



Texto & Contexto - Enfermagem

ISSN: 0104-0707

ISSN: 1980-265X

Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem

Azevedo, Cissa; Mata, Luciana Regina Ferreira da; Braga, Patrícia Pinto;
Chavez, Giannina Marcela; Lopes, Matheus Ramos; Penha, Carolina Sousa

A PERCEPÇÃO DE HOMENS E COMPANHEIRAS ACERCA
DA DISFUNÇÃO ERÉTIL PÓS-PROSTATECTOMIA RADICAL¹

Texto & Contexto - Enfermagem, vol. 27, núm. 1, e4870016, 2018

Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem

DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004870016>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71465261027>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

A PERCEPÇÃO DE HOMENS E COMPANHEIRAS ACERCA DA DISFUNÇÃO ERÉTIL PÓS-PROSTATECTOMIA RADICAL¹

Cissa Azevedo², Luciana Regina Ferreira da Mata³, Patrícia Pinto Braga⁴, Giannina Marcela Chavez⁵, Matheus Ramos Lopes⁶, Carolina Sousa Penha⁷

¹ Artigo extraído da tese - Efetividade de um programa de ensino para o cuidado domiciliar de pacientes submetidos à prostatectomia radical: ensaio clínico randomizado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 2013.

² Doutoranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: cissinhans@yahoo.com.br

³ Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: lucianarfma@gmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ) – Campus Centro-Oeste Dona Lindu. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. E-mail: patriciabragaufsj@gmail.com

⁵ Enfermeira Residente em Enfermagem em Saúde da Família. UFSJ – Campus Centro-Oeste Dona Lindu, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. E-mail: gianninamarcelans@gmail.com.

⁶ Enfermeiro Residente em Enfermagem obstétrica pelo Hospital Sofia Feldman. UFSJ – Campus Centro-Oeste Dona Lindu. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. E-mail: matheus.lopes16@hotmail.com

⁷ Acadêmica de Medicina. UFSJ – Campus Centro-Oeste Dona Lindu. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. E-mail: carolsousap@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção de pacientes prostatectomizados e de suas companheiras acerca dos desafios vivenciados após a cirurgia, relacionados à sexualidade do casal e aos efeitos da disfunção erétil.

Método: estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa com coleta de dados a partir de um roteiro semiestruturado aplicado com nove casais. A análise dos dados ocorreu por meio do levantamento de unidades de sentidos e formação de categorias empíricas a partir do referencial da Teoria Social Cognitiva.

Resultados: o tempo de realização da prostatectomia variou entre um ano e oito meses a três anos e dois meses. Dentre os homens, a média de idade foi de 65 anos e das mulheres 59 anos. O processo de análise dos dados permitiu a identificação de duas categorias empíricas e os resultados apontam que os desafios enfrentados pelos pacientes se referem à dificuldade de diálogo e ao distanciamento entre o casal e a consequente introspecção dos homens, a preocupação com o fator idade, o medo de abandono e a insegurança dos homens quanto ao uso de medidas terapêuticas para recuperação da capacidade de ereção. Entretanto, outros casais vivenciaram aspectos positivos baseados na compreensão e apoio psicológico, e até mesmo em mudanças na forma de pensarem e viverem após a cirurgia.

Conclusão: a cirurgia de prostatectomia gera repercussões no cotidiano dos pacientes e de suas companheiras, sendo que a percepção do casal em relação às implicações da cirurgia é fator determinante no processo de recuperação e enfrentamento dos desafios advindos do tratamento.

DESCRITORES: Neoplasias da próstata. Disfunção erétil. Cônjuges. Adaptação psicológica. Enfermagem.

THE PERCEPTION OF MEN AND WIVES ABOUT ERECTILE DYSFUNCTION POST RADICAL PROSTATECTOMY

ABSTRACT

Objective: analyzing the perception of patients prostatectomized and her companions about the challenges experienced after the surgery, related to sexuality and to the effects of erectile dysfunction.

Method: descriptive-exploratory study, qualitative approach to collecting data from semi-structured script with nine couples. Data analysis occurred through the withdrawal of senses and empirical categories from the benchmark of Social Cognitive Theory.

Results: the time to perform the prostatectomy varied between one year and eight months to three years and two months. Among men, the average age was 65 years and women 59 years. The process of data analysis allowed the identification of two empirical categories and the results shows that the challenges faced by patients refer to difficulty of dialogue and the distance between the couple and the introspection of the men, the concern with the age factor, fear of abandonment and insecurity of men regarding the use of therapeutic measures for recovery of erectile capacity. However, other couples have experienced positive aspects based on understanding and psychological support, and even changes in the way of thinking and living after surgery.

Conclusion: prostatectomy surgery generates an impact on daily life of patients and their companions, and the perception in relation to the implications of the surgery is the determining factor in the process of recovery and tackling the challenges arising from treatment.

DESCRIPTORS: Prostatic neoplasms of the prostate. Erectile dysfunction. Spouses. Psychological adaptation. Nursing

LA PERCEPCIÓN DE HOMBRES Y COMPAÑERAS ACERCA DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL POST-PROSTATECTOMÍA RADICAL

RESUMEN

Objetivo: analizar la percepción de pacientes después de una prostatectomía y de sus compañeras sobre los desafíos vividos en relación a la sexualidad de la pareja y a los efectos de la disfunción eréctil.

Método: estudio descriptivo exploratorio, de abordaje cualitativo con obtención de datos a partir de una guía semiestructurada con nueve parejas. El análisis de los datos se realizó por medio del análisis de unidades de sentidos y formación de categorías empíricas a partir de la referencia sobre la Teoría Social Cognitiva.

Resultados: el tiempo de realización de la prostatectomía varió de un año y ocho meses a tres años y dos meses. Entre los hombres, el promedio de edad fue de 65 años y de 59 años para las mujeres. El proceso de análisis de los datos permitió la identificación de dos categorías empíricas y los resultados señalan que los desafíos enfrentados por los pacientes se refieren a la dificultad de diálogo, el distanciamiento entre la pareja y la consecuente introspección de los hombres. También, aparece la preocupación con el factor edad, el miedo del abandono y la inseguridad de los hombres sobre el uso de medidas terapéuticas para la recuperación de la capacidad de erección. Por otro lado, otras parejas vivenciaron aspectos positivos basados en la comprensión, el apoyo psicológico y, además, en los cambios en la forma de pensar y vivir después de la cirugía.

Conclusión: la prostatectomía genera repercusiones en el cotidiano de los pacientes y sus compañeras, siendo que la percepción de la pareja en relación a las implicaciones de la cirugía es un factor determinante en el proceso de recuperación y enfrentamiento de los desafíos resultantes del tratamiento.

DESCRIPTORES: Neoplasias de próstata. Disfunción eréctil. Esposas. Adaptación psicológica. Enfermería

INTRODUÇÃO

Com um aumento expressivo da incidência ocasionada pela evolução dos métodos diagnósticos, o câncer de próstata é o mais comum entre os homens no Brasil e o segundo mais comum no mundo, desconsiderando o câncer de pele não melanoma.¹ O advento da dosagem do Antígeno Prostático Específico (PSA) permitiu o diagnóstico da doença em estágios mais precoces, o que aumenta de forma considerável as chances de tratamento curativo¹ levando a uma maior sobrevida e, consequentemente, a um maior tempo de convívio com as sequelas do tratamento.²

Os tratamentos mais utilizados para o controle do câncer de próstata localizado incluem a prostatectomia radical, radioterapia, hormonioterapia, vigilância ativa e observação. A opção por uma dessas abordagens baseia-se na opinião de uma equipe multidisciplinar, na tecnologia disponibilizada pelos serviços de oncologia e na escolha do paciente, considerando as vantagens, desvantagens e contraindicações.³

A prostatectomia radical pode ser realizada por abordagem aberta, laparoscópica ou robô-assistida (PRRA).³ No entanto, é importante destacar que os investimentos para a implementação da PRRA são significativos e envolvem altos custos de instalação do sistema robótico e de manutenção do equipamento,⁴ logo, está distante da prática da maioria dos urologistas brasileiros, sendo a cirurgia aberta e a laparoscópica mais utilizadas no país.⁵

No âmbito da prostatectomia radical, é possível perceber que há um grande número homens que convivem com as complicações pós-operatórias,

dentre elas a disfunção erétil, com expressivo impacto na qualidade de vida. Tal complicação consiste na inabilidade persistente de se obter e manter uma ereção peniana que possibilite um desempenho sexual satisfatório, sendo fonte de frustração para muitos homens.⁶ Essa morbidade foi observada em média em 58% dos homens submetidos à cirurgia devido à lesão ou não preservação dos nervos cavernosos.⁷ Embora existam evidências de que há uma melhora dos sintomas, cerca de dois anos após a cirurgia,⁸ estudiosos afirmam que em longo prazo esse padrão pode se modificar, ocorrendo um declínio da função sexual pelo avanço da idade, por fatores relacionados à doença ou ao tratamento ou por uma combinação desses fatores.⁹

Apesar de o advento da dosagem de PSA ter facilitado o diagnóstico precoce da doença, a idade média de diagnóstico ainda é avançada, por volta dos 65 anos.¹ Nessa faixa etária, a disfunção erétil já pode estar presente por outros fatores, como a doença vascular aterosclerótica, diabetes *mellitus* e uso de medicamentos comuns nessa faixa etária, como anti-hipertensivos, antidepressivos, tranquilizantes e hipnóticos.^{6,8,10} Além disso, fatores relacionados à parceira, como a menopausa, podem fazer com que problemas sexuais já sejam vivenciados pelo casal antes mesmo do diagnóstico do câncer.¹¹

No entanto, quando essa complicação ocorre em homens mais jovens com vida sexual ativa previamente ao tratamento, ela pode impor diversos desafios, os quais implicam em consequências para a saúde, qualidade de vida e na comunicação e satisfação do casal.^{8,10} A expectativa média de vida após o tratamento para câncer de próstata é de 13,8 anos,

o que significa mais de uma década convivendo com a doença e suas sequelas.⁹

Companheiras de homens com câncer de próstata têm papel fundamental durante o tratamento da doença,¹²⁻¹⁴ uma vez que buscam oferecer todo o suporte necessário ao seu cônjuge, sem que isso afete a percepção de sua masculinidade e mantenha um equilíbrio entre os cuidados ao companheiro e suas próprias necessidades de cuidado. Além de lidar com todas as implicações que envolvem o diagnóstico e tratamento do câncer, as parceiras também sofrem com as sequelas do tratamento, como a disfunção erétil, sendo que muitas suprimem seus desejos sexuais e se submetem a uma vida sexual insatisfatória para apoiar seus companheiros.¹²

Todo esse estresse e angústia relacionados ao enfrentamento da doença que afetam as mulheres têm efeito direto na saúde emocional do parceiro e, em contrapartida, a boa comunicação do casal em relação à intimidade e à sexualidade está relacionada a melhor qualidade de vida relatada pelo homem.¹⁵ Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar a percepção de pacientes prostatectomizados e de suas companheiras acerca dos desafios vivenciados após a cirurgia, relacionados à sexualidade do casal e aos efeitos da disfunção erétil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, orientado pelo referencial da Teoria Social Cognitiva.¹⁶ A opção por esse tipo de estudo está fundamentada na concepção de que os processos de subjetivações deverão ser analisados a partir do significado que os sujeitos atribuem às experiências vivenciadas no pós-operatório de prostatectomia. Nessa perspectiva, as produções de subjetividades e a participação efetiva dos atores sociais, a partir do relato de suas vivências e o envolvimento ético do pesquisador com o tema de investigação, são elementos constituintes do processo de pesquisa.

A Teoria Social Cognitiva considera a perspectiva da agência para o autodesenvolvimento, adaptação e mudança. Ser agente significa influenciar o próprio funcionamento e as circunstâncias de vida de modo intencional. Nessa perspectiva, as pessoas são autoorganizadas, proativas, autorreguladas e autorreflexivas, contribuindo para as circunstâncias de suas vidas, e não são consideradas apenas produtos dessas condições.¹⁶

Alguns conceitos importantes que merecem ser ressaltados para melhor entendimento da teoria

tratam-se da autoeficácia e autorreflexão. A autoeficácia é compreendida como a convicção pessoal de que se pode executar com sucesso uma ação para produzir resultados desejáveis em uma dada situação. Esse conceito é considerado um grande mediador das mudanças terapêuticas.¹⁷ Já a autorreflexão é a capacidade humana proeminente da teoria social cognitiva, uma vez que a partir da autorreflexão o indivíduo explora suas próprias cognições e crenças pessoais, analisa suas experiências, autoavalia-se e altera o seu pensamento e comportamento.¹⁶

O trabalho de campo foi desenvolvido em um município do interior de Minas Gerais, Brasil, no período de novembro de 2014 a janeiro de 2015. O levantamento dos participantes convidados emergiu do banco de dados de um estudo previamente realizado com pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico prostatectomia radical, nos hospitais do município cenário. O estudo prévio refere-se a um ensaio clínico randomizado, que teve como objetivo principal avaliar a efetividade de um programa de ensino no preparo para alta hospitalar de pacientes submetidos à prostatectomia radical, a partir das dimensões: autoeficácia, morbidade psicológica (ansiedade e depressão), satisfação e conhecimento.¹⁸

Assim, foram convidados a participar do estudo dez casais, no entanto, nove homens e suas respectivas esposas aceitaram participar da pesquisa. O homem que se recusou a participar justificou que não gostaria de conversar qualquer assunto relacionado à cirurgia. Como critérios de inclusão foram adotados: homens submetidos à prostatectomia entre um a quatro anos; ser residente no município cenário; e em união estável com a parceira desde a data da cirurgia.

Previamente à entrevista foram realizados contatos telefônicos com os cônjuges para verificar se aceitariam participar do estudo. De acordo com a concordância em participar da pesquisa, foi agendada uma visita domiciliar. As entrevistas foram realizadas por dois alunos graduandos em enfermagem, sendo um do sexo masculino, o qual entrevistou os homens, e um do sexo feminino, que entrevistou as mulheres. Cabe ressaltar que cada participante foi entrevistado em ambiente separado, de forma que não houvesse compartilhamento de respostas. A duração média das entrevistas foi de 30 minutos por entrevistado. Previamente à coleta de dados, os residentes participaram de uma capacitação, realizada pelas pesquisadoras da investigação para adequada condução das entrevistas. Nessa capacitação foram realizadas orientações sobre a utilização do instrumento de coleta de dados, como deveriam agir em

situações de ausência de respostas ou de respostas que extrapolavam o objetivo da investigação, bem como os aspectos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos. Destaca-se também que os entrevistadores participaram como colaboradores na coleta de dados do ensaio clínico randomizado realizado previamente e que desencadeou a presente investigação.

A primeira parte da entrevista contemplou a identificação de dados sociodemográficos (idade, situação profissional, número de filhos, renda mensal familiar e tempo de relação conjugal); na segunda parte foi utilizado um único roteiro semiestruturado direcionado tanto aos homens como também às suas companheiras, permitindo que falassem amplamente acerca dos questionamentos propostos. O instrumento contemplou questões abertas sobre como foi o período de cuidados pós-operatórios, quais as dificuldades encontradas e estratégias utilizadas, se houve dificuldades relativas à disfunção erétil e quais estratégias adotadas para lidar com a situação, bem como o quanto a cirurgia influenciou o cotidiano do casal. As entrevistas foram gravadas com utilização de mídia digital e transcritas na íntegra, sendo que cada participante foi entrevistado uma única vez.

Para interrupção das entrevistas foi utilizado o critério de saturação dos dados, momento em que não surgem elementos novos nos discursos, o que sinaliza a interrupção das entrevistas. Para a identificação dos participantes foram utilizadas as letras H para indicar homens e M para indicar mulheres, sendo que as numerações, por exemplo, H1 e M1, correspondem a um casal e assim sucessivamente.

As entrevistas foram analisadas seguindo as orientações para tratamento de dados qualitativos.¹⁹ Inicialmente, realizou-se a transcrição na íntegra seguida de uma primeira leitura do material e organização dos relatos com exclusão de vícios de linguagem. Essa primeira etapa possibilitou uma visualização ampla das descobertas em campo. Posteriormente, com a organização dos dados, foi possível iniciar um processo de leitura horizontal exaustiva das entrevistas, de no mínimo quatro vezes, o que permitiu apreender as ideias centrais apresentadas pelos participantes. Esse processo também possibilitou identificar temas centrais, que ao serem agrupados formaram categorias empíricas. O conteúdo das categorias “Relação conjugal após cirurgia: adaptações na vida sexual, mudanças e desafios” e “Estratégias de superação perante a disfunção erétil” foi submetido a um processo de análise em profundidade, a partir de articulação

com a literatura sobre o tema, e construção das interpretações e inferências acerca das evidências aqui apresentadas.

Ressalta-se que foram respeitados todos os aspectos éticos contidos na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, sob Protocolo n. 748.798/2014, CAAE: 32870714.1.0000.5545, e todos os participantes foram incluídos mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Caracterização dos participantes do estudo

Foram entrevistados nove homens e nove mulheres. O tempo de realização da prostatectomia variou entre um ano e oito meses a três anos e dois meses. Dentre os homens, a média de idade foi 65 anos, sendo a idade mínima 55 e máxima 76. Quanto à situação profissional atual dos homens, dois estavam em situação ativa, oito eram aposentados e um recebia auxílio-doença. Quanto às esposas, a média de idade foi de 59 anos, sendo a idade mínima 44 e máxima 72. Em relação à situação profissional, quatro mulheres eram do lar, quatro aposentadas e uma em situação ativa. Todos os casais possuíam filhos e a média da renda salarial das famílias era de três salários mínimos. Ainda, quanto ao tempo de relação conjugal, a média foi de 36 anos, sendo o tempo mínimo de união estável de 30 anos e máximo, 53 anos.

A partir dos relatos obtidos nas entrevistas, emergiram as categorias relacionadas à percepção de pacientes protatectomizados e de suas companheiras acerca dos desafios vivenciados após a cirurgia, principalmente no que diz respeito às questões relacionadas à sexualidade do casal e aos efeitos da disfunção erétil. Essas categorias estão descritas a seguir.

Relação conjugal após cirurgia: adaptações na vida sexual, mudanças e desafios

A análise dos dados evidenciou que, em relação à adaptação da vida sexual, apesar do reconhecimento das limitações impostas pela disfunção erétil, enfatizada muitas vezes nos diálogos dos homens, os casais conseguem manter uma relação estável por meio da compreensão e apoio das esposas. Percebe-se que a segurança de um relacionamento maduro e acolhedor pode acarretar em uma melhor conformidade quanto às dificuldades sexuais após a cirurgia.

E a disfunção sexual até hoje, não consegui ereção até hoje. É difícil [...] Para um homem é complicado. Isso aí é a compreensão da esposa [...] Isso é um negócio que eu até pensei que não existia, mas existe. Sem a capacidade de ereção você consegue se realizar sexualmente (H9).

Ah, mas agora é como irmãos [...], mas não mudou tanto assim não, mudou nesse ponto que você está me entendendo, mas a gente continua muito bem, graças a Deus, muito unidos (M4).

Mas graças a Deus eu sou muito bem casado e foi fácil para eu contornar a situação. Houve dificuldades, mas com o tempo a gente vai absorvendo esse problema. O casamento também, ele transcorreu de maneira normal... (H2).

Também foi identificada outra adaptação da vida sexual evidenciada pela afirmação de alguns casais quanto à atividade sexual que já não estava acontecendo com frequência, seja por fatores fisiológicos ou pela própria rotina do casal e, dessa forma, a disfunção erétil ocasionada pela cirurgia pouco influenciou em sua convivência matrimonial. Percebe-se também que para uma das companheiras a disfunção erétil decorrente da cirurgia trouxe uma sensação de “alívio” devido à própria diminuição da libido.

Foi, é, como se diz, a cirurgia foi tranquila. Igual estou falando que a gente é [...] o meu marido viajava muito, então, ele [...] depois que ele aposentou, ele ficou dentro de casa e tal, mas assim, parece que a gente acostumou, ficar assim mais distante um do outro [...] (M5).

Aparentemente foi bom. Porque eu não procuro mais e nem vou procurar porque ela não quer, não gosta, não estava querendo mais até antes da cirurgia. Ela fazia porque parece que tinha pena de mim, entendeu? Fazia sem querer. Então está bom, porque os atritos até diminuíram. Mas eu me sinto assim [...] eu sinto falta, mas não está me atrapalhando não, está bom (H1).

A análise também permitiu inferir que para um dos casais mudanças como o abandono da vida sexual já estava no momento de acontecer devido à idade, de forma que a disfunção erétil passou a ser vista como um processo fisiológico em decorrência do tempo. Em alguns relatos, percebe-se a valorização de outros sentimentos que compõem a relação matrimonial, como a amizade.

Porque assim [...] sobre essas coisas assim de... sexo, essas coisas. É igual falei para ele, assim, a gente já está na idade de estar parando, para que, pra que vai ficar? [...] a amizade é tão bom [...] Amor não é só transa, é um carinho, é um olhar, não precisa ficar para ter amor [...] eu fui passando aquela tranquilidade [...], porque precisa [...] (M5).

Por algumas participantes foi sinalizado o silêncio apresentado pelos homens no momento pós-cirurgia. Muitas vezes, eles apresentaram como desafio a exposição dos efeitos colaterais da cirurgia, principalmente a disfunção erétil. As esposas percebem esse desconforto de seus companheiros e tentam respeitar o momento. É importante ressaltar que apenas as companheiras relataram esses aspectos ligados à introspecção do homem.

Às vezes, ele está assim, pensativo, parece que ele está no mundo da lua [...] eu deixo, eu não fico perguntando: ‘O que você tem? Por que está tão triste? Por que está pensativo?’; eu deixo passar [...] na hora que ele quer desabafar [...] eu ouço ele, eu deixo ele falar o que ele tem pra falar [...] quando ele pergunta minha opinião, eu dou opinião [...] é isso, muito diálogo e compreensão (M3).

A gente está até conversando esses dias, ele falando ‘você lembra?’, parece que ele é muito vergonhoso, estamos casados há 35 anos, mas ainda não tem aquela intimidade para conversar, nem de perguntar sobre [...] eu não sei se é ele quem fica com vergonha de vir procurar... eu não procuro, ele não procura [...] eu fico tranquila na minha, entendeu? E vamos vivendo a vida (M5).

Para mim é mais fácil, que eu sou mais assim, falante. Para ele é mais difícil porque ele é mais calado. Ele é assim... não é de ficar falando não (M9).

A análise revelou a singularidade de um participante ao expressar um desafio relacionado à perda da função erétil que gerou preocupações por acreditar que sua esposa poderia abandoná-lo a qualquer momento devido a sua disfunção erétil. Para esse participante a diferença de idade é um fator que contribuiu para este sentimento.

A dificuldade que eu mais falo é essa sexual, não totalmente por mim. Porque você é homem e entende como é, que na hora que você para de ter o apetite, como se diz na linguagem popular, você não liga. A minha preocupação é com a minha esposa, porque ela tem idade, mas ainda não está velha, você sabe como é [...]. A maior preocupação que eu tive e tenho até hoje, foi com ela. Eu preocupo muito com ela, e não deixa da gente ter uma certa reação negativa, sabe? (H7).

Perante o sentimento de baixa autoeficácia do homem por não acreditar ser capaz de satisfazer mais a esposa, o casal vivenciou o desafio de lidar com a disfunção erétil como um fator causal para o distanciamento entre eles, comprometendo a vida matrimonial.

Porque ele ficou... como é que fala, ele ficou inutilizado como homem, entendeu? Então parece que agora ele foge de mim, ele vê televisão é no sofá. Eu estou na cama, ele vem para o sofá, ele ficou mais ríspido comigo,

qualquer coisa [...] mal resposta. Eu não sei se [...] o que que é, entendeu? Tem horas que eu fico pensando que ele fica querendo me afastar dele, tem hora que eu não sei se isso abalou o emocional dele, você entendeu? (M7).

Estratégias de superação perante a disfunção erétil

Nesta categoria, foram apresentados os aspectos associados às estratégias dos participantes prostatectomizados e de suas esposas para superar a disfunção erétil, tanto no que se refere às mudanças de comportamentos por meio de ações, como também às experiências que levaram a modificações no pensamento por meio de reflexões das próprias crenças pessoais.

Dentre as medidas terapêuticas contra a disfunção erétil está a utilização de terapias hormonais, a qual foi citada por dois homens, sendo que um deles relatou a satisfação em adotar tal medida a fim de alcançar o resultado esperado, já o outro relata a rejeição a tal terapia.

Isso aí mexe muito [...]? Levou muito tempo, mais de um ano para eu ter coragem de tomar o remédio. O doutor me passou o Viagra e eu tomo. Ele falou que era só dois por semana [...] eu falei para ele que poderia ser um por mês que estava bom, porque eu quero ficar bom [...] O nosso relacionamento não é normal, 100% [...] Mas, é uns 70% por causa da cirurgia! (H5).

Para ter a ereção normal tem que tomar um remédio, tem que tomar uma injeção, coisa que eu não faço também, porque não tem necessidade, porque [...] São coisas pessoais minhas com minha esposa. Mas deu para entender? Normal está, não normal natural, mas normal artificial... (H1).

Foi possível perceber também pensamentos vivenciados pelos participantes que serviram de apoio ao enfrentamento e superação da disfunção erétil, o que valoriza a autorreflexão.

Porque a vida não é apenas sexo. Inclusive o homem com relação a isso, ele é muito vulnerável, e, às vezes, ele sente muito, mas tudo depende da cabeça, do conhecimento, da companheira que você tem... (H2).

Sempre tivemos muito diálogo, amizade demais, sabe, porque igual tem quase vinte e sete anos de casados [...] nós acostumamos muito [...] tudo que um pensar, que sentir, conversar um com outro, expor o sentimento e sempre confiando um no outro, nunca mentindo em nada, não esconder nada um do outro (M3).

A análise revelou que a aceitação da disfunção erétil também foi expressa como uma oportunidade de vivenciar uma nova forma de vida e isso é

percebido na medida em que mudanças positivas aconteceram em sua vida, a partir de sua crença de autoeficácia expressa na capacidade de superação e enfrentamento, como apontado no enunciado a seguir: *a disfunção sexual eu ainda tenho até hoje. Eu tenho que encarar normal, natural. Eu preferi encarar a levar outro tipo de vida. Eu passei a me divertir mais, viajando, saindo eu e minha esposa. Sempre todos juntos, eu com total apoio dela [esposa], com a família toda, os filhos (H4).*

DISCUSSÃO

Perante os relatos analisados neste estudo, percebe-se que as mudanças ocasionadas pela cirurgia de prostatectomia, bem como as adaptações decorrentes desse processo, perpassam por diferentes sentimentos, incluindo desde aceitação e adaptação até mesmo à introspecção e insegurança decorrentes da baixa autoeficácia ocasionada pela perda da função erétil.

Portanto, a idade, o tempo de relacionamento, o apoio das companheiras e da família, bem como a capacidade de diálogo e compreensão, são fatores que podem potencializar ou minimizar os impactos da disfunção erétil na autoeficácia e na autorreflexão dos homens, que implicam em consequências para o convívio e rotina diária do casal e da família. Dessa forma, conhecer tais aspectos torna-se essencial para se prestar uma assistência que contemple as singularidades dos prostatectomizados, de forma a reconhecer suas principais dificuldades e angústias.

No que tange aos sentimentos vivenciados na adaptação à vida sexual por homens submetidos à prostatectomia, em um estudo cujo objetivo foi analisar as experiências e percepções de homens turcos, sobre os efeitos desta cirurgia, também foi identificado que alguns participantes não consideraram a disfunção erétil como um efeito negativo em relação à vida conjugal, e que suas esposas aceitaram de forma harmoniosa a situação. Logo, percebe-se que apesar de muitos relatarem o desejo do retorno imediato da função sexual e apesar da sexualidade ser uma fonte de energia para os homens da sociedade atual, para outros existem aspectos mais importantes em suas vidas conjugais do que o sexo e, desse modo, a relação com suas companheiras não foi afetada diante da impotência.²⁰

Apesar das consequências das mudanças referentes à alteração da função erétil relacionadas à baixa autoeficácia que se remete a sentimentos de baixa autoestima, incapacidade e frustrações, há homens que tendem a expressar racionalidade,

compreensão e adaptação à mudança por considerarem as alterações como fisiológicas e relacionadas à idade. Nesse contexto, é importante ressaltar que profissionais da saúde desempenham um papel fundamental na adaptação do sujeito às mudanças, ao fornecer informações acerca das características da perda da função erétil, reforçar os fatores relacionados à disfunção erétil, como o procedimento cirúrgico associado à idade avançada.²¹ Ainda, reconhecendo que a autoeficácia é a confiança pessoal de que se pode executar com sucesso o comportamento necessário para produzir os resultados desejados relacionados à saúde.¹⁶ Nesse contexto, oportuno que o enfermeiro considere esse aspecto por meio de estratégias de educação em saúde, sobretudo no contexto do autocuidado.

Nota-se nas falas descritas a dificuldade dos homens em expressar seus próprios sentimentos diante dos aspectos vivenciados após a cirurgia. Em um estudo realizado na Inglaterra cujo objetivo foi investigar experiências e dificuldades sexuais de homens após tratamento do câncer de próstata, identificou-se que a maioria havia escondido todas as dificuldades emocionais enfrentadas após a cirurgia e que também haviam resistido ao apoio psicológico oferecido por profissionais de saúde. Muitos também relataram que preferiram aceitar silenciosamente a nova condição do que solicitar qualquer tipo de apoio para lidar com as dificuldades emocionais decorrentes da cirurgia.²²

É oportuno destacar as distintas visões que homens e mulheres possuem sobre o próprio conceito de sexualidade que, consequentemente, podem influenciar na autorreflexão e na atitude de introspecção dos homens quanto às questões de disfunção erétil. Percebe-se que para as mulheres, no que se refere à motivação sexual, o desejo por intimidade, a presença de sentimento e de sentir-se desejada sexualmente levam ao sexo; já para os homens, a motivação volta-se para a busca de um “alívio” sexual e a sensação do orgasmo, que seria a resposta física.²³ Logo, acredita-se que esse conceito masculino influencia negativamente no processo de enfrentamento da disfunção erétil, uma vez que a satisfação física encontra-se prejudicada.

Cabe também dizer que embora a disfunção erétil tenha alta prevalência entre homens prostatectomizados, mesmo após vários anos decorrentes da cirurgia, esta na maioria das vezes é discutida apenas nos períodos iniciais do tratamento. Os pacientes muitas vezes esperam que os profissionais de saúde iniciem a conversa e perguntem sobre seus problemas em relação às atividades sexuais. Con-

tudo, essa abordagem pode não acontecer e os pacientes suprimem seus problemas psicosexuais ou, muitas vezes, não conseguem expor por sentirem-se “velhos demais” para se preocuparem com a perda da função erétil. Assim, torna-se importante que a função sexual, incluindo a disfunção erétil, seja considerada uma área relevante na prestação da assistência, de forma que o profissional de saúde promova uma interação e relação de confiança com o paciente para que ele consiga expressar seus sentimentos, o que irá permitir o levantamento de potenciais desafios e definição de estratégias para aumento da autoeficácia.²²⁻²⁴

Quanto ao sofrimento da esposa de um dos pacientes perante as atitudes de rejeição de seu marido, acredita-se que ao vivenciarem com seus companheiros todo o percurso da doença e seu tratamento, as companheiras experimentam sentimentos como ansiedade e medo, principalmente pelo fato de sentirem um futuro ameaçado devido à possibilidade de perderem seus companheiros. Entretanto, percebe-se que as esposas tentam manter um equilíbrio entre todos os sentimentos negativos, como ansiedade, fadiga e medo, e a necessidade de apoiar e encorajar seus companheiros. Ainda, é importante dizer que muitas esposas correm o risco de suprimir suas próprias necessidades em decorrência das necessidades do marido e, portanto, os profissionais de saúde devem fornecer suporte para essas companheiras durante o curso da doença, incentivá-las a participarem de grupos para casais, bem como terem a compreensão de que a fadiga situacional para as esposas pode acontecer muitos anos após o diagnóstico de seus companheiros.¹²

Em um estudo cujo objetivo foi descrever os efeitos da prostatectomia radical, segundo a percepção dos pacientes após um ano da realização da cirurgia, resultados semelhantes a esta investigação foram encontrados, em que alguns homens citaram o tempo de relacionamento como algo que fortalece a relação mesmo sem a presença do ato sexual. Além disso, o distanciamento físico também foi expressado por pacientes, os quais se sentiam muitas vezes envergonhados diante de suas companheiras por não possuírem mais a capacidade de ereção.²¹ Nota-se que o sentimento de angústia e incapacidade se desenvolvem diante dos efeitos da cirurgia, embora, muitas vezes, os pacientes compreendam que o tratamento tem o objetivo de erradicar o câncer e assim garantir sua sobrevivência.

Sabe-se que a disfunção erétil decorrente da prostatectomia é um dos efeitos adversos mais comuns e que sua recuperação é lenta, depende do

grau de reversibilidade das lesões dos feixes nervosos, lesões arteriais e músculo liso.²⁵ Atualmente, existem terapias como a utilização de fosfodiesterase inibidores, injeções intracavernosas e dispositivos de ereção à vácuo, as quais podem recuperar parcialmente a capacidade de ereção. Todavia, muitos são os fatores que contribuem para o sucesso dessa terapia, incluindo a própria satisfação e facilidade do casal em utilizar tais recursos, bem como a capacidade de enfrentamento das dificuldades provenientes desse tratamento.²⁶

Ainda nesse aspecto, torna-se fundamental o fornecimento de informações realistas sobre a probabilidade de recuperação de ereções naturais aos pacientes para que assim estes e suas companheiras possam enfrentar e se adaptar melhor às dificuldades inerentes da disfunção erétil e da redução da libido. É importante ressaltar que quando possível, deve-se valorizar o tratamento do casal, e não apenas do paciente prostatectomizado, de forma a incentivar a confiança entre os parceiros, bem como a própria capacidade de incorporar novas práticas sexuais que sejam independentes de ereção. Essa abordagem também permite que o casal compartilhe diversas formas de enfrentamento, além de oferecer potencial para erotização. Esses fatores podem contornar a ansiedade ou medo de não alcançar o desempenho ideal, bem como auxiliar no desenvolvimento positivo quanto à expectativa sexual e à autoreflexão.²⁶

Percebe-se, portanto, que embora os efeitos secundários da realização de uma prostatectomia possam ser semelhantes entre alguns homens, para outros o impacto pode ser maior, principalmente devido ao próprio significado que cada um possui sobre o que seja a disfunção erétil e sua autoeficácia.²² Portanto, perante todas as análises realizadas no presente estudo, fica evidente a importância de implementar intervenções de enfermagem que abordem os aspectos psicosociais, incluindo não apenas o paciente, mas também suas companheiras.

CONCLUSÃO

Por meio deste estudo foi possível analisar a percepção de homens e de suas companheiras sobre os desafios vivenciados após a prostatectomia, no que se refere à sexualidade do casal e aos efeitos da disfunção erétil. Foi possível identificar desafios como a dificuldade de diálogo e a consequente introspecção dos homens, o distanciamento do casal decorrente da própria ausência de diálogo, a preocupação com o fator idade e o medo dos homens de serem abandonados, a insegurança destes

quanto ao uso de medidas terapêuticas para conter ou recuperar a capacidade de ereção, bem como o sentimento recorrente de rejeição para com suas esposas, que gera angústia para suas companheiras, as quais tentam respeitar sempre esse momento de dificuldade física e emocional.

Por outro lado, apesar de existirem desafios, constatou-se também que alguns casais valorizaram a importância de uma relação conjugal estável, a qual se torna um meio de compreensão e apoio psicológico.

No que se refere às contribuições da autorreflexão perante as estratégias de superação da disfunção erétil, houve relatos de valorização de outros sentimentos que compõem a relação conjugal, o que, consequentemente, trouxe ao casal uma visão positiva fazendo com que experimentassem novas maneiras de viver. Já em relação à autoeficácia, percebe-se que a sua manutenção esteve atrelada ao uso de medidas terapêuticas de suporte à capacidade de ereção, sendo abordada como um aspecto positivo que trouxe satisfação ao casal. Por outro lado, a baixa autoeficácia do homem perante o sentimento de incapacidade de satisfazer a esposa provocou o distanciamento do casal.

A limitação desta investigação está relacionada às restrições para gerar generalizações, uma vez que buscou a vivência e significado de um grupo específico e restrito de participantes. Portanto, o desenvolvimento de novos estudos que permitam analisar e avaliar o impacto da prostatectomia radical na vida de homens e suas companheiras faz-se necessário, com vistas a contribuir para o cuidado de enfermagem no período pré e pós-operatório a esses pacientes.

Por fim, cabe ainda dizer que essas entrevistas qualitativas forneceram um amplo conhecimento em relação à experiência de ser um prostatectomizado após um diagnóstico de câncer. Os dados aqui apresentados são base para a reorganização dos serviços de saúde, os quais necessitam de estruturação para abranger as especificidades de um prostatectomizado e de sua família, como também são fundamentos para novos estudos relacionados a estratégias de intervenção e de acompanhamento desses homens com vistas ao aumento da autoeficácia e da autorreflexão.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [cited 15 Aug 2016]. Available from: <http://>

- www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf
2. Cormie P, Chambers SK, Newton RU, Gardiner RA, Spry N, Taaffe DR, et al. Improving sexual health in men with prostate cancer: randomised controlled trial of exercise and psychosexual therapies. *BMC Cancer* [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 15]; 14(199):1-9. Available from: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2407-14-199>
 3. Sanda MG, Chen RC, Crispino T, Freedland S, Greene K, Klotz LH, et al. Clinically Localized Prostate Cancer: AUA/ASTRO/SUO Guideline. American Urological Association Education and Research [Internet]. 2017 [cited 2017 May 24]; 1-56. Available from: [https://www.auanet.org/guidelines/clinically-localized-prostate-cancer-new-\(aua/astro/suo-guideline-2017\)](https://www.auanet.org/guidelines/clinically-localized-prostate-cancer-new-(aua/astro/suo-guideline-2017))
 4. Barbash GI, Glied SA. New technology and health care costs - the case of robot-assisted surgery. *N Engl J Med* [Internet]. 2010 [cited 2017 May 24]; 363(8): 701-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20818872>
 5. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata [Internet]. Brasília (DF): Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; 2015 [cited 2017 May 24]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/DDT_Adenocarcinomadepróstata_CP.pdf
 6. Hatzimouratidis K, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Moncada I, Salonia A, et al. European Association of Urology Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation. European Association of Urology [Internet]. 2015 [cited 2016 May 16]. Available from: http://uroweb.org/wp-content/uploads/14-Male-Sexual-Dysfunction_LR1.pdf
 7. Sanda MG, Dunn RL, Michalski J, Sandler HM, Northouse L, Hembroff L, et al. Quality of life and satisfaction with outcome among prostate-cancer survivors. *N Engl J Med* [Internet]. 2008 [cited 2016 Aug 20]; 358(12): 1250-61. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa074311>
 8. Alemozaffar M, Regan MM, Cooperberg MR, Wei JT, Michalski JM, Sandler HM, et al. Prediction of erectile function following treatment for prostate cancer. *JAMA* [Internet]. 2011 [cited 2017 May 24]; 306(11): 1205-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21934053>
 9. Resnick MJ, Koyama T, Fan KH, Albertsen PC, Goodman M, Hamilton AS, et al. Long-term functional outcomes after treatment for localized prostate cancer. *N Engl J Med* [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 20]; 368(5):436-45. Available from: <http://www.physiciansweekly.com/wp-content/uploads/2013/08/nejmoa1209978.pdf>
 10. Brajtburg JS, Punnen S, Cowan JE, Welty CJ, Carroll PR. Age and baseline quality of life at radical prostatectomy - Who has the most to lose? *J Urol* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 24]; 192(2):396-401. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24582539>
 11. Wittmann D, Northouse L, Crossley H, Miller D, Dunn R, Nidetz J, et al. A Pilot Study of Potential Pre-operative Barriers to Couples' Sexual Recovery after Radical Prostatectomy for Prostate Cancer. *J. Sex Marital Ther* [Internet]. 2015 [cited 2016 May 15]; 41(2):155-68. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4506793/pdf/nihms671062.pdf>
 12. Ervik B, Nordoy T, Asplund K. In the Middle and on the Sideline. The experience of spouses of men with prostate cancer. *Cancer Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jul 20]; 36(3):7-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22565105>
 13. Hohl DH, Knoll N, Wiedemann A, Keller J, Scholz U, Schrader M, et al. Enabling or cultivating? the role of prostate cancer patients' received partner support and self-efficacy in the maintenance of pelvic floor exercise following tumor surgery. *Ann Behav Med* [Internet]. 2016 [cited 2016 Jul 25]; 50(2):247-58. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12160-015-9748-6>
 14. Colloca G, Colloca P. The Effects of Social Support on Health-Related Quality of Life of Patients with Metastatic Prostate Cancer. *J Cancer Educ* [Internet]. 2016 [cited 2016 May 5]; 31(2):244-52. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007/s13187-015-0884-2>
 15. Manne S, Badr H, Zaider T, Nelson C, Kissane D. Cancer-related communications, relationship intimacy, and psychological distress among couples with localized prostate cancer. *J Cancer Surviv* [Internet]. 2010 [cited 2017 May 24]; 4(1):74-85. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19967408>
 16. Bandura A. Social Cognitive theory: an agentic perspective. *Asian J Soc Psychol J Cancer Surviv* [Internet]. 2001 [cited 2016 Aug 20]; 52: 1-26. Available from: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1999AJSP.pdf>
 17. Van der Bijl JJ, Shortridge-Baggett LM. The theory and measurement of self-efficacy construct. *Sch Inq Nurs Pract* [Internet]. 2001 [cited 2016 May 5]; 15(3):189-207. Available from: <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/sinp/2001/00000015/00000003/art00003>
 18. Mata LRF, Carvalho EC, Gomes CRG, Silva AC, Pereira MG. Postoperative self-efficacy and psychological morbidity in radical prostatectomy. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 May 5]; 23(5):1-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4660401/pdf/0104-1169-rlae-23-05-00806.pdf>
 19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10^a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

20. Iyigun E, Ayhan H, Tastans. Perceptions and experiences after radical prostatectomy in Turkish men: a descriptive qualitative study. *Appl Nurs Res [Internet]*. 2011 [cited 2016 Aug 30]; 24: 101-9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189709000676>
21. Eilat-Tsanami S, Tabenkin H, Shental J, Elmalah I, Steinmetz D. Patients' Perceptions of radical prostatectomy for localized prostate cancer: a qualitative study. *Isr Med Assoc J [Internet]*. 2013 [cited 2016 Sep 20]; 15(3):153-7. Available from: <http://www.ima.org.il/IMAJ/ViewArticle.aspx?year=2013&month=03&page=153>
22. O'Brien R, Rose P, Campbell C, Weller D, Neal RD, Wilkinson C, et al. "I wish I'd told them": A qualitative study examining the unmet psychosexual needs of prostate cancer patients during follow-up after treatment. *Patient Educ Couns [Internet]*. 2011 [cited 2016 Jul 15]; 84: 200-7. Available from: [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(10\)00407-6/abstract](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(10)00407-6/abstract)
23. Mark K, Herbenick D, Fortenberry D, Sanders S, Reece M. The object of sexual desire: examining the "what" in "what do you desire?" *J Sex Med [Internet]*. 2014 [cited 2016 May 20]; 11(11): 2709-19. Available from: [http://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)30604-4/pdf](http://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)30604-4/pdf)
24. Mata LRF, Carvalho EC, Napoleão AA. Validação por peritos de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2011 [cited 2016 Dec 9]; 20(Esp):36-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea04.pdf>
25. Shamloul R, Ghanem H. Erectile dysfunction. *Lancet [Internet]*. 2013 [cited 2016 Aug 15]; 381:153-65. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(12\)60520-0.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)60520-0.pdf)
26. Walker LM, Wassersug RJ, Robinson JW. Psychosocial perspectives on sexual recovery after prostate cancer treatment. *Nature Rev Urology [Internet]*. 2015 [cited 2016 May 20]; 12:167-76. Available from: <http://www.nature.com/nrurol/journal/v12/n3/pdf/nrurol.2015.29.pdf>

Correspondência: Luciana Regina Ferreira da Mata
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
AV. Alfredo Balena, 190
30130-100- Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: lucianarfma@gmail.com

Recebido: 13 de dezembro de 2016
Aprovado: 29 junho de 2017

This is an Open Access article distributed under the terms of
the Creative Commons (CC BY)