviços de saúde quando comparado às mulheres. Este fato está relacionado ao papel historicamente atribuído ao homem como responsável pelo sustento da família, reforçando sua posição como provedor. Alegam ainda a coincidência do horário de funcionamento dos serviços com o horário de trabalho. Reconhecemos assim, os determinantes sociais que resultam na

vulnerabilidade da população masculina, considerando que representações sociais vigentes sobre a masculinidade podem comprometer o acesso à saúde, expondo-os a situações de risco (TRILICO et al., 2015).

Em especial, no que se refere a realização do toque retal, além dos fatores descritos para a falta de vínculo do homem para com os serviços de saúde, destacam-se os aspectos simbólicos relacionados a masculinidade e ao seu caráter invasivo. Questões do ponto de vista físico e emocional e a disseminação do medo na realização do exame entre os próprios homens; compromete muitas vezes a detecção precoce de uma neoplasia prostática (PAIVA; MOTTA; GRIEP, 2010).

Ambas as políticas foram criadas na tentativa de atrair o homem para os serviços de saúde, porém este processo releva, até hoje, dificuldades referentes aos aspectos relacionados a masculinidade, em específico, aos sentidos atribuídos a sexualidade. Tais dificuldades produzem reflexos no campo da saúde, social e político, uma vez que a resistência masculina aumenta a sobrecarga financeira sob a sociedade. Homens quando acometidos pelo câncer em sua fase produtiva, refletem o seu sofrimento físico e emocional, não acometendo somente a si próprios, mas também a família e sociedade (COSTA, M. E. D. et al., 2014). Reafirmo a necessidade da aproximação dos pacientes, assim como a importância da humanização do processo da assistência de enfermagem.

Neste sentido, a sexualidade influencia a saúde física e mental do ser humano, e manifesta-se em todo o ciclo vital. A sexualidade assume aspecto central na vida humana e inclui conceitos como sexo, identidade e papéis sexuais, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade experienciada se expressa por meio de pensamentos, valores, comportamentos, linguagem, práticas, papéis e relacionamentos; sendo influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (FERRARI; ALMEIDA, 2012).

Trata-se do contexto que contempla um conjunto de aspectos, como a comunicação, intimidade e fantasias, o contato físico, beijos, carícias e as diferentes formas de práticas sexuais. Dentre os aspectos da fisiologia da resposta sexual humana, destaca-se a compreensão da função sexual como um ciclo da resposta sexual humana composta por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução. Porém, a sexualidade é muito mais que a resposta sexual humana, envolve sensações, emoções e afetos entre indivíduos ao longo de toda a sua vida (GARCIA, O. R. Z.; LISBOA, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de sexualidade é definido como “uma energia que nos motiva para encontrar amor, contato, ternura e intimidade;

ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001, p. 9).

A sexualidade passa a ser vista como parte integrante do cuidado uma vez que adquire a concepção de saúde. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a):

[...] saúde sexual é a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de maneira a enriquecer positivamente e a melhorar a personalidade, a capacidade de comunicação com outras pessoas e o amor. O propósito dos cuidados da saúde sexual deveria ser o melhoramento da vida e das relações interpessoais, e não meramente orientação e cuidados relacionados à procriação e doenças sexualmente transmissíveis. (BRASIL, 2011a, p. 17).

A sexualidade ganha visibilidade a partir do estudo de Freud. Seu conceito se aprimora a partir dos estudos das ciências humanas e sociais sobre a sexualidade na segunda metade do século XX com ênfase nos estudos de Michel Foucault. No campo da saúde, o tema vem sendo conduzido de forma especial por sexólogos, o que dá um caráter normativo e principalmente marcado pelos aspectos biológicos. Na segunda metade da década de 90, as organizações internacionais destinadas a políticas públicas para a saúde das mulheres, inicia uma discussão sobre a sexualidade baseada na feminização da AIDS. Esta investigação vem de encontro aos estudos da sexualidade no campo da enfermagem em busca de ampliar o pensamento do tema para além da sexualidade em seu aspecto biológico, ou seja, pensar sob a concepção das questões de gênero e direitos sexuais (COSTA, L. H. R.; COELHO, E. A. C., 2011).

Durante o século XIX, a sexualidade e o comportamento sexual eram vistos como uma função biológica ligada essencialmente à reprodução. Para esse objetivo, a sexualidade era encarada como algo normal, enquanto atos de masturbação e homossexualidade eram considerados anormais. Todavia, desde o início do século XX esta definição sofreu alterações, na medida em que a sexualidade era encarada como um processo biológico que além da função reprodutiva, também envolvia outros aspectos importantes, tais como o prazer e o amor. A sexualidade faz parte da natureza humana, e obedece a uma necessidade fisiológica e emocional. Manifesta-se de diferentes formas nas fases progressivas do desenvolvimento humano, e a sua expressão total é determinada pela maturidade orgânica e mental. É uma forma de comunicação que visa o prazer, o bem-estar, a autoestima e a busca de uma relação íntima, compartilhando o amor e o desejo por outra pessoa a fim de criar laços de união mais intensos entre homens e mulheres (VAZ, 2012).

Gênero é entendido como o resultado de forças sociais e culturais, onde este é

aprendido e não inato. A partir deste conceito, explica-se a diferença entre homens e mulheres, porém não mais pela teoria das diferenças sexuais, mas primeiramente pela androgenia, e posteriormente, pela teoria dos papéis sociais na qual, homens e mulheres internalizam identidades específicas através da socialização. Um dos problemas da postura empiricista que tem por base a socialização, refere-se ao fato de que o conceito de gênero permanece definido em termos de diferença dicotômica e continua a ser visto como interno e imutável. De acordo com a postura pós-moderna, a perspectiva construcionista da sociedade é antirrealista, pressupondo que o mundo e os indivíduos sejam produtos de um processo social, onde não existam essências dentro das pessoas que as tornem o que são (BORGES et al., 2013).

Uma das referências mais importantes para o pensamento construcionista é a obra clássica de Michel Foucault (1988), autor que afirma ser a sexualidade um constructo até então visto sob a ótica da repressão. Na perspectiva de Foucault, a sexualidade é social e historicamente construída, ou seja, depende da cultura e das relações sociais estabelecidas, o que possibilita pensar em diferentes formas de viver e construir identidades de gênero. A contribuição teórica do autor é inestimável também para entender que a homossexualidade, da mesma forma, é social e historicamente construída.

O protagonismo reverenciado entre gêneros implica justamente o contrário, isto é, assumir sua fragilidade e vulnerabilidade, aprendendo a enunciar a demanda que concerne a cada um. No âmbito da saúde masculina, a partir de uma posição generificada, os homens precisam se tornar visíveis, o que significa colocar-se no mesmo plano que as mulheres. O grande temor se vê frente a perda da posição de representantes universais da espécie, arriscando perder também suas prerrogativas na hierarquia de gênero. Essa seria a condição para que ocorresse a mudança cultural necessária para fazer com que os homens (heterossexuais) tivessem uma relação tão reflexiva com seus próprios corpos quanto os outros (mulheres, homossexuais, travestis). Tudo se passa como se os homens precisassem se tornar socialmente vulneráveis para poder perceber sua vulnerabilidade biológica e para ver algum sentido na luta por ultrapassá-la (ECCEL; GRISCI, 2011).

A vida sexual do homem ganha destaque no cenário dos estudos orientados pela perspectiva de gênero masculino e feminino, uma vez que um dos pilares da construção do masculino se expressa por meio de valores hegemônicos de masculinidade, representados pelo conjunto de características como virilidade, potência e dominação. Quando o exercício sexual é orientado por tais valores, pode ser facilmente condenado ao fracasso pela negligência com o cuidado da própria saúde e pelo comportamento desprotegido em relação a si mesmo e aos outros (ECCEL; GRISCI, 2011).

Com o advento do Viagra® entrou em cena a concepção de disfunção sexual. A medicalização do problema superava então, as diversas interpretações acerca da impotência sexual em detrimento da abordagem psicológica pela explicação puramente orgânica. Nesse percurso, o processo de medicalização do corpo passa a ganhar espaço no contexto da vida sexual dos homens. A grande produção de pesquisas e publicações (incentivadas pela indústria farmacêutica) a respeito da disfunção, assim como aquelas voltadas para a ejaculação precoce e reposição hormonal para o tratamento da andropausa ou climatério masculino, passam a se destacar (SHAMLOUL; GHANEM, 2013).

Pinheiro, Couto e Silva (2011) analisam dentro do contexto dos serviços públicos organizados segundo a estratégia de saúde da família, como se apresentavam questões relativas à sexualidade masculina e a forma de abordagem do tema pelos profissionais. Os temas apresentados englobavam dentre outros, a prevenção do câncer de próstata e os problemas relativos à ereção. A sexualidade masculina é abordada de forma pouco sistemática, pois não havia um espaço demarcado ou agenda de programas nos serviços procurados (como acontece com a sexualidade feminina). Encontra portanto, menos vias para ser inserida na discussão e intervenção em saúde. Dessa maneira, a abordagem se apresenta de forma dispersa, podendo ser encontrada em meio a questões, queixas ou demandas que aparecem em diferentes momentos da assistência.

O tema prevenção do câncer de próstata discutido por A. A. C. Fernandes et al. (2015) consiste em um dos problemas mais lembrados na discussão da saúde dos homens. A popularidade desse agravo pode ser verificada no discurso dos próprios usuários. Como sempre, esse problema de saúde é acompanhado pela tensão proveniente de um dos procedimentos utilizados na prevenção, o tão temido toque retal.

O exame é considerado uma medida preventiva de baixo custo, porém mexe com o imaginário masculino a ponto de afastar inúmeros homens da prevenção do câncer de próstata. A recusa não ocorre somente pela falta de informação acerca da efetividade dessa medida preventiva. A disseminação do medo da realização do exame entre os próprios homens ocorre devido ao seu caráter invasivo, do ponto de vista físico e emocional, e por envolver a exposição pela penetração. Esse procedimento assume a conotação de ameaça à masculinidade, dado que a região das nádegas iguala o homem à mulher e, portanto, pode feminilizá-lo (BELINELO et al., 2014).

O temor pelo exame do toque retal é conduzido pelo modelo hegemônico de masculinidade, onde há a necessidade de proteger essa região do toque e da penetração. Na cultura brasileira, a penetração consiste num elemento fundamental para a construção simbólica

de gênero, uma vez que o masculino é definido como ativo, ou seja, aquele que penetra e não aquele que é penetrado (DAMATTA, 2010).

Pela conotação sexual que o exame adquiriu, a prevenção do câncer de próstata se torna assunto relacionado à sexualidade masculina, porém relacionado ao viés da ameaça à masculinidade. O toque retal ou a simples alusão, é acompanhado de constrangimento ou vergonha. Vários pontos de tensão podem estar relacionados ao toque retal, como o incômodo da penetração, receio de dor física e simbólica, medo de ter ereção. Por outro lado, os profissionais também se vêm intimidados por partilharem do imaginário social; ficam constrangidos e inseguros diante da possibilidade de medos e fantasias por parte dos usuários (FLEURY; ABDO, 2013).

Talvez, para alguns homens, proteger o ideal de masculinidade em certos momentos, pode ser mais importante do que se cuidar. Problemas relativos à ereção, agrupam-se as denominações de disfunção sexual e as referências feitas de forma explícita ou implícita, seja por meio de termos descritivos ou metafóricos, relacionados à dificuldade ou impossibilidade de ter ereção. Tais denominações são comumente referidas às questões de saúde que afetam os homens, seja como vivência com o problema ou como situação hipotética (PINHEIRO; COUTO; SILVA, 2011).

A situação de disfunção sexual adquire inúmeros significados atrelados à masculinidade, uma vez que a potência e a uma atividade sexual considerada “normal” (com penetração) são símbolos de virilidade; enquanto a impotência, representada por esse problema, surge como antagonista e refere declínio da masculinidade (ECCEL; GRISCI, 2011).

Imersos em vários sentidos e significados, os problemas relativos à ereção encontram uma resistência maior que a habitual ao serem levados para o serviço. Alguns homens, se não permanecem em silêncio, procuram caminhos que desviam a solução do serviço de saúde. Muitas vezes também, é levado em consideração apenas a possibilidade de medicalização do problema de disfunção sexual, como se este estivesse desligado de outros fatores, como o estágio de vida do usuário, sua relação conjugal, suas condições emocionais, sociais, interferência do processo saúde doença, dentre outros (BRIGEIRO; MAKSUD, 2009).

Limitar a abordagem da saúde sexual apenas ao funcionamento erétil do pênis, é deixar de problematizar a ereção como condição indispensável ao exercício da sexualidade, estando este centrado em certa hierarquia moral que coloca no topo a penetração vaginal e como clímax, a ejaculação masculina. Perde-se a oportunidade de contemplar possibilidades alternativas (MEDEIROS, A. P.; MENEZES; NAPOLEÃO, 2011).

A função sexual humana é multidimensional, envolve o contexto psicológico,

autoestima, autoconhecimento, confiança e respeito entre parceiros. Torna-se um aspecto importante como sinônimo de qualidade de vida. Os conceitos construídos acerca da masculinidade e sexualidade, configura-se uma via de acesso às representações dos homens a respeito do próprio corpo e da própria saúde. Os homens vêm quebrando o tabu de não adesão aos serviços de saúde nos dias de hoje quando comparados ao século passado. Entretanto, o que ainda se observa nos serviços, é uma abordagem superficial, abreviada por parte dos profissionais de saúde, de modo que a sexualidade só cabe nas discussões como forma de intervenção frente a algum processo de adoecimento (FLEURY; ABDO, 2013).

Isso implica correlacionar a vulnerabilidade dos homens ao adoecimento nos níveis individual e social, muitas vezes devido a fatores provenientes das políticas de saúde, do pouco espaço e na falta de suporte oferecido nos serviços de atenção primária e secundária, para lidar com questões relativas à sexualidade. Os homens são apresentados como vítimas de sua própria masculinidade, das crenças e valores que constituem as barreiras socioculturais e questões de gênero. O objetivo principal de um pensamento voltado para a saúde masculina é enfraquecer a resistência à medicina de uma forma geral. Para tanto, uma ação educativa bem feita “modernizaria” os homens brasileiros, dissipando o pensamento mágico de que a falta de informação é o que os torna presos aos seus próprios preconceitos (ROCHA et al., 2014).

O jornal americano *Archives of Sexual Behavior–Springer Journals* revelou em uma abrangente pesquisa sobre sexo, realizada nos Estados Unidos com mais de 50 mil entrevistados com mais de 18 anos, que a maior parte das pessoas (40%) fazem sexo de uma a três vezes por semana. O segundo maior grupo (28%) é o daqueles que têm relações sexuais de uma a duas vezes por mês, enquanto 18% dos entrevistados disseram não ter feito sexo no ano inteiro anterior à pesquisa (BLASHILL et al., 2016).

Apesar da frequência cair com a idade, ela não é tão baixa quanto se imagina. Uma pesquisa realizada por estudiosos das universidades de Chicago e de Toronto com cidadãos idosos (com média de 70 anos) indica que pelo menos 50% deles fazem sexo mais de duas vezes por mês. Outros 11% disseram ter relações regularmente toda semana (DIAMOND, 2014).

Um fator cultural importante que contribui para dificuldades sexuais, diz respeito às crenças compartilhadas pelas pessoas com relação ao desempenho sexual; o que na prática se mostra impossível para a maioria da população. Dessa maneira, enquanto cultura, sustentamos um modelo de sexualidade pouco saudável e inadequado, baseado no desempenho sexual. Em contrapartida, homens criam para si padrões de desempenho muito altos para sua “atuação” sexual, o que contribui para o desenvolvimento da ansiedade durante a mesma,

afetando respostas sexuais normais (COSTA, J. F. L. V, 2010).

Uma atividade sexual anormal representada pela disfunção sexual é definida como “a incapacidade persistente ou recorrente do homem obter e /ou manter ereção peniana suficiente para a atividade sexual” (HOFF, 2013, p. 1355).

O mesmo autor, em um estudo epidemiológico sobre o desempenho sexual dos homens brasileiros, mostrou que o grau de disfunção da população masculina sexualmente ativa é de 53,5%, com disfunção sexual mínima de 20,8%, moderada de 26,3% e disfunção sexual completa de 6,4%. A fisiologia do ciclo sexual no homem contempla várias vezes que levam à ereção peniana (HOFF, 2013).

Para a SBU (2015b), a impotência sexual possui definição semelhante a citada anteriormente: “incapacidade persistente de obter e/ou manter uma ereção peniana o suficiente para a penetração ou para o término do ato sexual satisfatoriamente”.³

A disfunção sexual pode ser de origem psicogênica (25%), orgânica (25%) ou mista (45%), por envolver diversos processos fisiopatológicos. A causa psicogênica pode estar relacionada ao emocional ou problemas no relacionamento. Já causa a orgânica é de ordem arterial ou vascular, neurogênica, endócrina ou medicamentosa. A causa orgânica vascular é comum aos problemas de ereção, devido ao estilo de vida. Apesar da disfunção sexual não ser letal, pode indicar a existência de doenças subjacentes. Afeta a saúde física e psicossocial, podendo gerar deficit significativo na qualidade de vida, gerando consequências nas relações interpessoais (SOUZA, C. A. et al., 2011).

O enfermeiro deve atentar-se quando uma queixa de disfunção sexual desencadeada pelo processo saúde doença é referida por um homem em tratamento para o câncer de próstata. A perda da funcionalidade pode não estar relaciona somente ao tratamento e seus efeitos colaterais. Em muitas situações deve-se buscar auxílio junto aos profissionais psicólogo, médico, sexólogo, envolvendo um trabalho multiprofissional.

2.3 SAE: UM OLHAR SOBRE O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE DISFUNÇÃO SEXUAL

A organização de um conhecimento científico para a enfermagem teve seu início a partir da década de 50, como consequência de um considerável avanço na construção e na

³ Disponível em: <<http://portaldaurologia.org.br/doencas/impotencia-sexual/>>.

organização dos modelos conceituais da profissão. O desenvolvimento das teorias representa uma tentativa de ampliação ou renovação de conhecimento e objetiva estabelecer uma relação entre diferentes conceitos, bem como melhor direcionar a assistência prestada ao ser adoecido (ESPÍRITO SANTO; PORTO, 2006).

A criação de um saber específico para a enfermagem, propõe a ampliação de conceitos e a criação de novos modelos que explicitam os valores dessas teorias, visando responder à questões para além do cuidado corporal, mas sim, construir um modo de gerar conflitos entre antigos e novos saberes, apontando questionamentos sobre a origem das teorias científicas e os limites do conhecimento da enfermagem, que servirão de base para a validação de um conhecimento em desenvolvimento (MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. R.; CABRAL, 2012).

Dessa forma, a enfermagem atua de maneira significativa, onde seu trabalho se propõe a identificar respostas humanas, estabelecer estratégias de promoção e reestabelecimento da saúde. O enfermeiro lança mão de ferramentas, como o Processo de Enfermagem (PE), como uma forma de sistematizar a assistência prestada ao indivíduo de forma integral, estendendo o cuidado a família (CÁCERES MANRIQUE; PUERTO PEDRAZA, 2008). O PE é um instrumento de trabalho sistematizado que visa oferecer cuidados humanizados com o objetivo de atingir a melhora clínica. É considerado uma abordagem resolutiva, a qual exige habilidades voltadas a atender as necessidades, intencionando validar ações organizando o processo a partir de prioridades, que visam manter o bem-estar e proporcionar qualidade de vida (TORRES et al., 2011).

Iyer, Taptich e Bernoochi-Losey (1993) o definem como intencional, por estar direcionado ao cumprimento de metas. É sistemático, por utilizar uma abordagem organizada e dinâmico, por envolver mudanças contínuas. Flexível, por poder ser utilizado pela enfermagem em qualquer local ou área especializada de forma sequencial e contínua embasado teoricamente, sendo elaborado a partir de uma vasta base de conhecimentos de amplitude física, humana e biológica.

Durante mais de 30 anos, foi debatida na área da enfermagem, a necessidade de implantação de uma linguagem uniformizada e padronizada, a fim de estender o cuidado para outros enfermeiros e demais profissionais da saúde (TANNURE; SALGADO; CHIANCA, 2014). A contribuição de três linguagens padronizadas ascendeu a prática e o desenvolvimento da profissão, educação e pesquisa. O surgimento da classificação de diagnósticos da NANDA foi precursor na padronização dessa linguagem, seguido da *Nursing Intervention Classification* (NIC) e *Nursing Outcomes Classifications* (NOC) (BULECHEK; BUTCHER;

DOCHTERMAN, 2011; GARBIN et al., 2009).

Em 1987, na Universidade de Iowa, teve início a pesquisa para se desenvolver um vocabulário para a classificação das intervenções da enfermagem. Porém, a NIC só foi publicada pela primeira vez em 1992. Em 1991, pesquisadores da mesma universidade se reuniram para elaborar a classificação dos resultados correlacionados aos cuidados de enfermagem, NOC publicado em 1997. A ligação entre as linguagens citadas é fundamental para a prática, pesquisa e educação em enfermagem (CARPENITO-MOYET, 2009; JOHNSON, M. et al., 2009).

Com a finalidade de possibilitar a coleta, análise de informações e facilitar a avaliação e o aperfeiçoamento do processo para o cuidado em enfermagem, houve a necessidade de criação de uma linguagem padronizada. Seu início se deu em 1970, com o surgimento da classificação de diagnósticos da NANDA. Reconhecido pela *American Nurses Association* (ANA), os diagnósticos elaborados pela NANDA foram criados em 1973 quando um grupo de enfermeiras se reuniram para organizar a primeira Conferência Nacional do Grupo de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem. Em 2002, o nome foi modificado para *NANDA International* (NANDA I) a fim de ampliar a participação para outros países (JOHNSON, M. et al., 2009).

A NANDA I definiu que o diagnóstico de enfermagem está voltado para o conceito das respostas humanas, sendo concebido como:

Julgamento clínico das respostas dos indivíduos, da família ou da comunidade aos processos vitais e aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. (HERDMAN, 2012, p. 149).

O diagnóstico de enfermagem constitui-se ferramenta essencial para o exercício da profissão, mas para ser considerado válido, deverá corresponder ao estado verdadeiro daquilo que se pretende definir. Este será confiável se apresentar resultado estável e for igualmente identificado em observações similares. Assim, contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento e para a prática clínica. Suas classificações vêm como forma de categorizar as respostas dos pacientes, frente ao processo saúde\doença, a fim de providenciarmos as intervenções (HERDMAN, 2012).

Intervenção para a enfermagem é definida como o tratamento baseado no julgamento clínico e no conhecimento, propondo-se a beneficiar a saúde do paciente. Cada intervenção da NIC consiste em título, definição e um conjunto de ideias que indicarão as ações

pelas quais a enfermagem irá se debruçar em prol do estabelecimento do bem-estar do indivíduo. Em NOC o resultado significa um estado, comportamento ou percepção do próprio indivíduo, família ou comunidade que é medido e analisado ao longo do tempo. Estabelece critério para o julgamento do sucesso da intervenção de enfermagem (CARPENITO-MOYET, 2009).

Como forma de propor tal plano de maneira sistematizada, o levantamento dos dados baseados na taxonomia de NANDA, fundamentaria a elaboração de um instrumento para o cuidado, tendo como base os diagnósticos de enfermagem como julgamento clínico sobre as reações humanas e experiências de vida. Para chegar a uma conclusão diagnóstica, a interpretação de informações observadas, ouvidas e lidas também fazem parte do processo. A linguagem do diagnóstico é padronizada, o que facilita a prática e o atendimento ao cliente, além de descrever e categorizar os julgamentos clínicos dos enfermeiros. Durante alguns anos, a proposta conceitual e estrutural da Taxonomia da NANDA passou por adaptações. Em 2001, a apresentação publicada se mostrou bem delimitada contendo 13 domínios, 46 classes e 155 diagnósticos de enfermagem (HERDMAN, 2012).

Os 13 domínios compreendiam: promoção da saúde, nutrição, eliminação, atividade/repouso, percepção/cognição, autopercepção, relacionamento de papel, sexualidade, enfrentamento/tolerância ao estresse, estilo de vida, segurança/proteção, conforto e crescimento/desenvolvimento. Em 2003, o comitê de taxonomia realizou alguns aperfeiçoamentos na terminologia da taxonomia, incrementando o seu foco internacional, onde os eixos foram revisados e comparados ao *Reference Terminology Model for a Nursing Diagnosis da International Standards Organization* (HERDMAN, 2012).

O trabalho continua em 2007, com o desenvolvimento de um maior número de termos representantes do conhecimento da enfermagem e atualização da estrutura taxonômica, publicados em 2008 em Miami no periódico da NANDA I. Em 2010, na cidade de Madrid, foi apresentado um esboço de uma nova taxonomia, baseada nos conhecimentos de ontologia. Em 2011, no *NANDA International Latin American Symposium* em São Paulo, ainda estavam em curso propostas de mudanças e revisão de uma nova edição da NANDA (HERDMAN, 2012).

Os diagnósticos da NANDA I (HERDMAN, 2012) são conceitos construídos através de um sistema multiaxial que consiste em eixos onde os componentes são combinados para torná-los coerentes como uma dimensão da resposta humana, considerada no processo diagnóstico. Os sete eixos constroem entre si relações mútuas (Quadro 6).

Quadro 6 – Sistema Multiaxial da taxonomia de NANDA I

Eixo 1	Foco diagnóstico	Área de atenção relevante para a enfermagem – conceito diagnóstico.
Eixo 2	Sujeito do diagnóstico	Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção - indivíduo, família, comunidade.
Eixo 3	Julgamento	Opinião clínica, determinação relacionada ao foco da prática profissional de enfermagem - prejudicado, ineficaz.
Eixo 4	Localização	Orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção - vesical, auditiva, cerebral, incisão cirúrgica, acesso venoso.
Eixo 5	Idade	Faixa etária - recém-nascido, criança, adulto, idoso.
Eixo 6	Tempo	O ponto, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência - crônico, grave, intermitente.
Eixo 7	Situação do Diagnóstico	Relacionado ao risco – real ou potencial, bem-estar, promoção da saúde.

Fonte: A autora, com base em Herdman (2012)

Cada eixo corresponde a uma dimensão da resposta humana que é levada em consideração no processo diagnóstico. A construção do enunciado de um diagnóstico é estabelecida a partir da combinação de valores dos eixos 1, 2 e 3, quando necessária maior clareza, acrescenta-se valores dos demais eixos. Vale ressaltar que em alguns casos, os eixos conceito diagnóstico e julgamento podem ser combinados em um único conceito diagnóstico (MATA et al., 2013).

No Brasil, a utilização dos diagnósticos pelos profissionais de enfermagem passou a ser uma exigência legal por parte do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) desde 2002 (BRASIL, 2009b). Esta atividade privativa do enfermeiro tem sido observada na prática, porém questiona-se quanto a sua eficácia para com o levantamento das reais necessidades dos pacientes. Inúmeros são os motivos que contribuem para esse quadro, sobretudo aqueles inerentes ao próprio diagnóstico, destacando-se a validade dos mesmos (CARVALHO et al., 2009).

O diagnóstico de enfermagem definido para este estudo, serviu para conduzir uma maior aproximação do tema, por se tratar de algo íntimo e de fundamental importância para promoção de confiança, empatia, estabelecimento de vínculos, observação e planejamento de atividades voltadas às reais necessidades do homem em tratamento para o câncer de próstata. A interação promovida entre paciente e profissional de enfermagem, deve ser valorizado em meio ao sofrimento da doença e tratamento, além do afastamento do seu núcleo de origem, do temor

da rejeição social e familiar, no que condiz a possíveis alterações em sua sexualidade.

A oncologia é uma especialidade que requer um cuidado diferenciado, por apresentar situações de contato com a morte ou incapacidade, que envolve alta complexidade e paliativos. Sendo assim, os indivíduos portadores de doença oncológica constituindo-se um grande desafio para os profissionais de saúde, pois cerca de dois terços das pessoas acometidas por essa patologia crônica evoluem para óbito. Dentre as possibilidades que envolvem diagnóstico, tratamento e cura, essas pessoas irão requerer assistência diferenciada que pode vir a durar meses ou anos (HERCOS et al., 2014).

Pensar na enfermagem como práxis, nos faz refletir sobre o sentido que pode ascender a níveis em que predominem a criatividade e a reflexão acerca da relação entre teoria e prática. Há uma inter-relação das diversas formas desta práxis, como a social e histórica. Neste sentido, deve ser considerada uma das formas, no âmbito dos exercícios de saúde, as quais compõem um conjunto de ações no processo saúde doença (SOUZA, A. S.; VALADARES, 2011).

No domínio da enfermagem, o indivíduo é quem recebe os cuidados. As necessidades afetadas de cada indivíduo abrangem uma forma complexa do cuidar. A saúde é dinâmica, e o desafio do enfermeiro é oferecer o melhor cuidado possível com base no nível de necessidade do paciente naquele momento. A assistência de enfermagem é baseada em teorias e conceitos, e que esses continuam a evoluir. A teoria gera o conhecimento para a enfermagem e sua prática do cuidar. Portanto, teoria e prática se unem para embasar a enfermagem profissional (POTTER; PERRY, 2009).

Florence Nightingale foi a precursora de uma prática baseada em teorias para a enfermagem. Seu conceito tem como foco facilitar os processos reparativos do organismo humano por meio da manipulação do ambiente. Nightingale propôs ações simples, de caráter observacional, mas com efetivos resultados; como regular o nível adequado de ruídos, iluminação e conforto, nutrição, higiene e socialização. Para ela a enfermagem não era limitada a administração de medicações, curativos e tratamentos, mas sim em prol de melhoria das condições de saúde do paciente incluindo o ambiente físico que o mesmo estava inserido (OGUISSO, 2007).

O modelo conceitual das *necessidades humanas básicas* proposto por Horta (1979) permite a avaliação do indivíduo de forma integral, considerando os aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais. A autora define o ser humano como parte integrante do universo dinâmico, sendo único, individual e autêntico, com capacidade de reflexão e imaginação. Essa dinâmica provoca mudanças que levam ao estado de equilíbrio e

desequilíbrio. Para Horta o conceito de saúde implica estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço, o conceito de doença resulta das necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente.

A teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas de Maslow é de forte aplicação para designar as prioridades nas ações de enfermagem. O primeiro nível inclui as necessidades fisiológicas. O segundo envolve as necessidades de segurança física e psicológica. O terceiro nível contém as necessidades de amor, sexualidade e relações sociais. O quarto e último nível englobam as necessidades de autor-realização (POTTER; PERRY, 2009).

A Teoria do Autocuidado é um construto que forma a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado proposta por Dorothea Orem. Pressupõe que todos os seres humanos possuem capacidade para desenvolver suas habilidades intelectuais e práticas, com a motivação necessária para a promoção do autocuidado. O autocuidado é caracterizado como o desempenho ou prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a sua vida, saúde e bem-estar. O modelo proposto por Orem, deseja que todos os indivíduos sejam encorajados a cuidar de si próprios, participando ativamente do processo de cuidado (GEORGE, 2000).

Na prática, o enfermeiro identifica a existência de algum déficit diante de sua avaliação. A partir desse ponto, sua assistência estará fundamentada nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do paciente para executá-las. Os requisitos de autocuidado podem ser universais, influenciando diretamente na estrutura do indivíduo e suas funções, estando inter-relacionados ao processo saúde doença vivenciado naquele momento. Está relacionado ao suprimento adequado de ar, água e alimentos; cuidados referentes à eliminação; equilíbrio entre atividade e repouso; solidão e interação social; perigos da vida; funcionamento humano; bem-estar e desenvolvimento potenciais e desejo de normalidade. Os requisitos relacionados ao desenvolvimento, incluem estágios do ciclo vital, fatores e circunstâncias que influenciam a plena realização do cuidado, condições e situações adversas que afetem o desenvolvimento humano. Os requisitos de desvios de saúde, incluem alterações consequentes aos problemas de saúde que podem gerar dificuldades na manutenção adequada do cuidado diário (DUPAS et al., 1994).

Os cuidados de enfermagem entram em cena quando esse indivíduo não é capaz de promovê-lo, mas sempre incentivando quanto a sua autopromoção, por isso a teoria de Orem é comparável à saúde holística. O que a torna extremamente relevante atualmente, visto que é alta a demanda de cuidados de muitos pacientes em domicílio, contemplando o desenvolvimento pessoal do sujeito, como integrante ativo de seu plano de cuidados. Percebe-

se a aplicabilidade dos pressupostos da teoria de Orem, ao considerar que a atenção oferecida não se atrela somente à condição do paciente, mas também diante de outros aspectos que se colocam a este sujeito, visto às modificações em sua vida (MARTINS, P. A. F.; ALVIM, 2012).

A Teoria de Autocuidado de Dorothea Orem, possui aplicabilidade na prática da enfermagem, sendo considerada como base dos currículos de diversas escolas de enfermagem, além de sua implementação na prática assistencial clínica e hospitalar (LUZ, M. H. B. A.; SILVA, G. R. F.; LUZ, A. L. A., 2013). Sendo assim, atuar enquanto profissional da enfermagem junto a pacientes com câncer e à luz da teoria de Orem, é estar diante de uma tarefa que exige muito mais do que apenas preparo técnico, faz-se necessário desenvolver habilidades específicas para tornar-se acessível a estes pacientes.

Na perspectiva do cuidado à pessoa com câncer, são exigidas múltiplas e complexas demandas. Aspectos biopsicossocioculturais são afetados, logo, imprimem peculiaridades a área de atuação da enfermagem para o alcance da integralidade em prol de um cuidado complexo. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) compreende a forma como o trabalho da enfermagem é estruturado de acordo com métodos científicos e teóricos, de modo que seja possível o melhor atendimento das necessidades do indivíduo (SILVA, M. M.; MOREIRA, 2011). A SAE é reconhecida pelos profissionais de enfermagem como uma importante ferramenta gerencial utilizada para planejamento, execução, controle e avaliação das ações de cuidado direto e indireto aos clientes (TORRES et al., 2011).

A SAE voltada para o paciente oncológico constitui um instrumento que norteia e viabiliza o trabalho de toda a equipe de enfermagem, pois sua implementação reflete a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, além de possibilitar autonomia e reconhecimento da profissão. Trata-se de um meio sistematizado de oferecer cuidados humanizados objetivando atingir resultados esperados de melhora da saúde (NASCIMENTO, L. K. A. S. et al., 2012). Constitui atividade privativa do enfermeiro e uma exigência ética legal preconizada pelo Conselho Federal de Enfermagem conforme trata a Resolução Cofen 358, de 15 de outubro de 2009 (BRASIL, 2009b).

Segundo a resolução o processo de enfermagem ocorre de forma sistemática, pois segue cinco passos de forma inter-relacionada e recorrente sendo estas: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Além disso, caracteriza-se por ser humanizado, na medida em que a prestação dos cuidados é baseada nas necessidades do paciente (BRASIL, 2009b; SOUZA, A. S.; VALADARES, 2011).

O histórico é o primeiro passo do processo de enfermagem e se baseia em um instrumento de coleta de dados sistemático e organizado com a finalidade de reunir informações

para análise acerca do estado de saúde do indivíduo assim como suas condições gerais de vida individual, familiar e social. Essa fase propicia um embasamento sólido que promove a realização de um cuidado individualizado e direcionado. Um histórico completo, constitui a base para a identificação e implementação das demais fases do processo. A relação enfermeiro paciente começa a se estabelecer nesse primeiro contato (RIBEIRO, J. C.; RUOFF; BAPTISTA, 2014)

Na fase do diagnóstico, os dados coletados no histórico são analisados e interpretados à luz das necessidades do indivíduo. Com base nos diagnósticos de enfermagem, é elaborado um plano de cuidados. Não deve ser considerado apenas como uma simples listagem de problemas, mas como uma fase que envolve análise, interpretação dos dados coletados, avaliação crítica e tomada de decisão. Por meio do diagnóstico de enfermagem é possível descrever os sintomas das condições patológicas e a afirmação das respostas do indivíduo quanto a sua condição (MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. R.; CABRAL, 2012).

A linguagem dos diagnósticos de enfermagem é padronizada, descreve e categoriza os julgamentos clínicos dos enfermeiros. Primeiramente, deve haver a identificação dos indicadores baseados na observação do comportamento e reações do paciente. Em seguida, agrupam-se os indicadores para a identificação dos diagnósticos, suas características definidoras e os fatores relacionados ou de risco. Por último, há a implementação e avaliação do plano de atendimento, adequando, quando necessários, os diagnósticos. Na fase de planejamento são propostas estratégias para prevenir, minimizar ou até mesmo corrigir os problemas de enfermagem identificados. Suas etapas compreendem o estabelecimento de prioridades, a otimização dos resultados, o registro por escrito dos diagnósticos e intervenções de enfermagem de forma organizada (REMIZOSKI; ROCHA; VALL, 2014).

A implementação dá início ao plano de cuidados da enfermagem a fim de se alcançar os resultados propostos. Começa com a elaboração de um plano de cuidados com foco nas intervenções de modo a modificar os fatores que contribuem para o problema do cliente. A avaliação é um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas do indivíduo, conjuntamente à sua família e coletividade. Contempla a última fase do processo de enfermagem e determina se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado. Caso a verificação revele necessidade de mudanças ou adaptações, o processo de enfermagem é revisado (SOUZA, A. S.; VALADARES, 2011).

Profissionalmente, o processo de enfermagem demonstra concretamente o alcance que nossa atividade como profissional pode atingir. O produto final desse trabalho visa à saúde do outro, gera satisfação e realização, por mais que o campo da oncologia seja um campo de

atuação complexo, marcado pelo lidar cotidiano com as fragilidades humanas no limiar entre a vida e a morte. Desta forma, acredito que independente das dificuldades encontradas para a sua implementação, o processo de enfermagem deve ser sinônimo de uma prática humanizada, que se fundamenta na comunicação entre cliente, família e enfermagem; em uma relação de ajuda e confiança mútua, como um meio de informação e um recurso terapêutico da enfermagem.

O significado que o diagnóstico de câncer tem para um indivíduo é de caráter pessoal. Percebo que a principal preocupação ao diagnóstico é o risco de morte. O enfrentamento do tratamento e as potenciais respostas a ele, abalam o psicossocial do indivíduo portador da neoplasia. Experimenta a sensação de pesar frente ao declínio de sua saúde e a incerteza da sua evolução. Em um primeiro momento, as informações parecem causar um conflito interno. Para tanto, o diálogo com os membros da equipe multiprofissional cerca o paciente oncológico de forma que nenhum sistema seja comprometido e as necessidades biológicas, sociais ou espirituais sejam atendidas. O incentivo ao autocuidado, por exemplo, estimula o próprio indivíduo a reconhecer suas habilidades e enfrentar o mito dessa doença tão estigmatizada.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo construído a partir de um roteiro preestabelecido. Desenhado e fundamentado no processo de classificação dos diagnósticos de enfermagem proposto pela NANDA I (HERDMAN, 2012) a fim de identificar o diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual.

Um estudo descritivo tem a intensão de observar, explorar e descrever os aspectos de uma dada situação (POLIT; BECK; HUNGLER, 2005). São estudos que despertam a curiosidade de pesquisadores preocupados com sua atuação prática. Os estudos descritivos vão além da mera descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou do estabelecimento das relações entre as variáveis. Esse método também pretende determinar a natureza destas relações. Objetiva-se deter informações e conhecimentos acerca de um problema para o qual se procura uma resposta e descobrir novos fenômenos (LAKATOS; MARCONI, 1995).

3.2 CENÁRIO

O cenário do estudo foi uma instituição particular especializada na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer no Município do Rio de Janeiro/RJ. A instituição é constituída por 6 unidades, estando uma delas situada na cidade de Niterói/RJ. Além disso, conta com um instituto de educação e pesquisa que tem como objetivo gerar informações em saúde e participar de estudos que permitem o acesso a novos medicamentos oncológicos, estudos clínicos e prospectivos de qualidade de vida.

A unidade de escolha foi construída recentemente e encontra-se localizada em um polo hospitalar de alta tecnologia. Todo o trabalho desenvolvido nesta nova unidade, enquadra-se nos moldes de um hospital americano localizado no Texas, considerado referência mundial no tratamento de pacientes portadores de todos os tipos de câncer, atendimento psicológico à familiares e acompanhantes, pesquisas clínicas e educação em saúde. Conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos oncologistas clínico, cirurgiões, patologista,

radiologistas, radioterapeutas, geneticista, geriatra responsável pelo cuidado integrado, anestesistas e paliativistas que compõe a clínica da dor, enfermeiro oncologista clínico (divididos entre os setores de radioterapia, quimioterapia e consulta de enfermagem), farmacêutico, nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta.

As especialidades médicas são divididas em sistema gastrointestinal, mama, ginecologia, sistema nervoso central, pulmão e próstata. Todas as equipes atuam de forma sistemática.

O paciente recebe o primeiro atendimento em consulta de enfermagem, onde são coletadas informações em *template* eletrônico para o histórico de enfermagem. São perguntados os medicamentos em uso atual, história de câncer na família, hábitos de vida e sintomatologia atual; é realizado registro dos exames de sangue, alterações identificadas em exames de imagem, laudos de biópsia e histopatológico. Após, a enfermeira se dirige a uma sala onde estão o oncologista clínico, cirurgiões, radioterapeuta, farmacêutico e transmite todas as informações colhidas. O caso é discutido brevemente e o segundo atendimento se dá pelo oncologista clínico. Quando a abordagem é cirúrgica ou por radioterapia, a consulta segue com os demais profissionais. Em reuniões semanais denominadas *tumor board*, os casos clínicos atendidos na semana são discutidos para a contribuição dos demais profissionais que integram a equipe multidisciplinar.

A consulta de enfermagem inicia o ciclo de atendimento a cada retorno do paciente. Porém, quando é proposto um protocolo de tratamento medicamentoso, o enfermeiro retorna ao consultório para orientação. É explicado ao paciente os principais efeitos colaterais das medicações propostas, é entregue TCLE em duas vias (uma para o paciente e outra para anexar ao prontuário) contendo as explicações dos efeitos colaterais por escrito, é entregue o cartão de emergência descrito as medicações que compõe o protocolo, junto a um livro guia explicativo sobre os direitos dos pacientes com câncer, assim como a solução de dúvidas.

O setor de radioterapia é formado por outro grupo de enfermeiros especialistas, que seguem uma outra rotina para a realização da consulta de enfermagem; assim como o setor de terapia infusional, onde são realizados os tratamentos medicamentosos. Como se trata de uma única instituição, vale destacar que há uma relação de comunicação entre os profissionais de enfermagem para a continuidade e sucesso do tratamento do paciente.

O propósito desta unidade é que o paciente receba todo o aporte necessário para a realização de seu tratamento em tempo hábil, pois nela se situa o centro de quimioterapia infusional, radioterapia, centro cirúrgico, laboratórios e exames de imagem.

3.3 PARTICIPANTES

O primeiro grupo de participantes deste estudo contou com homens em tratamento para o câncer de próstata. Foram selecionados por meio de amostragem por quotas não probabilística. Constitui um tipo de amostra intencional, em que procura-se obter um grupo de indivíduos que possuam as mesmas características, em determinados aspectos (MAROTTI et al., 2008).

A principal característica comum considerada foi a idade limite de 70 anos. Outra característica determinada foi quanto as modalidades terapêuticas do tratamento para o câncer de próstata, onde a hormonioterapia e/ou radioterapia neoadjuvante ou concomitantes, e a hormonioterapia e/ou radioterapia adjuvantes à cirurgia foram as escolhas.

Os critérios para definição do perfil dos homens em tratamento para o câncer de próstata a serem abordados para o estudo, foram conduzidos com auxílio de alguns membros que compõe o grupo multidisciplinar. Contou com a opinião e experiência do oncologista clínico, cirurgião urológico e radiologista, que junto à pesquisadora determinaram os critérios de inclusão mais adequados para a proposta da pesquisa.

Foi solicitado ao setor de informática da instituição, um levantamento no sistema *Tasy*⁴ de todos os pacientes em tratamento para o câncer de próstata nas modalidades terapêuticas de interesse. Após, a pesquisadora recorreu aos prontuários para obtenção das demais informações e delimitação da amostra.

Foram selecionados pela pesquisadora um número de 19 pacientes. Porém, devido a remarcações de horários das consultas médicas de 3 deles e mudança de instituição para realização do tratamento de 1 paciente, a pesquisa contou com um total de 15 participantes. Todos os homens abordados aceitaram prontamente em participar. A instituição, como já mencionada, possui um centro de pesquisa, assim, desde o primeiro contato, o paciente é abordado para participar de algum estudo, portanto a cultura que a instituição prega já promove uma melhor aceitação dos pacientes para essa finalidade.

Os participantes do estudo foram os indivíduos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Homens até 70 anos.
- Homens em tratamento para o câncer de próstata como sítio primário, nas

⁴ Prestador hospitalar: Sistema de gestão em saúde.

modalidades terapêuticas: hormonioterapia e/ou Radioterapia neoadjuvante, e hormonioterapia e/ou radioterapia adjuvantes à cirurgia.

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão:

- Homens em tratamento quimioterápico.
- Homens estadiados e em tratamento para metástase óssea ou em outros órgãos.
- Homens em cuidados paliativos para o câncer.
- Os pacientes que não se sentiram à vontade para continuar a participar do estudo.

O segundo grupo de participantes foi composto por 4 enfermeiros especialistas em oncologia clínica que atuaram como peritos na análise do diagnóstico de enfermagem. Foram selecionados por amostra intencional não probabilística, onde a seleção do grupo se baseou em informações disponíveis, para que este possa ser considerado representativo de toda uma população. De acordo com Marotti et al., (2008), para que seja realizada uma seleção por amostra intencional, o julgamento do pesquisador é considerado um importante fator. Com a adoção de bons critérios de julgamento, conclui-se resultados favoráveis. A abordagem desse modelo de amostragem pode ser útil quando é necessário incluir um pequeno número de participantes na amostra.

Como critério para a seleção e pontuação dos peritos, considerou-se a proposta de Fehring (1987) para o modelo de validação de conteúdo por obtenção da opinião de enfermeiros peritos/experts/especialistas sobre as características definidoras de determinados diagnósticos.

Entretanto, além das características positivas, pesquisadores tem encontrado dificuldades e limitações em alguns requisitos na implementação do método validação de conteúdo proposto por Fehring (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013). Pesquisas realizadas na temática, vêm enfrentando dificuldades quanto a falta de padrão para a seleção dos peritos. O recrutamento tornou-se uma etapa difícil de ser concluída frente a recomendação do número satisfatório para compor a amostra exigida (25 a 50 enfermeiros) (MELO, R. P. et al., 2011).

Outra problemática se encontra diante do sistema de pontuação, proposto para seleção desses peritos. Pesquisadores têm adotado parcialmente tais critérios, em especial quando se considera a variável titulação dos peritos para a área de interesse do estudo. Uma vez que é recomendado grau de mestre em enfermagem, conhecimento especializado sobre o diagnóstico em estudo demonstrado por meio da publicação de pesquisas, além de experiência clínica no uso dos diagnósticos (CARVALHO et al., 2009).

Para tanto, Lopes, Silva e Araújo (2013) propõem adequações para os modelos de validação de conteúdo diagnóstico, como por exemplo a troca do termo validação por análise.

Acreditam que o processo de validação de diagnóstico é complexo, não podendo garantir que a opinião de um pequeno grupo de pessoas garanta a real representatividade do conteúdo de um conjunto de indicadores clínicos e fatores etiológicos do diagnóstico. Assim, tornaria desnecessária a etapa da validação clínica do diagnóstico, uma vez que os experts selecionados teriam nos garantido a validade adequada. Além do fato de pontuar em maior graduação a formação acadêmica quando relacionada a experiência clínica, privilegiando uma em detrimento da outra.

Os critérios e as respectivas pontuações estão descritas a seguir (Quadros 7 e 8):

Quadro 7 – Sistema de pontuação de especialistas do modelo de validação de conteúdo

CRITÉRIOS	PONTOS
Mestre em enfermagem	4 pontos
Mestre em enfermagem- dissertação com conteúdo relevante dentro da área clínica (diagnósticos da área clínica)	1 ponto
Pesquisas com publicação (na área de diagnósticos)	2 pontos
Artigos publicados na área de diagnósticos em um período de referência	2 pontos
Doutorado em diagnósticos	2 pontos
Prática clínica de pelo menos um ano de duração na área de enfermagem me clínica médica	1 ponto
Certificado em área clínica médica com comprovada prática clínica	2 pontos
PONTUAÇÃO MÁXIMA	14 PONTOS

Fonte: A autora, com base em Fehring (1987).

Quadro 8 – Pontuação dos peritos

Identificação do perito	Pontos
Perito 1	7
Perito 2	9
Perito 3	4
Perito 4	7

Fonte: A autora, com base em Fehring (1987)

Essa foi uma dificuldade enfrentada na seleção dos peritos, que também conduziu a adaptação dos critérios de seleção para este estudo. Dos quatro enfermeiros peritos, um foi selecionado no ambiente acadêmico e três no ambiente de trabalho da pesquisadora. Foram selecionados após análise de critérios como: Currículo Lattes, anos de experiência em oncologia

clínica e local de trabalho nos setores de educação continuada, radioterapia e supervisão do centro infusional.

O contato foi realizado pessoalmente, onde no momento também foi entregue o material explicativo junto ao material por eles a ser analisado. Todos os peritos abordados aceitaram em participar do estudo assim como retornaram com a avaliação no tempo solicitado de 1 mês.

Os participantes do estudo foram os indivíduos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Possuir pós-graduação em enfermagem oncológica;
- Possuir mais de 5 anos de experiência em oncologia clínica.

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão para esses sujeitos:

- Vencimento do prazo de entrega do material analisado.

3.4 COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada entre os meses de maio e agosto do ano de 2016, totalizando quatro meses de coleta de dados.

O processo de coleta de dados foi realizado em quatro etapas:

- (1) Ambiência nos setores de radioterapia e centro infusional: consistiu na inserção da pesquisadora nos campos de estudo com a finalidade de caracterizar o cuidado aos homens em tratamento para o câncer de próstata nas modalidades terapêuticas radioterapia e hormonioterapia;
- (2) Análise documental: consulta aos prontuários, buscando dados para caracterizar o perfil dos participantes do estudo;
- (3) Abordagem aos homens em tratamento para o câncer de próstata: por meio da realização de entrevista;
- (4) Contato pessoal com os peritos para convite e explicação dos objetivos da pesquisa. Após o aceite, foi encaminhado a carta convite oficial, uma cópia das fichas de dados do primeiro grupo de participantes, TCLE em duas vias e material explicativo contendo o diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual de NANDA I (HERDMAN, 2012).

Para coleta de dados, foi elaborado um instrumento específico para avaliar o conhecimento dos pacientes em relação ao tratamento para o câncer de próstata e a relação deste com a sua sexualidade (Apêndice A).

O instrumento foi dividido em etapas. Em um primeiro momento, foi perguntado se alguém o acompanhava naquele dia do tratamento e quem era esta pessoa. Após, foram abordados dados sociodemográficos como idade, sexo, estado civil, ocupação, escolaridade, renda pessoal e renda familiar. Em seguida, as informações sobre a doença e tratamento como diagnóstico médico, CID e tratamentos anteriores foram retirados do prontuário eletrônico do paciente, assim como o dado referente a raça.

Na segunda etapa foi perguntado quanto aos hábitos de vida (tabagismo, etilismo, prática de atividades físicas), história de câncer na família e se em algum momento interrompeu o tratamento por algum motivo.

A terceira etapa, contou com duas questões abertas sobre o conhecimento do participante sobre o seu problema de saúde. Foi perguntado quanto ao conhecimento sobre o câncer de próstata e o que o médico havia explicado a respeito do tratamento. As respostas de cada participante foram ordenadas sob a forma de tópicos. A estrutura final, representada na forma de quadro, mostrou o significado das falas referente às perguntas realizadas. Os dados foram tratados manualmente a fim de obter as tendências, semelhanças e variações sobre os conhecimentos obtidos.

Para as questões de autoconhecimento que vinham logo a seguir, a pesquisadora em um primeiro momento deixou que estas fossem respondidas pelo próprio participante. Porém, na aplicação do teste piloto do instrumento, a mesma verificou a dificuldade dessa possibilidade. O paciente teste apresentou dúvidas no entendimento de alguns termos e conseqüentemente de algumas questões. No momento das dúvidas, este solicitou que as demais questões também fossem perguntadas pela pesquisadora. Assim, as modificações foram realizadas na parte da linguagem para sua melhor compreensão e a pesquisadora passou a realizar todas as questões que compunham o instrumento.

Esta etapa contou com quatorze questões referentes a atividade sexual antes e após o diagnóstico e início do tratamento e fatores observados que estavam modificando seu desempenho sexual nos momentos de desejo, excitação e orgasmo. As perguntas de número 3 e 4 eram referentes a esposa/parceira. A pesquisadora questionou se elas o acompanham durante as consultas e/ou tratamento, e como ele percebia o comportamento dela frente ao tratamento para câncer de próstata. A pergunta de número cinco, referente as orientações que o paciente havia recebido sobre os efeitos colaterais do tratamento atual, relacionadas à sexualidade, foi

uma questão aberta e recebeu o mesmo tratamento estatístico manual como descrito acima para a terceira etapa.

Na pergunta de número quatorze, era solicitado ao participante, que definisse em uma palavra o significado do tratamento para si.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado à luz do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual e do questionário denominado *Extended Prostate Index Composite* (EPIC). Trata-se de um instrumento composto de 50 questões, validado em versão brasileira. O EPIC é aplicado em todos os pacientes antes de iniciarem qualquer modalidade terapêutica para o tratamento do câncer de próstata localizado, na instituição onde a coleta de dados foi realizada. Seu objetivo consiste na avaliação dos domínios urinários, intestinais, sexuais e hormonais, relativo aos tratamentos e seu comprometimento na qualidade de vida (HAMOEN et al., 2015).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Foi entregue aos peritos uma cópia de cada entrevista realizada, uma cópia do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual na íntegra e um impresso contendo a escala Likert e a numeração correspondente para avaliação, e um espaço para que fossem redigidas as características definidoras e os fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual identificado para cada homem em tratamento para o câncer de próstata entrevistado.

A pesquisadora reuniu os diagnósticos identificados por participante separadamente. Dessa forma, para cada um dos 15 participantes foram levantados 4 diagnósticos de enfermagem de disfunção sexual. Foi obtido um total de 60 diagnósticos de enfermagem de disfunção sexual. Dentre os 60 diagnósticos foram identificados as características definidoras e os fatores relacionados mais comumente citados pelos peritos. Esses dados foram tratados de forma manual, onde a pesquisadora diferenciou por cores os itens em repetição.

Após a compilação dos dados, foram encontrados 7 características definidoras e 4 fatores relacionados, representando a diversidade de fatores que podem influenciar a complexidade das condições de saúde dos homens que vivenciam o acometimento por uma neoplasia prostática e requer atuação efetiva do profissional de enfermagem. Foi identificado o diagnóstico de risco de disfunção sexual em apenas um participante do estudo.

Os peritos identificaram, com base na entrevista realizada com os homens em

tratamento para o câncer de próstata, os fatores relacionados e as características definidoras, tendo como base o diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual. Dessa forma, foi identificado um diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual para cada homem entrevistado. Após, avaliaram em uma escala do tipo Likert (Quadro 9), o grau de concordância entre a entrevista realizada e o diagnóstico de enfermagem identificado por eles.

Quadro 9 – Escala Likert

1	Não concordo totalmente
2	Não concordo parcialmente
3	Indiferente
4	Concordo parcialmente
5	Concordo totalmente

Fonte: A autora, com base em Monteiro (2013)

Os dados foram analisados a fim de obter a caracterização dos homens em tratamento para o câncer de próstata de acordo com o perfil sociodemográfico, modalidade terapêutica e estadiamento por Gleason.

Foram analisados, por meio das questões abertas, o conhecimento acerca do processo de doença, tratamento e efeitos sobre a sexualidade. As palavras levantadas pelos homens em tratamento para o câncer de próstata, sobre o sentido do tratamento em sua vida cotidiana foram enumeradas quanto ao sentimento expresso por elas

Foi elaborado um plano de cuidados com base na Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Uma intervenção é caracterizada pelo tratamento oferecido ao indivíduo pautado no conhecimento clínico do enfermeiro com o objetivo de promover a saúde. Sua utilização pelo profissional enfermeiro facilita na formação de opinião a respeito do cuidado prestado em âmbito hospitalar, clínico e domiciliar pelo cuidador ou autocuidado. Sendo assim, contribui para a aplicação das teorias de enfermagem na prática clínica (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2011).

Vale destacar que as intervenções de enfermagem propostas no plano de cuidados, requer formação avançada e experiência na prática clínica no campo da oncologia. Portanto, as atividades propostas devem ser modificadas para melhor refletir as necessidades individuais e de acordo com cada situação.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo seguiu os quatro princípios éticos que norteiam as pesquisas com seres humanos. O princípio da autonomia e dignidade em respeito ao participante, assegurando a sua aquiescência em permanecer na pesquisa por meio de manifestação livre e esclarecida. O princípio da beneficência, onde são ponderados os riscos e benefícios conhecidos e potenciais, tanto individuais quanto coletivos. O princípio da não-maleficência para a garantia de dados previsíveis. E o princípio da justiça representando a relevância social das pesquisa (BRASIL, 2013).

Em cumprimento às recomendações da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013) do Conselho Nacional de saúde, órgão responsável pelos aspectos legais de pesquisas que envolvem a participação de seres humanos, o presente estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora em 14 de Abril de 2016 sob número de parecer: 1.500.526 e CAAE 53911116.0.0000.5147 (Anexo A). Contou com aprovação prévia da instituição de saúde na qual foram selecionados os participantes que compunham o primeiro grupo (homens em tratamento para o câncer de próstata).

Os dois grupos de participantes foram informados dos objetivos da pesquisa e concordaram em participar voluntariamente. Todos tiveram seu anonimato garantido bem como os sigilos das informações. Os dois grupos assinaram o TCLE para homens em tratamento para o câncer de próstata (Apêndice B) e TCLE para peritos (Apêndice C).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS HOMENS EM TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE PRÓSTATA

Os resultados apresentados são referentes ao levantamento do perfil socioeconômico e demográfico dos 15 homens em tratamento para o câncer de próstata entrevistados (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das características socioeconômicas dos participantes do estudo (n = 15). Instituição particular especializada na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer no Município do Rio de Janeiro, maio-agosto, 2016

Características	N	%
<i>Sexo</i>		
Masculino	15	100,0
<i>Acompanhante</i>		
Esposa	5	33,3
Sozinho	8	53,3
Terceiros	2	13,3
<i>Idade</i>		
Média	64,6	
50-60	3	20,0
61-70	12	80,0
<i>Religião</i>		
Evangélico	4	26,6
Católico	8	53,3
Espirita	3	20,0
<i>Estado civil</i>		
Casado	11	73,3
Divorciado	1	6,6
União estável	3	20,0
<i>Ocupação</i>		
Aposentado	8	53,3
Trabalhador autônomo	1	6,6
Trabalhador com vínculo empregatício	6	40,0
<i>Escolaridade</i>		
Fundamental completo	3	20,0
Ensino médio incompleto	1	6,6
Ensino médio completo	6	40,0
Ensino superior	5	33,3

continua...

conclusão

Características	N	%
<i>Renda pessoal (salários mínimos)</i>		
3 a 5	3	20,0
+ que 5	12	80,0
<i>Renda familiar (salários mínimos)</i>		
3 a 5	3	20,0
+ que 5	12	80,0

Fonte: A autora

A média da idade dos participantes do estudo foi de 64,6 anos, onde 20% dos homens possuía idade entre 50 e 60 anos e 80% possuía idade entre 61 e 70 anos. O fator de risco idade é considerado bem estabelecido, uma vez que aproximadamente 62% dos casos de câncer de próstata diagnosticados no mundo, ocorreram em homens acima de 65 anos (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2012a). Migowski e Silva (2010) apresentaram dados semelhantes em sua população de estudo sobre a sobrevida do câncer de próstata localizado em um hospital de referência no município do RJ, onde a média de idade foi de 66 anos. O envelhecimento da população masculina é um importante fator para o desenvolvimento de câncer, uma vez que estudos de necrópsias em homens idosos observou que o risco para o desenvolvimento dessa neoplasia elevava-se progressivamente com o aumento da idade (HAAS et al., 2008).

Quanto ao estado civil, 73,3% dos participantes eram casados, 20% deles encontravam-se em união estável, 6,6% dos participantes eram divorciados. Quanto às pessoas que os acompanhava no momento da entrevista, 33,3% dos homens estavam acompanhados de suas esposas, 13,3% estavam acompanhados de terceiros e 53,3% dos homens encontravam-se sozinhos no momento da abordagem. Os autores Chaves et al. (2016), em seu estudo sobre o perfil socioeconômico de homens em um município do Tocantins, mostraram que mais de 70% dos homens que compunham sua amostra eram casados. Os homens casados procuram mais os serviços de saúde devido ao estímulo de sua companheira, fator este, influenciador direto do processo de saúde do homem. Ao avaliar o acesso e utilização dos serviços de saúde na perspectiva do gênero, se observa a menor presença dos homens brasileiros nos serviços de atenção primária e também na motivação pela busca desses serviços, ao contrário das mulheres. As práticas de autocuidado e prevenção da saúde são mais difundidas no universo feminino, assim observa-se que os homens que possuem uma companheira, sejam influenciados por suas parceiras nas decisões da procura por orientação médica (SANTIAGO et al., 2013).

Referente a religião de devoção 53,3% dos participantes eram católicos, 26,6%

eram evangélicos e 20% alegavam seguir o espiritismo. A crença em Deus mostrou ser forte entre os participantes do estudo, uma vez que a palavra fé foi a mais mencionada na pergunta de número 14 do questionário, quando era solicitado aos participantes que definissem o significado de seu tratamento em apenas uma palavra.

A religiosidade passa a ser referenciada como forma de auxílio para o enfrentamento da doença, suscitando esperança e crença na cura, ou ainda, para compreender a possibilidade de morte de uma forma diferente (SALES et al., 2014).

Os sujeitos do estudo encontravam-se predominantemente fora do mercado de trabalho, 53,35 encontravam-se aposentados, 43,3% deles possuíam vínculo empregatício e apenas 6,6% eram autônomos, envolvidos com atividades laborais informais. Dos homens que possuíam vínculo empregatício, nenhum deles havia deixado de exercer suas atividades mesmo no dia do tratamento e independente da modalidade terapêutica. V. M. S. L. Amorim et al. (2011), em seu estudo de base populacional, também constataram que a maior parte de sua amostra (38,4%) se encontravam aposentados.

Podemos relacionar os dados apresentados ao fato já comprovado do acometimento pelo câncer de próstata ter como fator de risco a idade em que muitos homens já se encontram fora do mercado de trabalho.

Quanto à renda pessoal e renda familiar, predominaram a mesma proporção. Do total da amostra 80% possuíam renda pessoal e familiar acima de 5 salários mínimos⁵. Vinte por cento dos homens entrevistados possuíam renda pessoal e familiar entre 3 e 5 salários mínimos. A instituição onde a pesquisa foi conduzida, situa-se em um bairro caracterizado por sua população composta de pessoas de classe média e alta.

Os dados colhidos divergem daqueles apresentados pelo INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), onde o rendimento mensal domiciliar per capita da população residente no estado do Rio de Janeiro é de 1 mil 285 reais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, c2016b).

Podemos concluir, que a amostra deste estudo foi composta por homens considerados privilegiados quanto a renda pessoal e familiar, não estando de acordo com a renda do restante da população do município. Vale destacar que a instituição onde os dados foram coletados, é de ordem particular e seletiva quanto ao tipo de convênio de saúde aceito.

Dos participantes 20% deles possuíam o ensino fundamental completo, 6,6% possuíam ensino médio incompleto, 40% possuíam o ensino médio completo e 33,3% possuíam

⁵ Salário mínimo de referência em 2016: R\$ 880,00.

ensino superior. Com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,832 o Rio de Janeiro ocupa o 4º lugar no ranking nacional de IDH. Quanto à taxa de alfabetização, representa a terceira maior do país (96%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, c2016a).

Dentre os dados referentes aos fatores de risco, a menor frequência consistiu no tabagismo. Nenhum dos entrevistados era tabagista, 53,3% dos participantes eram ex-tabagistas e haviam interrompido o vício entre 23 e 7 anos atrás; enquanto 44,7% dos participantes nunca fumaram. O Brasil é referência mundial no combate ao tabagismo. As ações de controle são realizadas por meio de políticas públicas e de saúde. É considerado fator de risco evitável para o câncer assim como para outras doenças crônicas (SILVA, S. T. et al., 2014).

Para o fator de risco relacionado ao etilismo, 53,3% participantes não faziam uso de nenhuma bebida alcoólica, enquanto 44,7% participantes faziam uso de bebidas alcoólicas apenas nos fins de semana ou datas comemorativas, se referindo ao hábito como social. A frequência do consumo de álcool, tabaco e uma alimentação não equilibrada, representa 30% dos casos de câncer nos países ocidentais. A cada dia, mais pesquisas vêm sendo desenvolvidas a fim de estabelecer associações entre consumo de álcool e câncer de próstata, porém até o momento, ainda não existem evidências solidamente estabelecidas (MUNIZ; MADRUGA; ARAÚJO, 2013).

Quando nos referimos à prática de exercícios físicos regulares, a amostra se divide. Os exercícios mais relatados por 53,3% homens que praticam alguma atividade física; foram musculação e caminhada, realizados em uma frequência média de três vezes por semana. Em contrapartida, 44,7% dos homens não praticavam nenhum exercício físico. A realização regular de atividades físicas evidencia a busca por melhoria na qualidade de vida e na condição de saúde por parte dos homens portadores de câncer de próstata (FERNANDES, M. V. et al., 2014). Os resultados vêm de encontro ao estudo Australiano que prevê a redução de 4.882 casos de câncer de próstata até o ano 2025, por meio de medidas relativas a prática de exercícios físicos, mudança de hábitos alimentares e consequente redução da obesidade (BAADE et al., 2012).

A história familiar demonstrou que 40% participantes alegaram não possuir parentes de primeiro grau (pai, mãe, irmão, avó, avô e tios) com diagnóstico de câncer. Os outros 60% participantes mencionaram possuir parentes de primeiro grau com diagnóstico de cânceres de estômago, mama, próstata, útero e intestino. Dentre esses, 33,3% relataram possuir pai, irmão, tio ou primo com o diagnóstico de câncer de próstata. Tem sido apontado na literatura que indivíduos com história familiar de câncer de próstata se denominam como grupo de risco. Assim buscam informações sobre a doença de forma ativa, por recebem orientações com maior

frequência de seus médicos e familiares, iniciam os exames de rastreamento precocemente (SANTIAGO et al., 2013).

Os dados referentes ao grupo étnico registrados nos prontuários, indicam que 40% dos pacientes em tratamento para o câncer é de etnia branca, 33,3% se auto declaram pardos e 26,6% se auto declaram negros. O resultado vai de encontro aos estudos de M. V. Fernandes et al. (2014), e Paiva, Motta e Gripepe (2010), onde o predomínio de homens portadores da doença se declararam brancos. Porém, os dados levantados por Romero et al. (2012) são divergentes por apontarem uma maior prevalência do câncer de próstata no Brasil em homens negros. A diferença estatística apresentada entre homens negros e brancos, é demonstrada devido ao estilo de vida e aos fatores associados à detecção da doença dos grupos étnicos comparados (BRASIL, 2015b).

100% homens em tratamento para o câncer de próstata, não havia interrompido o tratamento.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS HOMENS QUANTO A MODALIDADE TERAPÊUTICA E ESTADIAMENTO POR GLEASON

Os resultados apresentados são referentes ao tratamento atual pelo qual os participantes estão sendo submetidos e sua relação com a terapia neoadjuvante realizada anteriormente. Também são apresentados dados referentes ao estadiamento por Gleason dos 15 homens em tratamento para o câncer de próstata entrevistados (Tabela 2).

Tabela 2– Distribuição das modalidades terapêuticas dos participantes do estudo (n = 15). Instituição particular especializada na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer no Município do Rio de Janeiro/RJ, maio-agosto, 2016

Cirurgia (neoadjuvante) + adjuvante	n	%
<i>Cirurgia prévia</i>	7	46,6
Cirurgia prévia + radioterapia	4	26,6
Cirurgia prévia e radioterapia + hormonioterapia	3	20,0
<i>Gleason</i>		
6 (3+3)	7	50,0
7 (3+4) ou (4+3)	4	28,5
8 (4+4)	8	14,2
9 (5+4)	1	7,1
Não informado	1	
<i>Tratamento atual</i>		
Hormonioterapia	6	40,0
Radioterapia	6	40,0
Hormonioterapia + Radioterapia	3	20,0

Fonte: A autora

A terapêutica oncológica tem evoluído e possibilitado a utilização de terapias adjuvantes e neoadjuvantes. Dos 15 participantes do estudo 46,6% foram submetidos a cirurgia como terapia neoadjuvante. Desses, 26,6 estavam realizando como modalidade terapêutica atual a radioterapia; 20% já haviam realizado a cirurgia e a radioterapia; sendo a hormonioterapia a terapêutica atual. O estudo de Paz et al. (2014) corrobora quando revela que cerca de 50% de sua amostra também havia realizado cirurgia antes de outra modalidade terapêutica.

Dos outros 53,4% participantes restantes, somente 25% foram submetidos a radioterapia como terapia neoadjuvante, estando no momento em tratamento por hormonioterapia. Assim 75% homens não haviam recebido nenhum tratamento prévio. Para o tratamento do câncer de próstata, existem diversas recomendações estabelecidas por *guidelines* que envolvem o uso de medicamentos, cirurgia e radioterapia isolados ou concomitantes (DALL’OGLIO et al., 2016).

De acordo com o tratamento atual do total da amostra, 40% homens estavam realizando radioterapia, 40% estavam recebendo a hormonioterapia como tratamento proposto e 20% estavam sendo submetidos as duas terapêuticas de forma concomitante.

Os resultados apresentados na literatura são semelhantes ao perfil aqui apresentado. Um exemplo é o estudo realizado no Rio de Janeiro com 253 homens, cujo tratamento consistiu

de radioterapia combinada com prostatectomia. Trata-se dos procedimentos de escolha quando a doença é localizada, promovendo uma alta taxa de cura, aumentando significativamente a sobrevida (MIGOWSKI; SILVA, 2010).

Outro exemplo é o estudo conduzido em um hospital universitário do estado de São Paulo, realizado com 2620 homens tratados para o câncer de próstata entre os anos de 2001 e 2013, onde 51,6% foram submetidos a prostatectomia, 47,3% a terapia hormonal e 17,7% foram submetidos a terapias combinadas (ARAÚJO, J. S. et al., 2015).

O dado referente ao estadiamento por Gleason foi retirado do prontuário, em evolução médica. Dos 15 homens entrevistados, 1 não possuía registro referente ao seu estadiamento por Gleason. Dos outros 14 homens, 46,6% possuíam estadiamento por Gleason 6 (3+3); 26,6% possuíam estadiamento por Gleason 7 (3+4) ou (4+3); 13,3% possuíam estadiamento por Gleason 8 (4+4) e 6,6% possuíam estadiamento por Gleason 9 (5+4).

A pontuação de Gleason tem sido o preditor mais poderoso para o diagnóstico do câncer de próstata. A pontuação por Gleason 6, refere-se a um melhor prognóstico, quando comparado ao Gleason 7. Este aponta probabilidade substancial de progressão de doença após a terapia inicial. O sistema de Gleason pontua o valor 7 sem distinguir entre “3 + 4” e “4 + 3”, apesar desse estudo mostrar pior prognóstico para este último (EPSTEIN et al., 2016).

4.3 OS SABERES E O SENTIDO DA DOENÇA, DO TRATAMENTO E SEUS EFEITOS SOBRE A SEXUALIDADE

Durante a entrevista, os participantes foram questionados a expressar como se sentem em relação ao seu problema de saúde. O número de participantes que referiu se sentir orientados foi de 73,3%; refletindo a boa qualidade da assistência oferecida como suporte, por meio da explicação e solução de dúvidas sobre a terapêutica. Porém, 13,3% participantes referiram que preferem não falar sobre o assunto. A mesma proporção, 13,3% dos participantes, referiram que preferem que seus familiares sejam orientados em relação ao seu problema de saúde.

A crença de que o câncer é uma doença grave, muitas vezes incurável e associada à morte, induz concepções que podem estar associadas a dificuldade de se conversar sobre a enfermidade. As repercussões decorrentes do diagnóstico de câncer de próstata demonstram, portanto, que o cotidiano dos entrevistados sofrem significativas mudanças com a chegada da

doença, promovendo reflexões sobre a identidade masculina; bem como o lidar com as limitações impostas pela doença e seu tratamento.

Quando abordado como o participante se sente sendo submetido ao tratamento para o câncer de próstata, os mesmos responderam em sua maioria, 60% participantes, se sentirem otimistas com o tratamento atual. Ao passo que 20% participantes se sentem desanimados e outros 20% participantes se sentem preocupados em relação ao tratamento.

São várias as reações emocionais desencadeadas pelo diagnóstico de câncer. Dessa forma, o paciente se vê frente a modificações em sua vida nas diversas dimensões (físicas, psíquicas e sociais). Porém, quando este se encontra rodeado por profissionais que trabalham em prol de uma assistência de qualidade, promovendo a humanização, compartilhando saberes por meio de atenção diferenciada; o peso do estigma da doença passa a ser compartilhado, resultando em otimismo frente ao processo de enfrentamento.

O mesmo questionamento foi feito ao participante, porém se referindo ao conhecimento de sua companheira. Assim, 60,0% dos participantes responderam que percebem que sua companheira se sente otimista quanto a realização do tratamento atual para o câncer de próstata. Em contrapartida, 26,6% dos participantes responderam que percebem que sua companheira se sente desanimada. Outros 13,3% participantes relataram que percebem que sua companheira se sente preocupada quanto ao tratamento. Relacionado a presença da companheira durante as consultas e/ou tratamento, 53,3% dos participantes relataram que as mesmas o acompanham, enquanto 40% participantes relataram que as companheiras não estão presentes durante as consultas e/ou tratamento. Um participante relatou não possuir companheira (o).

Aquele que tem sua vida invadida pelo câncer, com frequência, é influenciado por pessoas que lhe cercam. O apoio frente a dificuldade do enfrentamento da doença pode vir com intuito positivo ou não. Em meio aos dissabores de ser portador de uma doença oncológica, o apoio familiar impulsiona a acreditar e a continuar.

As companheiras dos homens em tratamento para o câncer de próstata, se fortalecem ao longo da experiência do adoecimento, incentivando-os e auxiliando na tomada de decisão com sentimentos de esperança frente ao desafio conjunto (MATHIAS; BEUTER; GIRARDON-PERLINI, 2015).

Os relatos dos participantes sobre o conhecimento do câncer de próstata apontam para um saber que encontra base na literatura, como apresentado nos extratos dos depoimentos (Quadro 10). Os participantes foram identificados por números, referentes a ordem em que foram entrevistados ao longo da etapa de coleta de dados.

Quadro 10 – Conhecimento sobre o câncer de próstata

1.	Sabe que o câncer de próstata tem cura. Relata ter se descuidado. Pois não ia ao urologista anualmente.
2.	Que precisava realizar consulta anual com o urologista. Vinha acompanhando a elevação do PSA nos últimos meses. Acredita na cura. Não acredita na morte.
3.	Sabia o que havia procurado na internet após a elevação do PSA. Assustou-se com um vídeo da cirurgia sugerida pela urologista. Procurou um oncologista para ter conhecimento dos outros tratamentos. Sabe que o câncer é tratável. Sabe que o câncer não é curável.
4.	Relata saber que o câncer de próstata é uma doença ruim. Foi detectado em consulta de rotina. Não queria operar mas era o melhor tratamento.
5.	Relatou que não sabia nada até o momento do diagnóstico. Sabe dos sintomas que presenciou como ardência para urinar. Que depois da cirurgia demorou a ter relação sexual de novo.
6.	Relatou não saber nada. Procurou o urologista somente quando apareceram os primeiros sintomas urinários.
7.	Relatou que sabia da necessidade de acompanhamento anual com urologista. Foi a consulta por estar urinando muito a noite. Em exame, detectou aumento do PSA. Acredita na cura. Sabe da importância do toque retal mas tinha receio.
8.	Sabe que o câncer mata. Consultava com urologista anualmente. Sabia da importância do toque retal. Não tinha problema em fazê-lo.
9.	Sobre a doença mesmo, não sabia nada. Tinha conhecimento apenas da necessidade da consulta anual com o urologista. É do exame de sangue (PSA) e toque retal anuais.
10.	Sabia que era preciso consultar com um urologista. Ia a consulta todo ano. Era preciso realizar exame de sangue (PSA). Era preciso realizar toque retal.
11.	Relata tomar conhecimento após ter acontecido com o irmão. A partir daí, procurou um urologista.
12.	Não sabia nada sobre a doença. Somente procurou o médico após os primeiros sintomas. Tinha medo do toque retal, mas foi com ele que foi detectado.
13.	Relata saber que o câncer mata. Precisa se cuidar para ser menos preocupante. Foram os sintomas urinários que o levaram ao urologista.
14.	Desconhece os sintomas e o tratamento. Consultava com o urologista anualmente. Pois não se importava com a realização do exame do toque retal devido sua importância.
15.	Consultava com urologista anualmente pois é da área da saúde. PSA estava vinha aumentando e estava em acompanhamento por quase um ano. Procurou um oncologista por conta própria.

Fonte: A autora

Os achados do estudo mostram que ainda existe uma lacuna no cuidado relacionado

a oferta da informação de forma correta quanto a detecção precoce, exames diagnóstico, sintomas iniciais relacionados ao câncer de próstata, fatores de risco e modalidades terapêuticas a serem oferecidas.

Nos relatos dos participantes, foram encontrados pontos comuns que podem nos orientar para o planejamento do cuidado de enfermagem.

A busca por atendimento médico especializado com urologista em frequência anual, foi relatada por 60% dos participantes, sendo os sintomas urinários os responsáveis que levaram 33,3% dos participantes a busca por esse atendimento. O aumento do PSA foi o fator preditivo para que 26,6% dos participantes realizassem acompanhamento especializado para o câncer de próstata. O toque retal dividiu opiniões, 13,3% participantes referiram ter receio quanto a sua realização, enquanto 20% relataram não se incomodar com a realização do exame, destacando sua importância e necessidade. A falta de informação a respeito do câncer de próstata foi observada em 33,3% participantes. A crença na cura foi mencionada por 20% dos participantes, enquanto 33,3% dos homens caracterizaram a doença como tratável e ruim relacionando-a à morte.

Paiva, Motta e Griep (2010) explicam que as barreiras mais encontradas no tratamento para o câncer de próstata são a falta de informação dos homens, o preconceito frente ao exame de toque retal, o medo da procura por um urologista, a dificuldade de acesso médico especializado e o receio de ficar impotente. O MS realizou um levantamento junto aos antropólogos e psicólogos das Sociedades Médicas Brasileiras, incluindo os membros do Conass e do Conasems, cujo objetivo era investigar o motivo que leva a pouca procura de atendimento médico por parte dos homens. As falas dos especialistas apontaram para as principais barreiras que este grupo enfrenta: culturais, institucionais e médicas (CAVALCANTI apud REDE NORDESTE DE BIOTECNOLOGIA, 2008).

Estudos relativos à prevenção do câncer de próstata enfatizam aspectos relativos à parte clínica em detrimento do levantamento dos aspectos subjetivos relacionados à masculinidade (ECCEL; GRISCI, 2011). O ato de realização do exame de toque retal, por exemplo, é encarado como delicado para o homem, pois, neste momento, sua visão da masculinidade torna-se ameaçada. A abordagem dos aspectos sexuais remete a essa população, a força dos padrões de comportamento intitulados pelas barreiras culturais.

Os homens relacionam o exame de toque retal ao constrangimento, pois este ato “viola” os preceitos masculinos em sua condição de ser ativo. Para desmitificá-los demandará tempo, até que novas pesquisas sejam realizadas com enfoque educativo no assunto (LIMA; SOARES; RHODEN, 2013).

As barreiras institucionais podem acontecer devido a postura masculina de trabalhador e provedor. As barreiras médicas podem estar relacionadas à falta de postura pouco assertiva por parte alguns profissionais de saúde, não permitindo ao homem se expressar sobre seus medos e angústias (6REDE NORDESTE DE BIOTECNOLOGIA, 2008).

Rocha et al. (2014) propuseram uma discussão acerca da sexualidade masculina e saúde do homem e observaram que a desinformação era um fator que dificultava o acesso às medidas de promoção em saúde. Diante desse fato, reforça-se a relevância da prática da educação em saúde para o exercício da cidadania, possibilitando à sociedade a busca dos seus direitos e o cumprimento dos seus deveres.

Em um estudo de base populacional cujo objetivo foi apontar os fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata no estado de SP, verificou que 44% da população estudada nunca havia realizado exame preventivo para o câncer de próstata. O conhecimento sobre a patologia junto ao acesso aos serviços preventivos e diagnósticos, são considerados fundamentais para a prática preventiva. Conhecendo-se a evolução do câncer de próstata, os métodos de diagnóstico precoce, e dispondo de condições de acesso aos serviços médico e laboratoriais, o câncer de próstata seria diagnosticado precocemente, portanto apresentaria melhor prognóstico (AMORIM, V. M. S. L. et al., 2011).

Os principais motivos alegados para a procura de ajuda médica, pelos participantes do estudo, foram medo do avanço da doença, experiências vivenciadas por parentes e amigos com a mesma doença, indicação por parte de outra especialidade médica, sintomas relacionados ao aparelho geniturinário e medidas preventivas em consulta de rotina.

A literatura aponta que os sintomas urinários representam 40% das queixas que levam 55% dos homens à procura por cuidado de saúde em tempo aproximado de 30 dias (FERNANDES, M. V. et al., 2014). Dentre os exames mais citados pelos homens para o rastreamento e controle da doença foram o PSA e o toque retal (RHODEN; AVVERBECK, 2010). A dosagem do PSA como auxílio diagnóstico contribuiu para a redução da resistência masculina, ao contrário do que se verifica com o exame do toque retal. Apesar de ser uma medida preventiva de baixo custo, é um procedimento ainda temido pelo imaginário masculino a ponto de afastar alguns homens da prevenção do câncer de próstata (OLIVEIRA, A. M., 2015).

Alegar não saber nada sobre a doença e seus sintomas ou negligenciar a importância da consulta médica, remete a falta de informação adequada e completa. O conhecimento nesse momento se torna uma ferramenta fundamental para o enfrentamento do problema de saúde. Assim os homens se mostrarão sensibilizados e poderão pensar melhor suas atitudes, crenças e

comportamentos diante da prática destes exames. Para os profissionais comprometidos com a promoção da saúde da população, é importante estender suas ações para a prática educativa.

A seguir, são descritos os relatos dos participantes sobre as explicações recebidas de seu (s) médico (s), acerca do (s) tratamento (s) (Quadro 11):

Quadro 11 – Explicação sobre o tratamento

1.	Relatou que a próstata iria ser “queimada”! Orientou que tudo ao redor ficaria prejudicado. Dor ao urinar. Diarreia. Dificuldade para ereção. Cansaço.
2.	Foi orientado quanto as ondas de calor. Foi orientado quanto ao aumento das mamas. Foi orientado diarreia. Foi orientado quanto falta de vontade de ter relação com a esposa.
3.	Que a injeção seria para baixar o hormônio. Com isso, tudo relacionado estaria prejudicado.
4.	Que os sintomas da cirurgia iriam piorar. O que mais o preocupava era a incontinência urinária. Depois, a sua preocupação era na relação sexual.
5.	Explicou que a ardência para urinar voltaria a acontecer, como na cirurgia (prostatectomia). Que teria diarreia. Que teria cansaço ao final do tratamento (radioterapia).
6.	Explicou que os sintomas urinários (devido prostatectomia e radioterapia já realizados) não iriam acontecer novamente. Com as injeções, o que iria piorar era a disfunção sexual.
7.	Explicou que os dois tratamentos (radioterapia e hormonioterapia) quando realizado juntos pode intensificar os sintomas. Que os sintomas do tratamento atual seriam diferentes dos sintomas da cirurgia (prostatectomia) que já realizei.
8.	Que poderia acontecer sintomas diferentes da radioterapia realizada anteriormente. Poderia acontecer ondas de calor. Poderia acontecer aumento das mamas. Poderia acontecer cansaço.
9.	Explicou sobre a dificuldade de ter ereção. Diarreia causada pela radioterapia. Dor para urinar causada pela radioterapia.
10.	Explicou sobre os problemas urinários após a radioterapia. Orientou sobre diarreia. Orientou sobre o cansaço.
11.	Explicou que seria semelhante a menopausa feminina. Estaria castrado com a injeção para baixar o hormônio.
12.	A intenção dos dois tratamentos juntos (radioterapia e hormonioterapia) seria deixar o PSA perto de zero. Teria ondas de calor. Teria cansaço. Teria diarreia. Teria ardência para urinar.

13.	Orientou quanto as ondas de calor. Quanto ao cansaço.
14.	Explicou que não teria os sintomas urológicos como os já vividos quando realizada a prostatectomia e radioterapia.
15.	Explicou sobre alteração na micção e ardência. Explicou sobre o cansaço. Explicou sobre dores no corpo. Explicou sobre alteração da função intestinal.

Fonte: A autora

As orientações recebidas pelo paciente para o tratamento com hormonioterapia, vão de encontro aos sinais e sintomas descritos em bula como “muito comum”, ou seja, acometem mais de 10% dos homens. O mesmo acontece quando o paciente é orientado quanto aos efeitos colaterais da radioterapia. Em uma amostra de 15 homens, 46,6% foram orientados quanto a alterações do sistema urinário, 46,6% foram orientados quanto a alterações no sistema gastrointestinal relacionado a diarreia, 46,6% foram orientados quanto a ocorrência de fadiga, 26,6% foram orientados quanto às ondas de calor devido à baixa hormonal e 13,3% foram orientados quanto a possibilidade de ginecomastia.

Em relação aos homens submetidos ao tratamento por hormonioterapia, Araújo, Barbosa e Barichello (2014) descreveram as variáveis para os domínios da qualidade de vida. Os resultados apresentados refletiram que 36% dos 50 homens que compunham a amostra queixaram-se de fadiga, 9% de diarreia e 33% de acometimento por dor; 62% observaram alterações no desempenho de papel, 78% queixaram-se de alteração na função social e 58% referiram modificações em sua função física.

Referente ao tratamento radioterápico para o câncer de próstata, as complicações mais frequentemente observadas são referentes a incontinência urinária e fadiga, além de fatores psicológicos que afetam a rotina de vida do paciente (NOVAK; SABINO, 2015).

A relação médico-paciente consiste em um processo de aprendizado indispensável para uma intervenção médica eficaz, que perceba o processo do adoecer sob a ótica daquele que se insere em uma experiência de fragilidade ou ameaça ao seu estado de ser saudável e ativo. Trata-se de um tema que atualmente tem despertado o interesse Da comunidade científica, frente a sua importância na formação médica e prática clínica (PORTO et al.; 2016).

São comuns queixas referentes as dificuldades comunicacionais com o profissional médico, não estando relacionadas à competência clínica. Essa afirmação aponta que um bom relacionamento entre ambos, aumenta a satisfação do paciente e demonstra qualidade do serviço, além de influenciar positivamente o estado de saúde do paciente (CAPRARA;

RODRIGUES, 2004).

Dentro do contexto da oncologia, percebo que esta relação carrega peculiaridades por se tratar de uma doença percebida como incurável pelo imaginário pessoal e coletivo, assim sua abordagem torna-se difícil. Angústias, medos e sofrimentos apresentam-se na vida dos pacientes e de suas famílias. Para o conforto dos envolvidos, é necessário estabelecer um vínculo especial com o profissional como coadjuvante terapêutico.

O próprio tratamento é gerador de tensão adicional. Na pesquisa realizada por Porto et al. (2016) os médicos oncologistas entrevistados, reconhecem que seu paciente requer não somente o saber técnico-científico, mas também uma sensibilidade dirigida ao humano ali envolvido em sua totalidade. Esses aspectos devem ser considerados, uma vez que o médico também experimenta sentimentos provocados pela doença do paciente.

O posicionamento médico frente as orientações a serem realizadas, devem se impor diante da gravidade do quadro. A explicação da sintomatologia do tratamento proposto, e sua interferência nas atividades de vida diária desse paciente, devem ser abordadas a fim de promover uma relação de confiança com os familiares e acompanhantes dos pacientes, para que isso reflita no sucesso terapêutico (BAILE et al., 2000).

No Quadro 12, a seguir observa-se os dados relativos as orientações que os participantes/usuários tem acesso durante o seguimento terapêutico, relacionadas à sexualidade.

Quadro 12 – Orientações recebidas sobre os efeitos colaterais do tratamento relacionados à sexualidade

1.	Com o tratamento, não teria vontade de ter relação. Devido ao cansaço. Devido a falta de libido.
2.	Falta de vontade de ter relação sexual.
3.	Que com a diminuição hormonal, a libido também estaria diminuída.
4.	Com o cansaço da radioterapia não tinha vontade. A falta de esperma após a cirurgia o atrapalhava no momento da relação. Não gostava da sensação de não ejacular.
5.	Já havia modificado após a cirurgia (prostatectomia). Com a radioterapia iria piorar o que não estava 100%.
6.	Com a injeção (hormonioterapia) a vontade de ter relação sexual iria piorar.
7.	Perda da libido porque os hormônios iriam cair. Não iria ter vontade de ter relação sexual. Não iria ter ereção completa como antes. Mencionou que ele e a esposa estão de “ferias” já que a mesma se encontra na menopausa.
8.	Sobre a injeção, foi orientado que seria castrado. A radioterapia não alterou minha função sexual. Mas com esse tratamento iria alterar.

	Relatou ser “nordestino cabra macho”, por isso encontra-se preocupado assim como sua esposa.
9.	Que precisaria tomar remédio, a partir de agora, para ter relação sexual.
10.	Explicou que a radioterapia após a cirurgia iria prejudicar a ereção. Que a ereção não seria completa. A vontade de ter relação iria diminuir. Relatou que como não possui uma companheira há muito tempo, devido outras doenças crônicas, esse não seria o problema maior.
11.	Explicou que com o hormônio diminuído, não teria uma relação satisfatória. Mas que deveria tentar.
12.	Orientou que a intenção dos tratamentos seria baixar o PSA, mas que com isso iria zerar a vontade de ter relação sexual. Estaria castrado. Relata estar preocupado, pois se considera novo (idade) para não mais ter relação sexual.
13.	Orientado que o hormônio estaria baixo. Como se estivesse castrado. Não teria vontade de ter relação sexual. Não teria ereção completa.
14.	Que o que mais o incomodaria seria a ereção, pois não ficaria completa como antes.
15.	Explicou sobre a perda da vontade de ter relação pela alteração hormonal.

Fonte: A autora

Os achados evidenciam que os participantes recebem orientações sobre os efeitos colaterais, sobretudo no que diz respeito as possíveis alterações relacionadas a vida sexual. A diminuição da libido foi a reação adversa mais orientada quando se tratando da sexualidade, mencionada por 66,6% dos participantes. A disfunção erétil foi relatada, dentre as orientações recebidas por 26,6% dos homens em tratamento para o câncer de próstata.

Vivenciar o câncer de próstata implica no enfrentamento de algumas dificuldades decorrentes das intervenções terapêuticas. O paciente poderá se ver frente a sintomas de ordem sexual, impactando fortemente em seu cotidiano (MARTINS, A. M. et al., 2012). Dessa forma, pode favorecer a perda dos referenciais pelos quais os homens se reconhecem enquanto gênero, caracterizados por serem produtivos, provedores e protetores; podendo relacionar-se à subtração da masculinidade, à tristeza e à sensação de invalidez (CHAMBERS et al., 2016).

De acordo com L. H. R. Costa e E. A. C. Coelho (2013) a cultura é extremamente marcante na vida biológica, por isso interfere diretamente na formação da personalidade do ser humano. Para entender o homem, qualquer que seja sua idade, sexo, cultura, tempo ou país em que vive; temos que estudá-lo inserido em seu grupo sociocultural.

O participante 8 que se caracterizou como “nordestino cabra macho”, reflete em sua fala o posicionamento do homem da região norte do país, dentro do seu contexto histórico e

cultural. Refere-se a um homem corajoso, valente e destemido, que mesmo no contexto do acometimento pela doença, se posiciona de acordo com a sua origem, dentro da sua vivência, seus costumes e sociedade a qual pertence.

A palavra “castrado”, mencionada por outros participantes se relaciona a terapia por privação de androgênios, comprovada como o tratamento standard para o carcinoma da próstata. O termo hipogonadismo se refere a síndrome clínica e bioquímica caracterizada por sinais e sintomas típicos dos baixos níveis de testosterona sérica. A intenção da castração é fazer com que o nível sérico de testosterona chegue a um valor próximo de zero. A hormonioterapia é responsável pelos sintomas relacionados a fadiga, diminuição da libido, perda de massa óssea, ginecomastia e disfunção sexual (STEFANI et al., 2015).

O participante 7 referiu estar de “férias” junto à sua esposa que se encontra no período menopausa. Significa que ambos estão sob o efeito de deprivação hormonal. Nesse momento de enfrentamento da doença, a companheira auxilia na aceitação priorizando outras formas de demonstração de carinho e afeto.

A intimidade pode tornar a experiência do adoecimento pelo câncer mais suportável e ajudar no processo de recuperação. Dificuldades no relacionamento podem surgir após o diagnóstico e durante o tratamento. A resposta afetiva às condições impostas pela doença e o padrão de reação às dificuldades podem acentuar quadros de ansiedade e depressão. As mudanças impostas pela doença, pode vir a modificar a dinâmica relacional do casal. A necessidade de atenção e contato físico não sexual, pode se sobressair frente a adaptação de nova realidade (HAWKINS et al., 2009; PORTO et al., 2016).

As orientações recebidas pelos homens, vinda de seus médicos sobre todos os tratamentos, são reflexos dos efeitos colaterais destes. Cada organismo, reagirá de uma forma, uns serão mais acometidos, outros menos. Não há como mensurar o grau de intensidade.

O participante 9 recebeu orientação relacionada a medicalização da disfunção sexual. A concepção de sexualidade no ser humano, envolve corpo físico, funções, sensações, emoções, imaginário, relações, cultura e sua interação com o outro. Não deve ser reduzida a um aspecto puramente físico ou funcional, onde a ação da droga promete curar ou melhorar o desempenho.

No contexto do adoecimento por uma neoplasia prostática, a lógica de uma construção social da impotência masculina, se baseia nas intervenções de diferentes agentes, não podemos deixar de considerar a transformação da ereção em um evento eminentemente fisiológico em detrimento dos aspectos psíquicos. A disfunção sexual precisa ser vista como um transtorno de causas orgânicas, e assim ser tratada sob orientação adequada e acompanhada

com profissional competente (GIAMI, 2009; RHODEN, AVERBECK, 2010).

O participante 5 em sua fala, teme a piora do efeito colateral. O termo 100% gradua sua disfunção sexual em relação aos dois tratamentos. Sua sexualidade já se encontrava modificada pela prostatectomia, agora, com a radioterapia poderia ser ainda mais acometida.

A cirurgia pode vir a causar prejuízos referentes à imagem corporal alterada, linfedema, lesão de nervos e extensão da lesão, disfunção erétil, ejaculação retrógrada, inervação e ao suprimento vascular dos órgãos pélvicos, afetando conseqüentemente, a resposta fisiológica ao estímulo sexual (GILBERT; USSHER; PERZ, 2010).

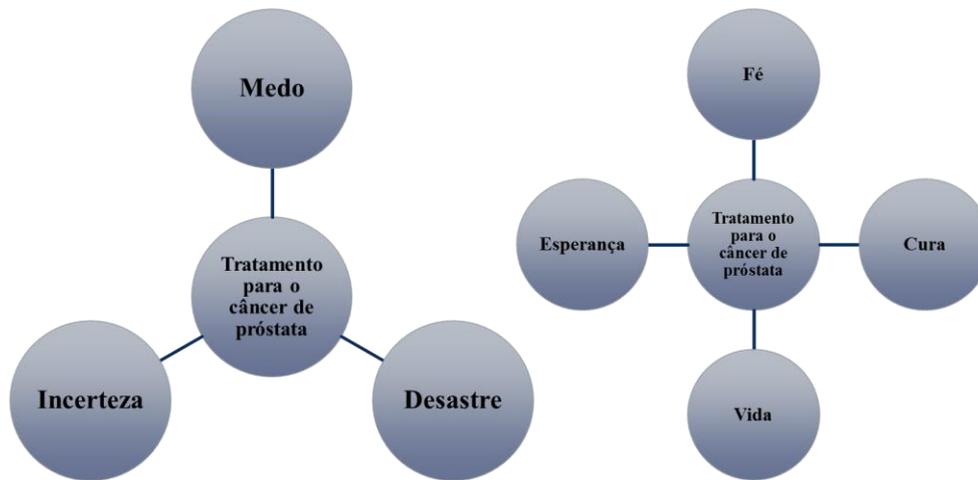
A irradiação pélvica para o tratamento do câncer de próstata, pode resultar em ablação gonadal, complicações por fistulas, estreitamento retal e uretral (que podem afetar o desempenho sexual), disfunção erétil por meio da ocorrência de ejaculação dolorosa, lesão do nervo podendo, oclusão das artérias penianas e redução dos níveis de testosterona (GATES; FINK, 2009).

Podemos perceber a dificuldade de enfrentamento no participante SFM que relatou não possuir uma companheira há muito tempo, devido ao cometimento por outras doenças crônicas (como a disfunção renal, a hipertensão e o diabetes). Frente a outros problemas, a ocorrência da disfunção sexual seria o menor problema que o incomodaria.

Quando a atividade sexual é interrompida, no contexto do câncer, outras formas de contato físico também diminuem, dada a percepção que estas formas de afeto conduzem necessariamente ao intercurso do contato físico. Diante da ausência de outra pessoa, o homem que enfrenta a doença pode se sentir isolado, ansioso ou deprimido, inadequado para uma relação ou emocionalmente distante.

É oportuno ressaltar que os participantes do estudo trazem consigo referências sobre o sentido que o processo de adoecimento orienta sua vida cotidiana. Geralmente não são valorizados o poder e o efeito que as palavras têm sobre a mente e o corpo físico das pessoas. Com uma palavra, podemos descrever sentimentos bons e ruins. Tanto as palavras positivas quanto as negativas, são um grande representativo do que podemos oferecer a nós mesmos. Os sentimentos expressos por meio delas, influenciam a percepção dos sujeitos acerca de sua qualidade de vida, assim como da saúde física, psicológica e relações sociais; podendo modificar de forma positiva ou não, a visão de mundo, a forma de enfrentamento de um problema, e até mesmo uma doença como o cancer (Figura 4).

Figura 4 – Palavras ditas pelos homens em tratamento para o câncer de próstata



Fonte: A autora

Os pacientes que proferiram palavras de desânimo, fizeram-me questionar o motivo pelo qual o tratamento estava entristecendo-os. Todos referiam as dificuldades apresentadas pela doença. O medo do desconhecido e o medo de não obter a cura, foram a fala de 2 (13,3%) homens. A palavra desastre, mencionada por 1 (6,6%) homem, foi relativa às modificações causadas em sua vida cotidiana, impedindo-o de realizar suas viagens para fora do Brasil, alteração de hábitos alimentares e mudança observada no comportamento com a companheira. A incerteza do dia de seguinte ficou clara na expressão facial do outro participante.

Compartilhar experiências e sentimentos por meio das palavras, podem ser uma ponte que leva o indivíduo portador de uma neoplasia a encontrar esperança, sentido para sua vida e a de seus familiares, objetivando a cura de uma doença tão temida, com fé em sua crença. É a esperança que impulsiona o homem a seguir em frente, desse modo, essa palavra foi a representativa da amostra, mencionada por 6 (40%) homens em tratamento para o câncer de próstata. O seu significado sustenta diversas possibilidades para o futuro ao nutrir a capacidade de sonhar, caminhar e seguir com o tratamento. A palavra fé foi mencionada por 2 (13,3%) participantes de religiões diferentes. Demonstra que esta não influencia naquilo que o torna fiel a algo maior, pois representa um sentimento que advém do coração, sendo a certeza que algo de bom acontecerá.

A palavra vida nos representa como um todo, desde o nascimento até a morte. Foi mencionada por 1 (6,6%) participante como o seu maior bem, o qual irá lutar. O sentido de cura representou o contrário de doença por outro participante, o qual o impulsiona a crer que o tratamento para o câncer de próstata, acontecerá com sucesso.

4.4 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE DISFUNÇÃO SEXUAL IDENTIFICADOS PELOS PERITOS

Os diagnósticos de enfermagem de disfunção sexual identificados pelos peritos para cada participante do estudo, encontram-se descritos no Quadro 13.

Quadro 13 – Diagnósticos de enfermagem de disfunção sexual identificados pelos peritos, por participante

Identificação do participante: VDS
<p>Identificação do perito: P1 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração em alcançar o papel sexual percebido, alteração no alcance da satisfação sexual, incapacidade de alcançar a satisfação desejada, limitações percebidas impostas pela doença relacionada a função corporal alterada pela radioterapia.</p>
<p>Identificação do perito: P2 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por incapacidade de alcançar a satisfação desejada relacionada a função corporal alterada por radioterapia.</p>
<p>Identificação do perito: P3 Escala Likert: 4 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração em alcançar o papel sexual percebido, limitações percebidas impostas pela doença relacionada a função corporal alterada.</p>
<p>Identificação do perito: P4 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por incapacidade de alcançar a satisfação desejada, limitação real imposta pela terapia relacionada a função corporal alterada por radioterapia.</p>
<p>Variação da Escala Likert: 4 (25%), 5 (75%)</p>
Identificação do participante: AJL
<p>Identificação do perito: P1 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração em alcançar o papel sexual percebido, incapacidade de alcançar a satisfação desejada relacionada a função corporal alterada pela castração química.</p>
<p>Identificação do perito: P2 Escala Likert: 4 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por limitações percebidas atribuídas a doença e a terapia relacionada a função corporal alterada pela doença e pela hormonioterapia.</p>
<p>Identificação do perito: P3 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração percebida na excitação sexual, alteração em alcançar o papel sexual percebido, alteração no alcance da satisfação sexual, limitações reais impostas pela doença, limitações reais impostas pela terapia relacionada a função corporal alterada.</p>

<p>Identificação do perito: P4 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração percebida na excitação sexual e deficiência percebida no desejo sexual relacionada a função corporal alterada pela hormonioterapia.</p>
<p>Variação da Escala Likert: 4 (25%), 5 (75%)</p>
<p>Identificação do participante: MGP</p>
<p>Identificação do perito: P1 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração percebidas na excitação sexual, alteração no alcance da satisfação sexual, deficiência percebida no desejo sexual, incapacidade de alcançar a satisfação sexual desejada, limitações reais impostas pela doença, limitações reais impostas pela terapia relacionada a função corporal alterada pela castração química.</p>
<p>Identificação do perito: P 2 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por percepção de incapacidade de alcançar a satisfação sexual desejada relacionada a função corporal alterada por hormonioterapia.</p>
<p>Identificação do perito: P3 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração percebidas na excitação sexual, deficiência percebida de desejo sexual, incapacidade de alcançar a satisfação desejada, limitações percebidas impostas pela doença relacionada a função corporal alterada.</p>
<p>Identificação do perito: P4 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por deficiência percebida de desejo sexual relacionada a função corporal alterada.</p>
<p>Variação da Escala Likert: 5</p>
<p>Identificação do participante: RST</p>
<p>Identificação do perito: P1 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração percebidas na excitação sexual, alteração em alcançar o papel sexual percebido, deficiência percebida no desejo sexual, incapacidade de alcançar a satisfação sexual desejada relacionada a alteração biopsicossocial da sexualidade.</p>
<p>Identificação do perito: P2 Escala Likert: 4 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração percebida na excitação sexual relacionada a função corporal alterada por cirurgia e radioterapia.</p>
<p>Identificação do perito: P3 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração em alcançar o papel sexual percebido, deficiência percebida no desejo sexual, mudança de interesse por outras pessoas, verbalização do problema relacionada a função corporal alterada.</p>

<p>Identificação do perito: P4 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração percebida na excitação sexual relacionada a percepção corporal alterada pelo tratamento de radioterapia.</p>
<p>Variação da Escala Likert: 4 (25%), 5(75%)</p>
<p>Identificação do participante: PCM</p>
<p>Identificação do perito: P1 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por limitações percebidas impostas pela terapia relacionada a falta de conhecimento.</p>
<p>Identificação do perito: P2 Escala Likert: 4 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Risco de disfunção sexual caracterizada por incapacidade de alcançar a satisfação desejada.</p>
<p>Identificação do perito: P3 Escala Likert: 4 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por verbalização do problema relacionada a falta de conhecimento.</p>
<p>Identificação do perito: P4 Escala Likert: 4 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Risco de disfunção sexual caracterizada por limitações percebidas impostas pela terapia atual (radioterapia).</p>
<p>Variação da Escala Likert: 4 (75%), 5 (25%)</p>
<p>Identificação do participante: GS</p>
<p>Identificação do perito: P1 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração em alcançar o papel sexual percebido, alteração no alcance da satisfação sexual, limitações percebidas impostas pela terapia, limitações reais impostas pela terapia relacionada a função corporal alterada pela cirurgia e hormonioterapia.</p>
<p>Identificação do perito: P2 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por incapacidade em alcançar a satisfação desejada relacionada a função corporal alterada por cirurgia, radioterapia e hormonioterapia.</p>
<p>Identificação do perito: P3 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração em alcançar o papel sexual percebido, incapacidade de alcançar satisfação sexual, limitações percebidas impostas pela terapia relacionada a função corporal alterada pela cirurgia e hormonioterapia.</p>
<p>Identificação do perito: P4 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por limitações reais impostas pela terapia relacionada a função corporal alterada pela cirurgia e hormonioterapia.</p>

Variação da Escala Likert: 5
Identificação do participante: PSSC
<p>Identificação do perito: P1 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração percebidas na excitação sexual, deficiência percebida no desejo sexual, limitações reais impostas pela terapia relacionada a função corporal alterada pela radioterapia e pela castração química.</p>
<p>Identificação do perito: P2 Escala Likert: 4 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por deficiência percebida no desejo sexual relacionada a função corporal alterada por hormonioterapia, radioterapia e cirurgia.</p>
<p>Identificação do perito: P3 Escala Likert: 4 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por deficiência percebida no desejo sexual, limitações percebidas imposta pela terapia relacionada a função corporal alterada.</p>
<p>Identificação do perito: P4 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração percebidas na excitação sexual, limitações reais impostas pela terapia relacionada a função corporal alterada pela radioterapia e pela hormonioterapia.</p>
Variação da Escala Likert: 4 (50%), 5 (50%)
Identificação do participante: MRS
<p>Identificação do perito: P1 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração percebidas na excitação sexual, deficiência percebida no desejo sexual, limitações reais impostas pela terapia, verbalização do problema relacionada a função corporal alterada.</p>
<p>Identificação do perito: P2 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por incapacidade de alcançar a satisfação sexual desejada relacionada a função corporal alterada por hormonioterapia.</p>
<p>Identificação do perito: P3 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração percebida na excitação sexual, alteração no alcance da satisfação sexual, incapacidade de alcançar a satisfação desejada, limitações percebidas impostas pela terapia, limitações reais impostas pela terapia, verbalização do problema relacionada a função corporal alterada.</p>
<p>Identificação do perito: P4 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por deficiência percebida no desejo sexual, incapacidade de alcançar a satisfação sexual desejada relacionada a função corporal alterada por hormonioterapia.</p>

Variação da Escala Likert: 5
Identificação do participante: CAS
<p>Identificação do perito: P1 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por limitações percebidas impostas pela doença, mudança do interesse por outras pessoas, limitações reais impostas pela doença, limitações reais impostas pela terapia relacionada a falta de pessoa significativa.</p>
<p>Identificação do perito: P2 Escala Likert: 4 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por limitações percebidas impostas pela terapia relacionada a função corporal alterada por hormonioterapia e a radioterapia.</p>
<p>Identificação do perito: P3 Escala Likert: 3 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por limitações percebidas imposta pela doença, mudança de interesse por si mesmo relacionada a alteração biopsicossocial da sexualidade.</p>
<p>Identificação do perito: P4 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por limitações percebidas impostas pela doença, mudança do interesse por outras pessoas, relacionada a alteração biopsicossocial da sexualidade.</p>
Variação da Escala Likert: 3 (25%), 4 (25%), 5 (50%)
Identificação do participante: SFM
<p>Identificação do perito: P1 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração no alcance da satisfação sexual, limitações percebidas impostas pela terapia relacionada a função corporal alterada.</p>
<p>Identificação do perito: P2 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por limitações reais impostas pela terapia relacionada a função corporal alterada por cirurgia e radioterapia.</p>
<p>Identificação do perito: P3 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração em alcançar o papel sexual percebido, incapacidade de alcançar a satisfação desejada, limitações reais impostas pela terapia relacionada a função corporal alterada.</p>
<p>Identificação do perito: P4 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração no alcance da satisfação sexual, limitações percebidas impostas pela terapia relacionada a função corporal alterada.</p>
Variação da Escala Likert: 5

Identificação do participante: SM	
<p>Identificação do perito: P1 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração percebida na excitação sexual, deficiência percebida de desejo sexual, incapacidade de alcançar a satisfação desejada, limitações percebidas impostas pela doença, limitações reais impostas pela terapia relacionada a função corporal alterada.</p>	
<p>Identificação do perito: P2 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por incapacidade de alcançar a satisfação desejada relacionada a função corporal alterada pela hormonioterapia.</p>	
<p>Identificação do perito: P3 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração percebida na excitação sexual, alteração do alcance da satisfação sexual, busca de confirmação da qualidade de ser desejável, deficiência percebida de desejo sexual, incapacidade de alcançar a satisfação desejada, limitações percebidas impostas pela doença, verbalização do problema relacionado a função corporal alterada.</p>	
<p>Identificação do perito: P4 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração percebida na excitação sexual, limitações percebidas impostas pela doença, limitações reais impostas pela terapia relacionada a função corporal alterada.</p>	
Variação da Escala Likert: 5	
Identificação do participante: MSS	
<p>Identificação do perito: P1 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração no alcance do papel sexual percebido, alteração do alcance da satisfação sexual, limitações percebidas pela doença, limitações reais impostas pela terapia, verbalização do problema relacionado a alteração biopsicossocial da sexualidade.</p>	
<p>Identificação do perito: P2 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por limitações impostas pela terapia relacionadas a função corporal alterada por hormonioterapia e radioterapia.</p>	
<p>Identificação do perito: P3 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por limitações percebidas imposta pela doença relacionada a alteração biopsicossocial da sexualidade.</p>	
<p>Identificação do perito: P4 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por limitações impostas pela terapia relacionadas a função corporal alterada por hormonioterapia e radioterapia.</p>	
Variação da Escala Likert: 5	

Identificação do participante: JAN
<p>Identificação do perito: P1 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração percebida na excitação sexual, deficiência percebida no desejo sexual, limitações reais impostas pela terapia relacionado a função corporal alterada.</p>
<p>Identificação do perito: P2 Escala Likert: 4 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por limitações percebidas imposta pela terapia relacionadas a função corporal alterada por hormonioterapia e radioterapia.</p>
<p>Identificação do perito: P3 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração percebida na excitação sexual, incapacidade de alcançar a satisfação desejada, limitações percebidas impostas pela terapia relacionado a função corporal alterada.</p>
<p>Identificação do perito: P4 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por deficiência percebida no desejo sexual, limitações reais impostas pela terapia relacionado a função corporal alterada.</p>
Variação da Escala Likert: 4 (25%), 5 (75%)
Identificação do participante: RR
<p>Identificação do perito: P1 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração no alcance da satisfação sexual, incapacidade de alcançar a satisfação desejada, limitações reais impostas pela terapia relacionada a vulnerabilidade.</p>
<p>Identificação do perito: P2 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por limitações percebidas impostas pela terapia relacionadas a função corporal alterada por cirurgia e radioterapia.</p>
<p>Identificação do perito: P3 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração no alcance da satisfação sexual, incapacidade de alcançar a satisfação desejada, limitações percebidas impostas pela doença, limitações reais impostas pela terapia alteração relacionada a vulnerabilidade.</p>
<p>Identificação do perito: P4 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração no alcance da satisfação sexual, limitações reais impostas pela terapia relacionada a vulnerabilidade.</p>
Variação da Escala Likert: 5

Identificação do participante: SM
<p>Identificação do perito: P1 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração percebida na excitação sexual, deficiência percebida de desejo sexual, limitações reais impostas pela doença, limitações reais impostas pela terapia, relacionada a função corporal alterada.</p>
<p>Identificação do perito: P2 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por deficiência percebida de desejo sexual relacionadas a função corporal alterada pela doença e pela radioterapia.</p>
<p>Identificação do perito: P3 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por alteração percebida na excitação sexual, alteração em alcançar o papel sexual percebido, deficiência percebidas de desejo sexual, incapacidade de alcançar a satisfação desejada, limitações reais impostas pela terapia relacionada a função corporal alterada.</p>
<p>Identificação do perito: P4 Escala Likert: 5 Diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual: Disfunção sexual caracterizada por deficiência percebida de desejo sexual, limitações reais impostas pela doença, limitações reais impostas pela terapia, relacionada a função corporal alterada pela radioterapia.</p>
Variação da Escala Likert: 5

Fonte: A autora

Observa-se pouca variação nos valores atribuídos pelos peritos, tendo como referência a escala Likert; quando relacionados o grau de concordância entre a entrevista realizada e o diagnóstico de disfunção sexual levantado. Podemos inferir que o instrumento de coleta de dados se mostrou confiável e permitiu que a pesquisadora coletasse as informações necessárias para a identificação do diagnóstico ou risco deste entre os homens em tratamento para o câncer de próstata.

Para Monteiro (2013), esta escala é muito utilizada em pesquisas científicas que tem com finalidade a medição de atitudes e comportamentos. A autora a considera como bipolar, por suas respostas variarem de um extremo ao outro, sendo a posição central referente ao valor médio do atributo. Assim, ela vai além de respostas dicotomias e possibilita níveis de opinião.

4.5 PLANO DE CUIDADOS

O processo de enfermagem é composto por cinco fases sequenciais e inter-relacionadas, sendo o planejamento, a terceira delas. O plano de cuidados de enfermagem constitui-se em um instrumento utilizado pelo profissional enfermeiro para auxiliá-lo na individualização do cuidado oferecido. Nas etapas que o precedem, investigação e levantamento dos diagnósticos de enfermagem, é realizada a coleta dos dados de acordo com o estado de saúde, validação dos dados coletados, agrupamento das informações com foco no fazer da enfermagem, identificação dos padrões de funcionamento humano prejudicados, registro em prontuário, análise e interpretação dos dados clínicos para levantamento dos problemas em potencial que irão basear a formulação dos diagnósticos, sejam eles reais, de risco, de promoção da saúde e de bem estar (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Inúmeras vantagens têm sido levantadas ao se aplicar o plano de cuidados na prática profissional, não só do ponto de vista do enfermeiro, mas principalmente do paciente, por tornar a assistência de enfermagem personalizada, eficiente, eficaz, de qualidade e segurança (GUIMARÃES et al., 1999).

Na condição de educador em saúde, o profissional de enfermagem, exerce esta atividade com diferentes clientela em diferentes contextos. Para tanto, necessita ter conhecimento dos fatores socioeconômico, político e cultural desse sujeito, essencial para o processo de cuidado. Esse conjunto de fatores dialogada entre si com o intuito de contemplar a individualidade de cada sujeito, suas necessidades e desejos, assim, o planejamento da assistência não se centra apenas em cuidados generalizados ou pré-pontuados. A intenção é o reconhecimento singular dos respectivos saberes e práticas valorizando a totalidade da vida de cada um, em uma perspectiva holística da vida humana (MARTINS, P. A. F.; ALVIM, 2012).

O diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual é aqui colocado como foco central para o planejamento do cuidado de homens em tratamento para o câncer de próstata. Está baseado tanto em problemas reais (atuais) quanto em problemas potenciais (risco). Seu enunciado descreve antecipadamente um agrupamento de sinais e sintomas. Os fatores relacionados representam a etiologia do problema, podendo ser de natureza fisiológica, ambiental, espiritual, psicológica, social ou cultural. Em sua descrição, podem sugerir como o cuidado pode ser oferecido. As características definidoras evidenciam as manifestações clínicas que levaram o profissional de enfermagem a concluir que o problema existe (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

No Quadro 14, a seguir, estão enumerados os fatores relacionados e as características definidoras identificados pelos peritos para o diagnóstico de disfunção sexual em homens em tratamento para o câncer de próstata:

Quadro 14 – Consolidado dos resultados do quadro 12

Enunciado	Características definidoras	Fatores relacionados
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disfunção sexual 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapacidade de alcançar a satisfação desejada ▪ Alterações em alcançar o papel sexual percebido ▪ Alterações no alcance da satisfação sexual ▪ Alteração percebida na excitação sexual ▪ Limitações reais impostas pela terapia ▪ Deficiência percebida de desejo sexual ▪ Limitações reais impostas pela doença 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Função corporal alterada por radioterapia ▪ Função corporal alterada por castração química ▪ Alteração biopsicossocial da sexualidade ▪ Vulnerabilidade

Fonte: A autora

Os peritos identificaram que um dos homens em tratamento para o câncer de próstata, apresentava o risco de possuir o diagnóstico de disfunção sexual. Para este participante o diagnóstico estabelecido seria (Quadro 15):

Quadro 15 – Diagnóstico de risco de disfunção sexual

Enunciado	Características definidoras
Risco de disfunção sexual	Limitações reais impostas pela terapia

Fonte: A autora

Para a elaboração de um plano de cuidados, a enfermeira especialista em oncologia clínica deve identificar que a função sexual do homem portador de uma neoplasia prostática é influenciada por fatores antes do diagnóstico, como sua função sexual e experiências prévias, uso de medicações e acometimento por outras doenças. Quando em tratamento, fatores

adicionais merecem atenção, como o tipo de tratamento, o estadio da doença, estado emocional e psicológico, crenças a respeito do câncer e o relacionamento com os outros. O reconhecimento desses fatores é fundamental para uma intervenção efetiva (GATES; FINK, 2009).

O tema da sexualidade deve ser levantado de maneira profissional e não ofensiva. A *Oncology Nursing Society* aconselha o modelo BETTER para a introdução do assunto com confiança e clareza (Quadro 16).

Quadro 16 – Modelo BETTER

Modelo BETTER para avaliação da sexualidade	
Bring	Iniciar a conversação atento a suas próprias posturas, não impondo crenças próprias.
Explain	Explicar que a sexualidade é parte da vida e contribui para a qualidade desta.
Tell Timing	Estar disponível para ouvir e discutir as preocupações sexuais.
Educate	Orientar sobre como o diagnóstico e o tratamento pode afetar a sexualidade.
Record	Registrar em prontuário a abordagem do tema.

Fonte: A autora, adaptado de Mick, Hughes e Cohen, 2004

A sexualidade foi tema incluído como parte do cuidado pela *Oncology Nursing Society* por meio do livro *Breaking the silence on cancer and sexuality: A handbook for healthcare providers*. Este serviria como guia facilitador do processo de enfermagem e qualidade do cuidado. A discussão apoia a ideia de forma a encorajar as enfermeiras a identificarem modificações na sexualidade auxiliando seus pacientes na manutenção da sua função sexual (KATZ, 2007).

Gates e Fink (2009) acreditam que como forma de facilitar a abordagem e discussão sobre a temática da sexualidade, clínicas e hospitais devem fornecer questionários que permitam aos pacientes o questionamento dos sintomas, assim como a inclusão de um espaço junto ao prontuário eletrônico que a realização do processo de enfermagem.

A seguir, segue o plano de cuidados estabelecido para os homens em tratamento para o câncer de próstata com base no diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual, suas características definidoras e fatores relacionados (Quadro 17). As intervenções de enfermagem relacionam-se com as classificações propostas pela NIC (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN 2011).

Quadro 17 – Plano de cuidados

	Intervenções	Justificativa
Aconselhamento (5240) Tempo necessário: 46-60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito. ▪ Demonstrar empatia, cordialidade e autenticidade. ▪ Estabelecer a duração da relação de aconselhamento. ▪ Estabelecer metas. ▪ Oferecer privacidade e garantir o sigilo. ▪ Oferecer informações apropriadas e sempre que necessárias. ▪ Estimular a expressão de sentimentos. ▪ Auxiliar o paciente a identificar o problema ou situação que está causando o sofrimento. 	<p>Acredita-se que o estabelecimento de um vínculo entre o profissional de enfermagem e o homem portador de uma neoplasia prostática, permitirá uma melhor abordagem da temática da sexualidade durante as consultas de enfermagem.</p> <p>A consulta de enfermagem, realizada em ambiente adequado, estabelece uma relação de lealdade para o desabafo de questões pessoais e íntimas.</p> <p>Para os homens em tratamento radioterápico, a consulta ocorre semanalmente. Para os homens em tratamento com hormonioterapia, a consulta ocorre mensalmente. Com um plano de cuidados individualizado, poderão ser feitas adequações, que frente o surgimento de um problema, poderá ser abordado quando necessário.</p>
Redução da ansiedade (5820) Tempo necessário: 31-45 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esclarecer as expectativas de acordo com o comportamento do paciente. ▪ Tentar compreender a perspectiva do paciente em relação a situação temida. ▪ Oferecer informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico. ▪ Escutar o paciente com atenção. 	
Melhora do sistema de apoio (5440) Tempo necessário: 46-60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar o grau de apoio da família. ▪ Encorajar as relações com pessoas com interesses e metas comuns. ▪ Envolver pessoas significativas nos cuidados e no planejamento. 	<p>Incluir a rede de apoio nos cuidados, em especial a (o) parceira (o).</p> <p>Incentivar o diálogo para a identificação de dúvidas e expressão dos problemas relacionados ao tratamento e sua interferência nas relações pessoais.</p>
Melhora da disposição para aprender (5540) Tempo necessário: 15 minutos ou menos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer comunicação. ▪ Auxiliar o paciente a lidar com emoções intensas. ▪ Lidar com preocupações específicas do paciente. ▪ Auxiliar o paciente a perceber a gravidade da doença. ▪ Auxiliar o paciente a reconhecer as opções de tratamento existentes. ▪ Auxiliar o paciente a conscientizar-se da suscetibilidade às complicações. 	<p>Oferecer orientação adequada no que concerne aos tratamentos propostos, seus efeitos colaterais e a interferência desses na qualidade de vida, principalmente no acometimento da sexualidade.</p> <p>Fazer com o paciente compreenda que alguns efeitos colaterais serão reversíveis após o tratamento, enquanto outros não serão.</p> <p>Dessa forma, oferecer meios, junto aos demais profissionais da equipe, formas de amenizar os efeitos consequências.</p>

Fortalecimento da autoestima (5400) Tempo necessário: 16-30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encorajar o paciente a identificar os pontos fortes. ▪ Ajudar o paciente a identificar reações positivas dos outros. ▪ Evitar críticas negativas. ▪ Transmitir confiança na capacidade do paciente para lidar com a situação. ▪ Ajudar o paciente a reexaminar percepções negativas de si mesmo. 	<p>Trabalhar o potencial de adaptação do paciente, frente as situações transitórias ou permanentes que venham a afetar sua condição de saúde atual.</p> <p>Assim, por meio de um pensamento resiliente, o ser adoecido irá conceber o diagnóstico e tratamento com menor impacto em sua vida.</p>
Reunião para avaliação dos cuidados multidisciplinares (8020) Tempo necessário: mais de 1 hora	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumir os dados sobre o estado de saúde do paciente pertinentes ao planejamento dos cuidados. ▪ Identificar os diagnósticos de enfermagem atuais. ▪ Descrever as intervenções de enfermagem implementadas. ▪ Discutir o progresso na direção das metas. ▪ Revisar o plano de cuidados do paciente, conforme necessário. 	<p>Por meio da realização de um plano de cuidados individualizado, o profissional de enfermagem estará apto a intervir de maneira objetiva frente aos problemas identificados nas etapas do processo de enfermagem.</p> <p>Ao identificar a necessidade de ações dos demais membros da equipe multidisciplinar, estes serão incluídos no cuidado, a fim de que obtenhamos o sucesso das intervenções propostas.</p>
Apoio emocional (5270) Tempo necessário: 16-30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auxiliar o paciente a identificar sentimentos como ansiedade, raiva e tristeza. 	<p>A expressão e identificação desses sentimentos é um processo necessário e fundamental para preencher o vazio de algo importante, como uma mudança do estado de saúde com interferência em sua qualidade de vida. Porém, esses sentimentos devem ser trabalhados de forma que não interfiram na adesão e continuidade do tratamento.</p>
Melhora do enfrentamento (5230) Tempo necessário: 31-45 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a adaptação do paciente a mudanças na imagem corporal. ▪ Avaliar o impacto da situação de vida do paciente nos papéis e nas relações. ▪ Avaliar a compreensão que o paciente tem do processo de doença. ▪ Oferecer informações reais a respeito do diagnóstico, tratamento e prognóstico. ▪ Encorajar uma atitude de esperança realista como forma de lidar com os sentimentos de desamparo. ▪ Encorajar relacionamentos com as pessoas que têm interesses comuns. 	<p>Envolver outras pessoas no cuidado, sejam elas familiares ou pessoas próximas.</p> <p>Envolver outros homens que estejam em tratamento e que tenham percebido comprometimento em sua sexualidade.</p>
Ensino: sexualidade (5624) Tempo necessário: 46-60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar a anatomia e a fisiologia humanas e da reprodução no homem. ▪ Discutir as pressões dos amigos e sociedade para que tenha uma relação sexual. ▪ Investigar o sentido dos papéis sexuais. ▪ Discutir o comportamento sexual e as formas adequadas de expressar os próprios sentimentos e necessidades. ▪ Discutir os benefícios da abstinência. 	<p>Trabalhar temas relacionados a sexualidade de forma a fazer com que os homens possam atribuir novos significados para seu comportamento sexual, desmistificando opiniões de senso comum.</p> <p>Destituir os conhecimentos empíricos que possam comprometer o comportamento diante da aceitação das mudanças ocasionadas pelo diagnóstico e/ou tratamento.</p>

Promoção de esperança (5310) Tempo necessário: 16-30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar o paciente sobre ser ou não temporário a situação atual. ▪ Envolver ativamente o paciente em seu próprio cuidado. ▪ Encorajar relações terapêuticas com pessoas importantes. 	<p>Estabelecer uma abordagem franca acerca dos possíveis comprometimentos da doença, para que o paciente tenha condição de criar estratégias de enfrentamento.</p> <p>Ser promotor do seu cuidado a partir das orientações recebidas no decorrer do tratamento. Com sua autoestima preservada, o paciente será capaz de criar formas alternativas de vivenciar sua sexualidade.</p> <p>Acredita-se que o envolvimento de indivíduos capazes de apoiá-lo durante o enfrentamento da doença, proporcionará aporte emocional durante as etapas do tratamento.</p>
Redução do estresse por mudança (5350) Tempo necessário:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encorajar a pessoa e a família a conversarem sobre preocupações com a mudança. ▪ Estimular o uso de estratégias de enfrentamento. 	<p>Estimulando o relacionamento interpessoal, inserindo a família no contexto do processo de doença e tratamento de forma a compreendê-los.</p> <p>Percepção do agente estressor por meio de esforços cognitivos e comportamentais, como forma de lidar com situações de dano, ameaça ou desafio.</p>
Mudança do processo familiar (7130) Tempo necessário: 46-60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar os efeitos das mudanças nos papéis sobre o processo familiar. 	<p>Propor escuta ativa para amparar seus anseios de forma a direcionar as dúvidas levantadas para a atuação do restante da equipe multidisciplinar.</p>
Melhora da imagem corporal (5220) Tempo necessário: 31-45 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usar orientação antecipada para preparar o paciente para mudanças previsíveis na imagem corporal. ▪ Ajudar o paciente a discutir mudanças causadas por doença ou cirurgia. 	<p>Realizar consulta de enfermagem em pré-operatório para esclarecer a realização do procedimento.</p> <p>Orientar sobre a anatomia e fisiologia do sistema geniturinário masculino e o acometimento deste por ocasião dos tratamentos. Sanar dúvidas e orientar sobre os principais efeitos colaterais.</p>

Administração de medicamentos: subcutânea (2317) Tempo necessário: 46-60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Considerar as indicações e contraindicações à injeção subcutânea. ▪ Monitorar os efeitos esperados e inesperados do medicamento. 	<p>Orientar quanto a administração da injeção subcutânea. Local, aplicação de anestésico local, orientação quanto a manutenção de curativo compressivo por 24 horas após e possíveis intercorrências.</p> <p>Criar estratégias para adequar o local de aplicação de acordo com IMC do paciente.</p> <p>Orientar o paciente para que ele perceba a ocorrência desses efeitos colaterais, para dessa forma, sejam acompanhados quanto a graduação de intensidade.</p>
Melhora do papel (5370) Tempo necessário: 16-30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajudar o paciente a identificar mudanças específicas nos papéis devido a doenças ou deficiências. 	<p>As mudanças serão identificadas baseadas nas orientações previamente recebidas em consulta de enfermagem.</p> <p>O paciente irá criar meios de se adequar à essas mudanças, para assim encarar de forma confiante o tratamento.</p>
Micção induzida (0640) Tempo necessário: 15 minutos ou menos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar a capacidade para reconhecer a urgência de urinar. ▪ Usar (lembretes verbais e cronometrados para usar o vaso sanitário) com pacientes que não evidenciem sinais e sintomas de incontinência urinária. 	<p>Capacitar o paciente a identificar a alteração no padrão urinário, a fim de viabilizar uma intervenção pela equipe multidisciplinar.</p> <p>Orientar as formar de identificar a ocorrência dessa alteração ainda não percebida para esta seja tratada precocemente.</p> <p>Servirá como mecanismo de ajuda a fim de promover o autocuidado.</p>

<p>Controle da radioterapia (6600) Tempo necessário: 46-60 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorar os efeitos de rastreamento pré-tratamento em pacientes de risco, efeitos secundários com início precoce, duração maior e desagradáveis. ▪ Promover atividades de modificação dos fatores de risco identificados. ▪ Monitorar a ocorrência de efeitos secundários e tóxicos ao tratamento. ▪ Dar informações ao paciente e familiares sobre o efeito radioativo nas células malignas. ▪ Oferecer cuidados especiais da pele às dobras dos tecidos propensas a infecção (pelve). ▪ Promover a ingestão adequada de líquidos e nutrientes. ▪ Discutir aspectos potenciais de disfunção sexual. ▪ Ensinar as implicações da terapia na função sexual. ▪ Monitorar o nível da fadiga. ▪ Encorar o repouso logo após os tratamentos. ▪ Monitorar o aparecimento de indicadores de infecção do trato urinário. ▪ Dar informações objetivas concretas relativas aos efeitos da terapia para reduzir a incerteza, o medo e a ansiedade do paciente em relação aos sintomas associados ao tratamento. 	<p>Conhecendo o paciente e o tratamento neoadjuvante, ao qual foi submetido; poderemos intervir de forma a minimizar os efeitos colaterais que a radioterapia pode potencializar.</p> <p>Dessa forma, a consulta de enfermagem com periodicidade semanal, servirá para acompanhamento e graduação desses efeitos, evitando sua interferência na sua qualidade de vida.</p> <p>Orientar, como linguagem acessível, que favoreça a compreensão do paciente e familiares; o mecanismo de ação da radioterapia sobre as células neoplásicas.</p> <p>Orientar os sinais infecção por acometimento da pele pela radioterapia, e formas de minimizá-la. Uso de medicações tópicas aliada aos cuidados de higiene.</p> <p>Orientar sobre a importância da ingestão hídrica assim como de uma alimentação adequada. Caso o profissional de enfermagem identifique algum fator de risco, como perda de peso, encaminhar o paciente ao serviço de nutrição.</p> <p>Um dos efeitos colaterais já comprovado, ocasionado pela radioterapia é a disfunção sexual. Dessa forma, este precisa ser orientado, discutido nas consultas de enfermagem.</p> <p>A fadiga também é um efeito colateral comum e queixa de muitos homens em tratamento para o câncer de próstata. Orientar que como o tratamento é realizado diariamente, o repouso é essencial para reestabelecimento do organismo.</p> <p>O aparecimento dos sintomas urinários deve ser tratado precocemente de forma a não intervir e prejudicar na sequência da radioterapia.</p> <p>Orientando de forma clara e objetiva os efeitos colaterais, com base em um conhecimento científico, o paciente se sentirá incluído no processo e confiante frente ao profissional responsável pelo seu cuidado.</p> <p>Quando o serviço oferecido consegue aliar o acolhimento e conhecimento técnico científico, o paciente se sentirá seguro com a assistência terapêutica proposta.</p>
<p>Terapia de reposição hormonal (2280) Tempo necessário: 16-30 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar as razões da escolha da terapia hormonal. ▪ Monitorar o paciente quanto aos efeitos terapêuticos. ▪ Monitorar a ocorrência de efeitos adversos. ▪ Revisar as informações relativas aos efeitos benéficos e adversos dos vários componentes hormonais. ▪ Facilitar a decisão de continuar/interromper. ▪ Revisar as informações sobre os efeitos interativos de terapias auxiliares, como a ocorrência de fadiga. 	<p>Justificar a hormonioterapia e sua aplicabilidade para o câncer de próstata. Orientando seu mecanismo de ação, efeitos colaterais ou adversos, sua possível interferência no estado nutricional e peso.</p> <p>Assim, como as consequências negativas devem ser orientadas, os benefícios do tratamento devem ser pontuados de forma a estimular o paciente a se interessar pelo tratamento de forma ativa, incentivando sua adesão.</p> <p>Ensinando o paciente meios e formas de controle de energia, este poderá controlar a fadiga planejando períodos frequentes de repouso, espaçando as atividades e limitando as atividades diárias, conforme apropriado.</p> <p>Facilitar a expressão dos medos sobre o prognóstico ou o sucesso dos tratamentos.</p>

<p>Identificação de risco (6610) Tempo necessário: 46-60 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisar o histórico ou documentação médica em busca de evidências de diagnósticos médicos existentes ou anteriores. ▪ Determinar o nível de funcionamento anterior e atual. ▪ Determinar a adesão ao tratamento médico e de enfermagem. ▪ Planejar atividades de redução de riscos com o indivíduo. ▪ Iniciar os encaminhamentos a profissionais da saúde. 	
<p>Aconselhamento sexual (5248) Tempo necessário: 46-60 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar logo ao paciente a relação que a sexualidade é elemento importante da vida e que a doença, os medicamentos e o estresse, costumam alterar a função sexual. ▪ Dizer ao paciente que você está preparado a responder as perguntas sobre a função sexual. ▪ Prefaciando perguntas sobre sexualidade com declarações que digam ao paciente que muitas pessoas têm dificuldades sexuais. ▪ Discutir sobre o assunto da situação de doença na sexualidade. ▪ Discutir sobre o efeito da medicação sobre a sexualidade. ▪ Discutir sobre o efeito de mudanças na sexualidade sobre as pessoas importantes. ▪ Discutir sobre o nível de conhecimentos do paciente sobre a sexualidade em geral. ▪ Encorajar o paciente a verbalizar medos e fazer perguntas. ▪ Discutir sobre as modificações necessárias na atividade sexual. ▪ Ajudar o paciente a expressar pesar e raiva sobre as alterações no funcionamento, aparência do corpo, conforme apropriado. ▪ Orientar o paciente quanto ao uso de medicamentos e outras formas para melhorar a capacidade de desempenho sexual. ▪ Oferecer tranquilidade no sentido de que as práticas sexuais atuais e novas são saudáveis. 	<p>Oferecendo informações concretas e objetivas relativas aos efeitos da terapia, podemos reduzir incertezas, medos e ansiedade sobre sintomas relacionados ao tratamento.</p> <p>Estabelecendo uma relação terapêutica duradoura, baseada na confiança e respeito, enfermeiro e paciente estão trabalhando para identificar os problemas ou situações que estão causando sofrimento e assim intermediá-los.</p> <p>Criando um ambiente propício para a abordagem do tema, facilitará a discussão do assunto entre paciente e companheira.</p> <p>As orientações quando oferecidas antes e durante o tratamento, permitirão que o homem e sua (seu) companheira (o) encontrem formas de enfrentarem justos as modificações em suas vidas nos fatores relacionados a sexualidade.</p> <p>Orientar, junto ao médico, que a disfunção sexual ocasionada pelos tratamentos, pode ser tratada.</p> <p>Juntamente a orientação médica, o paciente pode ter acesso ao uso de drogas pró eréteis como Sildenafil (Viagra®), Tadalafil (Cialis®) e Vardenafil (Levitra®). A possibilidade da vacuoterapia e as Injeções intracavernosas com alprostadil (Caverject®, Edex/Viridal®) e o implante cirúrgico de próteses penianas.</p> <p>Porém, para que possamos intervir dessa forma, o paciente deve ser capaz de reconhecer o grau em que sua sexualidade está afetada, permitindo a medicalização das diferentes fases do ato sexual.</p> <p>Dialogar com o paciente sobre as diversas formas de vivenciar sua sexualidade e prazer dentro das suas relações.</p>
<p>Toque (5460) Tempo necessário: 15 minutos ou menos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o contexto ambiental antes de oferecer o toque. ▪ Avaliar a disposição do paciente quando o toque é oferecido. ▪ Observar tabus culturais relativos ao toque. 	<p>Criando um ambiente propício para a realização do exame de toque retal, fará com que o paciente se sinta respeitado em sua intimidade.</p> <p>O paciente deve ser orientado sobre a importância da realização do exame para o rastreamento do câncer de próstata.</p>

Cuidados na incontinência urinária (0610) Tempo necessário: 31-45 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar causas multifatoriais da incontinência. ▪ Explicar a etiologia do problema e a justificativa das ações. ▪ Monitorar hábitos intestinais. ▪ Encaminhar a especialista em continência urinária, conforme apropriado. 	<p>Todas as modalidades terapêuticas para o câncer de próstata apontam a incontinência urinária como um efeito colateral importante. Dessa forma, medidas de identificação do problema devem ser orientadas precocemente. Alterações no hábito intestinal, também podem ocorrer devido a radiação. O monitoramento de ambos os efeitos colaterais deve ser acompanhado para intervenção no momento adequado.</p> <p>O encaminhamento para a fisioterapia deve ser feito para atuação multidisciplinar.</p>
Intervenções especiais para as áreas de especialidades de enfermagem		Justificativa
Enfermagem Oncológica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento por telefone ▪ Administração de medicamentos. ▪ Controle da eliminação urinária. ▪ Controle de energia. ▪ Controle da nutrição. ▪ Ensino: Procedimento tratamento ▪ Ensino: Processo da doença. 	<p>Já realizado por meio de ligações mensais para os pacientes em tratamento com hormonioterapia, de acordo com o protocolo da equipe multidisciplinar. Registro em <i>template</i> telefônico.</p> <p>A cada consulta é realizada a pesagem do paciente, que automaticamente (via prontuário eletrônico) emite um sinal de alerta para o serviço de nutrição quando o paciente se encontra em risco intermediário ou alto risco de perda de peso, quando comparado ao peso habitual registrado na primeira consulta.</p> <p>Realizado quando o protocolo terapêutico é instituído. É realizada a consulta de enfermagem para aplicação de TCLE, entrega do cartão de emergência e guia de orientação sobre os direitos dos pacientes.</p> <p>O paciente recebe as orientações específicas ao seu tratamento, efeitos colaterais referentes a cada medicação do protocolo.</p> <p>Realizado em consulta de enfermagem prévia a consulta médica. Avaliação e registro do exame de sangue de rotina para cada consulta, atentando para valores de PSA, testosterona, enzimas hepáticas, glicemia e leucócitos. Avaliação e registro dos exames de imagem, atentando para o volume prostático e medições comparativas.</p>
Enfermagem Radiológica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da saúde. ▪ Assistência em exames. ▪ Coleta de dados de pesquisa. ▪ Consulta por telefone. ▪ Controle do marca-passo definitivo. ▪ Ensino: procedimento/tratamento. ▪ Redução da ansiedade. ▪ Apoio emocional. ▪ Troca de informações sobre cuidados de saúde. 	<p>Vale destacar que o serviço de radioterapia contempla um setor paralelo. Sendo assim, dispõe de profissionais de enfermagem exclusivos, mas que atuam junto a equipe multidisciplinar.</p> <p>O <i>template</i> eletrônico possibilita o armazenamento de um banco de dados.</p>

Fonte: A autora

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de realização deste estudo nos fez refletir sobre a necessidade de elaboração de um plano de cuidados direcionado aos homens em tratamento para o câncer de próstata. Em uma proposta inicial, pretendíamos validar este diagnóstico, porém a abrangência desse objeto para o tempo de elaboração da dissertação, nos levou a repensar e voltar a atenção para o processo de enfermagem. Neste estudo, aproximamo-nos da Taxonomia da NANDA-I, do referencial teórico do modelo conceitual de Dorothea Orem e da classificação das intervenções de enfermagem NIC, para aplicação na prática clínica do cuidar de enfermagem.

A escolha dos temas oncologia, saúde do homem e sexualidade compôs uma tríade base para a construção de um plano de cuidados de enfermagem, voltado ao cuidado do homem portador de uma neoplasia prostática, submetido aos tratamentos de hormonioterapia e/ou radioterapia.

Este estudo teve como objetivos caracterizar os homens em tratamento para o câncer de próstata acerca do processo da doença, tratamento e efeitos desses em sua sexualidade; avaliar a disfunção sexual dos homens em tratamento para o câncer de próstata submetidos aos tratamentos de radioterapia e hormonioterapia e assim, estabelecer uma proposta de cuidado de enfermagem tomando como referência os fatores relacionados e as características definidoras do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual, pontuados pelos peritos.

A inclusão da sexualidade como parte da excelência do cuidado em oncologia clínica, e ainda, na saúde do homem; possibilita a visibilidade desse tema como significado de saúde. A partir dos resultados encontrados, pensamos na necessidade de um plano de cuidados que contemplasse intervenções cabíveis a todos os domínios da NIC; como fisiológico básico e complexo, comportamental, segurança, família e sistema de saúde.

Esse caminhar nos trouxe a certeza de que o cuidado em enfermagem voltado para o reestabelecimento da sexualidade acometida pelas modalidades terapêuticas do tratamento do câncer de próstata, deve ser direcionado para os diversos fatores que modificam o ser humano em seu contexto biológico, psicológico, cultural, social, familiar, laboral e espiritual. A implementação do processo de enfermagem para a elaboração e utilização do plano como instrumento orientador da prestação dos cuidados, possibilita garantir que ações necessárias sejam priorizadas ao longo da assistência prestada.

A teoria de autocuidado de Dorothea Orem, vem de encontro a aplicação prática na

enfermagem oncológica. Permite atuar enquanto profissional à luz da teoria, percebendo a necessidade de desenvolvimento de habilidades específicas a fim de que nos tornemos sensíveis a estes pacientes.

Nesse estudo, foram utilizadas três etapas do processo de enfermagem, a coleta de dados, a identificação do diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual e a elaboração do plano de cuidados. Reconhecemos a importância das demais etapas para o reestabelecimento da saúde sexual dos homens em tratamento.

O instrumento de coleta de dados aplicado pela pesquisadora, mostrou-se capaz de identificar o diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual em homens em tratamento para o câncer de próstata na amostra selecionada. Concluímos que as características definidoras e os fatores relacionados levantados pelos peritos, foram capazes de identificar os sinais e sintomas oriundos do diagnóstico e do tratamento, os problemas potenciais e fatores de risco; propondo a partir deles o plano de cuidados e as atividades para intervenção. Sua aplicação na prática nos permitirá um olhar que possibilite encontrar espaços para a expressão ainda desconhecida desse cotidiano de ser portador de uma neoplasia prostática com sua sexualidade modificada pelo diagnóstico e tratamentos. No entanto, é oportuno destacar as necessidades de modificações no instrumento com o propósito de adequação à realidade estudada; uma vez que esse processo de doença e o processo do cuidar de um paciente oncológico é dinâmico.

Dessa forma, propomos a revisão do instrumento de forma a uniformizar o impresso para registro do processo de enfermagem, no âmbito institucional, assim como a educação do profissional enfermeiro para utilização desse recurso. Faz-se necessário a organização de um grupo de trabalho para coordenar a implementação do instrumento e acompanhar seus resultados. A avaliação deste, em período a ser determinado, permitirá a elaboração de outras pesquisas na linha temática a fim de consolidar a produção do conhecimento e sua incorporação no processo de trabalho profissional da enfermagem oncológica.

Como limitação podemos verificar que ainda existe uma lacuna referente ao conhecimento dos homens a respeito do que é o câncer de próstata, antes do acometimento pela doença. Os sintomas urinários foram a principal causa para a procura por médicos especialistas. A detecção do aumento do PSA foi fator preditivo para a realização do acompanhamento de rotina. A realização do toque retal dividiu opiniões quanto ao receio e a importância da realização do mesmo.

Quanto as orientações recebidas pelo médico, relacionadas ao tratamento proposto, os sintomas mais mencionados foram as alterações nos sistemas geniturinário e gastrointestinal, fadiga e ondas de calor referente a indução da baixa hormonal.

As orientações recebidas sobre os efeitos colaterais do tratamento relacionados à sexualidade fizeram aflorar sentimentos de diversas ordens relacionadas a experiência do adoecimento pelo câncer de próstata. Fatores culturais, sociais, relacionados a idade e história de saúde demonstraram a forma particular com que cada indivíduo enfrenta o diagnóstico e os efeitos colaterais do tratamento. Dentre estes, a diminuição da libido e a disfunção sexual foram os eventos adversos mais comentados. O estudo comprova que a ocorrência da disfunção sexual era um evento adverso presente na vida dos homens em tratamento, ao mesmo tempo uma condição de vida preocupante com interferência na qualidade desta. Para tanto, houve um misto de palavras expressas para representar sentimentos bons e ruins.

Dessa forma, concluímos que para a abordagem da temática da sexualidade, são necessárias práticas de educação em saúde que visam um modelo de forma integral, que dê conta dos aspectos alusivos do câncer e à singularidade do cliente. A sexualidade vai além do ato sexual, inclui a forma como o indivíduo se sente como homem em sua intimidade. O diálogo não somente trabalha com o intuito de dar voz aos sujeitos, como também, dar significado a esta voz, imprimindo-lhe sentido. É preciso, deste modo, pensar a educação em saúde em consonância com as modificações cotidianas do mundo em que vivemos, sendo o cliente sujeito integrante ativo desse processo.

Observamos que no compartilhamento de informações entre enfermeiro e cliente deve haver confiança ao se discutir a sexualidade, refletindo e analisando o contexto do processo de saúde doença, de forma que ambos se mobilizem a fim da promoção de mudanças. Faz-se necessária a articulação dos cuidados de forma a promover atendimento integral, que prevê um olhar sobre a saúde do homem conforme o aspecto biopsicossocial em consonância com o momento atual de adoecimento pelo câncer de próstata. Para tanto, a participação ativa do próprio homem e parceira (o) na promoção do reestabelecimento de sua saúde, é imprescindível nas atividades implementadas, favorecendo o processo de conscientização sobre as formas de autocuidado, abrindo caminhos para favorecer sua saúde e bem-estar.

Incluir o paciente na promoção de sua saúde, contempla o processo interpessoal, permite a identificação de necessidades e possibilita traçar um plano de cuidados individual, coerente com as possibilidades de cada homem, demonstrando afinidade com os principais propósitos da enfermagem, os quais engloba a assistência ao paciente e família no enfrentamento de seus problemas de saúde. A construção de um plano de cuidados individualizado, permite ações direcionadas em busca de resultados para o restabelecimento da saúde e sexualidade, assim como o fortalecimento da prática clínica do profissional de enfermagem.

Por mais que esse cuidado deva ser visto sob a ótica de um cuidado multidisciplinar, envolvendo os demais profissionais da equipe no cuidado, este estudo intenciona dar visibilidade às ações da enfermagem. Ações estas que aqui buscamos, por meio de embasamento teórico científico mundialmente reconhecido e aplicado pelos profissionais enfermeiros como atividade privativa destes.

Nesse estudo, ao detectar o comprometimento da sexualidade e da função sexual em homens em tratamento para o câncer de próstata, foi abordado o junto ao plano de cuidados a forma como esse tema deve ser discutido de maneira profissional e não ofensiva. As intervenções evidenciadas pelas características definidoras e fatores relacionados mais frequentes, determinou-se algumas atividades pertinentes ao cuidado oferecido pelo enfermeiro:

- Oferecer informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico.
- Auxiliar o paciente a conscientizar-se da suscetibilidade às complicações.
- Avaliar a compreensão que o paciente tem do processo de doença.
- Oferecer informações reais a respeito do diagnóstico, tratamento e prognóstico.
- Discutir o comportamento sexual e as formas adequadas de expressar os próprios sentimentos e necessidades.
- Ajudar o paciente a discutir mudanças causadas por doença ou cirurgia.
- Monitorar os efeitos esperados e inesperados do medicamento.
- Discutir aspectos potenciais de disfunção sexual.
- Ensinar as implicações da terapia relacionada à disfunção sexual.
- Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito.

REFERÊNCIAS

ABELOFF, M. D. et al. **Abeloff's clinical oncology**. 4. ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2008.

ACIOLI, S. et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-642, set./out. 2014.

ALMEIDA, J. R. C.; CRUCIOL, J. M. **Farmacologia e terapêutica**: clínica para a equipe de enfermagem. São paulo: Atheneu, 2014.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Câncer de próstata**. c2015. Qué es cáncer de próstata? Disponível em:
<<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeprostata/guiadetallada/cancer-de-prostata-what-is-what-is-prostate-cancer>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

AMORIM, G. L. C. C. et al. Comparative analysis of radical prostatectomy techniques using perineal or suprapubic approach in the treatment of localized prostate cancer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 200-204, 2010.

AMORIM, V. M. S. L. et al. Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 347-356, fev. 2011.

ANDOLHE, R. et al. Stress e coping no período perioperatório de câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 711-720, set. 2009.

APPOLINI, E. et al. Intervenções de enfermagem para pacientes com disfunção erétil após prostatectomia radical: revisão integrativa. **Enfermería global**, Murcia, n. 42, p. 440, 2016.

ARAÚJO, I. C. S.; BARBOSA, M. H.; BARICHELLO, E. Distúrbios do sono em homens com câncer de próstata em hormonioterapia. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 705-709, 2014.

ARAÚJO, J. S. et al. Caracterização social e clínica dos homens com câncer de próstata atendidos em um hospital universitário. **Revista mineira de enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 204-210, abr./jun. 2015.

AYALA, A. L. M. Sobrevida de mulheres com câncer de mama, de uma cidade no sul do Brasil. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 566- 570, 2012.

BAADE, P. D. et al. Estimating the future burden of cancers preventable by better diet and physical activity in Australia. **The medical journal of Australia**, Sidney, v. 196, n. 5, p. 337-340, 2012.

BAILE, W. F. et al. SPIKES-a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **The oncologist**, Dayton, v. 5, n. 4, p. 302-311, 2000.

BARREIRA, J. V. N. **Tratamento da disfunção erétil após prostatectomia radical**. 2013. 33 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina)– Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2013.

BASSO, H. C.; SETTI, J. A. P.; SILVA, R. G. Avaliação de protocolo de preparo para tomografia de planejamento para pacientes submetidos à radioterapia de intensidade modulada de próstata através da avaliação retrospectiva das variações anatômicas inter-fração com Cone-Beam CT. **InterSciencePlace**, Campos dos Goytacazes, v. 11, n. 1, p. 1-179, 2016.

BELINELO, R. G. S. et al. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p.113-122. dez. 2014.

BERNARDI, A.; JACQUES-SILVA, M. C.; LENZ, G. Abordagem molecular no desenvolvimento de fármacos anti-tumorais. **Infarma-Ciências Farmacêuticas**, Brasília, v. 15, n. 9/10, p. 61-63, 2013.

BESERRA, E. P. et al. Sofrimento humano e cuidado de enfermagem: múltiplas visões. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 175-180, 2014.

BLASHILL, A. J. et al. Body Dissatisfaction Among Sexual Minority Men: Psychological and Sexual Health Outcomes. **Archives of sexual behavior**, New York, v. 45, n. 5, p. 1241-1247, Jul 2016.

BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2012.

BORGES, L. S. et al. Abordagens de gênero e sexualidade na Psicologia: revendo conceitos, repensando práticas. **Psicologia ciência e profissão**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 730-745, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa nacional de controle do câncer da próstata**: documento de consenso. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 9 dez. 2005. Seção 1, p. 80-81.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. atual. amp. Rio de Janeiro: Inca, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen n. 358, de 15 de outubro de 2009b. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e da outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 20 jun. 2015:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Adolescentes e jovens para a educação entre pares**: sexualidades e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**: Consolidação da base de dados de 2011b. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida_Sim_2011.pdf. Acesso em: 10 maio 2015.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. 1.ed. Brasília. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Oncologia**: manual de bases técnicas: Sistema de informações ambulatoriais. 17. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Oncologia**: manual de bases técnicas: Sistema de informações ambulatoriais. 19. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2015b.

BRIGEIRO, M.; MAKSUD, I. Aparição do Viagra na cena pública brasileira: discursos sobre corpo, gênero e sexualidade na mídia. **Revista de estudos feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 71-88, abr. 2009.

BULECHEK, G.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. Tradução de Soraya Imon de Oliveira et al. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2011.

CÁCERES MANRIQUE, F. M.; PUERTO PEDRAZA, H. M. Prevalencia de diagnósticos de enfermería en personas en tratamiento oncológico. **Investigación y educación en enfermería**, Medellín, v. 26, n. 2, p. 212-217, 2008.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**, Rio de Janeiro v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009.

CARVALHO, E. C. et al. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 235-240, 2008. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a22.htm>>. Acesso em: 18 ago. 2016.

CASTILHO, I. G.; SOUSA, M. A. A.; LEITE, R. M. S. Fotoexposição e fatores de risco para câncer da pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários. **Anais brasileiros de dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 2, p. 173-178, mar./abr. 2010.

CASTRO, H. A. S. de et al. Contribuição da densidade do PSA para predizer o câncer da próstata em pacientes com valores de PSA entre 2,6 e 10,0 ng/ml. **Radiologia brasileira**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 205-209, ago. 2011.

CHAMBERS SK. et al. Erectile dysfunction, masculinity, and psychosocial outcomes: a review of the experiences of men after prostate cancer treatment. **Translational andrology and urology**, Hong Kong, v. 5, n. 6, Nov 2016. (Publish ahead of print). Disponível em: <<http://tau.amegroups.com/article/view/11527>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

CHAVES, R. G. R. et al. Perfil socioeconômico de homens em um Município do Tocantins e sua percepção sobre toque retal e câncer de Próstata. **Saúde e desenvolvimento**, v. 9, n. 5, p. 37-56, 2016.

COELHO, E. et al. Molecular Mechanisms for Adhesion and Colonization of Human Gastric Mucosa by *Helicobacter pylori* and its Clinical Implications. **Acta médica portuguesa**, Lisboa, v. 29, n. 7-8, p. 476-483, 2016.

CORDEIRO, M. L. S. et al. Anticorpos monoclonais: implicações terapêuticas no câncer. **Saúde & ciência online**, Campina Grande, v. 3, n. 3, p. 253-265, 2014.

COSTA, J. F. L. V. **Abordagem psicoterapêutica no tratamento da disfunção erétil**. 2010. 27f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina)– Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2010.

COSTA, L. H. R.; COELHO, E. A. C. Enfermagem e sexualidade: revisão integrativa de artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 631-639, 2011.

COSTA, L. H. R.; COELHO, E. A. C. Sexualidade e a interseção com o cuidado na prática profissional de enfermeiras. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 493-500, 2013.

COSTA, M. E. D. et al. Nursing care to cancer patients in the hospital/Assistência de enfermagem ao paciente oncológico no hospital. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 2, n. 5, p. 69-75, 2014.

DALLA LIBERA, L. S. Avaliação da infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) em exames citopatológicos. **Revista brasileira de análises clínicas**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 138-143, 2016.

DALL'OGGIO, M. F. (Coord.). et al. **Diretrizes de câncer de próstata**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Urologia, 2011. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/1932401-Diretrizes-de-cancer-de-prostata.html>>. Acesso em: 18 ago. 2016.

DAMATTA, R. Tem pente aí? Reflexões sobre a identidade masculina. **Enfoques**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, P. 134-151, 2010.

DIAMOND, S. A. The psychology of sexuality: why sex is still such a central concern in psychotherapy. **Psychology today**, 10 May, 2014. Disponível em: <<https://www.psychologytoday.com/blog/evil-deeds/201405/the-psychology-sexuality>>. Acesso em: 18 ago. 2016.

DIAS, T. M. et al. Efetividade da imobilização na reprodutibilidade do posicionamento de pacientes submetidos à radioterapia para o câncer de próstata. **Revista HCPA**, Porto Alegre, 33, p. 94, 2013. Suplemento.

DORNAS, M. C. et al. Câncer de próstata. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p.100-107, 2008.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 46, p. 126-134, dez. 2012. Suplemento 1.

DUPAS, G. et al. Reflexão e síntese acerca do modelo do autocuidado de Orem. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 19-26, 1994.

ECCEL, C. S.; GRISCI, C. L. I. Trabalho e gênero: a produção de masculinidades na perspectiva de homens e mulheres. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro. v. 9, n. 1), p. 57-78, mar. 2011.

ELMOR, T. R. et al. Minimally invasive treatment of vesicourethral leak after laparoscopic radical prostatectomy. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 185-188, 2016.

EPSTEIN, J. I. et al. A contemporary prostate cancer grading system: a validated alternative to the Gleason score. **European urology**, Amsterdam, v. 69, n. 3, p. 428-435, 2016.

ESPÍRITO SANTO, F. H.; PORTO, I. S. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. **Escola Anna**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 539-546, 2006.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart & lung: the journal of critical care**, St. Louis, v. 16, n. 6, p. 625-629, Nov 1987. Part 1.

FERNANDES, A. A. C. et al. Sexualidade em homens com câncer de próstata. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Vale do Paraíba**, São Paulo, v. 1, n. 6, p. 113-122, 2015.

Disponível em:

<<http://www.publicacoes.fatea.br/index.php/reenvap/article/viewFile/1279/983>>. Acesso em: 10 abr.2015.

FERNANDES, M. V. et al. Perfil epidemiológico do homem com câncer de próstata atendido em um hospital universitário. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 2, p. 333-340, 2014.

FERRARI, A.; ALMEIDA, M. A. Corpo, gênero e sexualidade nos registros de indisciplina. **Educação e realidade**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 865-885, dez. 2012.

FIGUEIREDO, J. C. et al. Prostate adenocarcinoma associated with prostatic infection due to *Schistosoma haematobium*. Case report and systematic review. **Parasitology research**, Berlin, v. 114, n. 2, p. 351-358, 2015.

FLEURY, H. J.; ABDO, C. H. N. Importância do apoio psicoterapêutico para disfunção sexual no envelhecimento. **Diagnóstico e tratamento**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 161-163, 2013.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FRANCO, R. C.; SOUHAMI, L. Radioterapia e Hormonioterapia no Câncer de Próstata de Risco Intermediário: uma revisão crítica. **Revista brasileira de cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 2, p. 155-163, 2015.

GALINDO, M. C. **Comportamento caótico em sistemas dinâmicos e aplicação no estudo da evolução de tumores de câncer**. 2012. 79 f. Dissertação (Mestrado em Matemática Aplicada e Computacional)– Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2012.

GARBIN, L. M. et al. Classificação de resultados de enfermagem (NOC): identificação da produção científica relacionada. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 508-515, 2009.

GARCIA, O. R. Z.; LISBOA, L. C. S. Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária. **Texto & contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 708-716, set. 2012.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. Vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 19, p. 9-20, dez. 2010. Suplemento 2.

GATES, R. A.; FINK, R. M. **Segredos em enfermagem oncológica**: respostas necessárias ao dia-a-dia. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos da prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GIAMI, A. Da impotência à disfunção erétil: destinos da medicalização da sexualidade. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 637-658, 2009

GILBERT, E.; USSHER, J. M.; PERZ, J. Renegotiating sexuality and intimacy in the context of cancer: the experiences of carers. **Archives of sexual behavior**, New York, v. 39, n. 4, p. 998-1009, 2010.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, 2006.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GONÇALVES, M. C. S.; BRANDÃO, M. A. G.; DURAN, E. C. M. Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado em oncologia. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 115-124, 2016.

GOTTLIEB, M. G. V. et al. Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 365-380, 2011.

GUIMARÃES, B. et al. O plano de cuidados sob a ótica dos técnicos de enfermagem: um estudo de caso. **Rev. Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 1, n. 3, 1999. Acesso em: 6 out. 2016.

HAAS, G. P. et al. The worldwide epidemiology of prostate cancer: perspectives from autopsy studies. **The Canadian journal of urology**, Quebec, v. 15, n. 1, p. 3866-3871, 2008.

HAMOEN, E. H. J et al. Measuring health-related quality of life in men with prostate cancer: A systematic review of the most used questionnaires and their validity. **Urologic oncology**, Philadelphia, v. 33, n. 2, p. 69. e19-28, 2015.

HARDEN, J. K. et al. Partners' long-term appraisal of their caregiving experience, marital satisfaction, sexual satisfaction, and quality of life 2 years after prostate cancer treatment. **Cancer nursing**, Hagerstown, v. 36, n. 2, p. 104-113, 2013.

HAWKINS, Y. et al. Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer: the experience of partners in a sexual relationship with a person with cancer. **Cancer nursing**, Hagerstown, v. 32, n. 4, p. 271-280, 2009.

HERCOS, T. M. et al. O trabalho dos profissionais de Enfermagem em unidades de terapia intensiva na assistência ao paciente oncológico. **Revista brasileira de cancerologia**, Rio e Janeiro, v. 60, n. 1, p. 51-58, 2014.

HERDMAN, T. H. (Ed.). **NANDA International** - nursing diagnoses: definitions and classification 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.

HOFF, P. M. G. **Tratado de oncologia**. São Paulo: Atheneu, 2013.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. **Cidades@**: Rio de Janeiro. infográficos: escolas, docentes e matrículas por nível. c2016a. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/educacao.php?lang=&codmun=330455&search=rio-de-janeiro|rio-de-janeiro|infogr%EFficicos:-escolas-docentes-e-matr%EDculas-por-n%EDvel>>. Acesso em: 8 nov. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. **Estados@**: Rio de Janeiro. c2016b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rj>. Acesso em: 8 nov. 2016.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **Study finds prostate cancer increasing in most countries**. Rates remain highest in highest income regions of the world. Lyon: IARC, 2012a. (Press Release, n. 209). Disponível: <https://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2012/pdfs/pr209_E.pdf>. Acesso em: 19 out. 2016.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **GLOBOCAN 2012**: estimative cancer incidence, mortality and prevalence in worldwide 2012b. (The Globocan Project). Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>>. Acesso em: 19 out. 2016.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOOCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

JOHNSON, M. et al. **Ligações entre NANDA, NIC e NOC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.** Tradução de Regina Machado Garcez. 2. ed. Porto Alegre: Artemed, 2009.

JOHNSON, M. J. et al. The relationship between two performance scales: new york heart association classification and karnofsky performance status scale. **Journal of pain and symptom management**, New York, v. 47, n. 3, p. 652-658, 2014.

KATZ, A. **Breaking the silence on cancer and sexuality: a handbook for healthcare providers.** Pittsburgh: Oncology Nursing Society, 2007.

KAISARY, A. V. et al. Comparison of LHRH analogue (Zoladex) with orchiectomy in patients with metastatic prostatic carcinoma. **British journal of urology**, London, v. 67, n. 5, p. 502-508, May 1991.

KLOTZ, L. et al. The efficacy and safety of degarelix: a 12-month, comparative, randomized, open-label, parallel-group phase III study in patients with prostate cancer. **BJU international**, Oxford, v. 102, n. 11, p. 1531-1538, Dec 2008.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica.** São Paulo: Atlas, 1995.

LIMA, N. G.; SOARES, D. F. G.; RHODEN, E. L. Importance of prostate-specific antigen (PSA) as a predictive factor for concordance between the Gleason scores of prostate biopsies and RADICAL prostatectomy specimens. **Clinics**, São Paulo, v. 68, n. 6, p. 820-824, 2013.

LÖBLER, R. et al. Avaliação do Escore de Gleason como fator prognóstico em pacientes com câncer de próstata em hormonioterapia. **Revista brasileira de oncologia clínica**, São Paulo, v. 8, n. 27, p. 21-23, 2012.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 649-655, out. 2013.

LUZ, M. H. B. A.; SILVA, G. R. F.; LUZ, A. L. A. Teoria de Dorothea Orem: uma análise da sua aplicabilidade na assistência a pacientes estomizados. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 2, n. 1, p. 67-70, jan./mar. 2013.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil, 2011. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 609-622, dez. 2014.

MAROTTI, J. et al. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. **Revista de odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 186-194, 2008.

MARTINS, A. M. et al. Concepções de psicólogos sobre o adoecimento de homens com câncer. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 74-87, 2012.

MARTINS, P. A. F.; ALVIM, N. A. T. Plano de cuidados compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com a teoria do cuidado cultural de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 368-373, 2012.

MATA, L. R. F. et al. Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificações de enfermagem e adequação à norma ISO 18.104: 2003. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p.1512-1518, 2013.

MATHIAS, C. V.; BEUTER, M.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Experiência da família rural ao ter o pai/esposo com câncer de próstata. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 16, n. 4, p. 486-495, jul./ago. 2015.

MEDEIROS, A. P.; MENEZES, M. F. B.; NAPOLEÃO, A. A. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 385-388, 2011.

MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. R.; CABRAL, R. W. L. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos Enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 174-181, set. 2012.

MELO, A. S.; CARVALHO, E. C.; PELÁ, N. T. R. Proposed revisions for the nursing diagnoses sexual dysfunction and ineffective sexuality patterns. **International journal of nursing terminologies and classifications**, Malden, v. 18, n. 4, p. 150-155, Oct/Dec 2007.

MELO, R. P. et al. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 424-431, 2011.

MESQUITA, M. G. R. et al. Gerência do cuidado de enfermagem ao homem com câncer. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 2949-2960, 2015. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3847/pdf_1654>. Acesso em: 2 out. 2016.

MICK, J.; HUGHES, M.; COHEN, M. Z. Using the BETTER Model to assess sexuality. **Clinical journal of oncology nursing**, Pittsburgh, v. 8, n. 1, p. 84-86, Feb 2004.

MIGOWSKI, A.; SILVA, G. A. Sobrevida e fatores prognósticos de pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 344-352, 2010.

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 201-210, 2006.

MONTEIRO, G. T. R. **Pesquisa em Saúde Pública**: como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados. Curitiba: Appris, 2013.

MOTA, L. M. H. et al. Segurança do uso de terapias biológicas para o tratamento de artrite reumatoide e espondiloartrites. **Revista brasileira de reumatologia**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 281-309, 2015.

MOTA, P. et al. Tratamento do carcinoma da próstata metastizado: surgimento de novos horizontes terapêuticos. **Gazeta médica**, Carnaxide, v. 3, n. 2, p. 35-37, 2016.

MOTTET, N. et al. **EAU–ESTRO–SIOG Guidelines on Prostate Cancer**. Part 1: screening, diagnosis, and local treatment with curative intent. Amsterdam: European Association of Urology, 2016.

MUDERRIS, T. et al. Infecção pelo vírus Epstein-Barr tem influência sobre o desenvolvimento do carcinoma de laringe? Detecção de EBV pelo *Real-Time Polymerase Chain Reaction* em tecidos tumorais de pacientes com carcinoma de laringe. **Brazilian journal of otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 79, n. 4, p. 418-423, 2013.

MUNIZ, L. C.; MADRUGA, S. W.; ARAÚJO, C. L. Consumption of dairy products by adults and the elderly in the south of Brazil: a population-based study. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3515-3522, 2013.

NASCIMENTO, L. K. A. S. et al. Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 177-185, mar. 2012.

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p.759-766, 2011.

NOMIKOS, M. et al. The implication of initial 24-core transrectal prostate biopsy protocol on the detection of significant prostate cancer and high grade prostatic intraepithelial neoplasia. **International Brazilian journal of urology**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 87-93, 2011.

NOVAK, J. C.; SABINO, A. D. V. Efeitos psicossociais da prostatectomia radical em pacientes com câncer de próstata. **Arquivos de ciências da saúde**, São José do Rio Preto, v. 22, n. 3, p. 15-20, 2015.

NUNES, R. R. et al. Casos de recidiva ou metástase de câncer de mama após três anos de tratamento. **Revista interdisciplinar**, Teresina, v. 6, n. 1, p. 80-87, 2013. Acesso em 20 maio 2015.

OGUISSO, T. **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2. ed. Ampl. São Paulo: Manole, 2007.

OKSAR, M. et al. Robotic prostatectomy: the anesthetist's view for robotic urological surgeries, a prospective study. **Revista brasileira de anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 5, p. 307-313, 2014.

OLIVEIRA, A. M. et al. **Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem náusea em pacientes em tratamento quimioterápico**. 2015. 114 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)– Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

OLIVEIRA, P. P. et al. Estresse em pacientes submetidos a tratamento antineoplásico Stress in patients submitted to drug therapy. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 4487-4500, 2016. Acesso em: 5 set. 2016.

OLIVEIRA, P. S. D. et al. Percepção dos homens sobre o exame toque retal. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife v. 9, n. 5, p. 7760-7765, 2015.

PAIVA, E. P.; MOTTA, M. C. S.; GRIEP, R. H. Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer de próstata. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 73-80, 2011.

PAIVA, E. P.; MOTTA, M. C. S.; GRIEP, R. H. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 88-93, 2010.

PAZ, M. F. C. J. et al. Correlations between risk factors for prostate cancer: an epidemiological analysis. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 6, p. 187-199, 2014. Acesso em: 3 maio 2015.

PEREIRA, K. C.; SANTOS, C. F. Micotoxinas e seu potencial carcinogênico. **Ensaios e ciência: ciências biológicas, agrárias e da saúde**, Campo Grande, v. 15, n. 4, p. 147-165, 2015.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T.; SILVA, G. S. N. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 845-858, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação, utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PORTO, S. M. et al. Vivências de homens frente ao diagnóstico de câncer de próstata. **Ciência & saúde**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 83-89, 2016.

POTTER, P. A; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PRADO, B. B. F. Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer. **Ciencia e cultura**, São Paulo, v. 66, n. 1, p. 21-24, 2014.

PROSTATE CANCER FOUNDATION OF AUSTRALIA. **Grading and staging of prostate câncer**. c2016. <Disponível em: <http://www.prostate.org.au/awareness/for-recently-diagnosed-men-and-their-families/partners-and-carers/diagnosis/grading-and-staging-of-prostate-cancer/>>. Acesso em: 20 nov. 2016

REDE NORDESTE DE BIOTECNOLOGIA. **Por que os homens não vão ao médico**. 2008. Disponível em: <<http://www.saude.gov>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

REMIZOSKI, J.; ROCHA, M. M.; VALL, J. Dificuldades na implantação da sistematização da assistência de enfermagem-SAE: uma revisão teórica. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 3, p. 1-4, 2014. Disponível em: <<http://revistas.unibrasil.com.br/cadernossaude/index.php/saude/article/view/68/68>>. Acesso em: 12 out. 2016.

RESENDE, A. C.; ALMEIDA, R. C. Modelagem e simulação de problemas de crescimento tumoral. **Proceeding Series of the Brazilian Society of Computational and Applied Mathematics**, São Carlos, v. 3, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://proceedings.sbmac.org.br/sbmac/article/view/619/625>>. Acesso em: 5 jun. 2015.

RHODEN, E. L.; AVERBECK, M. A. Câncer de próstata localizado. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 1, p. 92-99, 2010.

RIBEIRO, J. C.; RUOFF, A. B.; BAPTISTA, C. L. B. M. Informatização da Sistematização da Assistência de Enfermagem: avanços na gestão do cuidado. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 75-80 2014.

RIBEIRO, T. S.; SANTOS, V. O. Segurança do paciente na administração de quimioterapia antineoplásica: uma revisão integrativa. **Revista brasileira de cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 2, p. 145-153, 2015.

RIBEIRO JÚNIOR, U. et al. Método laparoscópico no diagnóstico e extensão da carcinomatose peritoneal. **Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 196-199, 2010.

ROCHA, E. M. et al. O CAMINHAR DA ENFERMAGEM NA SEXUALIDADE: REVISITANDO A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE 2005 A 2010. **Revista eletrônica interdisciplinar**, Barra do Garças, v. 1, n. 11, p. 137-141, 2014. Disponível em: <<http://www.univar.edu.br/revista/index.php/interdisciplinar/article/view/279>>. Acesso em: 8 maio 2015.

ROHDEN, F. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. **Revista estudos feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 89-109, abr. 2009.

ROMERO, F. R. et al. The prevalence of prostate cancer in Brazil is higher in Black men than in White men: systematic review and meta-analysis. **International brazilian journal of urology**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 440-447, 2012.

ROSA, T. M. **Alterações genômicas no gene PTEN em pacientes com adenocarcinoma de próstata em Goiânia**. 2014. 68 f. Dissertação (Mestrado em Genética)– Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2014.

SALES, C. A. et al. O sentimento de esperança em pacientes com câncer: uma análise existencial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 4, p. 659-667, jul./ago. 2014.

SANDLIN, D. Robotic assisted prostatectomy. **Journal of perianesthesia nursing**, Philadelphia, v. 19, n. 2, p. 114-116, 2004.

SANTIAGO, L. M. et al. Prevalência e fatores associados à realização de exames de rastreamento para câncer de próstata em idosos de Juiz de Fora, MG, Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3535-3542, dez. 2013.

SANTOS, D. R. F. et al. Cuidados de enfermagem ao paciente em pós-operatório de prostatectomia: revisão integrativa. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 3, p. 690-701, set. 2012. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/14980/13442>>. Acesso em 10 fev. 2016.

SANTOS, R. A. et al. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer no trato aerodigestivo superior: relevância dos fatores de risco álcool e tabaco. **Revista brasileira de cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 21-29, 2012.

SAWADA, N. O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 581-587, 2009.

SCHEIN, C. F. et al. Efeitos colaterais da quimioterapia em pacientes oncológicos hospitalizados. **Disciplinarum Scientia Saúde**, Santa Maria, v. 7, n. 1, p. 101-107, 2006.

SCHIAVINA, R. et al. Survival, continence and potency (SCP) recovery after radical retropubic prostatectomy: a long-term combined evaluation of surgical outcomes. **European journal of surgical oncology**, Amsterdam, v. 40, n. 12, p. 1716-1723, 2014.

SEHNEM, G. D. et al. A sexualidade na formação acadêmica do enfermeiro. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 90-96, 2013.

SEMEÃO, L. E. S. et al. Soroprevalência do vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV) entre doadores de sangue em hemocentros de Maringá-Paraná e Boa Vista-Roraima. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 523-529, 2015.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 415-428, 2013.

SHAMLOUL, R.; GHANEM, H. Erectile dysfunction. **The Lancet**, London, v. 381, n. 9861, p. 153-165, 2013.

SILVA, E. V. **Disfunção sexual como diagnóstico de enfermagem em pacientes coronariopatas**. 2003. 62 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto)– Universidade Federal do Estado de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVA, M. C. **Influência da infecção pelo vírus HTLV-1 (Human T Lymphotropic vírus type 1) na evolução da doença pelo vírus C da hepatite em pacientes coinfectados pelo VHC com o vírus HTLV-1**. 2015. 98 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)– Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 2, p.172-178, 2011.

SILVA, P. O.; GORINI, M. I. P. C. Validação das características definidoras do diagnóstico de Enfermagem: fadiga no paciente oncológico. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 504-510, jun. 2012.

SILVA, S. T. et al. Combate ao tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.539-552, 2014.

SILVA, T. B. C. et al. Percepción de causas y riesgo oncológico, historia familiar y comportamientos preventivos de pacientes en asesoramiento oncogenético. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p.377-384, 2013.

SILVA, T. L. D.; DAMIN, D. C. O índice de linfonodos comprometidos como um preditor para a ocorrência de recidivas tumorais no câncer de cólon estágio III. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, p. 463-470, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Doenças urológicas**: próstata: hiperplasia, câncer. 28 fev. 2015a. Disponível em: <<http://www.sburj.org.br/doencas-ler.php?id=47&prostata-hiperplasia-cancer/>>. Acesso em: 22 set. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Impotência sexual**. 20 out. 2015b. Disponível em: <<http://portaldaurologia.org.br/doencas/impotencia-sexual/>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

SOORIAKUMARAN, P. et al. Oncologic Outcomes of Robotic-Assisted Radical Prostatectomy: The “Balancing Act” of Achieving Cancer Control and Minimizing Collateral Damage. In: RAZDAN, S. (Ed.) **Urinary continence and sexual function after robotic radical prostatectomy**. London: Springer International Publishing, 2016. p. 101-113.

SOUZA, A. M.; CARVALHO, E. C.; HAAS, V. J. Características definidoras validadas por especialistas e as manifestadas por pacientes: estudo dos diagnósticos disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p. 951-958, 2008.

SOUZA, A. S.; VALADARES, G. V. Desvelando o saber/ fazer sobre diagnósticos de enfermagem: experiência vivida em neurocirurgia oncológica. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, Oct. 2011.

SOUZA, C. A. et al. Importância do exercício físico no tratamento da disfunção erétil. **Revista brasileira de cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 180-185, 2011.

SEIDENFELD, J. et al. Single-therapy androgen suppression in men with advanced prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. **Annals of internal medicine**, Philadelphia, v. 132, n. 7, p. 566-577, Apr 2000.

STEFANI, S. et al. Custo por evento evitado da enzalutamida versus abiraterona associada à prednisona em homens com câncer de próstata resistente à castração metastático, sob a perspectiva do Sistema de Saúde Suplementar no Brasil. **Jornal brasileiro de economia da saúde**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 127-134, 2015.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. SAE. **Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TANNURE, M. C.; SALGADO, P. O.; CHIANCA, T. C. M. Mapeamento cruzado: títulos diagnósticos formulados segundo a CIPE® versus diagnósticos da NANDA Internacional. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 972-978, 2014.

THE UNIVERSITY OF TEXAS. MD Anderson Cancer Center. **Treatment options: Chemotherapy**. c2016a. Disponível em: <www.mdanderson.org/treatment-options/chemotherapy.html>. Acesso em: 22 set. 2016.

THE UNIVERSITY OF TEXAS. MD Anderson Cancer Center. **Treatment options: Radiation Therapy**. c2016b. Disponível em: <<https://www.mdanderson.org/treatment-options/radiation-therapy.html>>. Acesso em: 22 set. 2016.

THE UNIVERSITY OF TEXAS. MD Anderson Cancer Center. **Treatment options: Surgery**. c2016c. Disponível em: <<https://www.mdanderson.org/treatment-options/surgery.html>>. Acesso em: 22 set. 2016.

TORRES, E. et al. Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 730-736, 2011.

TRILICO, M. L. C. et al. Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 381-395, ago. 2015.

TRINDADE, L. L. et al. Satisfação profissional e qualidade no cuidado em oncologia: visão dos profissionais da saúde. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2383-2392, 2015. Acesso em: 19 jul. 2016.

TURKES, A. O.; PEELING, W. B.; GRIFFITHS, K. Treatment of patients with advanced cancer of the prostate: phase III trial, zoladex against castration; a study of the British Prostate Group. **Journal of steroid biochemistry**, Oxford, v. 27, n. 1-3, p. 543-549, 1987.

UNION FOR INTERNATIONAL CANCER CONTROL. **TMN: about - What is TNM?** Geneva: UICC, c2016. Disponível em: <<http://www.uicc.org/resources/tnm/about/>>. Acesso em: 22 out. 2016.

UNIVERSITY OF LEICESTER. Virtual Genetics Education Centre. **The cell cycle, mitosis and meiosis.** [c201-]. Disponível em: <<http://www2.le.ac.uk/departments/genetics/vgec/schoolscolleges/topics/cellcycle-mitosis-meiosis>>. Acesso em: 18 ago. 2016.

VAZ, C. M. G. A. **Aspetos da vida sexual na terceira idade: uma abordagem qualitativa e exploratória da percepção do cuidador formal sobre a sexualidade do idoso.** 2012. 105 f. Dissertação (Mestrado em Educação Social)– Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação, Bragança, 2012.

VIDAL, M. L. B. et al. Disfunção sexual relacionada à radioterapia na pelve feminina: diagnóstico de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 90-96, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório sobre a saúde no mundo – saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Geneva: OMS. 2001. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer: Modifying and avoiding risk factors.** Updated Feb 2015. (Fact sheet n. 297). Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>>. Acesso em: 10 maio 2015.

XAVIER, M. P.; ARAÚJO, J. S. O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. **Saúde em foco**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 137-149, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A– Instrumento para Coleta de Dados

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data: ___/___/_____

Acompanhante: _____

1.1 Identificação

(Entrevista realizada pela pesquisadora).

Nome: _____

Idade _____

Religião: _____

Prontuário _____

Data do diagnóstico: ___/___/___

Data de início do tratamento: ___/___/___

Peso: _____ kg Altura: _____ cm

Estado civil:

1 solteiro 2 casado 3 viúvo 4 separado/divorciado 5 união estável

Profissão: _____

Ocupação:

1 aposentado 2 desempregado 3 trabalhador autônomo 4 trabalho com vínculo empregatício 5 do lar 6 licença médica outros

Escolaridade:

1 analfabeto 2 fundamental incompleto 3 fundamental completo 4 ensino médio incompleto 5 ensino médio 6 ensino superior

Renda Pessoal:

1- < um salário mínimo 2 um salário 3 > um salário e < três salários mínimos 4- > três e < cinco salários mínimos 5 > cinco salários mínimos

Renda Familiar:

1- < um salário mínimo 2 um salário 3 > um salário e < três salários mínimos 4- > três e < cinco salários mínimos 5 > cinco salários mínimos

1.2 Informações sobre a doença e tratamento

Diagnóstico médico (CID): _____

Gleason: _____

Modalidade terapêutica atual?

Tratamentos oncológicos já realizados?

Doença progressa?

Fatores de risco
Tabagismo:

- 0 sim - Número de cigarros por dia _____
- 1 não
- 2 Ex-tabagista - Quanto tempo? _____

Etilismo:

- 0 sim
- Com qual frequência: _____
- 1 Não

Prática de exercícios físicos:

- 0 sim – Qual atividade: _____
- Quantos dias na semana: _____
- 1 não

História de câncer na família:

Em algum momento, interrompeu o tratamento?

- 0 sim
- Qual o motivo? _____
- Parou durante quanto tempo? _____

- 1 não

1.3 Conhecimento sobre o seu problema de saúde**1-O que o Sr sabe sobre o câncer de próstata?**

2-O que o médico explicou ao Sr a respeito do seu tratamento?

1.4 Auto conhecimento**1-Como o Sr se sente em relação ao seu problema de saúde hoje?**

- 1 Orientado 2 Pouco orientado 3 Prefere não falar do assunto
- 4 Prefere que os familiares sejam orientados

2. Como o Sr se sente fazendo um tratamento para o câncer de próstata?

- 0 esta otimista com o tratamento
- 1 está desanimado
- 2 está preocupado
- 3 está com medo
- 4 não consegue aceitar o problema
- 5 nega o problema

3. Sua esposa (parceira) o acompanha durante as consultas e/ou tratamento?

- 0 sim 1 não

4. Como o Sr percebe que a sua esposa/parceira se sente sabendo que o Sr está fazendo um tratamento para câncer de próstata?

- 0 esta otimista com o tratamento
- 1 está desanimado
- 2 está preocupado
- 3 está com medo
- 4 não consegue aceitar o problema
- 5 nega o problema

5. Quais orientações o Sr recebeu sobre os efeitos colaterais do tratamento relacionados à sexualidade?

6. Com qual frequência o Sr mantinha relações sexuais antes do tratamento?

- 0 diariamente
- 1 cerca de 1 vez por semana
- 2 cerca de 1 vez a cada 2 semanas
- 3 cerca de 1 vez por mês
- 4 não tenho relação sexual há mais de 1 mês

7. Após o início do tratamento, o Sr está tendo relação sexual com que frequência?

- 0 cerca de uma vez por semana
- 1 cerca de uma vez por mês
- 2 Ainda não consegui ter uma relação sexual
- 3 Ainda não tentei ter uma relação sexual

8. Como o Sr avalia hoje o seu desempenho sexual?

- 0 muito bom
- 1 bom
- 2 razoável
- 3 ruim
- 4 muito ruim

9. Caso o Sr tenha observado alguma mudança, foi:

- 1 após receber o diagnóstico da doença
- 2 após o início do tratamento

10. Como o Sr percebe que o tratamento para o câncer de próstata possa estar prejudicado sua sexualidade?

- 0 não tenho desejo sexual

- 1 tenho desejo sexual mas não consigo ter ereção
- 2 tenho ereção mas não consigo atingir o orgasmo
- 3 perda de interesse pela (o) companheira (o)
- 4 o tratamento não está prejudicando a minha sexualidade

11. Como o Sr classificaria o seu desejo sexual:

- 1 satisfatório 2 insatisfatório 3 não compensador 4 inadequado

12. Como o Sr classificaria a sua capacidade de ter uma ereção:

- 1 satisfatória 2 insatisfatória 3 não compensadora 4 inadequada

13. Como o Sr classificaria a sua capacidade de ter um orgasmo:

- 1 satisfatória 2 insatisfatória 3 não compensadora 4 inadequada

14. Defina em uma palavra o que o tratamento para o câncer de próstata significa para o Sr.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA HOMENS
EMTRATAMENTO PARA O CÂNCER DE PRÓSTATA

O Sr. está sendo convidado como voluntário a participar da pesquisa Validação do diagnóstico de enfermagem Disfunção Sexual em homens em tratamento para o câncer de próstata. Nesta pesquisa pretendemos validar o diagnóstico de enfermagem “Disfunção sexual” em homens em tratamento para o câncer de próstata. O motivo que me leva a estudar este diagnóstico de enfermagem é verificar como o tratamento para o câncer de próstata tem interferindo em sua sexualidade.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr participará de uma entrevista para obtermos informações importantes sobre o problema de Disfunção Sexual nos homens que fazem tratamento para o câncer de próstata. As informações serão analisadas por enfermeiros especialistas no assunto. Os riscos envolvidos na pesquisa são riscos de origem psicológica, intelectual ou/e emocional, com possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto em compartilhar informações pessoais ou confidenciais. A pesquisa contribuirá para que outros profissionais de enfermagem, que também cuidam de pacientes oncológicos, possam identificar esse diagnóstico e ajudar outros homens a enfrentar os problemas relacionados à sexualidade no tratamento do câncer de próstata, pois este assunto também deve fazer parte do processo de assistência de enfermagem.

Para participar deste estudo o Sr não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr. tem assegurado o direito a indenização. O Sr. terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O Sr não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Grupo COI e a outra será fornecida ao Sr. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa Validação do diagnóstico de enfermagem Disfunção Sexual em homens em tratamento para o câncer de próstata, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

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

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20 .

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Nome do Pesquisador Responsável: Gabriela Mota Antunes de Oliveira

Endereço: Avenida Jorge Curi nº 550 Barra da Tijuca Rio de Janeiro-RJ

Fone: (21) 3385-2000

Fone: (32) 98877-9819

E-mail: gabrielamao@hotmail.com

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os peritos

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PERITOS

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa Validação do diagnóstico de enfermagem Disfunção Sexual em homens em tratamento para o câncer de próstata. Nesta pesquisa pretendemos validar as Características Definidoras e os Fatores Relacionados do diagnóstico de enfermagem “Disfunção sexual” em homens em tratamento para o câncer de próstata. O motivo que nos leva a estudar a construção de uma proposta de cuidado, possibilita-nos nortear a prescrição destes e com isso, reestruturar o processo de sistematização da assistência, aperfeiçoando o agir profissional do enfermeiro, instigando a adoção de condutas e atitudes que conduzam de maneira mais efetiva o complexo nível de cuidado prestado pela equipe ao paciente oncológico.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: será realizada entrevista junto aos pacientes em tratamento para o câncer de próstata a fim de verificar a incidência das evidências clínicas da população em questão em um ambiente clínico. Após a entrevista, os dados serão organizados na perspectiva de encontrar o diagnóstico de enfermagem em estudo, suas características definidoras e fatores relacionados, em homens em tratamento para o câncer de próstata. Os achados diagnósticos constituirá o material a ser enviado para a apreciação e validação por parte dos enfermeiros peritos. Será solicitados que esses, avaliem se os itens em questão refletem um domínio específico de acordo com o constructo de interesse. A finalidade é que os peritos atuem como juízes em relação ao grau que as características definidoras representam para o diagnóstico em estudo. Os riscos envolvidos na pesquisa constituem em risco de natureza psicológica, intelectual ou/e emocional, como a possibilidade de constrangimento ao analisar questionários contendo informações pessoais ou confidenciais de terceiros. A pesquisa contribuirá para a prestação de uma assistência de qualidade, de modo a intervir de forma direcionada ao paciente oncológico e suas necessidades terapêuticas, viabilizando além do contexto da enfermagem, a interdisciplinaridade da equipe que o assiste.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Grupo COI e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco)

anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa Validação do diagnóstico de enfermagem Disfunção Sexual em homens em tratamento para o câncer de próstata. de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

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

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20 .

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Nome do Pesquisador Responsável: Gabriela Mota Antunes de Oliveira

Endereço: Avenida Jorge Curi nº 550 Barra da Tijuca Rio de Janeiro-RJ

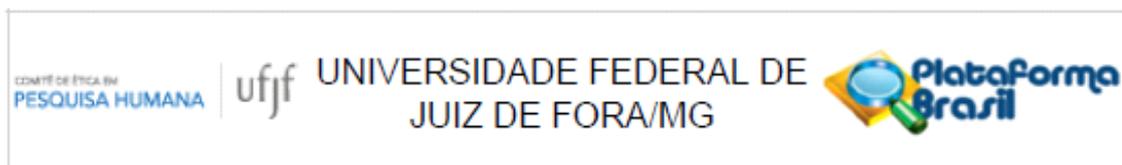
Fone: (21) 3385-2000

Fone: (32) 98877-9819

E-mail: gabrielamao@hotmail.com

ANEXOS

ANEXO A – Termo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Validação do diagnóstico de enfermagem Disfunção Sexual em homens em tratamento para o câncer de próstata

Pesquisador: Gabriela Mota Antunes de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53911116.0.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.500.526

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

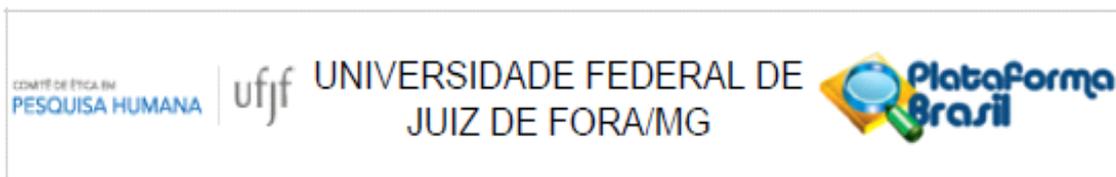
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, apresenta o tipo de estudo, número de participantes, critério de inclusão e exclusão, forma de recrutamento. As referencias bibliográficas são atuais, sustentam os

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.500.526

objetivos do estudo e seguem uma normatização. O cronograma mostra as diversas etapas da pesquisa, além de mostra que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo CEP. O orçamento lista a relação detalhada dos custos da pesquisa que serão financiados com recursos próprios conforme consta no campo apoio financeiro. A pesquisa proposta está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.6, II.11 e XI.2; com a Norma Operacional CNS 001 de 2013. Itens: 3.4.1-6, 8, 9, 10 e 11; 3.3 - f; com o Manual Operacional para CEPs Item: VI - c; e com o Manual para submissão de pesquisa "Desenho".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CEPs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N°

Endereço: JOSE LOURENÇO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 1.500.526

001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Julho de 2016.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_662412.pdf	12/04/2016 17:01:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_2.odt	08/04/2016 08:36:29	Gabriela Mota Antunes de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_1.odt	08/04/2016 08:36:17	Gabriela Mota Antunes de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.odt	08/04/2016 08:35:23	Gabriela Mota Antunes de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermodeconfidencialidadeGABI.pdf	07/03/2016 15:44:28	Gabriela Mota Antunes de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoGMAO.pdf	07/03/2016 15:43:45	Gabriela Mota Antunes de Oliveira	Aceito
Outros	Instrumentoperito.docx	04/03/2016 12:13:37	Gabriela Mota Antunes de Oliveira	Aceito
Outros	Instrumentopaciente.docx	04/03/2016 12:12:54	Gabriela Mota Antunes de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	GMAOTCLEpacientes.doc	04/03/2016 12:12:08	Gabriela Mota Antunes de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	GMAOTCLEperitos.doc	04/03/2016 12:11:41	Gabriela Mota Antunes de Oliveira	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.500.526

Ausência	GMAOTCLEperitos.doc	04/03/2016 12:11:41	Gabriela Mota Antunes de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	GMAOProjetoEnfermagem.odt	04/03/2016 12:11:16	Gabriela Mota Antunes de Oliveira	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_do_investigador_e_instituicao.pdf	16/02/2016 16:55:04	Leandro Silva Camara	Aceito
Outros	Declaracao_de_autorizacao_para_a_coleta_de_amostras.pdf	16/02/2016 16:53:41	Leandro Silva Camara	Aceito
Outros	Declaracao_de_infraestrutura.pdf	16/02/2016 16:52:41	Leandro Silva Camara	Aceito
Outros	Declaracao_sobre_o_vinculo.pdf	16/02/2016 16:50:33	Leandro Silva Camara	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 14 de Abril de 2016

Assinado por:
Lainer Augusta da Cunha Serrano
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br