



REVISIONES

Intervenções de enfermagem para pacientes com disfunção erétil após prostatectomia radical: revisão integrativa

Intervenciones de enfermería para pacientes con disfunción eréctil después de prostatectomía radical: una revisión integral

Nursing interventions for patients with erectile dysfunction after radical prostatectomy: an integrative review

*Appoloni Eduardo, Aline Helena **Napoleão, Anamaria Alves *Carvalho, Emilia Campos de

*Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo EERP-USP. E-mail: aline-12@hotmail.com **Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. Brasil.

Palavras chave: disfunção erétil; prostatectomia; cuidado de enfermagem; intervenção de enfermagem

Palabras clave: disfunción eréctil; prostatectomía; cuidados de enfermería; intervención de enfermería

Keywords: erectile dysfunction; prostatectomy; nursing care; nursing intervention.

RESUMO

Este estudo teve o **objetivo** de identificar intervenções de enfermagem para pacientes submetidos a prostatectomia radical. Trata-se de uma revisão integrativa norteada pela questão "Quais são as intervenções de enfermagem direcionadas aos pacientes com disfunção erétil após prostatectomia radical?", realizada nas bases PubMed, Web of Science, CINAHL, SCOPUS, Biblioteca Cochrane, LILACS e na lista de referências a partir dos artigos selecionados. Compuseram a amostra final 10 artigos e 43 intervenções de enfermagem foram identificadas e agrupadas em 10 categorias. As intervenções de enfermagem para pacientes com disfunção erétil após prostatectomia radical concentraram-se na educação acerca da natureza da disfunção erétil, tratamento e sexualidade; além de fortalecerem o envolvimento das esposas durante o processo de enfrentamento e tratamento da disfunção. Estas intervenções poderão ser úteis para que enfermeiros possam atuar durante o acompanhamento destes pacientes, proporcionando melhora da qualidade de vida e bem-estar

RESUMEN

Este estudio tuvo como **objetivo** identificar las intervenciones de enfermería en pacientes sometidos a prostatectomía radical. Se trata de una revisión integradora guiada por la pregunta "¿Cuáles son las intervenciones de enfermería dirigidas a pacientes con disfunción eréctil después de una prostatectomía radical?" buscado en PubMed, Web of Science, CINAHL, Scopus, Cochrane Library, LILACS y en la lista de las referencias de los artículos seleccionados. Compusieron la muestra final 10

artículos y 43 intervenciones de enfermería fueron identificadas y agrupadas en 10 categorías. Las intervenciones de enfermería para pacientes con disfunción eréctil después de prostatectomía radical se centraron en la educación sobre la naturaleza de la disfunción eréctil, el tratamiento y la sexualidad; además de fortalecer el compromiso de las esposas durante el proceso de abordaje y tratamiento de la disfunción. Estas intervenciones pueden ser útiles para que las enfermeras puedan actuar durante el seguimiento de estos pacientes, proporcionando una mejor calidad de vida y bienestar.

ABSTRACT

This study **aimed** to identify nursing interventions for patients undergoing radical prostatectomy. This is an integrative review, guided by the question "What are the nursing interventions directed to patients with erectile dysfunction after radical prostatectomy?", held on the databases PubMed, Web of Science, CINAHL, SCOPUS, Cochrane Library, LILACS and on the list of references of selected articles. The final sample was comprised of 10 papers; 43 nursing interventions were identified and grouped in 10 categories. The nursing interventions for patients with erectile dysfunction after radical prostatectomy focused on the education regarding the nature of erectile dysfunction, treatment and sexuality; besides strengthening the involvement of partners during the process of coping with and treating the dysfunction. These interventions may be useful so that nurses can act during the follow-up of these patients, providing better quality of life and well-being.

INTRODUÇÃO

Estima-se que nos anos de 2014 e 2015 o câncer de próstata foi o mais incidente na população brasileira com 69 mil casos novos, sem considerar os tumores de pele não melanoma. Estes dados correspondem a ocorrência de cerca de 70 casos novos a cada 100 mil homens. No entanto, se diagnosticado e tratado precocemente apresenta um bom prognóstico e elevada sobrevida do paciente tratado.⁽¹⁾

O tratamento para o câncer de próstata é baseado no grau e estágio do tumor, na expectativa de vida do paciente, nas preferências do paciente e médico, variando entre prostatectomia radical, radioterapia, braquiterapia, tratamento hormonal e espera vigilante.⁽²⁻⁴⁾ A prostatectomia radical (PR) é uma opção terapêutica eficiente para o tratamento do câncer de próstata clinicamente localizado em estágios iniciais e para pacientes que possuem expectativa de vida em torno de 10 anos.^(2,4-6) O acompanhamento em longo prazo de pacientes submetidos a esta abordagem cirúrgica evidenciou sobrevida livre de progressão da doença em torno de 80% aos cinco anos após a cirurgia e 69% aos 10 anos.⁽⁴⁾

A principal desvantagem da realização da PR é a ocorrência de complicações como incontinência urinária e disfunção erétil que afetam consideravelmente a qualidade de vida dos pacientes operados.⁽⁵⁻⁸⁾ O aparecimento destas complicações no pós-operatório de prostatectomias radicais estão correlacionadas com relatos dos pacientes de arrependimento em realizar o procedimento.⁽⁹⁾

Estudos recentes apontaram a ocorrência de incontinência urinária em torno de 70% e de disfunção erétil em 68%.^(10, 11)

A disfunção erétil refere-se a incapacidade persistente para ter e/ou manter uma ereção peniana para uma relação sexual satisfatória.⁽¹²⁾ O desenvolvimento da disfunção erétil após PR está relacionado à lesões de feixes nervosos, lesões arteriais e musculo liso^{6,10,13}. Ressalta-se que a regressão da disfunção erétil após a prostatectomia radical é dependente do grau de reversibilidade destas lesões.⁽¹⁰⁾

A completa recuperação da disfunção erétil, quando ocorre, é lenta e tem o tempo como fator decisivo; há apontamentos na literatura de que a recuperação acontece em torno de 18 meses após a cirurgia.^(6,8,13) Diante disso, é importante rigoroso acompanhamento dos pacientes que se encontram em recuperação de disfunção erétil ocasionada por prostatectomia radical para implementação de estratégias que estabeleçam reabilitação sexual precoce, uma vez que contribuem para a recuperação espontânea da disfunção erétil, respostas a terapia medicamentosa e melhora do estado psicológico.⁽¹³⁾

Muitos são os esforços e estudos que promovem a recuperação completa da função erétil na atualidade. As principais formas de tratamento atual estão alicerçadas na terapia oral (inibidores da fosfodisterase tipo 5), injeções intracavernosas (substâncias vasoativas), injeções intrauretrais, dispositivos de ereção a vácuo, extensores penianos, tratamentos combinados, tratamentos experimentais e cirurgias.^(7,10,13)

Incorporar estas modalidades de tratamento por si só na reabilitação da função erétil pode estar relacionado a resultados poucos satisfatórios, uma vez que esta fase requer orientação rigorosa dos pacientes e suas parceiras sobre o tratamento e seus efeitos, bem como motivação, conhecimento, confiança e envolvimento de ambos durante a reabilitação.⁽⁷⁾ Diante disso, acompanhamento multiprofissional do casal, programas educacionais e desenvolvimento de *guidelines* são essenciais para a reabilitação da função erétil e para superar os efeitos dessa complicação na vida desses pacientes.

Os cuidados e estratégias para tratamento da disfunção erétil são extremamente necessários, pois distúrbios relacionados a sexualidade são responsáveis por alterações na qualidade de vida, autoestima, saúde geral e das condições psicológicas tanto dos próprios pacientes como de suas parceiras. É importante reforçar que atualmente em decorrência da detecção precoce do câncer de próstata na população ocorre entre indivíduos jovens que são sexualmente ativos e estão interessados em continuar o tratamento do câncer, portanto estas questões merecem atenção especial no período pós-operatório.⁽⁷⁾

Incorporar intervenções voltadas para a reabilitação da função erétil durante o acompanhamento ou planejamento de alta de pacientes em pós-operatório de PR deve ser um tópico a ser considerado pelos enfermeiros, uma vez que elas podem proporcionar efeitos positivos a esta população por preencher possíveis lacunas enfrentadas por estes entre o tratamento hospitalar e a vida diária.^(14,15)

A identificação de diagnósticos de enfermagem relacionados a alterações da função erétil direcionará o cuidado individualizado com foco nas necessidades específicas dos pacientes submetidos a cirurgia de próstata e que sofrem desta complicação. Na classificação de diagnósticos de enfermagem da *NANDA-International, Inc* esta condição é representada pelo diagnóstico Disfunção sexual (00059).⁽¹⁶⁾ Como principal intervenção de enfermagem proposta para este diagnóstico na Classificação de Intervenções de Enfermagem (*Nursing Intervention Classification – NIC*) encontra-se o Aconselhamento sexual (5248) que se refere ao “uso de um processo interativo de ajuda com foco na necessidade de fazer ajustes na prática sexual ou na melhoria do enfrentamento de evento/distúrbio sexual”.⁽¹⁷⁾ As atividades apresentadas nesta intervenção não são diretamente voltadas aos problemas específicos da disfunção erétil, diante disso, é importante identificar ações de enfermagem específicas para esta complicação decorrente da PR.

Portanto, este estudo tem como objetivo identificar na literatura científica de enfermagem as ações de enfermagem voltadas para pacientes com disfunção erétil após prostatectomia radical.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura para acessar as evidências disponíveis na literatura de enfermagem sobre as ações específicas aos pacientes com disfunção erétil após PR. Este modelo de revisão consiste em um método de pesquisa que sumariza as evidências de um determinado assunto para obtenção de conclusões gerais sobre este. Foi desenvolvida seguindo etapas distintas: elaboração da questão de pesquisa, amostragem, análise dos estudos, avaliação dos estudos primários incluídos, análise e síntese dos resultados da revisão e apresentação da revisão.⁽¹⁸⁾

Esta revisão foi desenvolvida apoiada à seguinte questão norteadora: “Quais são as intervenções de enfermagem direcionadas aos pacientes com disfunção erétil após prostatectomia radical?”.

A pesquisa pelos artigos foi realizada online, no mês de maio de 2015, nas bases eletrônicas, PubMed (National Library of Medicine and National Institutes of Health), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Web of Science, Scopus, Biblioteca Cochrane e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Também se realizou busca manual por artigos a partir da lista de referências dos artigos selecionados na revisão.

Para o levantamento dos estudos utilizou-se os descritores controlados provenientes do vocabulário MeSH do U.S. National Library of Medicine (NLM): *erectile dysfunction*, *prostatectomy*, *nursing care* e *nursing intervention*. Os operadores booleanos AND e OR foram empregados por possibilitarem a realização de combinações entre os descritores durante a busca dos estudos, sendo AND uma combinação restritiva e OR uma combinação aditiva. Os descritores relacionados a assistência de enfermagem foram agrupados empregando-se o operador OR como: *nursing care* OR *nursing intervention*. O operador booleano AND foi empregado entre os descritores *erectile dysfunction*, *prostatectomy* e agrupamento dos demais descritores.

Artigos que apresentassem possíveis intervenções de enfermagem aos pacientes com disfunção erétil após serem submetidos a prostatectomia radical foram incluídos. Já os artigos que abordassem resultados oriundos de protocolos de cuidados ou tratamento, revisões, livros, teses e dissertações foram excluídos. Não se estipulou limite de ano de publicação de estudos e também tipo de língua dos mesmos.

A partir das estratégias de busca, em cada base eletrônica, os títulos e resumos eram lidos; caso o resumo não estivesse disponível buscou-se o artigo na íntegra para prosseguir a análise do estudo. Quando o artigo atendia ao critério estabelecido era selecionado para compor a amostra dos artigos analisados.

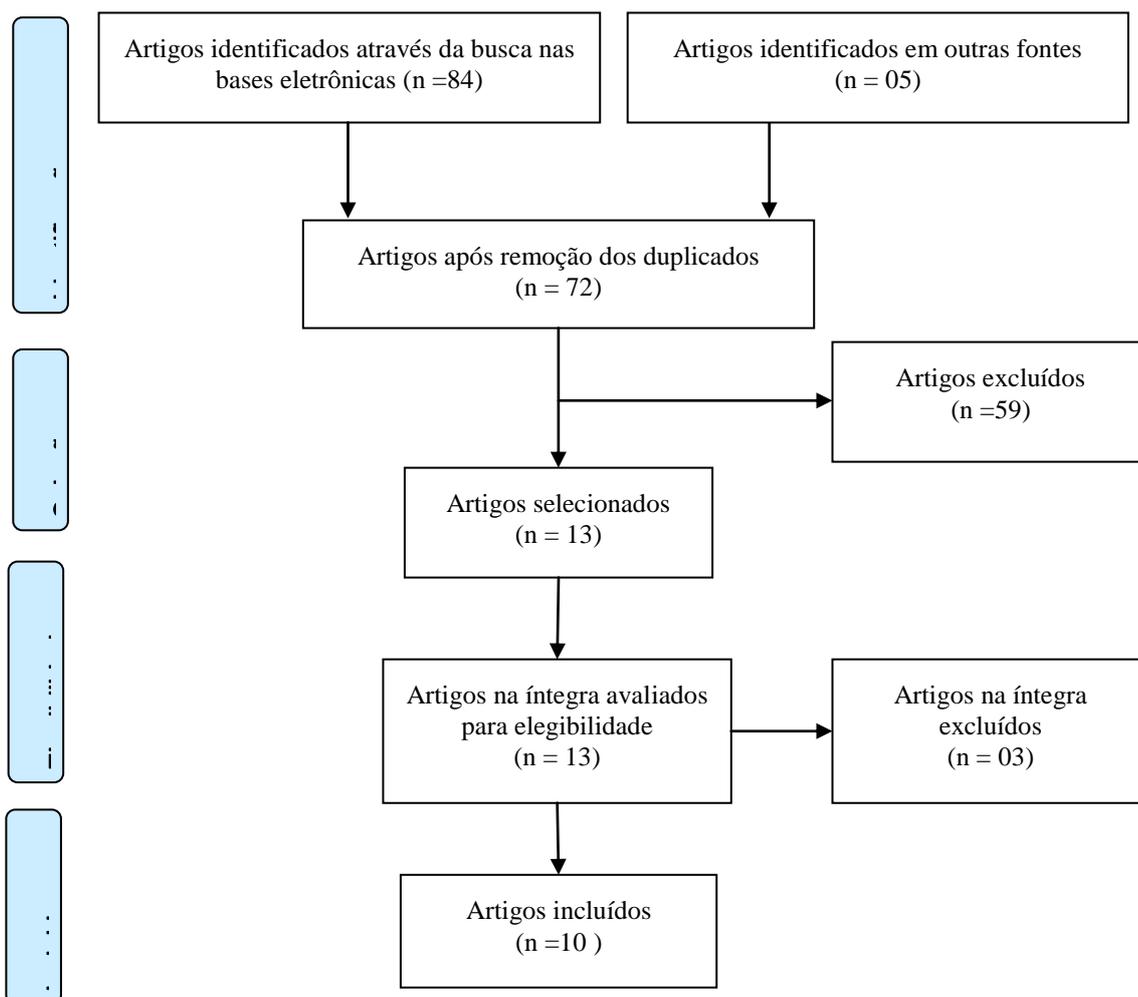
No total 84 estudos foram encontrados nas bases de dados eletrônicas, sendo 48 provenientes da PubMed, 18 da Web of Science, seis da Biblioteca Cochrane, cinco da CINAHL, cinco da SCOPUS e dois da LILACS. Destaca-se que cinco artigos foram

incluídos na revisão a partir da busca realizada na lista de referências bibliográficas dos artigos selecionados. Desta forma totalizando 89 artigos identificados.

Após a remoção dos artigos duplicados (17 artigos) entre as bases eletrônicas resultaram 72 que tiveram seus títulos e resumos analisados. Cinquenta e dois foram excluídos nesta fase por motivos diversos, por se tratar de estudo de revisão (25), estudos que exploraram a experiência de pacientes e casais que vivenciavam disfunção erétil após prostatectomia radical (10), estudos que tinham como tema a qualidade de vida após a prostatectomia radical (05), estudos que descreviam as principais complicações após cirurgia de prostatectomia radical (05), intervenções que não eram específicas da enfermagem (04), intervenções para incontinência urinária (03), descrição da frequência da disfunção erétil após a cirurgia (04), editorial (01) e intervenções para disfunção erétil após radioterapia (02).

Os treze artigos restantes foram analisados na íntegra e três entre estes foram excluídos por não descreverem a intervenção para reabilitação da disfunção erétil (03). O processo de seleção dos artigos está ilustrado na figura 1, que foi adaptado do *guideline* PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*).⁽¹⁹⁾

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos da revisão.



Para a extração dos dados, os artigos selecionados foram acessados na íntegra. Procedeu-se a leitura e registros dos dados em formulário construído no *MS Word* considerando a identificação do artigo (referência, dados sobre o primeiro autor e área temática do estudo, idioma e país onde o estudo foi desenvolvido), objetivo do estudo, detalhamento metodológico (tipo de estudo, estratégias de amostragem, coleta de dados, tamanho da amostra, forma de análise dos dados), resultados com apontamento das intervenções para disfunção erétil e principais conclusões. Além disso, foram avaliados os níveis de evidência de cada estudo⁽²⁰⁾ e a qualidade dos estudos clínicos randomizados especificamente por meio do escore de Jadad⁽²¹⁾.

O escore de Jadad permite a análise da qualidade metodológica dos estudos clínicos; atribui-se um ponto para cada uma das características presentes no estudo: randomização, cegamento e descrição das exclusões e perdas da amostra; se randomização e cegamento forem considerados adequados soma-se mais um ponto e se caso for considerado inadequado subtrai-se um ponto de cada item. O escore de Jadad varia entre zero e cinco, os escores ≥ 3 representam adequada qualidade metodológica dos estudos.⁽²¹⁾

A síntese dos resultados da revisão foi estabelecida de forma descritiva, uma vez que resultados oriundos de diversos delineamentos de pesquisa foram adotados. Esta abordagem possibilitou categorizar os temas das intervenções e direcionamento destas (específicas aos pacientes ou casais).

RESULTADOS

Os 10 artigos analisados foram publicados na língua inglesa e em periódicos estrangeiros sendo nove dos Estados Unidos⁽²²⁻³⁰⁾ e um da Europa⁽³¹⁾. A maioria das pesquisas foi realizada nos Estados Unidos (07)⁽²⁵⁻³¹⁾, seguido de Taiwan⁽²²⁾, Espanha⁽²³⁾ e Itália⁽²⁴⁾ com uma publicação cada. Em seis artigos os primeiros autores eram enfermeiros^(22,23,26,27,29,30) em três psicólogos^(25,28,31) e em um médico⁽²⁴⁾, no entanto em todos os trabalhos as intervenções identificadas foram desenvolvidas por enfermeiros. O período de publicação dos artigos variou entre os anos de 2001 e 2012.

Quanto ao delineamento metodológico dos estudos analisados seis deles eram ensaios clínicos aleatorizados controlados^(22,24,26-28,31), um estudo qualitativo⁽²⁹⁾, dois estudos descritivos^(23,25) e um relato de experiência de peritos na área de enfermagem urológica⁽³⁰⁾.

O nível de evidências identificado nos estudos variou entre II (evidências provenientes de ensaios clínicos randomizados bem delineados), VI (evidências provenientes de estudos descritivos ou qualitativos) e VII (relatos de comitê de expertos).⁽²⁰⁾ Desta forma, seis estudos possuem nível de evidência II, três possuem nível de evidência VI e um nível de evidência VII. Entre os ensaios clínicos, dois estudos apresentaram um escore de Jadad igual a cinco e dois escore três, o que caracteriza estudos de boa qualidade metodológica; dois estudos obtiveram o escore de Jadad igual a um que significa qualidade metodológica comprometida.⁽²¹⁾

O quadro I ilustra as principais informações dos artigos analisados nesta revisão a respeito das questões metodológicas, intervenções para disfunção erétil empregadas em cada estudo, principais resultados, conclusões e limitações.

Quadro I. Características metodológicas, intervenções de enfermagem para disfunção erétil, principais resultados, conclusões e limitações dos estudos analisados.

Características dos estudos	Amostra	Principais resultados	Conclusões e Limitações
<ul style="list-style-type: none"> Weber et al., 2004 Ensaio clínico randomizado controlado NE II J* 1 	<ul style="list-style-type: none"> 30 homens prostatectomizados radicais Grupo intervenção (GI): reuniões com pacientes submetidos ao mesmo tratamento para discussão (N=15). Grupo controle (GC): cuidado usual (N=15). 	<ul style="list-style-type: none"> Intervenção proporcionou melhora no desconforto sexual ao final ($p \leq 0,05$). A intervenção teve um forte efeito sobre a depressão em 4 semanas (Effect Size = 0,99), mas foi pequena para a auto eficácia (0,20) e suporte social (0,30). 	<ul style="list-style-type: none"> O apoio oferecido por pacientes que já passaram pela cirurgia de próstata mostrou efeitos satisfatórios, especialmente na redução da depressão e aumento da auto eficácia. Limitações: número reduzido da amostra, instrumento de coleta de dados pode ter exercido confusão nas respostas dos pacientes.
<ul style="list-style-type: none"> Maliski; Heilemann; McCorkle, 2001 Pesquisa qualitativa NE VI 	<ul style="list-style-type: none"> 20 casais Análise dos discursos embasada na Teoria Fundamentada nos Dados. 	<ul style="list-style-type: none"> Identificou-se temas relacionadas ao trabalho específico do homem para readquirir o controle da situação e da esposa para auxiliar a passar por este problema e também do casal. 	<ul style="list-style-type: none"> Intervenções de enfermagem que promovam conhecimento, habilidades quanto ao autocuidado, apoio emocional e redução da ansiedade após PR são fundamentais para a habilidade dos enfermeiros que assistem aos pacientes prostatectomizados e suas esposas. Não foram mencionadas limitações deste estudo.
<ul style="list-style-type: none"> Lombráña et al., 2012 Estudo descritivo NE VI 	<ul style="list-style-type: none"> 114 homens prostatectomizados radicais. Aplicação de um programa educativo para pacientes com disfunção erétil para ensino da disfunção e tratamento, escuta ativa e consulta com uma equipe de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> A avaliação do paciente em quatro momentos (antes da cirurgia, antes da alta, um mês após a retirada da sonda vesical e 12 meses após a cirurgia) permitiu identificar a progressão da melhora da função erétil e satisfação entre os pacientes tratados. 	<ul style="list-style-type: none"> Educação fornecida pelo enfermeiro tem um papel fundamental na detecção, acompanhamento da disfunção erétil e adesão ao tratamento. Um programa de cuidados de enfermagem pode ajudar a minimizar a disfunção erétil e permitir que o paciente se adapte à sua nova situação. Não foram mencionadas limitações deste estudo.
<ul style="list-style-type: none"> Monturo et al., 2001 Relato de experiência de comitê de expertos NE VII 	<ul style="list-style-type: none"> Cinco expertos descreveram suas experiências com o tratamento de pacientes com disfunção erétil após PR. 	<ul style="list-style-type: none"> Os expertos descreveram os passos fundamentais do protocolo construído e implementado por eles, bem como, lições apreendidas durante esse processo. 	<ul style="list-style-type: none"> O aconselhamento sexual oferecido por profissionais, como enfermeiros, pode fornecer o casal condições para reconstruir seu relacionamento. Não foram mencionadas limitações deste estudo.
<ul style="list-style-type: none"> Lin et al., 2012 Ensaio clínico randomizado controlado NE II J* 3 	<ul style="list-style-type: none"> 62 homens prostatectomizados radicais. GI: programa de treinamento para musculatura do assoalho pélvico (N=35) GC: aula sobre anatomia da próstata, PR e relação da cirurgia com a disfunção erétil (N=27). 	<ul style="list-style-type: none"> Todos os participantes apresentaram disfunção sexual grave no primeiro mês após a cirurgia. Aos 3, 6, 9 e 12 meses, as taxas de prevalência de disfunção sexual foram 94,3%, 88,6%, 82,9%, e 65,7% no GI, e 100%, 100%, 96,3% e 92,6% no controle. O GI apresentou melhora ($p < 0.05$) na função erétil após 6 e 12 meses, enquanto o grupo controle não apresentou ($p > 0.05$). 	<ul style="list-style-type: none"> A intervenção é eficaz para disfunção sexual, em pacientes submetidos a prostatectomia. Limitações: amostra proveniente de um único centro, quatro cirurgiões realizaram a PR, não foram comparados efeitos de outros tratamentos na disfunção erétil, curto tempo de seguimento, somente foi perguntado ao paciente se estava realizando os exercícios e aspectos importantes para a função sexual masculina não foram considerados.

<ul style="list-style-type: none"> • Lepore et al., 2003 • Ensaio clínico randomizado controlado • NE II • J* 5 	<ul style="list-style-type: none"> • 250 homens prostatectomizados radicais. • GI 1: intervenção educativa grupal (N=84). • GI 2: intervenção educativa grupal com facilitadores para discussão de dúvidas e conhecimentos (N=86). • GC: cuidado padrão (N=80). 	<ul style="list-style-type: none"> • A intervenção em GI 1 e 2 aumentou o conhecimento dos pacientes em comparação aos pacientes do grupo controle ($p<0.01$). • GI2 apresentaram melhores níveis de comportamento saudável ($p<0.01$), aos 6 meses os pacientes do GC tiveram menos hábitos saudáveis que os outros grupos. • Identificou-se efeito positivo das intervenções no funcionamento urinário ($p<0.01$) e sexual ($p<0.05$). 	<ul style="list-style-type: none"> • As intervenções educativas em grupo foram bem sucedidas na melhoria da qualidade de vida em homens tratados de câncer de próstata localizado. • Os benefícios específicos das intervenções incluíram o aumento do conhecimento sobre o câncer de próstata, adoção de comportamentos saudáveis, melhorias no funcionamento físico geral e disfunção sexual. • Limitações: efeitos relativamente pequenos sobre variáveis analisadas,
<ul style="list-style-type: none"> • Canada et al., 2005. • Estudo descritivo • NE VI 	<ul style="list-style-type: none"> • 84 sujeitos (destes, 35 estavam acompanhados das esposas) • Grupo 1: aconselhamento sexual somente para os homens (N=46) • Grupo 2: aconselhamento sexual para casais (N=35) 	<ul style="list-style-type: none"> • Não foram identificadas alterações nas medidas analisadas entre os dois grupos, no entanto os autores observaram melhora destas no decorrer do tempo de avaliação (6 meses). • Também se observou melhora na adesão ao tratamento medicamentoso em ambos os grupos ($p=0.003$). 	<ul style="list-style-type: none"> • A intervenção produziu mudanças positivas na função sexual e satisfação dos participantes, bem como um aumento significativo no acompanhamento médico e tratamento cirúrgico para disfunção erétil. • A presença da esposa nas sessões de aconselhamento não pareceu afetar o resultado. • Limitações: perdas durante o acompanhamento.
<ul style="list-style-type: none"> • Giesler et al., 2005. • Ensaio clínico controlado randomizado • NE II • J* 5 	<ul style="list-style-type: none"> • 99 casais • GI: programa de orientação e discussão sobre câncer de próstata no domicílio (N=48) • GC: cuidado padrão (N=51). 	<ul style="list-style-type: none"> • Casais do GI apresentaram melhora no funcionamento sexual, reportaram menor efeito dos problemas sexuais no desempenho de papéis e maior satisfação com os parceiros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenções de acompanhamento orientadas pelos enfermeiros podem melhorar a qualidade de vida para os homens que se submetem a tratamento para o carcinoma da próstata. • Limitações: número reduzido da amostra, não foi especificado os passos para controle de erros tipo II, efeito placebo nos pacientes que sabiam participar da intervenção e baixa adesão dos sujeitos.
<ul style="list-style-type: none"> • Titta et al., 2006 • Ensaio clínico controlado randomizado • NE II • J* 1 	<ul style="list-style-type: none"> • 56 casais • GI: tratamento com injeções intracavernosas de prostaglandina E1 e aconselhamento sexual (N=29) • GC: somente injeções intracavernosas de prostaglandina E-1 (N=27) 	<ul style="list-style-type: none"> • A adesão dos tratamentos propostos foi maior entre os pacientes do GI ($p<0,05$), bem como a função erétil durante todo o seguimento (18 meses) ($p<0.05$). • Os pacientes do GI apresentaram melhora da sexualidade ($p<0.05$). 	<ul style="list-style-type: none"> • A intervenção apontou os melhores resultados em termos de qualidade das ereções, sexualidade, satisfação dos casais e adesão ao tratamento. • Não foram mencionadas limitações deste estudo.
<ul style="list-style-type: none"> • Molton et al., 2008 • Ensaio clínico controlado randomizado • NE II • J* 3 	<ul style="list-style-type: none"> • 101 homens prostatectomizados radicais. • GI: aconselhamento sobre disfunção erétil (10 semanas) (N=60). • GC: orientações sobre a função erétil em formato de palestra (N=41). 	<ul style="list-style-type: none"> • Os indivíduos com maior sensibilidade interpessoal eram mais propensos a ver a disfunção sexual como uma ameaça à identidade masculina ($r = 0,29$, $p < 0,05$). • GI apresentou melhora de 37,4% no funcionamento sexual, enquanto aqueles do GC melhora de 11,5%. 	<ul style="list-style-type: none"> • A intervenção foi eficaz em promover a recuperação do funcionamento sexual para todos os participantes. • Limitações: parceiras não foram avaliadas, as medidas não foram tomadas durante o período da intervenção, pouco contato com informações dos participantes do grupo controle.

*J= Escore de Jaddad

Em metade dos artigos (05) somente os pacientes foram o foco das intervenções de enfermagem^(22,27,28,31), na outra parte as intervenções foram direcionadas ao casal, ou seja, as intervenções envolveram as esposas ou companheiras nos estudos^(24-26,29,30).

Em três dos artigos analisados a definição de disfunção erétil adotada no estudo foi descrita^(22,24) Esta definição foi comum para os três trabalhos.

No total 43 intervenções de enfermagem foram identificadas na amostra de estudos e agrupadas de acordo com temas comuns, em categorias voltadas tanto para o paciente como para o casal, e direcionadas a apoio e ao ensino predominantemente. As intervenções agrupadas nos respectivos temas estão apresentadas no Quadro II.

Quadro II. Intervenções de enfermagem para pacientes com disfunção erétil após prostatectomia radical.

Intervenções de enfermagem	Autores, Ano e NE
Apoio ao paciente	
Promover discussão dos problemas com a disfunção erétil com outros pacientes que vivenciaram os mesmos problemas por meio de encontros individualmente.	• Weber et al., 2004; Lepore et al., 2003. • NE II (J1, 5)
Estimular o pacientes a compartilhar suas preocupações a respeito da função erétil com outras pessoas, seja familiares, amigos ou profissionais da saúde.	• Maliski; Heilemann; McCorkle, 2001 • NE VI
Estimular a participação dos pacientes em redes de apoio para pacientes com disfunção erétil ou problemas com a função sexual.	• Lepore et al., 2003; Maliski; Heilemann; McCorkle, 2001; Monturo et al., 2001 • NE II (J5), VI, VII
Reforçar a importância de preocupações com a sexualidade durante a recuperação da cirurgia de próstata.	• Monturo et al., 2001. • NE VII
Tratamento da disfunção erétil	
Ensinar quanto ao uso correto das medicações prescritas pelo médico para tratamento da disfunção erétil.	• Lombraña et al., 2012. • NE IV
Ensinar sobre as opções de tratamento para disfunção erétil.	• Lombraña et al., 2012; Molton et al., 2008; Canada et al., 2005; Giesler et al., 2005. • NE II (J5, 3), IV
Ensinar sobre os efeitos colaterais do tratamento para disfunção erétil.	• Lombraña et al., 2012; Canada et al., 2005. • NE IV
Realizar treinamento do paciente e suas esposas/parceiras, quando possível, para administrações de injeções intracavernosas, quando prescritas pelo médico.	• Lombraña et al., 2012; Titta et al., 2006. • NE II (J1), IV
Preparo do ambiente para abordagem do paciente com disfunção erétil	
Promover ambiente de apoio para discussão de problemas relacionados a disfunção erétil.	• Weber et al., 2004. • NE II (J1)
Manter uma atmosfera relaxada durante o diálogo com o paciente.	• Lombraña et al., 2012. • NE IV
Criar um ambiente confortável, respeitoso e privado para iniciar a conversa sobre problemas relacionados a disfunção erétil.	• Molton et al., 2008; Lepore et al., 2003; Monturo et al., 2001 • NE II (J5, 3), VII
Respeito à individualidade do paciente	
Determinar o foco da conversa de acordo com a necessidade do paciente.	• Weber et al., 2004. • NE II (J1)
Compreender as circunstâncias pessoais de cada paciente para então propor soluções e tratamentos específicos para cada caso.	• Lombraña et al., 2012. • NE IV
Obter consentimento dos pacientes para discutir sobre a função sexual.	• Monturo et al., 2001. • NE VII
Compreender os valores pessoais, influências culturais e mitos apresentados pelos pacientes ou casais, pois podem ser barreiras para iniciar discussão sobre a sexualidade.	• Monturo et al., 2001. • NE VII
Cuidados específicos para o casal	
Envolver as esposas/companheiras nas intervenções voltadas a disfunção erétil.	• Titta et al., 2006; Giesler et al., 2005; Canada et al., 2005; Lepore et al., 2003, Maliski; Heilemann; McCorkle, 2001; Monturo et al., 2001. • NE II (J5, 1), VI, VII
Promover a participação das esposas/companheiras em redes de apoio para liderem com sua ansiedade e auxiliá-las a resolverem questões relacionadas a disfunção erétil.	• Maliski; Heilemann; McCorkle, 2001 • NE VI
Proporcionar informações aos pacientes e esposas de que a disfunção	• Maliski; Heilemann;

erétil é uma complicação da cirurgia e não está relacionada a perda de desejo pela parceira.	McCorkle, 2001 • NE VI
Ensinar paciente e parceiras quanto a importância de manter a intimidade do casal mesmo diante da disfunção erétil.	• Canada et al., 2005; Monturo et al., 2001; Maliski; Heilemann; McCorkle, 2001. • NE VI, VII
Estimular os casais a conversarem sobre seus sentimentos e perspectivas a respeito da disfunção erétil.	• Titta et al., 2006; Giesler et al., 2005; Canada et al., 2005; Monturo et al., 2001; Maliski; Heilemann; McCorkle, 2001 • NE II (J5, 1), VI, VII
Estimular a verbalização dos casais a respeito de questões que afetam a intimidade.	• Giesler et al., 2005; Canada et al., 2005; Monturo et al., 2001; Maliski; Heilemann; McCorkle, 2001. • NE II (J5), VI, VII
Envolver a esposa, quando possível, na tomada decisão pela consulta com especialista.	• Lombraña et al., 2012. • NE IV
Obter junto ao casal um histórico breve sobre a função sexual dos mesmos, para propor opções de tratamento realistas para cada circunstância.	• Lin et al., 2012; Titta et al., 2006; Canada et al., 2005; Monturo et al., 2001. • NE II (J3,1), VI VII
Encaminhamentos para outros profissionais da saúde	
Auxiliar durante a decisão do paciente em procurar um médico especialista para avaliação e tratamento da disfunção erétil.	• Lombraña et al., 2012 • NE IV
Encaminhar para especialista quando identificado intenção de tratamento para disfunção erétil	• Lombraña et al., 2012 • NE IV
Encaminhar para a realização de terapia sexual, quando identificado necessidade e interesse do paciente/casal.	• Canada et al., 2005. • NE VI
Ensino sobre disfunção erétil	
Esclarecer conceitos equivocados a respeito da disfunção erétil.	• Monturo et al., 2001; Molton et al., 2008; Maliski; Heilemann; McCorkle, 2001 • NE II (J3), VI, VII
Ensinar sobre o desenvolvimento da disfunção erétil após a prostatectomia radical.	• Lombraña et al., 2012; Lin et al., 2012; Molton et al., 2008; Canada et al., 2005; Monturo et al., 2001. • NE II (J3), IV, VI, VII
Esclarecer dúvidas que o paciente possa apresentar sobre aspectos gerais da disfunção erétil (como: causas, duração, tratamento e consequências).	• Lombraña et al., 2012; Molton et al., 2008; Canada et al., 2005; Giesler et al., 2005; Monturo et al., 2001. • NE II (J5, 3), IV,VI,VII
Ensinar sobre o funcionamento erétil.	• Lin et al., 2012. • NE II (J3)
Proporcionar acesso à materiais educativos sobre a função sexual e disfunção erétil.	• Canada et al., 2005; Monturo et al., 2001. • NE VI, VII
Ensinar formas alternativas a atividade sexual para obtenção do prazer.	• Canada et al., 2005; Monturo et al., 2001. • NE VI, VII
Ensinar sobre aspectos gerais do câncer de próstata (como: nutrição, estratégias de <i>coping</i> , relacionamentos e sexualidade, acompanhamentos e futuras preocupações com a saúde).	• Lepore et al., 2003. • NE II (J5)
Proporcionar acesso à informação por meio de leituras individuais, leituras em grupo e com familiares.	• Lepore et al., 2003 Canada et al., 2005. • NE II (J5), VI
Habilidades interpessoais do profissional	
Manter comunicação clara e direta com o paciente e esposas, alicerçada em conhecimento teórico sobre a disfunção erétil, respeito, confidencialidade e livre de julgamentos.	• Monturo et al., 2001 • NE VII
Estabelecer uma aliança terapêutica com pacientes e casais para estimular a adesão ao tratamento medicamentoso para disfunção erétil.	• Molton et al., 2008; Titta et al., 2006. • NE II (J3, 1)
Aspectos específicos sobre sexualidade	
Acompanhar a evolução da função erétil por meio de entrevista com o paciente e uso de instrumentos específicos sobre a atividade e funcionamento sexual.	• Lombraña et al., 2012 • NE IV
Estimular o retorno da atividade sexual após o câncer considerando estratégias como: desfrutar o sexo mesmo sem ereção ou ereção firme, retomada do desejo sexual, aproveitar as sensações de prazer	• Canada et al., 2005. • NE VI

apesar da disfunção erétil, uso do toque para atingir orgasmos sem necessariamente ter relação sexual, enfrentamento da incontinência urinária, ressecamento vaginal das parceiras em decorrência da menopausa.	
Estimular mudanças no comportamento sexual que estimulem a sexualidade e desejo (como: planejamento para encontros sexuais, promoção de sentimentos de paixão, amor e brincadeiras durante o sexo, estimular fantasias sexuais e variações).	<ul style="list-style-type: none"> • Canada et al., 2005. • NE VI
Ensinar sobre a abrangência de definições sobre sexualidade com o objetivo de incluir outras atividades que promovam prazer além da relação sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • Molton et al., 2008. • NE II (J3)
Exercício para a musculatura do assoalho pélvico	
Ensinar a realização de exercícios para a musculatura do assoalho pélvico.	<ul style="list-style-type: none"> • Lin et al., 2012. • NE II (J3)
Ensinar a implementação de exercícios para musculatura do assoalho pélvico imediatamente a remoção da sonda vesical de demora.	<ul style="list-style-type: none"> • Lin et al., 2012. • NE II (J3)
Ensinar a implementação de exercícios para musculatura do assoalho pélvico diariamente duas vezes ao dia, em decúbito dorsal, sentado e em pé. Fazer 3 repetições em cada posição, contraindo a musculatura pélvica por 10 segundos e depois relaxando também por 10 segundos. Além disso, realizar a contração do assoalho pélvico fortemente após urinar e durante a relação sexual (quando houver).	<ul style="list-style-type: none"> • Lin et al., 2012. • NE II (J3)

NE= Nível de evidência, J= Escore de Jaddad

Parte dos estudos descreveram intervenções de enfermagem implementadas em amostras compostas por pacientes submetidos a prostatectomia radical (seis artigos)^(22,23,27,29-31); nos demais as amostras foram compostas por pacientes submetidos a cirurgia mas também a outras formas de tratamento como radioterapia, braquiterapia, associação de radioterapia e braquiterapia e crioterapia^(26,28); prostatectomia radical em associação com radioterapia⁽²⁵⁾. Em um estudo pacientes submetidos a cistectomia também foram incluídos na amostra.⁽²⁴⁾

DISCUSSÃO

A disfunção erétil desencadeada pela PR é um problema frequente para os pacientes que foram submetidos a esta forma de tratamento para o câncer de próstata. Considerando que a manutenção da função sexual é um importante aspecto da qualidade de vida e bem estar para homens e casais, e que, atualmente a PR está sendo realizada em populações cada vez mais jovens que querem manter suas atividades sexuais; os cuidados que visam contribuir com esta função são necessários e requerem atenção especial.^(7,32)

É recomendado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos que estratégias que visem o manejo de complicações relacionadas ao tratamento do câncer sejam prioridade para os profissionais da saúde, uma vez que uma grande parcela dos pacientes tratados possui elevada expectativa de vida.⁽³²⁾ Entre os estudos analisados, foram ressaltados a relevância e o benefício destas intervenções para os pacientes com disfunção erétil, uma vez que as intervenções estudadas se mostraram, de algum modo, eficientes na melhora da satisfação sexual, função erétil e função sexual.^(22,24-29,31)

Esta revisão possibilitou o levantamento de 43 intervenções de enfermagem voltadas para pacientes com disfunção erétil que foram submetidos à PR. Tais intervenções foram agrupadas em dez categorias que atenderam a aspectos biológicos, psicossociais, educacionais e comportamentais desta condição e também considerações voltadas aos enfermeiros que irão abordar questões tão íntimas e delicadas como a sexualidade. Desta forma, considera-se que os aspectos das

intervenções identificadas se encontram com as dimensões da sexualidade humana, que se trata de um fenômeno multidimensional e complexo, que inclui as dimensões biológicas, psicológicas, interpessoais e comportamentais.⁽³⁰⁾

Grande parte das intervenções identificadas voltam-se para o desenvolvimento de resultados nas dimensões psicossociais da disfunção erétil, como suporte social, auto eficácia⁽²⁷⁾, sintomas depressivos^(26,27), satisfação sexual^(23,27,28), conhecimento^(23,28), qualidade de vida relacionada a saúde^(25,26,28), estresse⁽²⁵⁾ e sensibilidade interpessoal⁽³¹⁾. Esta característica, quanto ao foco da intervenção, corrobora a revisão conduzida por Latini e colaboradores⁽³²⁾ que analisaram estudos sobre intervenções para disfunção erétil, uma vez que as intervenções voltadas para desfechos psicossociais foram unanimidade.

As intervenções psicossociais são de grande relevância para a reabilitação dos pacientes com câncer de próstata em geral, pois possuem um efeito positivo na forma de enfrentar os problemas vivenciados pelos pacientes em decorrência do tratamento do câncer de próstata, como a disfunção sexual.⁽¹⁵⁾

Na presente revisão destaca-se que intervenções com foco em dimensões físicas da disfunção erétil também foram identificadas e envolveram aspectos relacionados ao restabelecimento da função sexual, respostas ao tratamento e adesão ao tratamento.^(22,24, 25,31)

As intervenções com foco no ensino do paciente e suas companheiras foram propostas em todos os estudos analisados, de alguma forma; os temas destas intervenções educativas envolveram aspectos gerais sobre disfunção erétil (causas, relação com a cirurgia, tratamento)^(22-26,30,31), aspectos gerais sobre a sexualidade^(28,30,31), aspectos gerais sobre o câncer de próstata^(25,28,31); e esclarecimento de conceitos equivocados a respeito da disfunção erétil^(29,31).

As intervenções educativas voltadas para o restabelecimento da função erétil foram apontadas em uma revisão sistemática como uma estratégia eficaz sobre os desconfortos ocasionados pela PR na função sexual dos pacientes, uma vez que estas intervenções, quando bem sucedidas, mostraram-se capazes de proporcionar melhora das consequências físicas após a cirurgia e também da qualidade de vida dos pacientes e companheiras.⁽¹⁵⁾

Um aspecto relevante identificado nos estudos analisados diz respeito ao momento de início das intervenções para disfunção erétil e duração destas. As intervenções que foram iniciadas precocemente (em torno de um mês após a cirurgia) durante o período pós-operatório produziram efeito positivo, estatisticamente significativo sobre a função sexual quando comparado com seus grupos controle.^(22,24, 26,28,31) Identificou-se ainda que o tempo da intervenção e acompanhamento dos pacientes que participaram destes estudos foi longo, em torno de 12 meses após o início da intervenção, no entanto, os melhores efeitos com relação a disfunção erétil ocorreram a partir do quarto mês.^(22,24,26,27)

O tempo exato para início das intervenções de enfermagem voltadas para a disfunção erétil não é estabelecido na literatura, o mesmo se observa para a duração destas intervenções no decorrer do período pós-operatório; no entanto, a análise dos artigos que compuseram a amostra desta revisão sugere que quando iniciadas as

intervenções precocemente após a cirurgia é possível que se obtenham melhores efeitos sobre a função sexual, satisfação com a função sexual e disfunção erétil.

A duração necessária das intervenções para disfunção erétil deve levar em consideração as evidências que apontam para a demora da recuperação da função erétil após a PR (18 meses)⁽⁶⁾ e também o início do tratamento farmacológico. Estudos que acompanharam a evolução da função sexual em pacientes submetidos a cirurgia reforçam a importância da implementação destas intervenções a longo prazo pois, identificou-se que a maior parte dos pacientes apontou algum nível de disfunção sexual ou insatisfação sexual após dois anos do procedimento cirúrgico.^(33,34)

Outro aspecto importante identificado nos estudos analisados e que merece ser considerado na abordagem da disfunção erétil é o envolvimento das companheiras e/ou esposas dos pacientes submetidos a prostatectomia radical. Dos dez artigos da amostra quatro deles envolveram as companheiras dos pacientes nas intervenções testadas^(24-26,29) e desta forma foi possível levantar oito intervenções de enfermagem específicas para casais.

É conhecido que a PR produz impacto nos níveis de sexualidade e função sexual dos casais.^(9,24) Diante disso as companheiras exercem forte influência sobre a capacidade dos pacientes em enfrentarem e se adaptarem à doença, ao tratamento para o câncer de próstata e para a disfunção erétil, além de influenciarem seus companheiros também na adesão ao tratamento destas condições.⁽⁹⁾ Uma intervenção educativa desenvolvida durante quatro encontros direcionada aos casais, cujos homens foram submetidos ao tratamento do câncer de próstata, apresentou significativa adesão ao tratamento para disfunção erétil.⁽²⁵⁾

Embora seja bem esclarecido na literatura sobre a importância das companheiras e/ou esposas dos pacientes para o enfrentamento da disfunção erétil, ressalta-se que estas por sua vez também necessitam de apoio emocional e ensino sobre as questões envolvendo o câncer de próstata, PR e suas complicações⁽²⁹⁾, pois para que consigam exercer este importante papel de apoio necessitam também compreender as situações pelas quais seus companheiros estão passando.^(9,29)

As esposas vivenciam uma carga de estresse considerável durante o tratamento para o câncer de próstata, inicialmente por temerem pela vida e saúde de seus companheiros, também muitas vezes por exercerem o papel de cuidadoras durante todo o período pós-operatório e ainda por poderem se sentir de certa forma rejeitadas pelos maridos diante da disfunção erétil. Por isso, as intervenções voltadas a elas são também fundamentais. Davison e colaboradores⁽⁹⁾ alertam para a necessidade de consultar as esposas quanto ao desejo de participarem também das atividades específicas para o tratamento da disfunção erétil juntos aos seus maridos.

Aspectos relacionados ao preparo e habilidades específicas dos enfermeiros que irão abordar pacientes com disfunção erétil foram apontados nesta revisão. As intervenções relacionadas a sexualidade são importantes para pacientes que irão ser atendidos pelos enfermeiros, porém, nem sempre são abordadas e ensinadas na graduação em enfermagem de maneira significativa.

É importante que os enfermeiros estejam alicerçados em conhecimento teórico sobre a função sexual e disfunção erétil, autoconfiança, habilidades de comunicação e

respeito para lidar com as questões de pacientes e casais sobre a disfunção sexual.⁽³⁰⁾

CONCLUSÕES

A análise final da amostra de estudos desta revisão permitiu identificar 43 intervenções de enfermagem para pacientes com disfunção erétil após prostatectomia radical, que foram agrupadas em dez categorias de acordo com temas comuns. Entre as intervenções analisadas em cada estudo foi possível apontar efeitos positivos destas na função sexual geral dos pacientes, disfunção erétil e satisfação sexual, além de também contribuírem satisfatoriamente para adesão ao tratamento da disfunção erétil, relacionamento conjugal e adaptação do paciente à nova situação. Diante da complexidade que envolve o efeito da disfunção erétil na vida dos pacientes e também de suas companheiras é importante que os cuidados realizados atendam não somente aspectos curativos da disfunção, mas também da sexualidade como um todo, ensino sobre a função sexual e também respeito ao paciente. Os artigos analisados descreveram intervenções de enfermagem que possivelmente atendem toda esta complexidade vista pelos temas destas intervenções que emergiram a partir da análise de cada estudo.

O desenvolvimento desta revisão integrativa permitiu reunir intervenções fundamentais para o acompanhamento dos pacientes com disfunção erétil pelos enfermeiros. Com a detecção precoce do carcinoma prostático, que tem como tratamento de primeira escolha a prostatectomia radical, um elevado número de pacientes adultos jovens, que estão ativos sexualmente, estarão expostos ao desenvolvimento da disfunção erétil. Diante disso, estas intervenções poderão ser úteis para que enfermeiros possam atuar durante o acompanhamento destes pacientes, proporcionando melhora da qualidade de vida e bem-estar.

Esta revisão teve como limitação a identificação de restrito número de estudos com elevado nível de evidência, somente seis deles eram estudos clínicos aleatorizados controlados e ainda entre estes apenas dois obtiveram escore máxima no escore de Jadad. Além disso, até o presente momento não foi possível identificar nenhuma revisão sistemática com metanálise acerca das intervenções de enfermagem para pacientes com disfunção erétil após prostatectomia radical. Estas lacunas sugerem a necessidade do desenvolvimento futuro de estudos para testar intervenções específicas para esta situação.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
2. Amorim GLCC, Cruz GMG, Veloso DFM, Kartabil JD, Vieira JC, Alves PR. Comparative analysis of radical prostatectomy techniques using perineal or suprapubic approach in the treatment of localized prostate cancer. *Einstein*, 2010 Jun;8(2PT1):200-4.
3. Presti JC. Prostate biopsy: current status and limitations. *Rev Urol*. 2007 Summer;9(3):93-8.
4. Speight JL, Roach MIII. Advances in the treatment of localized prostate cancer: the role of anatomic and functional imaging in men managed with radiotherapy. *J Clin Oncol*. 2007 Mar;25(8):987-95.

5. Li M, Mei W, Wang P, et al. Propofol reduces early postoperative pain after gynecological laparoscopy. *Acta Anaesthesiol Scan*. 2014 Mar; 56(3):358-75.
6. Barreira JVN. Tratamento da disfunção erétil após prostatectomia radical. [Dissertação]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2013.
7. Liu S. Penile rehabilitation following radical prostatectomy. *Urol Sci*. 2010 Jun;21(1):19-22.
8. Walsh PC. Radical prostatectomy for localized prostate cancer provides durable cancer control with excellent quality of life: a structured debate. *J Urol*. 2000 Jun;163(6):1802-7.
9. Davison BJ, Matthew A, Elliott S, Breckon E, Griffin S. Assessing couples' preferences for postoperative sexual rehabilitation before radical prostatectomy. *BJU Int*. 2012 Nov;110(10):1529-35.
10. Mazzola C, Mulhall JP. Penile rehabilitation after prostate cancer treatment: outcomes and practical algorithm. *Urol Clin North Am*. 2011 May;38(2):105-18.
11. Schiavina R, Borghesi M, Dababneh H, et al. Survival, continence and potency (SCP) recovery after radical retropubic prostatectomy: a long-term combined evaluation of surgical outcomes. *Eur J Surg Oncol*. 2014 Dec;40(12): 1716-23.
12. National institute of health. Impotence: NIH Consensus Development Panel on Impotence. *JAMA*. 1993 Jul;270(1): 83-90.
13. Nunes P, Rolo F, Mota A. Prostatectomia radical e actividade sexual. *Acta Urológica*. 2004 Jan;21(1):15-31.
14. Jakobsson J. Assessing recovery after ambulatory anaesthesia, measures of resumption of activities of daily living. *Anesthesiology*. 2011 Dec; 24(1):p.601-4.
15. Lassen B, Gattinger H, Saxer S. A systematic review of physical impairments following radical prostatectomy: effect of psychoeducational interventions. *J Adv Nurs*. 2013 Dec;69(12):2602-12.
16. Herdman TH, Kamitsuru S. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2015-2017*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2014.
17. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *Classificação de intervenções de enfermagem (NIC)*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
18. Galvão CM, Mendes KDS, Silveira RCCP. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: Brevidegli MM, Sertório SCM. *TCC- Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde*. 4ª Ed. São Paulo: Iátria, 2010.p.105-126.
19. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009; 6(6):e1000097.
20. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. 2ed. Lippincott Williams & Wilkins: China, 2011.
21. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials* 1996;17(1):1-12.
22. Lin Y, Yu T, Lin VC, Wang H, Lu K. Effects of early pelvic-floor muscle exercise for sexual dysfunction in radical prostatectomy recipients. *Cancer Nurs*. 2012 Mar; 35(2):106-14.
23. Lombraña M, Izquierdo I, Gomez A, Alcaraz A. Nursing care program for erectile dysfunction after radical prostatectomy. *Clin J Oncol Nurs*. 2012 Oct;16(5):E178-82.
24. Titta M, Tavolini IM, Moro F, Custerino A, Bassi P. Sexual counseling improved erectile rehabilitation after non-nerve-sparing radical retropubic

prostatectomy or cystectomy—results of a randomized prospective study. *J Sex Med.* 2006 Mar;3(2):267-73.

25. Canada AL, Neese LE, Sui D, Schover LR. Pilot intervention to enhance sexual rehabilitation for couples after treatment for localized prostate carcinoma. *Cancer*, 2005 Dec;104(12): 2689-700.

26. Giesler RB, Given B, Given CW, et al. Improving the quality of life of patients with prostate carcinoma: a randomized trial testing the efficacy of a nurse-driven intervention. *Cancer*, 2005 Aug; 104(4):752-62.

27. Weber BA, Roberts BL, Resnick M, et al. The effect of dyadic intervention on self-efficacy, social support, and depression for men with prostate cancer. *Psychooncology*, 2004 Jan;13(1):47-60.

28. Lepore SJ, Helgeson VS, Eton DT, Schulz R. Improving quality of life in men with prostate cancer: a randomized controlled trial of group education interventions. *Health Psychol.* 2003 Sep; 22(5): 443-52.

29. Maliski SL, Heilemann MV, Mccorkle R. Mastery of postprostatectomy incontinence and impotence: his work, her work, our work. *Oncol Nurs Forum*, 2001 Jul; 28(6):985-92.

30. Monturo CA, Rogers PD, Coleman M, Robinson JP, Pickett M. Beyond sexual assessment: lessons learned from couples post radical prostatectomy. *J Am Acad Nurse Pract.* 2001 Nov; 13(11):511-6.

31. Molton IR, Siegel SD, Penedo FJ, et al. Promoting recovery of sexual functioning after radical prostatectomy with group-based stress management: the role of interpersonal sensitivity. *J Psychosom Res.* 2008 May; 64(5):527-36.

32. Latini DM, Hart SL, Coon DW, Knight SJ. Sexual rehabilitation after localized prostate cancer: current interventions and future directions. *Cancer J.* 2009 Jan; 15(1): 34-40.

33. Magheli A, Busch J, Leva N, et al. Comparison of surgical technique (Open vs. Laparoscopic) on pathological and long term functional outcomes following radical prostatectomy. *BMC Urol.* 2014 Feb; 7(14):14-18.

34. Jakobsson L, Fransson P. Patient reported outcome measure (PROM) of quality of life after prostatectomy - results from a 5-year study. *Open Nurs J.* 2013 Dec; 27(7):165-73.

Recebido: 26 Junho 2015; Aceito: 04 de agosto de 2015

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia