

A PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM PACIENTES PROSTATECTOMIZADOS

Caio Atila Prata Bezerra de Sousa – Centro Universitário Estácio do Ceará

Constancy Roldan Tavares Amorim – Instituto PH

Raimunda Hermelinda Maia Macena – Universidade Federal do Ceará – UFC

Crystiane Macedo Peixoto, Leila Beuttenmuller Cavalcanti Soares e Vasco Pinheiro Diógenes Bastos – Centro Universitário Estácio do Ceará – Estácio/FIC

RESUMO: O câncer de próstata é uma doença comum no mundo e já assumiu em alguns países uma das principais causas de mortalidade da população masculina. Estudos comprovam que 80% dos casos são observados em homens com idade superior a 65 anos. Suas causas são desconhecidas, bem como os fatores ambientais que favorecem seu surgimento. Os objetivos foram verificar a prevalência da incontinência urinária (IU) em pacientes prostatectomizados, traçar um perfil epidemiológico dos pacientes em estudo, verificar o conhecimento do paciente em relação à incontinência urinária, verificar o tipo de incontinência urinária pós-cirurgia do grupo em estudo. O estudo trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, exploratório e transversal com estratégia de análise quantitativa dos resultados apresentados, realizado na clínica Urocentro. Utilizou-se um questionário individual contendo dados pessoais, profissionais e problemas de saúde. A amostra foi coletada no mês de Agosto a Novembro de 2008. Os resultados apontaram 40% (n=4) tem idade entre 40 a 50 anos; A IU presente em todos os pacientes por eles relatados, isto é, 100% ; quanto a seu conhecimento sobre IU nossa amostra relatou que 80% (n=8) apresentavam entender o porquê da incontinência e 20% (n=2) relatou não ter conhecimento; 70% (n=7) referiram não realizar o ato sexual devido a diversos incômodos. Conclui-se que a prevalência da incontinência urinária em pacientes submetidos a prostatectomia é elevada. Sugerimos que sejam realizados mais estudos científicos para que sejam mais explorados os fatores que implicam nessas principais conseqüências, proporcionando melhora na situação clínica e psicológica.

ABSTRACT: The Prostate cancer is a common disease in the world and in some countries has assumed a leading cause of mortality in the male population. Studies show that 80% of cases are found in men over the age of 65. Its causes are unknown, as well as environmental factors that favor its appearance. The objectives were to determine the prevalence of urinary incontinence (UI) in prostatectomy patients, draw an epidemiological profile of the patients in the study, check the patient's knowledge regarding urinary incontinence, check the type of urinary incontinence post-surgery study group. The study deals with a research of a descriptive, exploratory and cross-strategy quantitative analysis of the results, carried out at the clinic Urocentro. We used a questionnaire containing personal data personal, professional and health problems. The sample was collected in August and November 2008. The results showed 40% (n = 4) were aged 40 to 50 years; UI present in all patients reported by them, ie 100%, as their knowledge of IU our sample reported that 80% (n = 8) had to understand why incontinence and 20% (n = 2) reported having no knowledge, 70% (n = 7) reported not perform sexually due to various disturbances. It is concluded that the prevalence of incontinence in patients undergoing prostatectomy is high. We suggest further studies to be more scientific explored the factors involving these major consequences, providing improved clinical situation and psychological.

PALAVRAS-CHAVE:

Incontinência Urinária;
Prostatectomia; Disfunção Sexual.

KEYWORDS:

Urinary Incontinence;
Prostatectomy; Sexual Dysfunction.

Artigo Original

Recebido em: 08/04/2013

Avaliado em: 24/04/2013

Publicado em: 14/05/2014

Publicação

Anhanguera Educacional Ltda.

Coordenação

Instituto de Pesquisas Aplicadas e
Desenvolvimento Educacional - IPADE

Correspondência

Sistema Anhanguera de
Revistas Eletrônicas - SARE
rc.ipade@anhanguera.com

1. INTRODUÇÃO

A próstata é um órgão exclusivo do sexo masculino. Localiza-se abaixo da bexiga, na frente do reto. No homem adulto, a próstata tem o tamanho aproximado de uma ameixa, pesando cerca de 20 gramas. Ela envolve a uretra, que conduz para fora a urina que se acumula na bexiga (NETTER, 2000).

A próstata produz e armazena o líquido prostático, que é expelido na ejaculação. Ela é formada por 30 a 50 glândulas tubuloalveolares ramificadas, cujos ductos desembocam na uretra prostática. Envolvendo a próstata, existe uma cápsula fibroelástica rica em músculo liso, que envia septos que entram na glândula (CALAIS-GERMAIN, 1992).

A próstata cresce devido à influência da testosterona já na puberdade até que produção começa a diminuir por volta dos 40 anos de idade. Por volta dos cinquenta anos, a conversão de testosterona em deidrotestosterona (DHT) aumenta, causando o inchaço da glândula. Como a evolução do inchaço, a pressão da próstata pressiona a uretra, enquanto causa obstrução do fluxo da urina provocando danos para os rins, bexiga e ureteres, como também infecção urinária, devido ao resíduo da urina que não sai e retorna (NETTER, 2000).

Existem três tipos principais de problemas: Hiperplasia Prostática Benigna (HPB); Prostatite (inflamação da próstata) e Câncer de Próstata O importante é reconhecer que tais sintomas urinários estão associados ao crescimento do volume (tamanho) da próstata, que, por sua vez, pode ser provocado por alguma dessas patologias (KLEIN,1992).

O câncer de próstata é uma doença relativamente comum no mundo e já assumiu em alguns países uma das principais causas de mortalidade da população masculina. Atualmente, o adenocarcinoma prostático representa a 3ª causa de morte na população masculina brasileira, após as doenças cardiovasculares e as causas externas (MIRANDA, 2004).

Na sua fase inicial, não apresenta nenhum sintoma. Numa fase adiantada, começará a obstruir a urina, como ocorre com o tumor benigno (HBP), mas o tratamento curativo já é mais difícil. Trabalhos já mostraram que em autópsias realizadas em 100 indivíduos de 40 a 50 anos que vieram a falecer de várias causas 04 deles eram portadores de câncer de próstata, sem nunca terem se queixado de qualquer sintoma (HERING; SROUGI, 1995).

De acordo com Costa (1998), a evolução dos pacientes com câncer de próstata depende do grau histológico do tumor e o estágio da doença no momento do diagnóstico e o volume tumoral. As células do câncer prostático produzem fosfatase ácida, os níveis séricos desta tornam-se elevados quando o tumor se estende fora da cápsula, não sendo de grande valia de diagnóstico no carcinoma de estado inicial.

Estudos comprovam que 80% dos casos são observados em homens com idade superior a 65 anos. Suas causas são desconhecidas, bem como os fatores ambientais que favorecem seu surgimento. No Brasil, de 60% a 70% dos casos são diagnosticados quando a doença já está disseminada (LIBERMAN, 2001).

O retardo do diagnóstico prende-se a diversos fatores: a falta de informação da população leiga, que mantém crenças ultrapassadas e negativas sobre o câncer e seu prognóstico; a falta de alerta dos profissionais de saúde para o diagnóstico precoce dos casos; o preconceito contra o câncer e contra o toque retal; a inexistência de um exame específico e sensível que possa detectar em fase microscópica e a falta de rotinas abrangentes programadas nos serviços de saúde públicos e privados que favorece a detecção do câncer, inclusive o de próstata (HERING; SROUGI, 1995).

De acordo com Hering; Srougi (1995), as decisões acerca do tratamento do câncer de próstata compreendem muitos fatores. Os pacientes com câncer de próstata devem ser tratados em função do estágio da doença: recorre-se à prostatectomia e à terapêutica endócrina anti-androgênica nos casos de doença disseminada.

Após o seu diagnóstico o paciente pode ser submetido a uma cirurgia. A Prostatectomia, que consiste em um tratamento realizado em casos de tumores e quando a próstata se torna muito grande a ponto de restringir o fluxo de urina através da uretra, que pode ser radical ou parcial (HAMAND, 1991).

O tratamento cirúrgico, realizado mediante prostatectomia radical, é particularmente indicado nos pacientes com doença em estágios A e B (T1 e T2). Quando o tumor atinge os tecidos periprostáticos, ou seja, estágio C (T3 e T4), a cirurgia não remove integralmente a neoplasia e os pacientes são melhores tratados por radioterapia radical (BILLIS, 1999).

A prostatectomia radical é uma cirurgia que reduz a mortalidade, mas podem desencadear algumas complicações como a incontinência urinária, alterações sexuais e problemas psicológicos que geram grande impacto na qualidade de vida do paciente (NETTINA, 2003).

Dentre as complicações surgidas temos a incontinência urinária sendo o achado mais comum nos pacientes submetidos à retirada radical da próstata, podendo ser temporária ou persistente necessitando de tratamento. Esta intercorrência é acompanhada pelo tratamento farmacológico, processos cirúrgicos e tratamento fisioterápico (FRANCO, 2001).

A incontinência urinária pós-prostatectomia é uma complicação com conseqüências de ordem social e psicológica que geram grande impacto na qualidade de vida do paciente. A incidência da incontinência após o tratamento cirúrgico da obstrução por HPB, seja após a ressecção transuretral da próstata ou após a prostatectomia aberta, gira em torno de 1% (LIBERMAN, 2001).

Srougi e Simon (1996) submeteram 22 pacientes a prostatectomia radical retro pública entre 1987 e 1988, observou 5% de incontinência urinária. Utilizaram questionários em pesquisa com mais de 800 pacientes após a prostatectomia radical e 32% responderam que usavam absorventes ou grampo peniano devido à incontinência urinária, em graus variados.

A fisioterapia vem mostrando bons resultados no tratamento de incontinência urinária através da eletroterapia e da cinesioterapia que visam o recrutamento de fibras musculares, levando ao fortalecimento, pela melhora do mecanismo esfinteriano (BARACHO, 2007).

Esse estudo surgiu da necessidade de verificar as complicações nos pacientes prostatectomizados identificando o nível e grau de conhecimento da incontinência urinária pelos pacientes e a relação com o tratamento e o fisioterápico.

Baseado nisso o estudo busca oferecer conhecimentos aos profissionais de fisioterapia. Abordando o perfil dos pacientes prostatectomizados, para que se desenvolvam mais pesquisas no pré e pós-operatório de pacientes prostatectomizado.

Tendo como objetivo geral verificar a prevalência de Incontinência urinária em pacientes prostatectomizados traçando um perfil epidemiológico, verificando o conhecimento do paciente em relação à incontinência urinária e o tipo de incontinência urinária pós-cirurgia do grupo em estudo.

2. METODOLOGIA

A metodologia deste trabalho consiste em um estudo de caráter descritivo, exploratório e transversal com estratégia de análise quantitativa dos resultados apresentados.

O presente estudo se realizou na clínica Urocentro, situada a Rua Costa Araújo, 1210 - Bairro de Fátima, Fortaleza/CE. No período entre agosto a novembro de 2008, conforme aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade Integrada do Ceará.

A amostra foi selecionada a partir dos indivíduos do sexo masculino (n=10) que tenham realizado cirurgia de prostatectomia. Foram: incluídos os indivíduos do sexo masculino, maior de 30 anos, que foram submetidos à cirurgia de prostatectomia com visitas freqüente a clínica Urocentro e que aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura de um termo de consentimento informado (APÊNDICE A). Os excluídos da pesquisa são os que não estavam freqüentando a clínica Urocentro, que não realizaram cirurgia de prostatectomia, os que não se encontravam dentro da faixa etária delimitada, e os indivíduos que não aceitaram realizar a cirurgia, e não aceitaram participar da pesquisa.

As variáveis a serem abordadas foram o tempo de cirurgia, o tipo de cirurgia, o tipo de terapêutica, a idade e tipo de incontinência.

Inicialmente foi feita uma visita na clínica Urocentro, onde foi realizada uma explanação perante o Diretor da mesma sobre os objetivos do trabalho (APÊNDICE B) em seguida foi explicado os objetivos da pesquisa aos pacientes que freqüentavam a clínica e foi solicitada a assinatura do termo de consentimento. (APÊNDICE A). Logo após receberam a ficha de resolução para o desenvolvimento da pesquisa (APÊNDICE C), que aborda tipos de cirurgias, Complicações pós - cirúrgicas e tipos de incontinência urinária.

Realizaram-se uma análise estatística descritiva, Microsoft Office, através do Excel

2003, os resultados sendo apresentados em forma de gráficos e tabelas.

O estudo seguiu os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, como garantia da confidencialidade, do anonimato, da não utilização das informações em prejuízo dos indivíduos e do emprego das informações somente para os fins previstos na pesquisa.

A coleta de dados ocorreu, conforme aprovação do estudo pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade Integrada do Ceará (ANEXO A) e seguirá as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), assim como da resolução do COFFITO 10/78 - Protocolo nº. 59 (Código de Ética de Fisioterapia).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado através de questionário aplicado em 10 pacientes prostatectomizados que freqüentavam a clínica Urocentro, tendo a amostra uma idade média de 42,9 ($\pm 2,30$) anos, estando cerca de 40% ($n=4$) da amostra na faixa etária de 40 a 50 anos (GRAFICO 1).

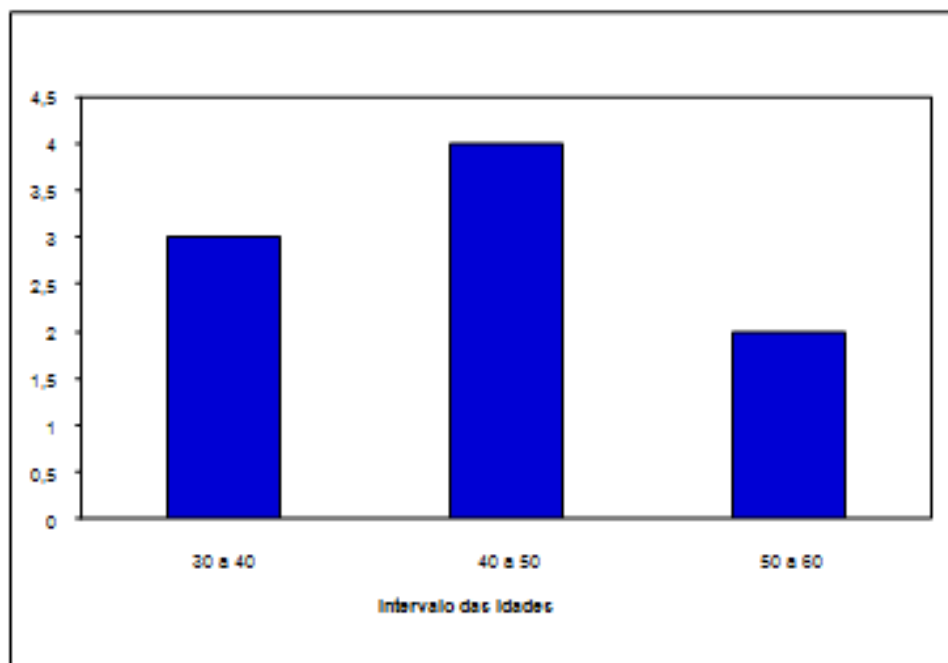


Gráfico 1: Distribuição dos dados de acordo com a faixa etária. Fortaleza/Ce, 2008.

Nossos dados vão de encontro ao de Lirbeman (2001) que destaca que as neoplasias da próstata são raras antes dos 50 anos, observando-se aumento progressivo da incidência com a idade. Os tumores são atualmente identificados, respectivamente, em 4%, 7%, 12%, 25% e 41% dos homens com 40, 50, 60, 70, e 80 anos.

Seguindo o roteiro da pesquisa estudada, com relação ao estado civil dos pacientes detectou-se que 60% ($n=6$) eram casados, 20% ($n=2$) solteiros e 20% ($n=2$) separados (GRAFICO 2).

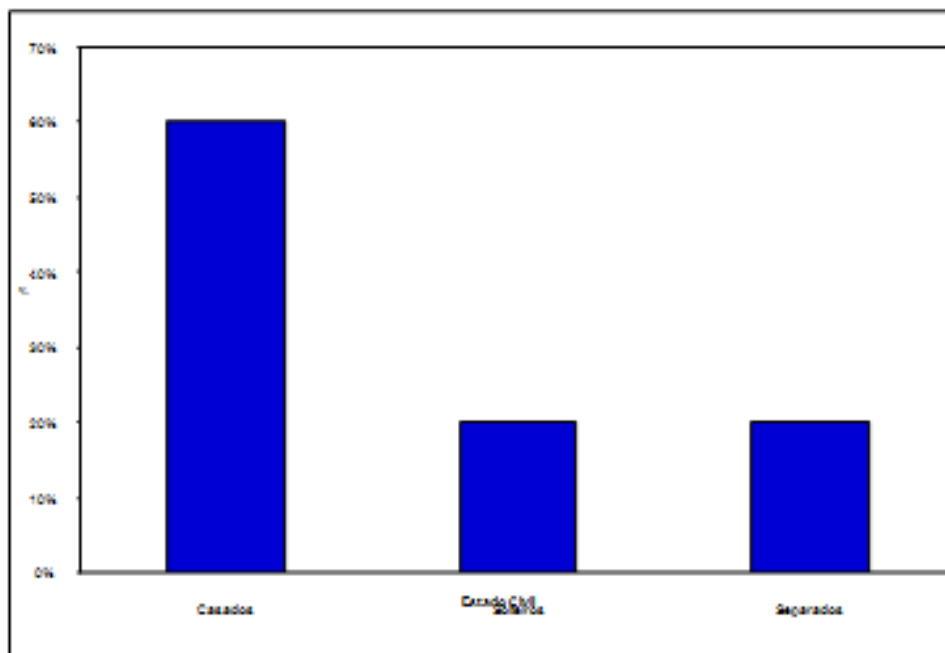


Gráfico 2: Distribuição dos dados de acordo com o estado civil. Fortaleza/Ce, 2008.

A incontinência urinária se destacou presente em todos os pacientes por eles relatados, isto é, 100% (n=10). Logo, foi relatado sobre os possíveis sintomas da incontinência urinária, detectou-se que 60% (n=6) dos entrevistados apresentavam alteração na força para micção; 20% (n=2) polaciúria; 10% (n=1) disúria e 10% (n=1) enurese noturna (TABELA 1).

Tabela 1: Distribuição dos dados de acordo com os sintomas relatados diante da Incontinência urinária.

Sintomas	Fa	Percentagem (%)
Força para micção	6	60%
Polaciúria	2	20%
Disúria	1	10%
Enurese noturna	1	10%
Total	10	100%

Fortaleza/ Ce, 2008.

Confirmando os dados presentes em nossa pesquisa citamos o Ciconelli (1999) que descreve em seus estudos que a incontinência urinária existe após a prostatectomia, pois gera o enfraquecimento temporário dos músculos levando os diversos sintomas, dentre eles: endurese noturna, polaciúria e disúria ao rir, tossir ou no decurso de determinadas atividades físicas.

Diante do conhecimento quanto à incontinência urinária nossa amostra relatou que 80% (n=8) apresentavam entender o porquê da incontinência e 20% (n=2) relatou não ter conhecimento da incontinência urinária (GRAFICO 3).

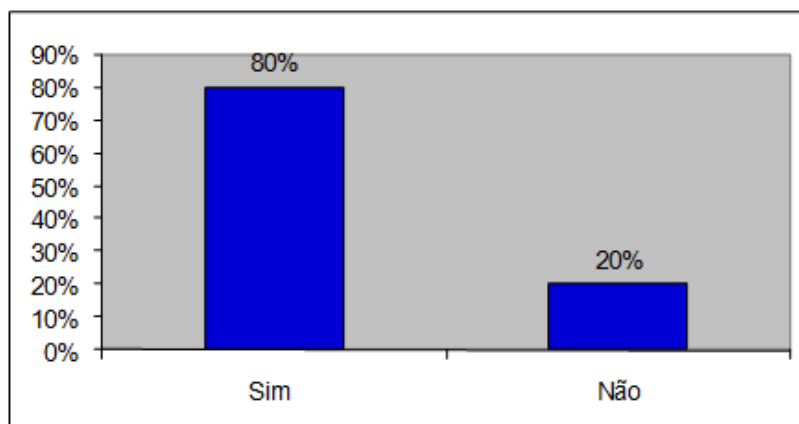


Gráfico 3: Distribuição dos dados de acordo com o Conhecimento dos paciente quanto a Incontinência Urinária

Indo de confronto com Hamand (1991) que relata que os pacientes prostactomizados já são logo informados que a principal complicação e a incontinência urinária, sabendo que na maioria dos casos possui reversão desse fator e que segundo como consequência a disfunção sexual.

Na pesquisa elaborada sobre a incapacidade de controlar voluntariamente a eliminação da urina apresentou um número relevante de pacientes, que fizeram parte da amostra, com micção em jatos, totalizando 50% (n=5) dos entrevistados, os demais participantes diversificaram em sua resposta nas demais formas de micção, com os seguintes dados: 20% (n=2) na forma de espirros; 30% (n=3) em forma de gotas e 10% (n=1) em outras. (TABELA 2).

Tabela 2: Distribuição dos dados de acordo com formas de micção da perda urinária Fortaleza/ Ce, 2008.

Formas de micção	Fa	Porcentagem (%)
Jatos	5	50%
Espirros	2	20%
Gotas	3	30%
Outros	1	10%
Total	10	100%

Carvalho (1994) afirma que o tipo mais comum de problemas urinários do homem é o gotejamento contínuo em formas de jato promovendo não esvaziamento completo da bexiga. Dados esses confirmando os nossos resultados.

Foi indagado aos entrevistados se os mesmos praticavam relação sexual após a prostatectomia, sendo verificado que 30% (n=3) dos pacientes afirmaram ter relação sexual e 70% (n=7) referiram não realizar o ato sexual por apresentar diversos incômodos, sendo eles: Mal estar em 20% (n=2), pouca ereção em 40% (n=4) e dor em 40% (n=4) da amostra (TABELA 3).

Tabela 3: Distribuição dos dados de acordo com os motivos da negação ao ato sexual. Fortaleza/ Ce, 2008.

Motivos	fa	Porcentagem (%)
Mal estar	2	20%
Pouca ereção	2	20%
Dor	3	30%
Total	7	70%

Rodrigues; Zago (1991) relatam que os sintomas polaciúria, disúria e endurese noturna apresentados levam o homem a problemas de ordem física, psicossociais (como a depressão, o isolamento social, a rejeição do parceiro), em virtude da pouca ereção que reflete na prática e na concretização da relação sexual. Corroborando Gugliotta (2001) destaca que a disfunção sexual afeta a qualidade de seu relacionamento dificultando a ereção, justificando o alto índice de pacientes de deixaram de praticar relação sexual.

Essa disfunção sexual e incontinência urinária presentes após a prostatectomia pode ser descrita por Hatzimouratidis; Hatzichistou (2004) como dois fatores mais presentes após o ato cirúrgico, no entanto a incontinência urinária é mais freqüente que a potência sexual, sendo que mais de 90% dos pacientes ainda podem estar continentemente após o sexto mês da cirurgia. A recuperação da ereção é mais lenta, podendo ocorrer até o terceiro ano da cirurgia. A taxa de potência varia na literatura de 11% até 86% entre os pacientes submetidos à prostatectomia radical.

O estudo de Rodrigues; Zago (1991) é semelhante ao nosso no tocante ao fato de que o homem ao passar pela cirurgia de prostatectomia ficará sujeito a uma possível situação depressiva devido ao preconceito presente em nossa sociedade, bem como o risco de comprometimento físico, pelo difícil controle da micção e pelos motivos da redução do ato sexual afetando consideravelmente sua qualidade de vida.

4. CONCLUSÃO

Diante dos nossos estudos os resultados confirmam que a incontinência urinária e disfunções sexuais continuam prejudicadas diante a cirurgia da próstata.

Sendo assim esta pesquisa demonstra que a constância da incontinência urinária em pacientes submetidos a prostatectomia é elevada e há índices elevados de disfunção sexual.

Esses fatores destacados, disfunção sexual e incontinência urinária, influenciam na qualidade de vida do paciente. A cirurgia curativa do carcinoma da próstata tem implicações profundas na sexualidade do homem e levando os momentos depressivos ou ate isolamento social.

Encontrou-se, também, relação entre a incontinência urinária com a faixa etária sendo mais acometida a compreendida entre 40 à 50 anos sugerindo desta forma, possíveis fatores de risco.

Vale ressaltar que mesmo os pacientes após a prostatectomia precisam ser avaliados de forma cuidadosa e continua, pois o dilema entre a radicalidade e qualidade vida em terapêutica oncológica não tem uma solução fácil, mas a evolução do conhecimento permite que uma percentagem cada vez maior de doentes submetidos à prostatectomia reinsira na sociedade de forma mais rápida e satisfatória.

Sugerimos que sejam realizados mais estudos científicos para que sejam mais explorados os fatores que implicam nessas principais conseqüências, pois assim estará proporcionando melhora na situação clinica e psicológica do paciente após a prostatectomia, promovendo maior aceitação do processo cirúrgico.

REFERÊNCIAS

BALLANTINE, C. H.; PARTIN, A.W. Diagnosis and staging of prostate cancer.In: WALSH; RETIK; VAUGHAN; WEIN. Campbells Urology. 7.ed. Philadelphia: W.B., 1998.

BARACHO, E. Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BILLIS, A. Manual de padronização de laudos histopatológicos da Sociedade Bras. de Patologia. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Ed., 1999.

BRASIL. Resolução CNS n.º 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, n. 201. 1996.

BRAWER, M. K; CHETNER, M. P; BEATIE. Screening for prostatic carcinoma with prostate specific antigen. J Urol, 1992.

CALAIS-GERMAIN, B. Anatomia para o movimento. São Paulo: Manole, 1992.

CALVETE, A. C; SROUGI, M, NESRALLAH, L. J. Avaliação da extensão da neoplasia em câncer da próstata: valor do PSA, da porcentagem de fragmentos positivos e da escala de Gleason. Prev. Assoc. med. Bras, 2003.

- CARDOSO, I.C.; CAMPOS, T.P. Avaliação da radioterapia e/ou associações terapêuticas em câncer de próstata através do antígeno prostático específico. Anais do VI ENAN. Rio de Janeiro. Brasil, 2002.
- CARVALHO, M. M. M. J. Introdução a Psiconcologia. Campinas: Livro Pleno, 1994.
- CICONELLI, R. M. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. Rev Bras Reumatol. v.39, 1999.
- COSTA, M. Disfunção erétil. Rev brasil Méd, 55 ed, p.23-24,1998.
- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – COFFITO. Resolução COFFITO-10, de 3 de junho de 1978. Aprova o código de ética profissional de Fisioterapia e terapia ocupacional. Brasília: Diário Oficial da União. p. 5 265-5 268, 22 SET. 1978. Seção I, parte II.
- DAMIÃO, R.L.; CARRERETTE, F.B. Diretrizes em uro-oncologia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Urologia, 2005. p 161
- DANGELO, J.G.; FATTINI, C.A. Anatomia humana básica. São Paulo: Atheneu, 1987.
- DUNCAN, B. Doenças Comuns em Urologia: Medicina Ambulatorial 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- FRANCO, S. Avanços metodológicos em diagnóstico da CA da próstata, 2001. São Paulo. Disponível em: www.uronews.org.br. Acesso em: 19/04/2008.
- GANONG, W.F. Fisiologia médica. 17ª Ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- GOMES, C.S. Doenças da próstata, 2004. Disponível em : www.pontodosmedicos.com.br. Acesso em 19/04/2008.
- GUGLIOTA, A. Qualidade de vida dos pacientes portadores de câncer localizado de próstata, tratados com prostatectomia radical e radioterapia. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas: UNICAMP, 2001.
- GUYTON, A.C.; HALL, J.E. Tratado de fisiologia médica. 9ª Ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- HAMAND, J. Problemas Prostáticos: O completo guia de tratamento. London: Thorsons Publishers, 1991.
- HATZIMOURATIDIS, K.; HATZICHISTOU, D.G. Câncer de próstata e disfunção sexual. In Telöken C, Da Ros CT, Tannhauser M (eds.). Disfunção Sexual. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. p 242- 56.
- HERING, F. L. O; SROUGI, M. Adenocarcinoma da próstata: correlação entre o valor sérico do PSA pré-operatório, doença extraprotástica e progressão do tumor. Rev. Platina, São Paulo, 1995.
- INCA. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2002.
- JACOB, S.W.; FRONCONE, C.A.; LOSSOW, W.J. Anatomia e fisiologia humana. 5ª Ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990.
- KHAN, Z.; MIEZA, M.; STARER, P.; SINGH, V.K. Post-prostatectomy incontinence. A urodynamic and fluoroscopic point of view. Urology , 1991.
- KLEIN, E. Early continence after radical prostatectomy. J Urol, 1992.
- LIBERMAN, A. Estudo da qualidade de vida em pacientes com urgência hipertensiva. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas: PUC, 2001.
- LIMA, C.L.; ALVES, P. M. Câncer de Próstata, 2001 Disponível em: www.abcdasaude.com.br. Acesso em 19/04/2008.
- MIRANDA, P.S. Práticas de Diagnóstico Precoce de Câncer de Próstata entre professores da Faculdade de Medicina; Revista Assoc med Brás, 2004.
- MCGUIRE, E.J; GORMLEY, E.A. Clinical assessment of urethral sphincter

function. J Urol 150, 1996.

NETTER, F. Atlas da Anatomia Humana. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

NETTINA, S.M. Prática de Enfermagem, 7ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan , 2003.

RIBEIRO, R. M.; ROSSI, P. Diagnóstico clínico e radiológico da incontinência.

urinária de esforço. In: MONTELLATO, N.; BARACAT, F.; ARAP, S.

Uroginecologia. São Paulo: Roca, 2000.

RODRIGUES, R.A.P., ZAGO, M.M.F. Incontinência urinária no idoso: assistência de enfermagem. Rev.Esc.Enf.USP, v. 25,1991.

SROUGI, M; SIMON, S. D. Câncer de próstata: câncer urológico. Rev.Platina, São Paulo , 1996.

SEABRA, S. Câncer de Próstata: Programa Educacional. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, UNIFESPEPM, São Paulo, SP, 2000.

VIEIRA, L.J. Prevenção do Câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. Ciência saúde coletiva v. 13, Rio de Janeiro, 2008.

ZERBIB, M. Próstata: 100 perguntas e resposta. São Paulo: Editora Larousse do Brasil; 2003.

ZELMANOWICZ, A. M. Câncer de próstata – detecção precoce, 2001. Disponível em www.abcdasaude.com.br. Acesso em 19/04/2008.

WEIR, D. M. ET AL. Imunologia Básica. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.