

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO SUL DE MINAS-CAMPUS
MUZAMBINHO-POLO DA REDE UNIDADE DE ENSINO
CAPETINGA**

**SILVANA APARECIDA SILVA GABRIEL
SIMONE APARECIDA MARTINS SILVA BERNARDES**

**A IMPORTÂNCIA DA DETECÇÃO PRECOCE E
PREVENÇÃO DO CANCÊR DE PRÓSTATA.**

**CAPETINGA
2010**

**SILVANA APARECIDA SILVA GABRIEL
SIMONE APARECIDA MARTINS SILVA BERNARDES**

**A IMPORTÂNCIA DA DETECÇÃO PRECOCE E
PREVENÇÃO DO CANCÊR DE PRÓSTATA.**

Projeto de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do sul de Minas-Campus Muzambinho-Pólo da Rede Unidade de Ensino Capetinga como requisito parcial à obtenção do título de Técnico de Enfermagem.

Orientador: Prof (a) Alexandre Balsanuf Oliveira

**CAPETINGA
2010**

COMISSÃO EXAMINADORA

Capetinga, _____ de _____ de 2010

DEDICATÓRIA

Dedicamos esse trabalho aos nossos familiares, amigos e professores que nos incentivaram e nos apoiaram em mais essa etapa de nossas vidas.

Simone e Silvana

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por sempre caminhar conosco e ao nosso querido professor orientador Alexandre, pela atenção, carinho, amizade e respeito. Apesar de toda dificuldade, valeu o sabor da vitória.

Simone e Silvana

“Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida e viver com paixão, perder a classe e vencer com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve, e a vida é muito maravilhosa para ser insignificante.

Charles Chaplin

RESUMO

O Câncer de próstata (CP) é o tumor mais comum em homens com mais de 50 anos de idade. Com os progressos da Medicina e de outras áreas que interferem com a saúde, espera-se para as próximas décadas uma população cada vez maior de homens atingindo faixas etárias bem superiores àquela. Conclui-se, portanto, que mais casos de CP serão diagnosticados. Atualmente, existem no país em relação ao exame do toque retal, dificultando o diagnóstico precoce. A decisão de tratar ou não um câncer de próstata localizado (um tumor que está contido no interior da próstata) com intenção de cura é um dilema entre os benefícios esperados e os possíveis efeitos danosos em relação à sobrevivência e qualidade de vida do paciente. A detecção precoce é aquela quando se descobre um câncer antes mesmo que ele cause alguma alteração nas pessoas em forma de sinais ou sintomas. A maior parte dos cânceres não pode ser detectada precocemente, porque não existe tecnologia para isso. Porém, a boa notícia é que os cânceres mais comuns e que mais causam mortes podem ser prevenidos de alguma forma. O câncer de próstata podem ser detectados precocemente em muitas situações.

Palavras – Chave: Câncer de próstata, próstata, prostatite, PSA.

ABSTRACT

The Prostate Cancer (PC) is the most common tumor in men over 50 years of age. With advances in medicine and other areas that interfere with health, it is expected for the coming decades a growing population of men reaching age well above that. It follows therefore that more cases of lung cancer will be diagnosed. Currently, there are in the country in relation to digital rectal exam, hampered early diagnosis. The decision to treat or not a localized prostate cancer (a tumor that is contained within the prostate) with intent to cure is a tradeoff between the benefits and possible harmful effects in relation to survival and quality of life of patients. Early detection is that when a cancer is discovered before he causes any change in people in the form of signs or symptoms. Most cancers can not be detected early, because there is no technology to do so. But the good news is the most common cancers and causes more deaths can be prevented in some way. Prostate cancer can be detected early in many situations.

Keywords: Prostate cancer, prostate cancer, prostatitis, PSA.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1 – SISTEMA REPRODUTOR MASCULINO	12
1.1 A IMPORTÂNCIA FUNDAMENTAL DA PRÓSTATA.....	13
1.2 PROSTATITES AGUDA E CRÔNICA.....	14
2 – CÂNCER DE PRÓSTATA	16
2.1 ORIGEM DO CÂNCER DE PRÓSTATA.....	17
2.2 FISIOPATOLOGIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA.....	18
2.3 EXAME DE PSA.....	18
2.4 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA.....	20
2.5 TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA.....	20
2.6 DIAGNÓSTICO E DEPRESSÃO.....	21
3 – EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA	23
3.1 PORTADORES DE CÂNCER E CONDIÇÕES PSICOLÓGICAS.....	27
3.2 PROGNÓSTICO.....	32
CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

INTRODUÇÃO

A próstata é um órgão do sistema reprodutor masculino que ajuda a produzir e armazenar fluido seminal. Nos homens adultos, a próstata normal possui cerca de 3 centímetros de comprimento e pesa cerca de vinte gramas. Está localizada na pelve, abaixo da bexiga urinária e na frente do reto. A próstata envolve parte da uretra. O ducto que carrega a urina da bexiga durante o ato de urinar e carrega o sêmen durante a ejaculação. Devido a sua localização, as doenças da próstata geralmente afetam o controle urinário, ejaculação e raramente defecção. A próstata contém pequenas glândulas que produzem cerca de vinte por cento do fluido que constitui o sêmen. No câncer de próstata, estas células sofrem mutações e se transformam em células cancerosas. As glândulas da próstata necessitam de hormônios masculinos, conhecidos como andrógenos, para funcionar corretamente. Os andrógenos também são responsáveis pelas características sexuais secundárias dos homens, como os pelos da face e uma massa muscular aumentada (INCA, 2002).

Câncer é uma doença que acontece quando um grupo de células perde as suas características originais e passa a crescer desordenadamente. Essas células se multiplicam mais rapidamente que o tecido original que lhe deu origem e comprimem os órgãos a sua volta, dando sinais e sintomas. Além disso, suas células, as células malignas, têm a capacidade de invadir os tecidos a sua volta e se desprezarem, entrarem na corrente sanguínea ou linfática e se alojarem em um tecido distante, o que se chama de metástase. Essa perda de características e controle sobre o crescimento celular pode acontecer em qualquer tecido ou órgão do corpo (INCA, 2002).

O diagnóstico precoce é deveras importante, visto ser esse um câncer curável nos estágios iniciais. A próstata é uma glândula localizada próximo à bexiga cercando a uretra na sua porção inicial. As secreções prostáticas são o maior componente do líquido seminal (ou esperma). A origem do CP é desconhecida, entretanto, presume-se que alguns fatores possam influenciar o seu desenvolvimento. Prevenir o aparecimento de um tipo de câncer é diminuir as chances de que uma pessoa desenvolva essa doença. Normalmente, isso se faz através de ações que afastem de fatores que propiciem o desarranjo celular que acontece nos estágios bem iniciais da doença, quando apenas algumas poucas células estão sofrendo as agressões que podem transformá-las em malignas. São os chamados fatores de risco. Além disso, outra forma de prevenir o aparecimento de câncer é promover ações sabidamente benéficas à saúde

como um todo e que, por motivos muitas vezes desconhecidos, estão menos associadas ao aparecimento desses tumores (INCA, 2002).

A próstata é uma glândula masculina que se localiza entre a bexiga e o reto. Essa glândula participa da produção do sêmen, líquido que carrega os espermatozoides produzidos no testículo. Ela envolve a uretra e seu tamanho normal é de uma azeitona. A próstata, como todo o aparelho sexual masculino, tem o seu funcionamento regulado pelos níveis de testosterona circulantes, o hormônio masculino. O câncer de próstata, como a maioria dos tipos de câncer, tem fatores de risco identificáveis. Alguns desses fatores de risco são modificáveis, ou seja, pode-se alterar a exposição que cada pessoa tem a esse determinado fator, diminuindo a sua chance de desenvolver esse tipo de câncer (INCA, 2002).

Há também os fatores de proteção. Ou seja, fatores que se a pessoa está exposta a sua chance de desenvolver esse tipo de câncer diminui. Entre esses fatores de proteção também há os que se pode modificar, se expondo mais a eles. Os fatores de risco e proteção para o câncer de próstata mais conhecidos e que podem ser modificados são: o câncer de próstata é incomum em homens de 50 anos ou menos. Porém depois dessa idade torna-se mais comum a cada década que passa. Por isso, fazer exames de detecção precoce após essa idade é importante.

Segundo dados do Inca (2002) quanto mais precocemente se diagnostica um tumor, maior são as chances de cura. Os exames mais comumente realizados para se detectar esse tipo de câncer, precocemente ou não, são o toque retal, o exame de ultra-sonografia transretal e o exame de PSA (antígeno prostático-específico). Uma dieta pobre em gordura, principalmente de origem animal, e rica em frutas, legumes e verduras parece estar associada a uma diminuição no risco para esse tipo de câncer. Algumas substâncias têm sido apontadas como responsáveis por esse fator de proteção.

Os estudos com Vitamina E, Vitamina D, Selenium e Lycopene (esse último presente nos tomates) na sua forma natural ou como suplementação dietética são os mais consistentes em demonstrar essa associação. Entretanto ainda há controvérsias sobre a real capacidade dessas substâncias em diminuir a mortalidade associada a esse tipo de câncer, além de não ter se esclarecido a forma e a quantidade em que estas substâncias se tornam especificamente benéficas. Quinze por cento (15%) dos homens que tem câncer de próstata tem um familiar de primeiro grau com esta doença. Por isso, ter pai, irmão ou filho com esse tipo de tumor é indicação para fazer um seguimento mais cuidadoso com o objetivo de detectar precocemente esse tumor, assim como com o passar da idade (INCA, 2002).

O câncer, por um longo tempo dentro da história da medicina, sofreu de um grande tabu e provocou muito medo, porque não havia tecnologia para o diagnóstico preciso e precoce. Além disso, os tratamentos provocavam muitos efeitos colaterais e sofrimento sem que uma real mudança na história natural da doença se conseguisse. Naquela época, uma pessoa com diagnóstico de câncer era vista como alguém que iria sofrer muito com o tratamento e com os sintomas da evolução da doença e, por fim, iria morrer envolta em muita dor e tristeza. Como foi há tempos também com outras doenças como a tuberculose. Porém, com o avanço da ciência, novas ferramentas para fazer o diagnóstico e novas alternativas de tratamento mudaram essa realidade, e hoje convivemos com pessoas que tiveram câncer, fizeram os tratamentos necessários e vivem uma vida tão normal quanto outras que têm outras doenças crônico-degenerativas (INCA, 2002).

Conforme dados do Inca (2002) ainda hoje, as pessoas com câncer sofrem muito com o medo e por vezes a discriminação de seus próximos. Ver alguém de peruca ou saber que está fazendo quimioterapia ainda causa muito desconforto ou pena, apesar de, na maioria das vezes, o próprio paciente não estar se sentindo assim tão mal.

1- O SISTEMA REPRODUTOR MASCULINO

Há homens que são ativamente sexuais, mas encontram sérias dificuldades em falar de suas dúvidas, de seus problemas. Este sistema é tanto interno como externo, É composto pelo pênis, próstata, vesículas seminais ou canais deferentes e testículos. Os testículos produzem os espermatozóides e testosterona, o hormônio que ajuda a manter as características sexuais masculinas (ANGEL, 2005).

A produção dos espermatozóides é regulada por três hormônios: FSH, LH e testosterona, Os dois primeiros são produzidos na hipófise. O FSH estimula os testículos a produzir espermatozóides O LH estimula a produção de testosterona. Essa, por sua vez, regula o libido (desejo) sexual (ANGEL, 2005).

Produzidos os espermatozóides, estes passam por várias fases de amadurecimento nos testículos e epidídimos, seguindo o trajeto do canal deferente até a ampola do dueto ejaculador próximo à próstata. As secreções da próstata e vesículas seminais são expelidas juntamente com os espermatozóides da ampola do canal deferente (ANGEL, 2005).

Constitui-se assim o líquido seminal. Se esse líquido for depositado no fundo do aparelho genital feminino, através da relação sexual em dia fértil, e possuir boa qualidade, existirá uma situação potencial de gravidez, dependendo da normalidade da mulher. Contudo, algumas anormalidades podem impedir a produção e eliminação dos espermatozóides (ANGEL, 2005).

Outras podem levar a produção de espermatozóides de qualidade inferior que dificultam a ocorrência de gravidez. A maioria desses problemas decorrem de alterações genéticas da raça humana, tornando-a a menos fértil entre os mamíferos. Outras vezes decorrem de seqüelas de processos infecciosos dos testículos (ANGEL, 2005).

Principalmente complicações de doenças sexualmente transmissíveis. A varicocele, (varizes escrotais no cordão espermático) tem sido muito responsabilizada nos problemas de má qualidade do sêmen. No entanto, muitos trabalhos já não acreditam nesse teor como causa de infertilidade (ANGEL, 2005).

Com isso observamos uma dificuldade masculina em abordar os assuntos referentes ao sistema reprodutor masculino, devido o próprio preconceito e o despreparo em aceitar os seus próprios problemas. Com medo de perder a masculinidade, os homens se tornam silenciosos diante da família, da sociedade e dos profissionais de saúde, podendo surgir assim complicações como a esterilidade e acarretando danos irreversíveis.

1.1 A IMPORTÂNCIA FUNDAMENTAL DA PRÓSTATA

A próstata é a maior glândula acessória do sistema reprodutor masculino. Sua secreção é viscosa e alcalina; tem por função neutralizar a acidez da urina residual acumulada na uretra e também a acidez natural da vagina. A próstata envolve a porção inicial da uretra, onde lança sua secreção através de uma série de pequenos dutos.

O simples pronunciamento desta palavra causa inquietação, receio e mal-estar para a maioria dos homens. Exatamente porque envolve um problema grave para a população masculina. A próstata é uma glândula exclusiva dos homens e é um dos órgãos genitais mais sensíveis (MARQUES, 2007).

Sua função no organismo é produzir um líquido que serve para alimentar os espermatozoides depois que são ejaculados no ato sexual. A próstata normal pesa cerca de 30 gramas e mede aproximadamente dois centímetros. Tem o formato de uma noz e localiza-se dentro do corpo, abaixo da bexiga, sendo que o canal da urina (uretra) passa no interior da próstata (MARQUES, 2007).

Em muitos homens que estão na meia-idade, a próstata começa a aumentar de tamanho. Inchando ela se torna inconveniente e chega a prejudicar a bexiga, dificultando a micção urinária. Isso acontece quando a próstata adquire uma deformação proveniente do funcionamento deficitário das células (SIQUEIRA, 2008).

Muitos homens têm medo de procurar a medicina para o rastreamento. O exame preventivo deve ser feito na altura dos quarenta anos por cada indivíduo. Trata-se do toque prostático, onde o médico introduz o dedo no reto do paciente e pode sentir a próstata (SIQUEIRA, 2008).

Exatamente porque os homens conservam réstias de um machismo tolo, recusam-se a permitir que o toque seja feito. E se fazem o exame não contam para ninguém, envergonhando-se da atitude tomada. O exame de sangue, chamado PSA, complementa o teste do toque. O médico descobre se a próstata cresceu e está infectada por hiperplasia (SIQUEIRA, 2008).

Faltam esclarecimentos sobre o exame de toque. Ele é rápido e indolor. Além do mais, realiza-se em clima confidencial. Não altera em nada a masculinidade do indivíduo. Não se deve deixar que o preconceito e o medo impeçam que um exame simples diagnostique uma doença séria e que tem cura. O preconceito pode ser fatal (SIQUEIRA, 2008).

O câncer da próstata é muito comum. Trata-se de um tumor maligno que precisa ser combatido. Detecta-se o câncer através da biópsia. A próstata é extraída por via cirúrgica e

durante alguns dias o paciente carrega uma sonda ligada à uretra para a micção urinária (SIQUEIRA, 2008).

O câncer da próstata é a degeneração maligna das células. As mesmas sofrem mutação durante o envelhecimento da pessoa. O tumor maligno costuma crescer com rapidez e se não for extirpado em tempo hábil provocará metástase, espalhando o câncer por outros órgãos do corpo. Em seus estágios iniciais o câncer prostático não dá sintomas nem sinais (SIQUEIRA, 2008).

No câncer de próstata, há mutações e transformações de células normais em células cancerosas. As glândulas da próstata necessitam de hormônios masculinos, conhecidos como andrógenas, para funcionar corretamente. Os andrógenas incluem a testosterona, que é produzida nos testículos, a deidroepiandrosterona, produzida na supra-renal e a dihidrotestoreno, que é convertido a partir da testosterona no interior da próstata. Os andrógenos também são responsáveis pelas características sexuais secundários dos homens, como os pelos da face e uma massa muscular aumentada (SIQUEIRA, 2008).

Durante a infância, a próstata é muito pequena. Quando começa a adolescência, há uma maior produção de hormônios masculinos e, conseqüentemente, a próstata inicia seu aumento. Nesta fase, os caracteres sexuais também surgem: engrossamento de voz, surgimento de pelos pubianos, barba, etc. A próstata tem neste período o tamanho de uma castanha (15-20 gramas) (SIQUEIRA, 2008).

Este crescimento continua durante a vida do indivíduo, em uma velocidade que varia de uma pessoa para outra. Em alguns indivíduos, por motivos não bem conhecidos, a próstata cresce mais rapidamente e, em outros, o aumento é mais lento. Geralmente, após os 50-60 anos, o crescimento prostático apresenta uma aceleração maior. Existem próstatas que atingem volumes importantes, como 200 gramas ou mais.

1.2 PROSTATITE: AGUDA E CRÔNICA

A prostatite segundo o Inca (2002) é a inflamação aguda ou crônica, geralmente por bactérias. Existem outros tipos de prostatite não vinculadas com bactérias, como as prostatites não bacterianas (virais, fúngicas, granulomatosas). A prostatodinia seria uma situação na qual os sintomas se assemelham à prostatite, entretanto nenhum agente infeccioso é encontrado, ficando entre suas causas desde espasmos da musculatura perineal até estresse emocional.

Atualmente, a tendência atual é de se chamar estes casos de síndrome dolorosa pélvica, de origem inflamatória ou não. Outro tipo de prostatite é a encontrada em material de biópsia, sendo assintomáticas (BRASIL, 2002).

A prostatite crônica é uma afecção que acomete de 10% a 14% dos homens de todas as idades e raças. É possível que 50% dos homens desenvolverão sintomas de prostatite em algum momento de suas vidas.

A prostatite ocorre devido a vários fatores: migração de bactérias através da uretra em direção à próstata, deficiências da atividade antibacteriana da secreção prostática (a falta de zinco na secreção é frequentemente apontada), falta de anticorpos locais e sistêmicos. Cada paciente pode apresentar preponderância de um ou de mais fatores. A bactéria mais comum encontrada em prostatites infecciosas é a *Escherichia coli* (80%) a qual também é a mais encontrada em infecções do aparelho urinário. Outros organismos são os bastonetes gram negativos e enterococos (germes encontrados no trato intestinal) (BRASIL, 2002).

Microorganismos causadores de doenças sexualmente transmissíveis também são responsáveis por prostatites, principalmente, prostatite aguda. O gonococo foi no passado importante agente etiológico de prostatites. Os antibióticos mudaram este cenário. Ardência ou dor para urinar, frequência urinária aumentada, dor na musculatura entre as pernas (períneo) e às vezes secreção uretral são os sintomas mais encontrados (BRASIL, 2002).

Nas prostatites agudas, o quadro clínico é mais grave, com presença de mal estar geral, febre, mialgias e dor abdominal. Na prostatite crônica, os sintomas são mais sutis com desconforto no períneo, testículos e região lombar. Aumento da frequência miccional diurna e noturna (polaciúria e noctúria), diminuição da libido, ejaculação dolorosa são sintomas também relatados pelos pacientes (BRASIL, 2002)

2- CÂNCER DE PRÓSTATA

Atualmente o tumor de próstata é a modalidade da doença que mais atinge os homens, sendo responsável por 21% do total de casos. No Brasil, a cada ano, são registrados 22 novos casos por 100 mil habitantes. Raro em homens com menos de 50 anos de idade, o câncer de próstata costuma se manifestar dos 50 aos 80, quando é registrado 60% dos diagnósticos (INCA, 2002).

Em fase inicial, o tumor prostático não causa nenhum incômodo ao paciente. Os sintomas são obstrutivos (como jato fino; fraco, intermitente, com presença de um esforço inicial e retenção urinária aguda) e irritativos (como aumento da frequência miccional, disuria e urgência miccional), o que aumenta a necessidade de realizar os exames preventivos (PSA e toque retal em todos os homens acima de 45 anos de idade ou acima de 40 anos se tiver antecedentes familiares de câncer de próstata). As dores ósseas ocorrem em uma fase mais tardia, quando já ocorreu a disseminação do tumor em outros órgãos como gânglios, ossos, fígado e pulmão (INCA, 2002).

O câncer de próstata pode ocorrer em todos independente de raça ou cor, tendo uma predominância maior na raça negra e menor na raça amarela. A medicina ainda não descobriu a causa, mas já se sabe que não há uma relação com hábitos sexuais, alimentares ou vícios (fumo, álcool e outros) (INCA, 2002).

Os hábitos alimentares saudáveis e atividades físicas são úteis para qualquer situação como para o coração e hipertensão e, também, para próstata e reto. Algumas evidências médicas já estudadas mostram que o licopeno, substância que existe no tomate (maduro), ajuda na prevenção do câncer de próstata, assim como o Zinco (ainda em pesquisas) (INCA, 2002).

Atualmente para o diagnóstico do câncer de próstata são utilizados testes de PSA, toque retal, biopsia e rebiopsia de próstata. O ultrassom transretal não é utilizado para detecção precoce do câncer, ele adiciona muito pouco ao toque retal e dosagem de PSA.

Segundo o Inca (2002) um exame físico completo é necessário a fim de se descartar outras patologias que possam estar provocando os mesmos sintomas. Um toque retal mostrará uma próstata dolorosa, embora na prostatite crônica possa estar normal.

O médico não deverá massagear a próstata na fase aguda da prostatite a fim de não intensificar os sintomas. Exames de urina mostrarão a presença de bactérias, de leucócitos (pus) e de sangramento microscópico (hematúria). A urocultura com antibiograma identificará

o germe, bem como orientará na escolha do antibiótico. A prostatite aguda geralmente é mais fácil de diagnosticar. O mesmo não acontece com a prostatite crônica que, além de muitas vezes não se achar o agente infeccioso, deve ser diferenciada de outras síndromes que ocasionam sintomatologia similar. História de prostatite aguda prévia, infecção urinária no passado ou urocultura atual positiva reforçam o diagnóstico de prostatite crônica. Culturas fracionadas de urina (primeiro jato urinário, jato médio, urina pós-massagem prostática) são úteis no diagnóstico (INCA, 2002).

2.1 ORIGEM DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Segundo o Inca (2002) a origem do CP é desconhecida, entretanto, presume-se que alguns fatores possam influenciar o seu desenvolvimento. Entre eles, o fator genético, visto a incidência desta neoplasia ser maior em familiares portadores da doença. A presença de CP em parentes do primeiro grau aumenta a probabilidade de diagnóstico desse câncer em 18%.

O fator hormonal é bastante importante, pois essa neoplasia regride de maneira significativa com a supressão dos hormônios masculinos (por exemplo, castração). Pesquisas feitas em ratos tratados cronicamente com testosterona mostraram o desenvolvimento do câncer de próstata nesses animais. A testosterona não é indutora de câncer, entretanto, em homens já com a neoplasia ou com predisposição, a testosterona estimularia o seu crescimento. Por outro lado, o CP não ocorre em eunucos (BRASIL, 2002).

Ultimamente, tem se dado muita atenção ao fator dieta. Dietas ricas em gordura predispõem ao câncer e as ricas em fibras e tomate diminuem o seu aparecimento. Baseados em levantamentos epidemiológicos em áreas geográficas de maior incidência de CP notou-se que dietas ricas em gordura aumentam os riscos de seu aparecimento. Talvez por interferência no metabolismo dos hormônios sexuais, várias outras substâncias estão sob investigação como as vitaminas, o cádmio, o zinco (BRASIL, 2002).

Doenças venéreas não tem relação com o CP embora o herpes vírus tipo II e o citomegalovírus induzam transformações carcinogênicas em células embrionárias de hamster (pequeno animal de experimentação) (BRASIL, 2002).

O fator ambiental é alvo, também, de investigação. Populações de baixa incidência de CP, quando migram para áreas de alta incidência, apresentam um aumento na ocorrência de casos. Fumaça de automóveis, cigarro, fertilizantes e outros produtos químicos estão sob suspeita (BRASIL, 2002)

2.2 FISIOPATOLOGIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Quando as células normais são danificadas, elas são eliminadas por apoptose. As células cancerosas evitam a apoptose e continuam a se multiplicar de uma maneira descontrolada. O câncer de próstata é classificado como um adenocarcinoma, ou câncer glandular, que inicia quando as células glandulares secretoras de sêmen da próstata sofrem mutações e se transformam em células cancerosas.

A região da próstata em que o adenocarcinoma é mais comum é a zona periférica. Inicialmente, pequenos agrupamentos de células cancerosas se mantêm confinados às glândulas prostáticas normais, uma condição conhecida como carcinoma in situ ou neoplasia intraepitelial prostática (NIP ou PIN). Embora não haja prova de que a NIP seja uma precursora do câncer, ela está intimamente relacionada ao câncer. Ao longo do tempo estas células cancerosas começam a se multiplicar e se espalhar para o tecido prostático circundante (o estroma) formando um tumor. Finalmente, o tumor por crescer ao ponto de invadir órgãos próximos a ele, como as vesículas seminais ou o reto.

As células tumorais ainda podem desenvolver a habilidade de viajar através da corrente sanguínea e sistema linfático. O câncer de próstata é considerado um tumor maligno porque é uma massa de células que pode invadir outras partes do corpo. Esta invasão de outros órgãos é chamada de metástase. O câncer de próstata geralmente gera metástase nos ossos, linfonodos, reto e bexiga urinária.

2.3 EXAME DE PSA

O diagnóstico do câncer de próstata já pode ser feito pela velocidade de elevação do PSA (Antígeno Prostático Específico) – uma substância produzida pela próstata, mais especificamente pelo epitélio prostático, que possui a função de liquefazer o coágulo seminal. Para a análise do médico por meio da velocidade do PSA é necessário que o paciente tenha um histórico, ou seja, medições semestrais ou anuais. Introduzido em 1992 na medicina, esta forma de equação calcula a velocidade a partir de três dosagens, em 19 e 24 meses, mas na prática, um aumento do antígeno de 0,75 ng/ml ou mais por ano alerta fortemente à presença de um nódulo na próstata (CAMPOS, 2007).

Utilizado desde 1980 como uma nova arma para o diagnóstico do câncer de próstata, o exame de PSA é cada vez mais usual como marcador de tumor na próstata, importante para

determinar, estagiar e monitorar esse tipo de lesão. A quantidade de PSA detectado no paciente é que pode definir a propensão de um tumor prostático. O diagnóstico da doença, geralmente, está associado a uma quantidade de PSA dez vezes superior ao considerado normal (4ng/ml) pela medicina. Para Campos (2007), 75 a 80% dos casos de câncer de próstata é detectado uma taxa acima do normal de PSA, portanto esse teste possui de 20 a 30% de chance de não detectar um tumor. “Isso acontece porque existem outros fatores que alteram os índices de PSA no corpo do paciente como infecção urinária e determinadas medicações como, por exemplo, anti-androgênicas, finasteride e dutasteride”.

Em Prostatites crônicas e agudas e Hiperplasias (inflamações do órgão), o paciente também terá um índice elevado de PSA, portanto para detecção do câncer com precisão, ele deve se submeter aos outros parâmetros clínicos e exames físicos, como, por exemplo, o toque retal. Atualmente o PSA é um teste muito importante para a detecção precoce do câncer de próstata, mas a combinação com o toque retal, biopsia ou rebiopsia de próstata é muito importante, pois alguns pacientes com tumores podem registrar um PSA menor que 4,0 ng/ml (CAMPOS, 2007).

O diagnóstico do câncer de próstata já pode ser feito pela velocidade de elevação do PSA (Antígeno Prostático Específico) – uma substância produzida pela próstata, mais especificamente pelo epitélio prostático, que possui a função de liquefazer o coágulo seminal. Para a análise do médico por meio da velocidade do PSA é necessário que o paciente tenha um histórico, ou seja, medições semestrais ou anuais. Introduzido em 1992 na medicina, esta forma de equação calcula a velocidade a partir de três dosagens, em 19 e 24 meses, mas na prática, um aumento do antígeno de 0,75 ng/ml ou mais por ano alerta fortemente à presença de um nódulo na próstata.

A quantidade de PSA detectado no paciente é que pode definir a propensão de um tumor prostático. O diagnóstico da doença, geralmente, está associado a uma quantidade de PSA dez vezes superior ao considerado normal (4ng/ml) pela medicina. Segundo Paulo Sakuramoto, urologista Pasteur/ DASA (Diagnósticos da América), em 75 a 80% dos casos de câncer de próstata é detectado uma taxa acima do normal de PSA, portanto esse teste possui de 20 a 30% de chance de não detectar um tumor. Em Prostatites crônicas e agudas e Hiperplasias (inflamações do órgão), o paciente também terá um índice elevado de PSA, portanto para detecção do câncer com precisão, ele deve se submeter aos outros parâmetros clínicos e exames físicos, como, por exemplo, o toque retal (CAMPOS, 2007).

Atualmente o PSA é um teste muito importante para a detecção precoce do câncer de próstata, mas a combinação com o toque retal, biopsia ou rebiopsia de próstata é muito

importante, pois alguns pacientes com tumores podem registrar um PSA menor que 4,0 ng/ml (CAMPOS, 2007).

2.4 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Rastreamentos são as práticas de exames preventivos associados a campanhas para diminuição das doenças. A implantação das políticas de rastreamento, contudo, segundo os especialistas, exige que as práticas preventivas mostrem-se eficazes na redução das taxas de mortalidade de uma determinada doença. E, segundo o INCA, isso não acontece com o câncer de próstata. Dessa forma, não é indicado que homens sem sintomas (sangue na urina; necessidade freqüente de urinar, jato urinário fraco; dor ou queimação ao urinar) se submetam rotineiramente ao toque retal e ao exame de dosagem do antígeno prostático específico (PSA, na sigla em inglês). A Organização Mundial de Saúde não recomenda a estruturação de programas de rastreamento para o câncer de próstata. A lei 10.289, de 20 de Setembro de 2001, instituiu o Programa Nacional de Câncer de Próstata. O Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Prevenção e Controle, cujo objetivo é redução da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Com a realização de ações contínuas na conscientização da população, dos fatores de risco, promoção e a detecção precoce dos cânceres passíveis de rastreamento procuram-se ampliar o acesso a um tratamento equitativo de qualidade em todo território nacional (BRASIL, 2004).

2.5 TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

O CP pode estar confinado à próstata na forma de um pequeno nódulo, como também pode estar restrito a ela, porém envolvendo toda a glândula. O CP, além de localizado, pode estar comprometendo os limites desse órgão e invadir outros órgãos adjacentes, como as vesículas seminais ou a bexiga. Linfonodos obturadores e ilíacos são, geralmente, o primeiro estágio das metástases para depois ocorrerem metástases ósseas.

Para descrever a extensão do tumor (estadiamento) existem várias classificações (classificação de *Whitmore*, TNM). Além do fato extensão tumoral, é importante saber que o CP apresenta uma diversificação de células, mais ou menos malignas, que também sofrem um processo de classificação (Classificação de *Gleason*). Baseado no estadiamento do tumor e de

sua classificação de *Gleason* é que se escolhe o tipo de tratamento. Para os tumores localizados dentro da glândula, a prostatectomia radical e a radioterapia são as primeiras opções e consideradas curativas. Os tumores que avançam para fora da próstata, mas sem evidência de metástases, são geralmente tratados com radioterapia. Os tumores metastáticos são paliativamente controlados com hormônios femininos, orquiectomia, drogas anti-androgênicas ou análogos do LHRH.

O tratamento do CP é muito controverso pois são muitas as variáveis: idade do paciente, níveis do PSA, estágio do tumor e tipo histológico (BRASIL, 2004).

Tanto a prostatectomia radical quanto a radioterapia podem deixar o paciente impotente bem como incontinente urinário. A hormonioterapia diminui a libido e causa impotência sexual. Deve-se considerar também a idade do paciente na época do diagnóstico e sua expectativa de vida sem a doença. Pacientes muito idosos e com baixa expectativa de vida certamente se beneficiarão com tratamentos menos agressivos. Problemas psicológicos e culturais fazem da orquiectomia (retirada dos testículos) um tratamento indesejado. Outras formas de terapia não têm bons resultados ou estão sob investigação, como é o caso da quimioterapia, terapia genética e fatores do crescimento (BRASIL, 2004)

2.6 DIAGNÓSTICO E DEPRESSÃO

O diagnóstico de câncer da próstata pode ser feito a partir de dois exames básicos: (1) o toque retal, para avaliar o volume da glândula e a presença de nódulos suspeitos, e (2) o PSA (Prostatic Specific Antigen). Os temores mais frequentes em pacientes com este diagnóstico relacionam-se com a disseminação da doença e com as mudanças na sensibilidade sexual (Lintz et al., 2004).

Os assuntos relacionados com a sexualidade preocupam muito aos pacientes que sofrem de câncer de próstata e, segundo a NCCN (2001), algumas sugestões podem ajudar os homens a enfrentar este momento e a buscar apoio em outras pessoas. O tratamento do câncer de próstata afeta a masculinidade e contribui para que muitos homens se tornem impotentes.

Segundo Simkins (2002), os sobreviventes valorizam a qualidade de vida possível como consequência deste tratamento. Bokhour (2002) aponta modificações na qualidade de intimidade sexual, na interação com as mulheres, nas fantasias e na percepção de sua masculinidade.

Os pacientes com câncer apresentam uma incidência de depressão maior que a apresentada pela população geral (Carvalho, 1994). O autor em destaque adota como referência os critérios do DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais), mas com algumas adaptações. Os sintomas aqui representados por perda de peso, distúrbios de sono, fadiga ou perda de energia e diminuição da habilidade de pensar ou de se concentrar perdem a especificidade nos pacientes com câncer, pois podem ser desencadeados por outras causas devido à doença e não pela depressão. O autor comenta que, nestes pacientes, a perda de peso deve ser substituída pela presença de aspecto deprimido; a insônia pode ser substituída pela diminuição dos contatos sociais; a fadiga, substituída por sentimentos de autopiedade ou pessimismo, e ainda, a diminuição de concentração ou habilidade de pensar, por perda de reatividade e dificuldade de se animar.

A dor é um elemento a ser considerado ao se fazer diagnóstico psiquiátrico, e é sempre recomendável que ela seja removida antes de firmar este tipo de diagnóstico. Alguns pacientes podem apresentar quadro de depressão em função dos próprios tratamentos quimioterápicos ou com corticosteróides. Pacientes com câncer que apresentam depressões frequentes têm maior possibilidade de ter tido episódios depressivos na juventude. Outro ponto destacado pelo autor correspondente à instalação da depressão ou de seu agravamento é a fragilidade de uma rede social de apoio, já que pessoas com estrutura psíquica frágil, em geral, têm dificuldade em estabelecer uma rede de apoio significativa.

A informação ao paciente de que ele é portador de câncer, já o conscientiza de sua finitude. O diagnóstico da doença é frequentemente acompanhado de depressão, traduzida pelo fato de o paciente não conseguir manter uma atitude de aceitação interior. Como não consegue negá-la, vê-se obrigado a reconhecer que tem um câncer, deprimindo-se no início da doença, ou durante o tratamento (MORAES, 1994).

As implicações e incertezas deste diagnóstico, em geral, intensificam emoções, e o choque ou descrença encontrada na descoberta do tumor, segundo Chochinov (2001), estão associados a sintomas de ansiedade, tristeza e irritabilidade.

3. EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA

O diferencial de mortalidade, no Brasil, entre homens e mulheres sempre foi bastante significativo, expressando uma sobremortalidade masculina. Este diferencial indica um comportamento diferenciado por sexo em relação ao processo saúde/doença. Nesse sentido, um dos fatores que marca esta diferença, objetivamente, é a maior frequência feminina aos serviços médicos de saúde do que masculina (Laurenti, 1998), o que está relacionado com a percepção, representação e uso social do corpo derivados da expressão das identidades masculina e feminina, em um contexto social marcado pelas estruturas de gênero.

Segundo Laurenti (1998) “existem comprometimentos da saúde ligados a comportamentos específicos do homem e da mulher, que dependem de fatores culturais e, de maneira geral, sociais”. Assim, sem desconsiderar os fatores biológicos, que influenciam na predisposição de homens e mulheres a certos tipos de doenças, o autor acima enfatiza a necessidade de um enfoque de gênero na análise e caracterização da saúde de homens e mulheres. Comumente, estudos sobre saúde e doença, do ponto de vista de gênero, têm focado primordialmente a condição feminina. Entretanto, a identidade masculina constitui um “fator de risco” para a saúde dos homens, na medida em que os hábitos e comportamentos masculinos (Laurenti, 1998) influenciam na exposição ao risco de doenças e na conduta de prevenção e controle de doenças entre homens.

A construção da masculinidade imprime hábitos e comportamentos na relação do homem consigo mesmo (percepção do seu próprio corpo) e do homem com o outro - homens e mulheres - (relações e interações sociais) em seu cotidiano (KEIJZER, 1995).

Dentro desta perspectiva o câncer de próstata se destaca como uma doença peculiar. As barreiras para o diagnóstico precoce e tratamento desta doença são comuns a outros tipos de doença no que diz respeito ao acesso aos serviços médicos, ao hábito de procurar preventivamente o médico e à percepção da necessidade de diagnosticar e tratar doenças. Nesse sentido, não se pode discutir isoladamente as questões em torno desta doença. Porém, há um elemento adicional que são as representações de caráter moral em torno de um dos exames de diagnóstico precoce, o toque retal (KEIJZER, 1995).

A mortalidade por câncer de próstata vem aumentando no Brasil desde 1980 (Laurenti, 1998). Dentre as três principais neoplasias malignas que mais têm matado homens - pulmão, estômago e próstata - esta última “apresentou uma mortalidade que aumentou entre

1980-1986 a 1989-1992, enquanto os dois outros apresentaram um discreto declínio” (LAURENTI, 1998).

Quanto ao câncer de próstata, como comenta Laurenti (1998), não parece mobilizar as autoridades sanitárias para o desenvolvimento de trabalho educativo voltado ao fenômeno e, além disso, os homens não se mostram sensíveis a tal trabalho educativo. Comparando a população masculina com a feminina, especificamente no que toca à adesão a programas e resposta às campanhas de câncer de colo de útero e mama, Laurenti destaca que o enfoque de gênero quanto ao câncer de próstata representaria uma contribuição importante no entendimento das barreiras culturais dos homens, ao mesmo tempo em que subsidiaria a formulação de programas e campanhas melhores.

Segundo Korin (2001), em sociedades que equiparam poder, sucesso e força como características masculinas, os homens buscam, no processo de socialização (pela mídia, entre pares, na família), o distanciamento de características relacionadas ao feminino: sensibilidade, cuidado, dependência, fragilidade. Estas atribuições simbólicas diferenciadas entre homens e mulheres resultam, muitas vezes, para os homens, em comportamentos que os predispõem a doenças, lesões e mortes. O mais comum é que homens casados dependam de suas mulheres no cuidado à saúde, resultando que, para eles, o casamento é fator de proteção em uma variedade de doenças, o que não acontece para as mulheres.

Os homens ainda têm dificuldade em utilizar os serviços disponíveis, principalmente no setor de urologia. Pelo que se sabe as mulheres são mais liberais e não apresentam o constrangimento que impede os homens de se soltarem na intimidade. Através deste artigo pretendemos focalizar esse tema polêmico (KORIN, 2001).

O câncer de próstata precoce não causa sintomas. Geralmente é diagnosticado após um teste de PSA elevado. Às vezes, entretanto, o câncer de próstata causa sintomas semelhantes aos da hiperplasia prostática benigna. Estes sintomas incluem polaciúria, urinar mais a noite, dificuldade em iniciar e manter um jato contínuo de urina, sangue na urina e ato de urinar doloroso. O câncer de próstata pode também causar problemas com a função sexual, como dificuldade em atingir uma ereção ou ejaculação dolorosa (KORIN, 2001).

O câncer da próstata surge quando, por razões desconhecidas pela ciência, as células da próstata passam a se dividir e se multiplicar de forma desordenada, levando à formação de um tumor. Alguns desses tumores podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos do corpo e podendo levar à morte. Uma grande maioria, porém, cresce de forma tão lenta que não chega a dar sintomas durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem (GUELER, 2002).

Até o presente momento, não são conhecidas formas específicas de prevenção do câncer da próstata. No entanto, sabe-se que a adoção de hábitos saudáveis de vida é capaz de evitar o desenvolvimento de certas doenças, entre elas o câncer de próstata. Deste modo, é importante: Fazer no mínimo 30 minutos diários de atividade física; ter alimentação rica em fibras, frutas e vegetais; reduzir a quantidade de gordura na alimentação, principalmente a de origem animal; manter o peso na medida certa; diminuir o consumo de álcool e não fumar e realizar os exames preventivos recomendados (GUELER, 2002).

Os dois únicos fatores confirmadamente associados a um aumento do risco de desenvolvimento do câncer de próstata são a idade e história familiar. A grande maioria dos casos ocorrem em homens com idade superior a 50 anos e naqueles com história de pai ou irmão com câncer de próstata antes do 60 anos. Outros fatores, como a dieta, estão sendo estudados, mas ainda não há confirmação científica (INCA, 2005).

Os sintomas mais comuns relacionados ao câncer de próstata são: hematúria e poliúria, principalmente à noite; jato urinário fraco; dor ou queimação ao urinar. O aumento observado nas taxas de incidência pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos, pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida do brasileiro. Na maioria dos casos, o tumor apresenta um crescimento lento, e longo tempo de duplicação, levando cerca de 15 anos para atingir 1 cm³. Assim como em outros cânceres, a idade é um fator de risco importante, ganhando um significado especial no câncer da próstata, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumenta exponencialmente após a idade de 50 anos. O câncer de próstata é a segunda causa de óbitos por câncer em homens, sendo superado apenas pelo de pulmão. Para 2006, estima-se a ocorrência de 47.280 casos novos para este tipo de câncer (INCA, 2005).

Atualmente, o câncer de próstata já é o terceiro tumor maligno mais diagnosticado no Brasil e o quinto que mais mata. Como a doença não provoca sintomas em sua fase inicial, é recomendado que todo homem a partir dos 40 anos faça uma avaliação clínica anual, uma vez que, com a detecção precoce, esse tipo de câncer tem elevado potencial de cura (INCA, 2005).

Os métodos de rastreamento disponíveis atualmente, como o exame de PSA, (Antígeno Prostático Específico), não mostraram, até o momento, sucesso em reduzir a mortalidade, além de levarem a realização de muitas cirurgias desnecessárias causando muitos prejuízos, tanto financeiros quanto na qualidade de vida dos pacientes. Alguns estudos sugerem que dieta rica em gorduras e carne vermelha aumentaria o risco de desenvolver o câncer de próstata, enquanto a ingestão de frutas e vegetais e exercício físico regular ofereceriam alguma proteção (BRASIL, 2004).

O tratamento do câncer da próstata depende do estágio clínico. Para doença localizada, cirurgia, radioterapia e até mesmo uma observação vigilante (em algumas situações especiais) podem ser oferecidos. Para doença localmente avançada, radioterapia ou cirurgia em combinação com tratamento hormonal tem sido utilizada. Para doença metastática, o tratamento indicado é a hormonioterapia. A escolha do tratamento mais adequado deve ser individualizada e definida após a análise dos riscos e benefícios do tratamento (BRASIL, 2005).

O cuidado de enfermagem como atribuição do enfermeiro torna-se evidente devido às suas funções privativas e o conhecimento científico. Tal atividade inclui fases como orientação, identificação, exploração e resolução. Assemelham-se a um processo de enfermagem que é considerado uma atividade intelectual deliberada pela qual a prática do enfermeiro com suas atribuições privativas e conhecimento científico são abordadas de maneira ordenada e sistemática (BELCHER; PEPLAU, 2000).

No mundo, o número de novos casos diagnosticados de câncer de próstata representa 15,3% de todos os casos incidentes de câncer em países desenvolvidos e 4,3% dos casos em países em desenvolvimento. O câncer de próstata é o que mais prevalece entre os homens. Entre todos os tipos de câncer, este é considerado o câncer da terceira idade, uma vez que cerca de 75 % dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. O aumento acentuado nas taxas de incidência tem sido influenciado pelo diagnóstico de casos latentes em indivíduos assintomáticos (IBGE, 2004).

As taxas aumentaram especialmente em regiões onde o rastreamento através do teste Antígeno Prostático Específico (PSA) é comum. A mortalidade por câncer de próstata é relativamente baixa, o que reflete, em parte, seu bom prognóstico. Nos países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos é de 64% (variando entre 22 e 79%); enquanto que, para os países em desenvolvimento, a sobrevida média é de 41% (entre 39 e 43%). A média mundial estimada é de 58% (IBGE, 2004).

O número de casos novos de câncer de próstata estimados para o Brasil em 2006 é de 47.280. Estes valores correspondem a um risco estimado de 51 casos novos a cada 100 mil homens. O câncer de próstata é o mais freqüente em todas as regiões entre o total de tumores, exceto pele não melanoma, com risco estimado de 68/100.000 na região Sul, 63/100.000 na região Sudeste, 46/100.000, no Centro-Oeste, 34/100.000 no Nordeste e, 22/100.000 na região Norte (IBGE, 2004).

História familiar de pai ou irmão com câncer da próstata antes dos 60 anos de idade pode aumentar o risco de câncer em 3 a 10 vezes em relação à população em geral, podendo

refletir tanto fatores hereditários quanto hábitos alimentares ou estilo de vida de risco de algumas famílias. A influência que a dieta pode exercer sobre a gênese do câncer ainda é incerta, não sendo conhecidos os exatos componentes ou através de quais mecanismos estes poderiam estar influenciando o desenvolvimento do câncer da próstata. Contudo, já está comprovado que uma dieta rica em frutas, verduras, legumes, grãos e cereais integrais, e com menos gordura, principalmente as de origem animal, não só pode ajudar a diminuir o risco de câncer, como também de outras doenças crônicas não transmissíveis (INCA, 2005).

3.1 PORTADORES DE CÂNCER E CONDIÇÕES PSICOLÓGICAS

É recente o interesse pela investigação das relações existentes entre fatores emocionais e a incidência e evolução do câncer. Esta abordagem vêm fornecendo subsídios psicológicos para a prevenção, adaptação emocional e social do indivíduo nas diferentes etapas de tratamento oncológico. Diante disto, observou que pacientes com um mesmo diagnóstico e prognósticos médicos tinham evoluções diferentes, pois uns viviam mais do que outros. Percebeu que aqueles pacientes que evoluíram melhor tinham em comum o desejo de não querer morrer por ter, por exemplo, um projeto inacabado em andamento e que os prendia à vida. A observação de que pacientes com um mesmo diagnóstico e prognóstico médicos tinham evoluções diferentes, (uns vivendo mais, outros vivendo menos) (CARVALHO, 1994).

Pacientes que se mostraram deprimidos, com profunda apatia e com uma atitude de desistência diante da vida evoluíram pior. Carvalho (1994) observou que alguns afirmavam querer viver, mas adotavam atitudes contraditórias em relação a esta afirmação, mantendo hábitos e estilos de vida pouco saudáveis. Os pacientes que evoluíram melhor tinham como característica achar que de alguma forma podiam influenciar o curso de suas doenças. Adotavam uma atitude muito mais ativa em relação às suas vidas, em relação à doença e aos tratamentos médicos. Eram pessoas mais participativas e não viam o processo de cura como algo a que devessem se submeter passivamente, mas como algo que podiam participar de forma ativa. O autor observou então que aspectos de personalidade e estados emocionais influenciavam sobre condições físicas e que era necessário considerar o indivíduo como um todo (THOMAS, E.; WEISS, 2007).

A doença é uma experiência e uma metáfora, uma mensagem que precisa ser ouvida e dissipada (RODRIGUES; BRAGA, 1998).

Quando os pacientes se conectam com seus sentimentos, reconhecendo-os e aceitando-os, e quando percebem que podem lidar com emoções como o medo, podem desenvolver maior auto-confiança, quebrando o ciclo da depressão e desesperança, aumentando assim sua capacidade de lidar consigo diante das situações que enfrentam em sua vida.

Pensamentos e sentimentos não provocam e nem curam o câncer (LeShan, 1992), mas os sentimentos afetam a química do organismo (que afeta o desenvolvimento ou a regressão do tumor), assim como a química do corpo afeta os sentimentos, pois o estresse interfere. Enfim, todos os aspectos do ser humano interagem e se influenciam mutuamente. A escuta e a continência (holding) são imprescindíveis mesmo diante de um pedido para morrer (pela dor, abandono, etc) (RODRIGUES; BRAGA, 1998).

Elisabeth Kubler-Ross em sua obra “Sobre a morte e o morrer” (1969) aponta cinco estágios pelos quais passa o doente desde o diagnóstico até a morte: 1) *Negação e isolamento*: como “Não pode ser comigo”; “não tenho nada”. 2) *Raiva*: quando a negação não é mais possível surgem sentimentos de raiva e revolta. “Por que eu?” Esta raiva pode estar relacionada à impotência e à falta de controle da própria vida. 3) *Barganha*: estratégia do paciente tentando certo acordo para adiar um desfecho inadiável. 4) *Depressão*: momento do contato efetivo com a doença e as suas perdas do corpo, das finanças, da família, do emprego, do lazer. Tirar o paciente do seu processo de enlutamento pode perturbar o seu processo, pois o procedimento mais adequado parece ser o de facilitar a sua expressão. 5) *Aceitação*: os pacientes que viveram a sua doença e receberam apoio nos estágios anteriores podem chegar a uma aceitação (THOMAS, E.; WEISS, 2007).

Embora nem todos os pacientes passem por todos os estágios até a aceitação nem os vivenciam sempre na ordem descrita, a autora apontou a importância de se perceber que os pacientes têm necessidades diferentes nos vários estágios da doença e que temos que aproximar os olhos e ouvidos do corpo de nosso paciente e não das máquinas. Destacamos aqui que os membros da família, principalmente os cuidadores mais próximos ao receberem o diagnóstico de uma doença grave, passam pelos mesmos estágios que o paciente, e a forma de enfrentamento vai depender da estrutura de cada um e da relação entre eles. É freqüente surgir perda em vida, luto antecipado, ambivalência de sentimentos, impotência, culpa e tentativa de reparação.

O paciente oncológico, angustiado pelo medo da morte, fica voltado para si mesmo ou utiliza mecanismos psicológicos de defesa, que tem uma dupla finalidade: lutar contra a angústia desencadeada diante da ameaça da doença e estabelecer uma nova maneira de relacionamento com o meio e consigo mesmo (MORAES, 1994).

Em geral o primeiro mecanismo de defesa é a negação, que se neste momento procurar auxílio, a psicoterapia terá como meta auxiliá-lo a aceitar a realidade, e iniciar o tratamento propriamente dito. Inicialmente a negação pode ser uma crosta protetora, mas se persistir por longo período enfraquece o relacionamento e impede o paciente de assumir uma atitude mais responsável. Podem ocorrer mecanismos relacionados a uma postura onipotente, com atuações maníacas intercalados por momentos de depressão. O terapeuta pode propor-se a ajudar o paciente a perceber estas oscilações e vivenciar uma depressão profunda por se dar conta de seu estado, partindo depois para uma elaboração da situação, podendo propor-se a seguir com uma vida de qualidade. Afetivamente em geral os pacientes ficam mais sensíveis, permitem que suas emoções apareçam e se relacionam de maneira mais genuína com seus familiares.

Ribeiro (1994) aponta ainda que nas sessões quando os ressentimentos são trabalhados podem causar alívio para o paciente. Muitos pacientes fazem uso da sublimação e outros quando a situação física permite passam a ajudar voluntariamente outros pacientes ou a fazer uma prestação de serviço social, sentindo-se úteis para os outros, referem sensação de bem-estar e conforto. Cada um de nós tem um universo muito rico, repleto de dor, alegria, esperança, tristeza, medo, orgulho, solidão, relacionamentos, isolamento, ódios, amores e tudo o mais que artistas, escritores e poetas nos dizem fazer parte da condição humana.

A ausência de uma saída para cargas emocionais intensificadas afeta o corpo da pessoa, segundo LeShan (1994). A perda de um relacionamento vital geralmente antecede o desenvolvimento de uma malignidade fatal.

O paciente de câncer possui maior quantidade de emoções do que é capaz de expressar. Mastrovito (in LeShan, 1994), psiquiatra do Memorial Sloan-Kettering Câncer Center, em Nova York, estudou um grupo de mulheres com câncer e descobriu que essas pacientes possuíam um elevado grau de “autocontrole emocional, idealismo e senso de responsabilidade”. Estas características são tidas como virtudes, quando no contexto apropriado, mas até uma virtude pode ser levada a extremos. Se a responsabilidade e o autocontrole forem rigidamente mantidos, em detrimento da expressão de sentimentos verdadeiros, uma parte do eu é negada. Quando as tensões não são liberadas e a raiva é reprimida, podem tornar-se mais fortes. Sabemos que isso acontece no desenvolvimento de

úlceras. Será que podemos negar a possibilidade de que isso também aconteça no desenvolvimento do câncer? Quando a raiva, a tristeza ou a preocupação não encontram uma válvula de escape, acabam afetando o corpo, e se houver uma tendência latente para desenvolver um câncer, a incapacidade para expressar seus sentimentos irá atingir o corpo em algum ponto vulnerável.

Leshan (1994) diz que atualmente se torna cada vez mais claro que as explicações físicas –meio ambiente, infecções ou genética- não oferecem uma resposta global; um número cada vez maior de médicos e psicólogos busca informações adicionais com relação à influência do estresse, da personalidade, das emoções. Observou ainda que parecia haver uma correspondência geral entre o ritmo de desenvolvimento do câncer e o tempo transcorrido desde que o indivíduo perdera o senso de significado da vida, representado por um relacionamento vital. A intervenção psicológica apresenta-se como um recurso que amplia os limites de ação no atendimento das necessidades que surgem em cada momento da trajetória do paciente: desde a situação de diagnóstico, passando por tratamentos que podem ou não resultar em cura, chegando às situações posteriores de adaptação do paciente ou da família às seqüelas concretas ou subjetivas com que se deparam.

A família é um organismo essencialmente dinâmico em que a doença de um de seus membros altera seu funcionamento. A notícia de que um ente amado sofre de câncer pode produzir um grande impacto, por isso indica-se que além de focar a atenção na ajuda à pessoa doente, haja também a indicação de se atentar para os efeitos do trauma do diagnóstico sobre outros membros da família (VEIT, CHWARTZMANN e BARROS,1998).

A ênfase do trabalho em equipe multiprofissional com o paciente oncológico deve ser colocada no conforto, na dignidade e no auto-respeito do paciente, bem como propiciar a ele o direito de receber explicações a respeito de sua doença, participando ativamente das decisões quanto ao seu tratamento. Assim os pacientes não temerão o isolamento, o abandono e a rejeição, mas ficarão confiantes na honestidade e na habilidade dos profissionais, e com a certeza de que se algo puder ser realizado com eles, será em conjunto, respeitando as deliberações. Não podemos esquecer que o paciente tem uma percepção do que está acontecendo com ele e com as pessoas a sua volta. O que ele precisa é de pessoas que possam lhe dar afeto e apoio nestes momentos difíceis de sua vida WILLIAMS (2002).

A teoria psicanalítica, diz Ribeiro (1994), nos auxilia a fazer uma leitura da situação da história do paciente e da família e algumas intervenções interpretativas. A compreensão do momento como um todo e das emoções incluindo as do terapeuta são imprescindíveis. Os aspectos transferenciais e contratransferenciais deverão guiar nossas intervenções e nossa

atuação. Os imprevistos são inúmeros como nas análises, e as interrupções podem se dar por morte. As fantasias de morte, por exemplo, podem estar presentes em várias pessoas e refletirem uma percepção da realidade.

Na sua dissertação Simkins (2002) destacou o efeito positivo dos grupos de discussão entre pacientes, como uma possibilidade de escoamento das angústias que o tratamento e as suas conseqüências mobilizam.

O psicólogo em sua atividade propõe-se a auxiliar o paciente e sua família quanto as suas angústias de negação ou hesitação do diagnóstico; compartilhar o sofrimento ficando ao lado do paciente, algumas vezes até em silêncio, num momento que pode ser de desespero e confusão para que este possa enfrentar a sua realidade; possibilitar que o paciente se conecte com seus temores gradualmente, expressando suas fantasias através das palavras, para que possam ser trabalhadas; refletir junto ao paciente sobre a qualidade de suas relações com os outros e consigo próprio; auxiliar os pacientes a encontrarem recursos internos e a valorizarem aspectos que até então estavam despercebidos; trabalhar suas expectativas de recuperação e em relação ao seu futuro; auxiliar o paciente a participar ativamente de seu tratamento; auxiliar o paciente a encontrar atividades significativas em sua vida e adotar hábitos mais saudáveis; auxiliar pacientes e familiares a lidarem com os diversos sentimentos e emoções mobilizadas, principalmente a depressão; trabalhar o temor da morte, tendo em vista que embora possa ser inevitável, raramente encontra o doente ou a família preparados; e principalmente focar o trabalho com o paciente na preservação de qualidade de vida (NUZZO; CHIARI, 1987).

Nuzzo e Chiari (1987) escrevem um artigo que se baseia na literatura psicológica do câncer como uma tentativa de fazer um esboço para entender o processo de câncer através de uma interpretação particular em termos de culpa e papel das perdas na vida destas pessoas. Entendem a repressão e a negação como mecanismos atribuídos à hostilidade e constrição. A relação entre constrição e câncer é uma tentativa explicativa tendo como referência o sistema científico biológico (imunológico). Quanto à hipótese da perda relacionada à depressão, revisaram autores do século XVIII e XIX e encontraram a melancolia e a tristeza como antecedentes do câncer. Encontraram também pesquisas contemporâneas que enfatizaram o papel da depressão imediatamente após uma separação de uma pessoa significativa ou uma perda de objetivo de vida. Citam um estudo que descreve que o paciente oncológico tem um padrão centrífugo de relação familiar, onde a precoce individuação, o mútuo isolamento e a distância de uns membros de outros é a regra. Noutro estudo revisado referem personalidade específica e características defensivas nos pacientes oncológicos, cujas hipóteses são que os

pacientes com câncer perderam a consciência de suas próprias necessidades ocultas e de seus desejos.

3.2 PROGNÓSTICO

O prognóstico depende do estágio (extensão) e grau histológico (Gleason), principalmente. Se o CP é localizado e se o paciente realizar uma prostatectomia radical, a sobrevida em 10 anos pode atingir 90%, sendo equivalente à da população normal. O índice de recorrência local após 5 anos é de 10% contra 40% da radioterapia. A radioterapia utilizada no CP localizado ou localmente avançado (fora da próstata mas sem metástases) apresenta biópsias positivas de 60 a 30% dos casos quando realizadas seis meses e dois anos respectivamente após o tratamento. Nos casos metastáticos, o tratamento é paliativo e o prognóstico bem mais reservado (LIMA, 2001).

CONCLUSÃO

A construção social da masculinidade configura os elementos simbólicos que prescrevem um comportamento de risco para homens que não realizam o exame de diagnóstico precoce do câncer de próstata. Há barreiras para a maioria dos homens.

O primeiro que está na fase do diagnóstico diz respeito ao constrangimento e resistência diante do exame digital retal. Este aparece como uma “violação” da masculinidade (condição de ativo) e o segundo que é na fase de tratamento diz respeito ao medo da “perda” da virilidade (potência sexual - condição de macho), tendo em vista que a cirurgia radical da próstata ou a radioterapia causam impotência sexual. Estes dois elementos atuam negativamente e simultaneamente quando a maioria dos homens teria que enfrentar a doença, impedindo, assim, a realização do processo diagnóstico/tratamento da doença. Tenho considerado que a maioria dos homens tem certo conhecimento, ainda que fragmentado, sobre a doença. Tal conhecimento fragmentado decorre do contato de homens, em idade de risco, com casos da doença entre parentes e amigos, uma vez que os casos têm se tornado frequentes, e exposição ao tema na mídia. Enfim, já que homens em idade de risco têm um certo conhecimento sobre a doença por que eles não realizam o exame de diagnóstico precoce da doença? A primeira parte da hipótese se verificou nas entrevistas e a segunda não se verificou como uma barreira à realização do exame.

O câncer continua sendo uma doença misteriosa, em termos de comunicação e relacionamento médico-paciente. Receber esse tipo de diagnóstico mobiliza muitos sentimentos no paciente que não estava preparado para ouvi-lo. A tendência do homem é não encarar abertamente o fim de sua vida. O comunicado do médico ao paciente informando-lhe que ele é portador de câncer, já o conscientiza de sua finitude. Para muitas pessoas na realidade, esta é uma doença fatal, mesmo que se leve em consideração ser crescente o número de curas reais ou de remissões significativas.

A adoção de hábitos de vida saudáveis é capaz de evitar o desenvolvimento de certas doenças, entre elas o câncer de próstata. Uma alimentação rica em fibras, frutas e vegetais, a redução da quantidade de gordura principalmente as de origem animais, a manutenção do peso corporal, diminuição do uso de álcool e não fumar são medidas que contribuem na qualidade de vida e na prevenção de doenças, juntamente com os exames preventivos recomendados.

Conclui-se que, a busca pelo diagnóstico precoce, com vistas a um tratamento curativo, assume fundamental importância devendo ser realizados através dos exames preventivos anuais, em todos os homens a partir dos 45 anos de idade, independente de apresentarem ou não, sintomas. Naqueles que possuem histórico de incidência de câncer de próstata na família, o exame preventivo deverá iniciar-se aos 40 anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGEL, Mário Simpson. Escrúpulo e preconceito. *Revista Racine*, São Paulo, RCN, maio/jun. 2007.
- BARRIOS, C. H. (1996). “Câncer de Próstata.” In: MURAD, A.M. & KATZ, A. *Oncologia: bases clínicas do tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, pp. 220-228.
- BELCHER, J. R., FISH L. J. B. HIDELGARD E. PEPLAU. In: GEORG, J. B. *Teorias de Enfermagem. Os fundamentos á Prática Profissional*. 4ª ed. Pg. 153-175. Porto Alegre: Atheneu. 2000.
- BOKHOUR, B.; CLARK, J.; INUI, T.; SILLIMAN, R.; & TALCOTT, J. (2002). *Sexuality after treatment for early prostate câncer: Exploring the meanings of “erectile dysfunction”*. In *Journal of General Internal Medicine*. Oct; Vol 16 (10).
- BOLTANSKI, L. (1984). *As classes sociais e o corpo*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 191p.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Prevenção e controle do câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.
- CAMPOS, M.V. (2007) <http://www.revistavigor.com.br/2007/02/28/exame-de-psa-um-novo-conceito-contra-o-cancer-de-prostata/> Exame de PSA: um novo conceito contra o câncer de próstata. Acesso em 25/03/2010
- CARVALHAL, G. F., SMIT D.S., RAMOS C. G. et al Correlates of dissatisfaction with treatment in patients with prostate câncer diagnosed through screening. *J Urol* 1999; 162: 113-8.
- Carvalho, V. (1994). *Programa Simonton: uma experiência no Brasil In Introdução a Psicocologia*. São Paulo: Livro Pleno.
- CHOCHINOV, H. M. (2001). *Depression in câncer patients. The Lancet Oncology*. Vol 2.
- GUELER, R. F. *Guia Prático de Enfermagem*. 17ª. pg.233-236. ed. São Paulo: Maltese, 2002. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Estimativas populacionais 1980 – 2010: Brasil, regiões geográficas e unidades da federação [homepage, Internet]. Rio de Janeiro, 2004

INCA/MS, 2002. Prevenção e Controle de Câncer. Revista Brasileira de Cancerologia. INCA/MS, 2002. *Programa nacional de Controle do Câncer da Próstata: documento de consenso*.

INCA, Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. *Câncer no Brasil: dados dos registros de câncer de base populacional*, volume 4. Rio de Janeiro (Brasil): 2003 - 2005.

KEIJZER, S. (1995). "La masculinidad como factor de riesgo". In: *Seminar on Male Fertility in the era of Fertility Decline*, 1995, Zacatacas. *Anais ...* Liege: IUSSP, pp.1-13.

Korin D, 2001. *Novas perspectivas de gênero em saúde Adolescência Latino-Americana* 2(2):1-16.

KÜBLER-ROSS, E. (1994). *Sobre a morte e o morrer*. (6ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.

LAURENTI, R. (coord.) (1998). *Perfil Epidemiológico da Saúde Masculina na Região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero*. (Relatório de pesquisa encomendado pela Divisão de Promoção e Proteção da Saúde da Organização Panamericana de Saúde, desenvolvida pela equipe de pesquisadores do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-USP). 159p.

LESHAN, L. *Brigando pela vida: aspectos emocionais do câncer*. São Paulo: Summus, 1994.

LINTZ, K.; MOYNIHAN, C.; STEGINGA, S.; NORMAN, A.; EELES, ROS; HUDDART, R.; DEARNALEY, D. & WATSON, M. *Prostate cancer patients' support and psychological care needs: Survey from a non-surgical oncology clinic*. *Psycho-Oncology*. 2004; Vol 12 (8).

MARQUES, Ricardo Henrique. *A felicidade pessoal é o fito*. São Paulo: Atlas, 2007.

MORAES, M. C. *O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital*. In: *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Livro Pleno, 1994, cap. II, p. 57.

MORAES, J. F. D. & Souza, V. B. A. *Fatores associados ao envelhecimento bem sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre*. In *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2005; 27 (4); 302-8.

NATIONAL Comprehensive Câncer Network –NCCN(2001). Disponível em: <<http://www.nccn.org/patientgls/-spanish/-prostate/5-side-effects.asp>>, acessado em 17 abril 2010

NUZZO, M. L. & CHIARI, G. *The Personal Construction of Câncer: a Constructivist Framework for Exploring Malignancies*. Trabalho apresentado no Seventh International Congress on Personal Construct Psychology, Memphis, TN. 1987.

PENNIX, B.; GURALNIK, J.; PAHOR, M.; FERRUCI, L.; CERHAN, J.; WALLACE, R. & HAVLIK, R. BARROS, N. *Desenvolvimento e Validação de Escala para avaliar a Qualidade de Vida em pacientes com câncer avançado*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-Graduação em Medicina. 1996.

RIBEIRO, E. M. *O paciente terminal e a família*. In *Introdução à Psicooncologia*. São Paulo: Livro Pleno. 1994; cap. IV, p. 197.

RODRIGUES, J. & BRAGA, E. *Cuidando do cuidador*. In *Psico-oncologia no Brasil: resgatando o Viver*. São Paulo: Summus, 1998; cap. I, p. 52.

SIMKINS, B. C. (2002). *A phenomenological study of the psychological impact of prostate cancer*. *Dissertation*; Vol. 63 (5-B).

THOMAS, E., & WEISS, S. *Nonpharmacological interventions with chronic cancer pain in adults*. *Journal of the Moffitt Cancer Center*. 2000; 7 (2), 157-164.

WILLIAMS, M. L. & PAYNE, S. (2002). *Nurse Specialist Assessment and Management of Palliative Care Patients Who Are Depressed- a Study of Perceptions and Attitudes*. In: *Journal of Palliative Care* 18:4; p.270.

APARELHO Reprodutor Masculino. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Aparelho_reprodutor_masculino> Acesso em: 23 março 2010.

EXAME de PSA. Disponível em: <<http://www.revistavigor.com.br/2007/02/28/exame-de-psa-um-novo-conceito-contr-o-cancer-de-prostata/>> Acesso em: 25 abril 2010.

LIMA, C.L.M, ALVES, P.M.C, Câncer de próstata. Publicação em: 01/11/2001. Disponível em <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo>> acesso em 25 abril 2010.