



**Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"**

**ARIANE ALINE DUARTE TORMES
PRISCYLLA SANCHES GAETA**

**A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE E O CONHECIMENTO
DOS HOMENS EM RELAÇÃO AO CÂNCER DA PRÓSTATA**

**Assis - SP
2010**



**Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"**

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE E O CONHECIMENTO DOS HOMENS EM RELAÇÃO AO CÂNCER DA PRÓSTATA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e à Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA, como requisito parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

Orientandas: Ariane Aline Duarte Tormes
Priscylla Sanches Gaeta
Orientadora: Prof^a Enf^a Ms Fernanda Cenci Queiroz

**Assis – SP
2010**

FICHA CATALOGRÁFICA

TORMES Ariane Aline Duarte e GAETA Priscylla Sanches

A importância do Diagnóstico Precoce e do Conhecimento dos Homens em Relação ao Câncer da Próstata / Ariane Aline Duarte Tormes e Priscylla Sanches Gaeta. Fundação Educacional de Ensino Superior de Assis – Assis, 2010.

85 Páginas.

Orientador: Prof^a Enf^a Ms Fernanda Cenci Queiroz.

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis.

1. Câncer de Próstata. 2. Diagnóstico Precoce

CDD: 610
Biblioteca da Fema

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE E O CONHECIMENTO DOS HOMENS EM RELAÇÃO AO CÂNCER DA PRÓSTATA

**ARIANE ALINE DUARTE TORMES
PRISCYLLA SANCHES GAETA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito para conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem e analisado pela seguinte comissão examinadora:

ORIENTADOR: _____

ANALISADOR: _____

**Assis – SP
2010**

DEDICATÓRIA

No meu caminhar em direção à concretização desta pesquisa, muitas pessoas estiveram presentes e me auxiliaram direta ou indiretamente, seja através de uma participação concreta no trabalho, seja pelo afeto, carinho e incentivo que me possibilitaram seguir adiante. Assim dedico este trabalho inteiramente à vocês. Todos insubstituíveis em minha vida!

Ariane

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Ângelo e Luzia, que mais do que proporcionar uma boa infância e uma vida acadêmica, formaram os fundamentos do meu caráter e não mediram esforços para a realização deste objetivo. Obrigada por serem minha referência de tantas maneiras e estarem presentes em minha vida de uma forma insubstituível...

Eterno amor por vocês!

Priscylla

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, por seu existir e por sua presença constante em minha vida e por me possibilitar caminhos que tanto enriquecem o meu existir.

Aos professores toda a minha gratidão e obrigada por me levarem aos horizontes do conhecimento profissional e pessoal.

À Professora Fernanda por sua orientação e atenção dedicadas a este trabalho.

Aos colaboradores da pesquisa, pela solicitude o que possibilitou a realização deste trabalho.

À Priscylla, companheira e presença fundamental desde o início até o final desta trajetória. Muito obrigada por me confiar sua parceria neste trabalho.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e compreensão constantes, e pelo otimismo contagiante que sempre me motivou a lutar por meus objetivos e superar quaisquer obstáculos.

A todos meus familiares, em especial à minha avô Maria Nogueira Duarte (in memoriam) pelo amor e presença constante em meu existir. Sinto que está sempre ao meu lado!

Ao meu adorável Guigui, por me possibilitar muitos momentos de alegria e descontração.

Ao Fabiano, que muito me auxiliou com seu apoio, atenção e carinho. Sua presença foi essencial!

À Ana Paula e família pelo apoio e amizade, pelas trocas de conhecimento e pelas ricas discussões sobre pesquisa e contribuições neste trabalho.

Aos meus queridos amigos, que compartilham do meu existir: Prí, Paulete, Gabi, Nati, Gisele e Fabiano.

Ariane

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as oportunidades e por todas as bênçãos derramadas em minha vida. Obrigada pela luz e proteção.

Professores, eternos agradecimentos pela minha formação acadêmica!

Obrigada Professora e Orientadora Fernanda pela paciência e dedicação.

Fabiano, Tia Célia, Ana Paula, Gabi e Naty, obrigada pelas idéias, bate-papos e toda forma de ajuda e orientação, em especial a Ariane que me confiou parceria na realização deste trabalho.

Agradeço com extremo carinho a todos os pacientes que confiaram suas vidas aos meus cuidados.

À Unidade Básica de Saúde e aos homens sujeitos desta pesquisa, muito obrigada pela colaboração.

Ao Rafael pela compreensão e companheirismo, muito obrigada.

Aos mais doces Doth, Zora e Piu Piu, obrigada por tantos momentos felizes!

Ao meu irmão Stevan, pela paciência e consideração.

Obrigada a todas as pessoas e amigos de faculdade, que contribuíram com meu crescimento, me alimentando de certezas, força e alegria.

Muito obrigada nunca será suficiente para demonstrar a grandeza do que recebi de vocês. Peço a Deus que os recompense a altura.

Priscylla

Todo obstáculo contém uma oportunidade para
melhorarmos nossa condição.

Autor desconhecido.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo realizar um levantamento na Unidade Básica de Saúde do Jardim Paraná, no Município de Assis, sobre o conhecimento dos homens que frequentam a unidade quanto à importância do diagnóstico precoce e o conhecimento deles em relação ao câncer de próstata. Para tanto, foi realizada uma pesquisa quali-quantitativa e descritiva em que 50 voluntários, cadastrados na UBS com a faixa etária a partir dos 40 anos, responderam a um formulário contendo 17 questões relacionadas ao assunto. Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009), o aumento da incidência e da morbidade por câncer de próstata se deve a não adesão às medidas de saúde por parte dos homens, pois estes na maioria das vezes, recorrem aos serviços de saúde apenas quando a doença está mais avançada. Desta forma, este estudo se propôs a identificar e descrever quais os obstáculos encontrados pelos homens em relação à busca pelo diagnóstico precoce do câncer de próstata nesta comunidade. A atuação da Enfermagem junto à comunidade, na realização de trabalhos preventivos e promocionais de saúde, torna-se imprescindível quando a questão é atingir os objetivos que permeiam os níveis de prevenção primária. Nesse contexto, o profissional de enfermagem deve atuar oferecendo subsídios a esta população, no sentido de ressaltar a importância do diagnóstico precoce do câncer de próstata, enfatizando a construção de um elemento para uma atenção especial e direcional a este público. Contudo, esta pesquisa permite um melhor conhecimento sobre o imaginário destes homens no que diz respeito à realização de exames preventivos para o câncer de próstata, assim como a atuação da Enfermagem em relação ao assunto.

Palavras-chave: Câncer de Próstata; Diagnóstico Precoce.

ABSTRACT

This study aimed to survey the Basic Health Unit (BHU) of Paraná Garden in the city of Assis on the knowledge of men who attend the unit on the importance of early diagnosis and understanding of ourselves in relation to prostate cancer. To this end, was performed a quantitative and descriptive study where 50 volunteers registered with BHU in age from 40 years, responded to a questionnaire containing 17 questions related to the subject. According to the MINISTRY OF HEALTH (2009), increased incidence and morbidity from prostate cancer, is due to noncompliance health measures on the part of men, the latter in most cases, they use health services only when the disease is more advanced. Thus, this study aims to identify and describe what the obstacles faced by men about the quest for early detection of prostate cancer in this community. The role of Nursing in the community in carrying out work preventive and promotive health, it becomes indispensable when it comes to achieving the objectives underlying the standards of primary prevention. Before this placement, the nursing professional must act by offering subsidies to this population in order to highlight the importance of early diagnosis of prostate cancer, emphasizing the construction of an element in a directional and special attention to that audience. However, this research allows a better understanding of the imagination of these men with regard to the implementation of preventive screening for prostate cancer, as well as the role of nursing in relation to the matter.

Keywords: Prostate Cancer; Early Diagnosis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Ilustração da fisiopatologia do câncer, ou seja, como ele se desenvolve.....	6
Figura 2 - Ilustração do processo de metástase.	6
Figura 3 - Representação dos estágios da carcinogênese.....	8
Figura 4 - Localização da próstata abaixo da bexiga e atravessada pelo canal uretral, que é comprimido quando esta glândula tem o volume aumentado.....	9
Figura 5 - Representação do exame de toque retal, que possibilita o diagnóstico do câncer	19
Figura 6 - Avaliação da idade dos entrevistados participantes da pesquisa, expresso em porcentagem.....	40
Figura 7 - Avaliação do grau de escolaridade dos entrevistados participantes da pesquisa, expresso em porcentagem.....	41
Figura 8 - Avaliação do conhecimento dos entrevistados participantes da pesquisa sobre o câncer de próstata, expresso em porcentagem.....	42
Figura 9 - Avaliação do tipo de informação sobre o câncer de próstata conhecida pelos entrevistados, expresso em escala numérica.....	43
Figura 10 - Avaliação dos meios utilizados para obtenção de conhecimento sobre o câncer de próstata pelos entrevistados participantes da pesquisa, expresso em escala numérica.....	44
Figura 11 - Avaliação sobre o conhecimento dos sinais e sintomas do câncer de próstata pelos entrevistados participantes da pesquisa, expresso em porcentagem	45
Figura 12 - Avaliação da presença de algum dos sinais e sintomas do câncer de próstata pelos entrevistados participantes da pesquisa, expresso em porcentagem	46
Figura 13 - Avaliação do conhecimento dos exames específicos para o diagnóstico do câncer de próstata pelos entrevistados participantes da pesquisa, expresso em escala numérica.....	47
Figura 14 - Avaliação se algum dos entrevistados participantes da pesquisa já realizou algum tipo de exame preventivo para câncer de próstata, expresso em porcentagem	48
Figura 15 - Avaliação sobre a incidência dos tipos de exames preventivos realizados pelos entrevistados para o câncer de próstata, expresso em escala numérica.....	49
Figura 16 - Avaliação dos motivos pelos quais alguns dos entrevistados participantes da pesquisa ainda não realizaram os exames preventivos, expresso em escala numérica.	50
Figura 17 - Avaliação do conhecimento dos entrevistados sobre os tipos de tratamento para o câncer de próstata, expresso em escala numérica.	51
Figura 18 - Avaliação da procura por especialista por parte dos entrevistados que participaram da pesquisa, expresso em porcentagem.....	52
Figura 19 - Avaliação da incidência de casos de câncer de próstata na família dos entrevistados participantes da pesquisa, expresso em porcentagem.	53
Figura 20 - Avaliação do grau de parentesco em relação aos entrevistados participantes da pesquisa, expresso em porcentagem.....	54

Figura 21 - Avaliação da distância quanto ao acesso a UBS Jardim Paraná pelos entrevistados participantes da pesquisa, expresso em porcentagem.	55
Figura 22 - Avaliação das dificuldades para vir na UBS Jardim Paraná pelos entrevistados participantes da pesquisa, expresso em porcentagem.	56

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
OBJETIVOS	2
Objetivo Geral.....	2
Objetivos Específicos	2
JUSTIFICATIVA.....	2
ESTRUTURA DO TRABALHO	3
CAPÍTULO 1 - CONCEITOS.....	5
1.1 - FISIOPATOLOGIA DO CÂNCER	6
1.2 - ANATOMIA DA PRÓSTATA.....	8
1.3 - FISIOLOGIA DA PRÓSTATA.....	10
1.4 - RELAÇÕES ENTRE O TAMANHO DA PRÓSTATA E O ENVELHECIMENTO.....	11
CAPÍTULO 2 – CÂNCER DA PRÓSTATA	13
2.1 - FISIOPATOLOGIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA.....	15
2.2 - QUADRO CLÍNICO.....	16
2.3 - MEIOS DIAGNÓSTICOS	17
2.3.1 - PSA.....	18
2.3.2 - Toque Digital	19
2.3.3 - Ultrassonografia Transretal	20
2.3.4 - Biópsia.....	20
2.4 - TRATAMENTO.....	22
2.5 - TIPOS DE TRATAMENTOS	23
2.5.1 - Radioterapia	23
2.5.2 - Prostatectomia	24
CAPÍTULO 3 - O HOMEM E O CÂNCER	28
CAPÍTULO 4 - TIPOS DE PREVENÇÃO	31
4.1- DETECÇÃO PRECOCE E ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER.....	33
CAPÍTULO 5 - METODOLOGIA	37
5.1 - LOCAL DO ESTUDO	37
5.2 - ESTUDO.....	37
5.3 - AMOSTRA.....	37
5.4 - CRITÉRIOS PARA A INCLUSÃO DO ESTUDO	38

5.5 - CRITÉRIOS PARA A EXCLUSÃO DO ESTUDO.....	38
5.6 - ROTEIRO DE COLETA E DADOS	38
5.7- ANÁLISE	39
5.8 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICE.....	66
QUESTIONÁRIO/ ROTEIRO PARA ENTREVISTAS:	66
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	69
ANEXOS	70

INTRODUÇÃO

No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2010), o câncer de próstata é o segundo tipo de câncer mais comum entre os homens, sendo apenas superado pelo câncer de pele não-melanoma.

Mais do que qualquer outro tipo, é considerado um câncer da terceira idade, já que a maioria dos casos no mundo ocorre a partir dos 65 anos, ou seja, está relacionado ao processo do envelhecimento, uma vez que sua incidência aumenta com a idade.

É o sexto tipo mais comum no mundo e o mais prevalente em homens.

Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2008), o aumento da incidência e da morbidade por câncer de próstata se deve a não adesão às medidas de saúde por parte dos homens; pois na maioria das vezes, os homens recorrem aos serviços de saúde apenas quando a doença está mais avançada. Em resposta, o câncer de próstata acaba se tornando um grave problema de saúde pública.

Frente a essa problemática, faz-se necessário e imprescindível romper os obstáculos que impedem que os homens procurem os serviços de saúde; sejam esses obstáculos culturais, institucionais ou médicos.

Diante do exposto, nos propusemos a esse estudo objetivando que ele possa oferecer subsídios no sentido de ressaltar a importância do diagnóstico precoce, e assim constituir um elemento para uma atenção especial e direcional na assistência aos pacientes, nos níveis primários e secundários de atenção à saúde. Ainda que não seja possível impedir o diagnóstico positivo para o câncer de próstata, pode-se realizá-lo precocemente e, assim, iniciar o tratamento de forma a salvar vidas e impedir sofrimentos ainda maiores para estas pessoas e seus familiares.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Trabalhar a problemática do câncer de próstata no grupo etário de maior incidência desta patologia quanto ao imaginário do diagnóstico.

Objetivos Específicos

- Levantar o conhecimento dos homens sobre o câncer de próstata.
- Identificar a incidência da realização do teste sanguíneo específico (PSA), e de toque digital para a detecção de alterações da próstata entre os homens que frequentam a Unidade Básica de Saúde do Jardim Paraná, no município de Assis-SP.
- Identificar as causas que afastam os homens da busca pelo diagnóstico precoce.
- Analisar a prática preventiva frente ao câncer de próstata entre os homens que frequentam a unidade.

JUSTIFICATIVA

De acordo com Srougi et al. (2008, p. 170), “o estudo do câncer de próstata reveste-se de grande relevância clínica, em função da sua elevada incidência e das altas taxas de cura desses pacientes quando a doença é detectada em fases iniciais”.

Essa afirmação reflete a importância da realização deste trabalho, que visa conhecer a incidência desta doença na UBS do Jardim Paraná no município de Assis, a

fim de possibilitar ao profissional de saúde desempenhar o seu papel de educador mediante orientações preventivas.

Desta forma, a escolha desta temática, foi motivada pela experiência acadêmica em campo de estágio, onde foram observados alguns óbitos relacionados ao câncer de próstata. No mesmo período, o Ministério da Saúde (MS, 2009), lançou a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem”, reforçando que os homens são mais vulneráveis as doenças por não procurarem os serviços de saúde para uma ação preventiva, e que por conta disso, morrem mais precocemente que as mulheres. Ressaltando desta forma que as ações de promoção e prevenção voltadas para a problemática abordada, vêm sendo pouco realizada com o público masculino.

Espera-se com isso, alcançar o objetivo de mostrar ao público em geral a importância da prevenção do câncer de próstata, principalmente homens com mais de 40 anos de idade e idosos, para assim os sensibilizarem a respeito do diagnóstico precoce.

ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho foi organizado em capítulos delimitados da seguinte forma:

O capítulo 1 descreve os conceitos de câncer, os mecanismos de malignidade celular e as particularidades anatômicas e fisiológicas da próstata, além de sua relação com o envelhecimento do homem.

O capítulo 2 dispõe sobre o câncer da próstata e sua fisiopatologia; seu quadro clínico, meios diagnósticos e tratamentos, além de dados estatísticos em que vários autores descrevem a realidade nacional e internacional desse câncer que acomete os homens.

O capítulo 3 descreve a maneira como os homens encaram o aparecimento do câncer e as causas que os afastam da busca pelo diagnóstico precoce.

O capítulo 4 apresenta os tipos de prevenção do câncer e o papel do enfermeiro na prevenção.

O capítulo 5 trata da metodologia do trabalho, com explicação detalhada da pesquisa realizada, incluindo os resultados da pesquisa que foram demonstrados por meio dos gráficos, em conjunto com suas respectivas explicações.

Para finalizar o trabalho, foram descritas as considerações finais, onde se encontram considerações quanto às dificuldades encontradas na realização da pesquisa, papel do enfermeiro e sugestões para trabalhos futuros.

Como complementação do trabalho encontram-se as referências, apêndice com o questionário da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e um anexo com a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.

CAPÍTULO 1 - CONCEITOS

A definição de câncer permitirá o aprofundamento e caracterização deste trabalho, portanto, Robbins (1999, p.282) define o câncer como sendo “todo tumor maligno”.

De acordo com o INCA (2008) “o câncer é uma doença genética cujo processo tem início com um dano a um gen ou a um grupo de genes de uma célula e progride quando todos os mecanismos do complexo sistema imunológico de reparação ou destruição celular falham”.

Para Bogliolo (2006, p.596) “é a neoplasia maligna constituída pela proliferação de células epiteliais dos ácinos e/ou ductos prostáticos”.

Em complemento a definição apontada por Bogliolo, o INCA (Instituto Nacional do Câncer, 2010), define câncer como o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, podendo invadir tecidos e órgãos; como se dividem muito rapidamente, estas células tendem a ser bastante agressivas e incontroláveis, determinando assim a formação de tumores ou neoplasias malignas.

Já Smeltzer (2005) afirma que: “o câncer não é uma doença única, com uma única causa”, pois considera ser “um grupo de doenças distintas com diferentes causas, manifestações, tratamentos e prognósticos”.

Em relação ao câncer e suas características Santos e Sebastiani, afirmam que:

O câncer é considerado uma doença crônica, ou seja, é um estado patológico que apresenta uma ou mais das seguintes características: permanência, incapacidade residual, produz alterações patológicas não reversíveis, requer reabilitação ou necessita de períodos longos de observação, controle e cuidados. Desta forma a doença crônica exige que a pessoa adapte-se a sua vida com a doença e se reestruture para, na medida do possível, viver com qualidade e perdas impostas pela enfermidade (SANTOS e SEBASTIANI apud SANTOS, 2006, p.17).

1.1 - FISIOPATOLOGIA DO CÂNCER

Em relação à fisiopatologia do câncer, BRUNNER (2005, p.336) afirma que:

O câncer é um processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada por mutação genética do DNA celular. Essa célula forma um clone e começa a se proliferar de maneira anormal, ignorando os sinais de regulação do crescimento no ambiente envolta da mesma. Elas adquirem características invasivas podendo se infiltrar nos tecidos vizinhos e causar alterações.

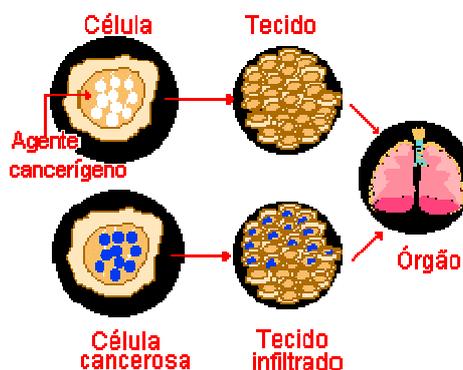


Figura 1 - Ilustração da fisiopatologia do câncer, ou seja, como ele se desenvolve. (In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. COORDENAÇÃO NACIONAL DE CONTROLE DE TABAGISMO - CONTAPP. "Falando Sobre Câncer e Seus Fatores de Risco". Rio de Janeiro, 1996).

Brunner (2005, p.337) diz ainda que, "ao se infiltrarem nos tecidos circunvizinhos, as células ganham acesso aos vasos linfáticos e sanguíneos, que as transportam até outras áreas do corpo. Esse fenômeno é chamado de metástase".



Figura 2 - Ilustração do processo de metástase. (In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. COORDENAÇÃO NACIONAL DE CONTROLE DE TABAGISMO - CONTAPP. "Falando Sobre Câncer e Seus Fatores de Risco". Rio de Janeiro, 1996)

O INCA (2010) complementa afirmando que uma célula normal pode sofrer alterações no DNA dos genes (que respondem por guardar e fornecer instruções para as atividades das células no nosso organismo). Essas alterações podem ocorrer em genes especiais, chamados de protooncogenes, que a princípio são inativados em células normais. Quando ativados, os protooncogenes transformam-se em oncogenes, responsáveis pela malignização das células normais, tornando-as cancerígenas.

O autor relata que: “pode-se levar anos até que uma célula cancerosa prolifere e dê origem a um tumor visível”. Desta forma, esse processo passa por três estágios antes de se chegar ao tumor. A esse processo dá-se o nome de carcinogênese.

Em complemento, o autor aponta para os três estágios da carcinogênese. São eles:

- Estágio de iniciação:

Nele, as células sofrem os efeitos dos agentes cancerígenos que provocam modificações em alguns de seus genes. Nesta fase as células se encontram geneticamente alteradas, porém ainda não é possível se detectar um tumor clinicamente.

- Estágio de promoção:

Nele, as células que foram “iniciadas” sofrem o efeito dos agentes cancerígenos classificados como oncopromotores. A célula iniciada é transformada em célula maligna de forma lenta e gradual.

- Estágio de progressão:

È caracterizado pela multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas. Nesse estágio, o câncer já está instalado, evoluindo até o surgimento das primeiras manifestações clínicas da doença.

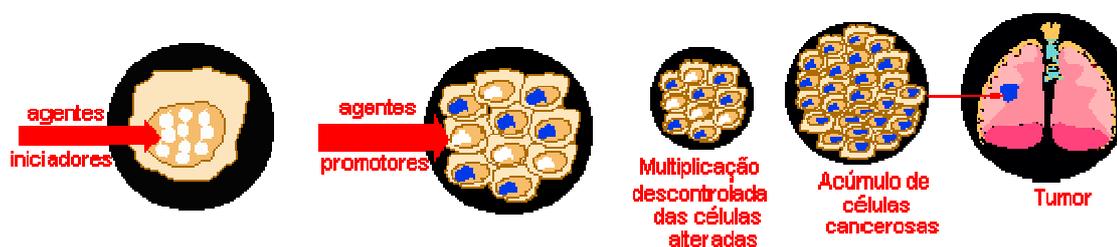


Figura 3 - Representação dos estágios da carcinogênese. (In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER. COORDENAÇÃO NACIONAL DE CONTROLE DE TABAGISMO - CONTAPP. "Falando Sobre Câncer e Seus Fatores de Risco". Rio de Janeiro, 1996)

Ainda segundo o INCA (2010), as causas do câncer podem ser externas (relacionadas ao meio ambiente, hábitos e costumes), ou internas (geneticamente pré-determinadas), ou ainda estarem inter-relacionadas. Deste modo, o surgimento do câncer vai depender da intensidade e duração da exposição das células aos agentes causadores de câncer.

Neste capítulo foram abordados vários conceitos de câncer e sua fisiopatologia, entretanto, o objetivo deste trabalho é ressaltar a importância do diagnóstico precoce na prevenção do câncer prostático. Assim, faz-se necessário o conhecimento da anatomia e da fisiologia do câncer de próstata para um melhor entendimento sobre o assunto.

1.2 - ANATOMIA DA PRÓSTATA

De acordo com Netinna (2001), a próstata é uma glândula masculina que pesa cerca de 20 gramas e se localiza na parte baixa do abdômen. É um órgão bem pequeno com formato de maçã, e localizado logo abaixo da bexiga e adiante do reto. A próstata envolve a porção inicial da uretra, um tubo pelo qual a urina armazenada na bexiga é eliminada. A próstata secreta fluídos que compõem parte do sêmen, um líquido espesso que contém os espermatozóides produzidos pelos testículos e que é eliminado durante o ato sexual.

Esta definição de sua anatomia se assemelha a de DÂNGELO E FATTINE (2002):

A próstata é um órgão pélvico, ímpar, situado inferiormente à bexiga e atravessado em toda a sua extensão pela uretra. Consiste principalmente de musculatura lisa e tecido fibroso, mas contém também glândulas. A secreção destas junta-se à secreção das vesículas seminais para constituir o volume do líquido seminal. A secreção das glândulas é lançada diretamente na porção prostática da uretra através de numerosos ductos prostáticos (não visíveis macroscopicamente) e confere odor característico ao sêmen.

A próstata é uma glândula que só o homem possui e que se localiza na parte baixa do abdômen. No adulto normal, a próstata pesa aproximadamente 20 gramas. Sua função é produzir parte do sêmen, líquido que contém os espermatozoides, e que é liberado durante o ato sexual.

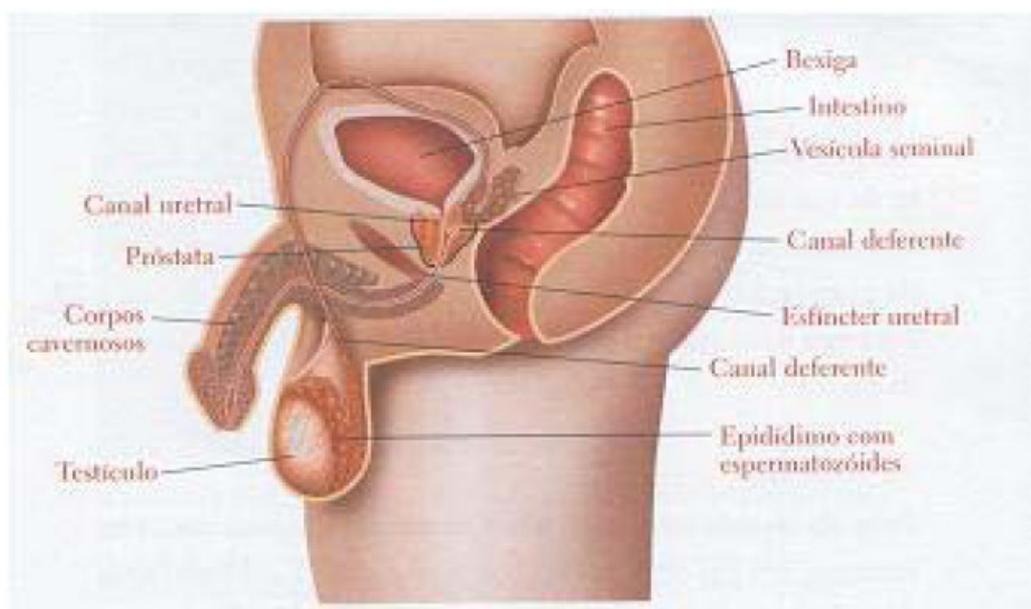


Figura 4 - Localização da próstata abaixo da bexiga e atravessada pelo canal uretral, que é comprimido quando esta glândula tem o volume aumentado. (In: (SROUGI, apud SANTOS, 2006, p.17)

De acordo com Cotran e Kumar (2000), de forma clássica, a próstata no adulto divide-se em quatro zonas ou regiões biológicas, anatomicamente distintas: periférica, central, transicional e periuretral.

Este autor ainda afirma que “os tipos de lesão proliferativa são diferentes em cada região; sendo que a maioria das hiperplasias surge na zona transicional e periuretral, enquanto a maioria dos carcinomas origina-se na zona periférica”.

Diante do que foi exposto, fica evidente que a próstata tem uma importância significativa no desenvolvimento de tumores e aumento benignos e que estes estão intimamente relacionados com sua região afetada.

Para Srougi et al. (2008, p.171) “a diferenciação glandular nos casos de adenocarcinoma da próstata constitui um importante fator prognóstico, relacionando-se com o comportamento biológico do tumor e a sobrevida do paciente.”

1.3 - FISILOGIA DA PRÓSTATA

Quanto à fisiologia da próstata, Guyton (2002, p.859, 860), descreve que a função da próstata consiste em secretar um líquido ralo e leitoso, em que, por meio da sua emissão ocorrem as contrações prostáticas em conjunto com as contrações do canal deferente, de modo que esse líquido é acrescentado ao volume do sêmen. Por este líquido ser ligeiramente alcalino, é provável que ele ajude a neutralizar a acidez dos outros líquidos seminais durante a ejaculação, aumentando, assim, a motilidade e a fertilidade nos espermatozóides.

Confirmando a descrição acima, para Srougi a próstata é considerada erroneamente como responsável por controlar a função e o prazer sexual, quando sua única ligação com a vida sexual é produzir parte do líquido seminal expelido na ejaculação, desempenhando, portanto, importante papel na fase reprodutiva do homem, uma vez que este líquido transporta os espermatozóides produzidos nos testículos. No entanto, não tem relação com o prazer sexual (SROUGI apud SANTOS, 2006, p.18).

1.4 - RELAÇÕES ENTRE O TAMANHO DA PRÓSTATA E O ENVELHECIMENTO

No tocante à relação próstata e envelhecimento, SMELTZER (2005, p.1575) afirma que:

À medida que os homens envelhecem, a próstata aumenta, a secreção prostática diminui, a bolsa escrotal posiciona-se mais abaixo, os testículos ficam menores e mais firmes, e os pêlos pubianos tornam-se mais escassos e mais rígidos.

Brunner & Suddarth (2000) consideram que os fatores de risco para o câncer de próstata aumentam rapidamente depois dos 50 anos de idade, e que mais de 70% ocorrem em homens com mais de 65 anos.

Esta realidade descrita pelos referidos autores se assemelha à realidade do Brasil, pois de acordo com o INCA (2010) esta ocorrência em homens com mais de 50 anos é ocasionada pelo envelhecimento das células, conforme descrito na citação abaixo:

“o envelhecimento traz mudanças nas células que aumentam sua suscetibilidade à transformação maligna. Isso, somado ao fato de as células de pessoas idosas terem sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para câncer, explica em parte o porquê de o câncer ser mais frequente nesses indivíduos”.

Como complemento à ideia anterior, pode-se considerar as afirmações de Guyton e Hall (2002, p.867), de que a próstata permanece praticamente pequena durante a infância e começa a crescer na puberdade, com o estímulo da testosterona. Essa glândula atinge tamanho quase estacionário em torno dos 20 anos de idade, e não se modificando até, aproximadamente, 50 anos. Nessa época, em alguns homens, a próstata começa a involuir, juntamente com a produção diminuída da testosterona pelos testículos.

Percebe-se então, que as alterações que vão ocorrendo com o envelhecimento, embora variem de um indivíduo para outro, são encontrados em todos os idosos e que são próprias do processo fisiológico normal.

“Apesar da sua pequena dimensão, a próstata costuma ser sede de problemas que tem grande relevância clínica, pela elevada freqüência com que ocorrem e por comprometerem a qualidade ou a extensão de vida de seus portadores” (SROUGI et al., 2008, p.166).

Para Vieira (2010, p.4), “a maturidade e o envelhecimento trazem consigo a perspectiva da finitude como um desafio, e exigem um trabalho psíquico destes pacientes portadores de câncer trazendo uma dupla exigência: conservar o desejo pela própria vida, até o fim. E viver considerando a possibilidade do fim.”

CAPÍTULO 2 – CÂNCER DA PRÓSTATA

De acordo com a SBU (Sociedade Brasileira de Urologia, 2010), o câncer de próstata é a neoplasia visceral mais frequente do homem, representando mais de 40% dos tumores que atingem os homens acima de 50 anos.

“O carcinoma prostático, mais do que qualquer outro tipo de câncer, é considerado um câncer da terceira idade, uma vez que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos” (INCA, 2010).

O INCA (2010) traz que a estimativa para 2010 é de que haja 52.350 novos casos desse câncer, ou seja, um aumento de quase 500 mil novos casos quando comparado ao ano de 2008. Esses valores correspondem a um risco estimado de 54 casos novos para cada 100 mil homens, portanto a detecção precoce é essencial para que se aumentem as possibilidades de cura.

O mesmo ressalta ainda que além disso, o aumento na incidência pode ter sido influenciado em regiões em que o rastreamento pela determinação da concentração sérica do antígeno prostático específico (PSA) é comum, pois, estima-se para a região Sudeste a incidência de 62/1000.000 casos, sendo a segunda maior incidência de câncer de próstata por região no país.

Ainda segundo esse Instituto, a incidência do câncer de próstata cresce no Brasil, como em todo o mundo, num ritmo que acompanha o envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida.

De acordo com Santos (2006, p.18), “o aumento 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.”

Em confirmação à citação anterior, Rhoden e Averbeck (2010, p.93) relata “que estudos epidemiológicos atuais apontam para um crescimento das taxas de incidência

de câncer de próstata em todas as partes do mundo”, e, além disso, ressalta o aumento da longevidade populacional e sua possível relação com a influência de fatores ambientais, dietéticos e outros ainda não identificados.

Para Vieira (2010, p.1), “fatores hereditários, variações regionais e raciais, devido às condições genéticas e ambientais, principalmente alimentares interferem na incidência do câncer de próstata.”

Para complementação da idéia, Inca e Hering afirmam que:

As evidências são, no entanto, convincentes que uma dieta rica em frutas, legumes, verduras, grãos e cereais integrais, e pobres em gordura, principalmente as de origem animal, não só ajudam a diminuir o risco de câncer como também o risco de outras doenças crônicas não transmissíveis. Tem sido apontada uma relação positiva entre o alto consumo energético total e ingestão de carne vermelha, gorduras e leite e o risco de câncer da próstata. O progredir da idade e a presença de testosterona no sangue são os fatores de risco mais importantes para o seu desenvolvimento. Nos casos hereditários, o câncer manifesta-se mais precocemente, muitas vezes antes dos 50 anos. Vê-se então, que os antecedentes familiares têm particular importância por elevarem o risco de ocorrência do carcinoma prostático. Quanto aos fatores ambientais, existem muitas relações possíveis entre as quais com substâncias químicas utilizadas nas indústrias de fertilizantes, ferro, cromo, Cadmo, e chumbo embora não seja significativamente comprovada (INCA e HERING apud MAIA, 2009, p.1).

Rhoden e Averbek (2010, p.93) apontam que evidências epidemiológicas sugerem que o câncer prostático apresenta um componente genético e familiar relevante, além de uma maior incidência em negros que, por sua vez, apresentam as formas mais agressivas do câncer de próstata.

Desta forma, diagnosticar a doença em sua fase inicial continua sendo uma preocupação, e para sustentar esta afirmação, os dados do Ministério da Saúde (MS, 2008) apontam que o aumento da incidência e da morbidade por câncer de próstata se deve a não adesão às medidas de saúde por parte dos homens; pois na maioria das vezes, os homens recorrem aos serviços de saúde apenas quando a doença está mais avançada. Desta forma, o câncer de próstata e outras doenças que afetam o sexo masculino acabam se tornando um grave problema de saúde pública.

2.1 - FISIOPATOLOGIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Para Rubin (2006, p.937), “a causa do adenocarcinoma prostático é desconhecida, mas o principal foco de interesse de pesquisa está direcionado para influências endócrinas.”

Segundo Robbins (2005, p.1097), “acredita-se que os androgênios participem na patogênese do câncer de próstata. O suporte para esta tese geral reside na inibição destes tumores por meio da orquiectomia.”

De acordo com este autor, células epiteliais neoplásicas, da mesma forma que as células normais, também possuem receptores de androgênios. Assim, uma vez estabelecido o câncer de próstata, as células cancerosas são, habitualmente, estimuladas a crescer mais rapidamente pela testosterona.

Em resumo, a presença da testosterona estimula o crescimento de células cancerosas, enquanto que a remoção de ambos os testículos (orquiectomia) o inibe, pois impede a sua formação.

O desenvolvimento do câncer envolve uma mudança na qualidade e no aumento da quantidade das células, mudando-as de aparência e de comportamento. Elas tornam-se agressivas, destrutivas, independentes das células normais, e adquirem a habilidade de entrar e invadir os tecidos vizinhos.

Conforme Srougi et al. (2008, p.171), “todo homem nasce programado para ter câncer de próstata, pois todos carregam em seu código genético, protooncogenes, que dão a ordem para uma célula normal se transformar em uma outra maligna.”

De acordo com o referido autor, o câncer de próstata surge porque as múltiplas divisões celulares que ocorrem ao longo dos anos, acompanhadas de discreta fragmentação cromossômica, com perdas de genes supressores e de ativação de protooncogenes, se devem ao fato quadros inflamatórios, ou ainda, devido à influência de mediadores locais.

2.2 - QUADRO CLÍNICO

Para Srougi et al. (2008, p.171), a evolução dos pacientes com câncer de próstata é relativamente imprevisível, com casos de rápida disseminação da neoplasia, antes mesmo de surgirem sintomas locais, e casos de evolução lenta, com lesões que permanecem estacionadas.

Este autor descreve que “nos pacientes com tumor circunscrito à próstata, a doença é assintomática. Por outro lado, mais de 90% dos pacientes com adenocarcinoma da próstata localmente avançado apresentam-se com manifestações de obstruções.”

VIEIRA (2010, p.1) afirma que:

Em sua fase inicial o câncer só pode ser diagnosticado através de exames clínicos de rotina, manifestações clínicas geralmente ocorrem quando a neoplasia atinge a cápsula prostática, quando a doença já se apresenta relativamente avançada. As mais comuns são a disfunção miccional, hematúria e hemospermia. A dor óssea, fraturas ósseas patológicas, edema de membros inferiores e da genitália externa, anemia, emagrecimento, são manifestações decorrentes do comprometimento metastático.

“Devido a sua localização, as doenças que atingem a próstata freqüentemente são responsáveis por manifestações urinárias e problemas de micção” (SROUGI apud SANTOS, 2006, p.17).

Confirmando a citação anterior, Smeltzer (2005, p.1583) relata que os sinais e sintomas da obstrução urinária podem ser: dificuldades e frequência da micção, retenção urinária e tamanho e força do jato diminuídos, podendo ainda apresentar hematúria e ejaculação dolorosa, sendo que os sintomas relacionados às metástases incluem: dor no quadril, anemia, miastenia, náuseas e oligúria.

Este mesmo autor observa que as manifestações clínicas do câncer de próstata raramente apresentam sintomas em seu estágio inicial. O autor afirma que os sintomas que resultam da obstrução urinária aparecem quando a doença está mais avançada,

variando sua evolução, podendo avançar ainda sobre o colo vesical, uretra, bexiga, ou apresentar metástases para ossos e linfonodos.

Confirmando a compreensão anterior, SROUGI et al. (2008, p.173) constataram que:

No passado, a maioria dos pacientes com câncer da próstata apresentava-se com neoplasia maligna disseminada, mas, em decorrência dos programas de detecção precoce e orientação preventiva, esse fenômeno se modificou e, atualmente, a maior parte desses casos é identificada ainda com a doença localizada.

Para o autor, atualmente entre 88% e 92% dos novos casos evidenciam neoplasia confinada à glândula e apenas 4% a 6% dos pacientes apresentam-se com tumor metastático.

2.3 - MEIOS DIAGNÓSTICOS

Como podemos observar, o câncer de próstata quando detectado inicialmente, aumentam-se muito as probabilidades de cura.

Segundo Vieira (2010, p.173) a detecção do câncer de próstata é feita através de medidas do PSA sérico, pelo toque digital da glândula e ultrassonografia transretal.

Os exames de PSA e o toque digital da glândula são tidos pelo Ministério da Saúde como exames preventivos, de modo que ao suspeitar de alguma irregularidade o médico poderá solicitar outros exames como a biópsia por ultrassonografia transretal (USTR).

2.3.1 - PSA

O PSA (Antígeno Prostático Específico) trata-se de uma protease da serina neutra, que é produzida pelas células do epitélio ductal prostático normal e neoplásico, sendo secretado para a luz glandular (SMELTZER, 2005, p.1584).

A concentração de PSA no sangue segundo Smeltzer (2005, p.1584), indica a proporção de massa prostática total, e não necessariamente uma malignidade; portanto são recomendados a realização concomitante do PSA e toque digital, para melhor detecção do câncer de próstata.

Em relação a esta afirmação, Srougi salienta que o PSA também tem seus valores aumentados em outras enfermidades. Daí a importância de se aliar o exame de toque à dosagem do PSA, para que assim seja possível aumentar as chances de um diagnóstico correto (SROUGI apud SANTOS, 2006, p.19).

Segundo o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata, são aceitos como valores limites normais do PSA até 4 ng/ml, podendo existir também tumores com PSA abaixo deste valor. Para um PSA que apresente valores acima de 10 ng/ml, indica-se biópsia, já para valores entre 4 - 10 ng/ml, leva-se em consideração a velocidade do PSA e a relação PSA livre/total (Ministério da Saúde, 2002, p.14).

SROUGI et al. (2008, p.173) fazem a seguinte afirmação quanto aos valores limites do PSA:

Quando os níveis de PSA situam-se entre 10 e 20 ng/ml, a chance de existir neoplasia prostática é de cerca de 55%. Por isso, biópsia da próstata deve ser sempre indicada quando os níveis de PSA ultrapassam 2,5 ng/ml e não existem outras explicações para tal elevação.

Dado o exposto, Tompsom e Perez ressaltam “que a dosagem do antígeno prostático específico permite o diagnóstico do adenocarcinoma da próstata em formas mais iniciais que apresentam grande potencial de cura” (TOMPSOM e PEREZ apud NEVIANI, 2009, p.1).

2.3.2 - Toque Digital

Para Smeltzer (2005, p.1584), o toque retal é outro exame usado para a detecção precoce do câncer de próstata. Este exame trata-se do toque digital do reto, feito pelo médico urologista, a fim de detectar nódulos endurecidos e fixos, indicando uma lesão mais avançada do câncer. O toque retal também fornece informações clínicas úteis sobre o reto, esfíncter anal e qualidade das fezes.

Para Srougi apud Santos (2006, p.19), o exame de toque é realizado através do ânus e permite que o especialista avalie as características da próstata.

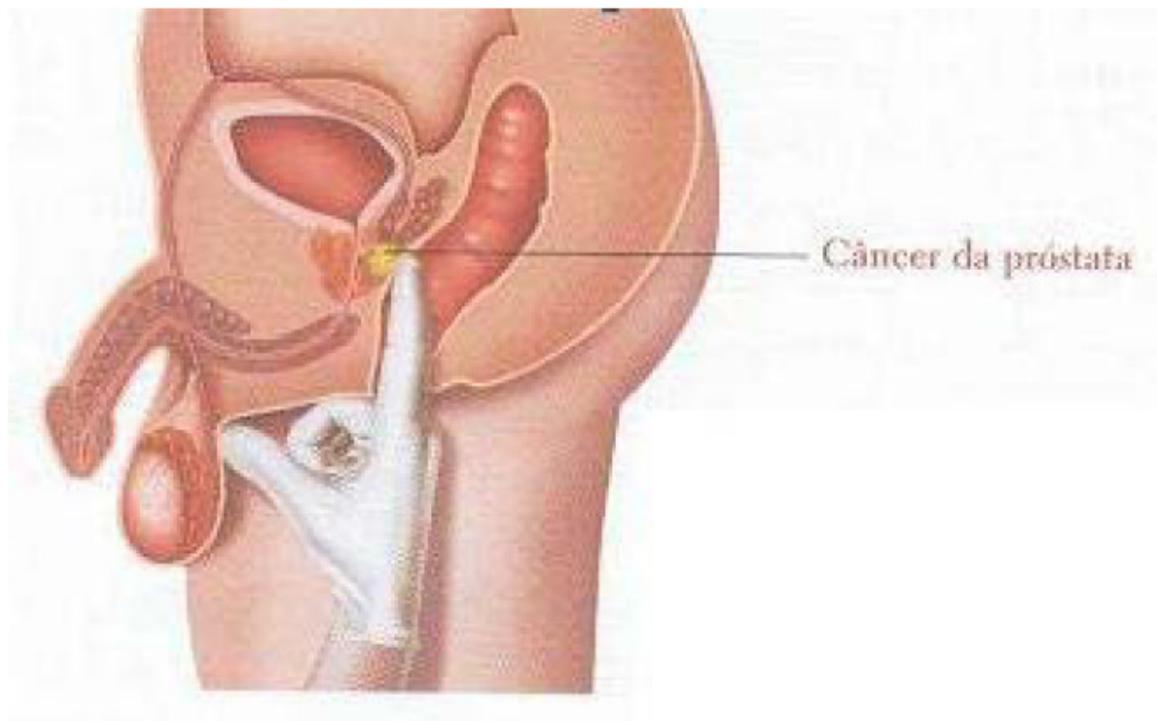


Figura 5 - Representação do exame de toque retal, que possibilita o diagnóstico do câncer. (In: (SROUGI, apud SANTOS, 2006, p.19)

A existência do câncer deve ser considerada quando a glândula apresenta-se irregular, fixa e com consistência endurecida.

2.3.3 - Ultrassonografia Transretal

O exame de ultrassonografia transretal está indicado para homens que apresentem níveis de PSA elevados, assim como achados anormais durante a realização do toque retal. É também utilizado para auxiliar na detecção de cânceres de próstata impalpáveis, orientar a biópsia da próstata, determinar o volume prostático e avaliar a extensão local da doença, além de anteceder as biópsias de material histológico da próstata (SMELTZER, 2005, p.1584).

2.3.4 - Biópsia

De acordo com Srougi et al. (2008, p.174) a biópsia pode ser descrita como um procedimento em que se retiram fragmentos da próstata para estudo anatomopatológico, visando constatar a presença ou ausência do câncer. Para o mesmo, “a biópsia da próstata deve ser indicada em todos os pacientes com áreas de maior consistência na glândula e/ou com elevação dos níveis séricos de PSA.” Este autor traz, em seus estudos, dados importantes ao observar que essas alterações refletem a presença do câncer de próstata em 5% a 95% dos casos, além do fato de que a realização de biópsia prostática com ajuda da USTR pode-se acompanhar de resultados falso-negativos em 10% a 25% dos casos. Desta forma, faz-se necessário que nos pacientes com biópsia negativa, mas com indícios significativos de câncer, o procedimento seja precocemente repetido.

Em complemento à citação acima, Srougi apud Santos (2006, p.19) afirma que diante das alterações nestes dois exames (PSA e toque) realiza-se a biópsia, a fim de verificar se de fato existe o câncer e avaliar a gravidade da doença.

O diagnóstico do câncer de próstata é feito através do estudo histopatológico do tecido por biópsia da próstata, devendo ser considerada sempre que houver anormalidades no toque retal ou na dosagem do PSA, cita Smeltzer (2008, p.1583).

Para Srougi et al. (2008, p.173) visto que a evolução dos pacientes com câncer da próstata está intimamente relacionada com a extensão da neoplasia, vários parâmetros podem ser utilizados para definir seu prognóstico: o estágio inicial do tumor, o escore histológico, o volume da neoplasia, os níveis de PSA e o número de fragmentos de biópsia envolvidos. Estes por sua vez, representam os principais métodos de previsão prognóstica.

Segundo o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata, o sistema de graduação histológico mais utilizado é o proposto por Gleason, que ajuda a descrever a aparência do tecido prostático canceroso através de análise anatomopatológica, tem como objetivo informar a provável taxa de crescimento tumoral e tendência da disseminação, além de contribuir na determinação do melhor tratamento para o paciente. Desta forma, a sobrevivência dos pacientes com câncer da próstata relaciona-se diretamente com este escore.

O mesmo ressalta que, para tanto, é utilizada uma escala que varia entre Grau 1 (lesões mais diferenciadas) e Grau 5 (lesões mais indiferenciadas), sendo:

- **Grau 1:**

Células uniformes e pequenas, formando glândulas regulares, com pouca variação de tamanho e forma, bordas bem definidas, densamente agrupadas, distribuídas homoganeamente;

- **Grau 2:**

Células que variam mais em tamanho e forma, glândulas ainda uniformes, mostram-se frouxamente agrupadas e com bordas irregulares;

- **Grau 3:**

Células que variam ainda mais em tamanho e forma, formando glândulas pequenas, anguladas ou alongadas, individualizadas e espalhadas pelo estroma. Podem formar também massas fusiformes ou papilíferas, com bordas lisas;

- **Grau 4:**

Quando muitas das células estão fusionadas em grandes massas amorfas ou formando glândulas irregulares, que são distribuídas anarquicamente, exibindo infiltração irregular e invadindo os tecidos adjacentes. As glândulas podem apresentar, ainda, células pálidas e grandes;

- **Grau 5:**

Considerado um tumor anaplásico, onde a maioria das células estão agrupadas em grandes massas que invadem os órgãos e tecidos vizinhos.

Para finalizar o escore total da classificação de Gleason, o patologista gradua de 1 a 5 as duas áreas mais frequentes do tumor e soma os resultados. Quanto mais baixo o escore de Gleason, melhor será o prognóstico do paciente; já escores mais altos, significam câncer de crescimento muito rápido (Ministério da Saúde, 2002, p.13).

2.4 - TRATAMENTO

O tratamento para o câncer de próstata varia de acordo com o estágio da doença, bem como idade e sintomas do paciente, podendo incluir radioterapia, prostatectomia, orquiectomia e terapia hormonal (SMELTZER, 2005, p.1585). Sendo que, ao se planejar o tratamento dos casos de câncer da próstata, deve-se levar em consideração a extensão da doença, o grau histológico do tumor e as condições gerais do paciente.

Quanto à escolha do tratamento mais adequado, SANTOS (2006, p.20) afirma que:

Os tratamentos para o câncer de próstata são definidos em função de dois aspectos: a perspectiva de vida do paciente, uma vez que se o estado de saúde geral for bom, recomendam-se tratamentos mais agressivos, porém mais eficientes, como a cirurgia ou radioterapia; caso a saúde esteja debilitada, recomendam-se tratamentos mais simples como o uso de hormônios. O segundo aspecto a se considerar ao definir o tratamento é a extensão da doença.

Segundo Srougi apud Santos (2006, p.20), o processo utilizado para fazer essa avaliação chama-se estagiamento, através do qual é possível verificar se a doença está restrita aos limites da próstata ou disseminada em outras partes do organismo.

Este autor diz, ainda, que de acordo com o estudo da doença são classificados os estágios por meio das letras T, N e M. A letra T reflete a extensão local do tumor, a letra N acusa o envolvimento dos gânglios linfáticos e a M refere-se à presença da doença em outros pontos do organismo.

2.5 - TIPOS DE TRATAMENTOS

Para definir o melhor tratamento do câncer de próstata, cabe ao médico avaliar criteriosamente os métodos disponíveis e suas consequências, sendo necessário individualizar cada caso.

Os fatores a serem analisados são a extensão da doença, o estado geral do paciente e sua perspectiva de sobrevivência, bem como o grau histológico do tumor.

2.5.1 - Radioterapia

“A radioterapia está indicada quando o câncer de próstata é detectado em seu estágio inicial” (BOUNDY, 2005, p.791).

Smeltzer (2005, p.1585), descreve que a radioterapia é um procedimento com fins curativos. O procedimento consiste na implantação intersticial de pérolas radioativas de iodo ou paládio (80 a 100), realizado sob efeito de anestesia e auxiliado por ultrassonografia.

O autor ainda comenta que após o procedimento o paciente retorna para a casa, devendo este evitar contatos íntimos com mulheres grávidas e lactentes por até

dois meses, e as orientações de segurança contra a radiação incluem fazer uso de preservativos por duas semanas, pois as pérolas podem atravessar a uretra. O mesmo salienta que os efeitos colaterais incluem inflamação do reto, intestino e bexiga, que por sua vez apresentará dor à micção e à ejaculação, até que a irritação diminua.

Em seus estudos, NEVIANE (2009, p.1,2) traz informações quanto à utilização deste tratamento, afirmando que:

A radioterapia convencional, entretanto, é frequentemente acompanhada por altos índices de toxicidades precoces e tardias. O avanço tecnológico da computação e máquinas de radioterapia permitiram o desenvolvimento de formas mais elaboradas de tratamento irradiante, como a braquiterapia. Essas novas técnicas possibilitaram, em relação à radioterapia convencional, a administração de doses de irradiação mais elevadas no tecido alvo e menores nos tecidos normais, reduzindo-lhes a toxicidade e melhorando a chance de controle tumoral.

2.5.2 - Prostatectomia

“O tratamento cirúrgico é indicado para pacientes que apresentam doença potencialmente curável, ou seja, em estágio inicial” (SMELTZER, 2005, p.1585).

Este autor cita que diversas condutas podem ser empregadas para a remoção da porção hipertrofiada da próstata, sendo que o procedimento escolhido pode variar de acordo com o distúrbio subjacente, idade, estado físico e preferência do paciente, sendo eles:

- **Ressecção Transuretral da Próstata:** É o procedimento mais comumente utilizado e pode ser realizado através de endoscopia com a introdução do instrumento cirúrgico e óptico diretamente na próstata através da uretra removendo a glândula em pequenas partes com uma alça de corte elétrico. Este procedimento não necessita de incisão cirúrgica, é indicado para pacientes que apresentam próstata pequena ou aqueles considerados como portadores de risco cirúrgico ruim, pode ser necessária a repetição do procedimento, pois o tecido pode voltar a crescer, raramente provoca disfunção erétil, mas pode provocar ejaculação retrógrada.
- **Prostatectomia Suprapúbica:** Método utilizado para remoção da glândula prostática através de uma incisão abdominal, podendo ser usado em uma glândula de qualquer tamanho e acarretam poucas complicações como as concomitantes de qualquer outro procedimento que envolva incisão cirúrgica.

- **Prostectomia Perineal:** Envolve a remoção da glândula prostática através de uma incisão cirúrgica no períneo, sendo esta uma conduta prática, facilitando uma biópsia aberta. No pós-operatório a ferida cirúrgica pode ser facilmente contaminada por estar próxima ao reto, os pacientes podem ainda apresentar incontinência urinária, impotência e lesão retal.
- **Prostectomia Retropúbica:** Consiste em uma incisão abdominal e aborda a próstata sem adentrar a bexiga. Este procedimento é adequado para grandes glândulas localizadas na parte alta da pelve, e podem trazer infecções no espaço retropúbico.
- **Incisão Transuretral da Próstata:** Procedimento realizado no tratamento da HBP (Hiperplasia Benigna da Próstata) com a introdução de um instrumento através da uretra por uma ou duas incisões feitas na próstata e na cápsula prostática para reduzir a pressão da próstata sobre a uretra e diminuir a constrição uretral, é indicada quando a glândula prostática é pequena, também apresenta uma menor taxa de complicações que outros procedimentos.
- **Prostectomia Radical Laparoscópica:** Este método foi recentemente desenvolvido na França e acredita-se que será amplamente utilizado no lugar da cirurgia mais extensa para pacientes com câncer de próstata localizado, pois a conduta laparoscópica propicia melhor visualização do sítio cirúrgico e áreas circunvizinhas. As vantagens apresentadas são as de que o paciente tem uma necessidade menor de ser transfundido, internação mais curta, menos dor no pós-operatório e retorno mais rápido a atividades normais em comparação à prostectomia radical aberta.

Quanto aos fatores determinantes para o sucesso pós-prostectomia radical, o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata do Ministério da Saúde (MS, 2002) afirma ser necessários “ausência de margens cirúrgicas comprometidas, ausência de infiltração das vesículas seminais, ausência de infiltração linfonodal e nível sérico de PSA indetectável após três meses da cirurgia.”

O mesmo autor ainda afirma que o tratamento cirúrgico possa apresentar algumas complicações como incontinência urinária, disfunção erétil, estenose de uretra ou colovesical e lesão de reto.

2.5.3 - Terapia Hormonal e Orquiectomia

A hormonioterapia é mais comumente utilizada para tratamento dos cânceres disseminados. Ela não cura o câncer e sim reduz seu tamanho. Existem duas opções:

remoção cirúrgica dos testículos (orquiectomia) e medicamentos que inibem a produção ou a ação da testosterona (androgênios).

Em relação ao uso de androgênios como terapia hormonal, ROBBINS (2005) afirma que:

Assim como a testosterona estimula o crescimento prostático, a remoção de ambos os testículos (orquiectomia) o inibe, pois impede a formação da testosterona. Entretanto, não foram descobertas alterações consistentes significativas nos níveis ou metabolismo da testosterona em muitos estudos. Parece mais provável, portanto, que o papel dos hormônios nesta malignidade seja essencialmente permissivo porque são necessários androgênios para a manutenção do epitélio prostático.

A terapia hormonal é utilizada como método controlador ao invés de curativo.

Quanto ao uso desta terapia, SMELTZER (2005, p.1585) considera que:

O câncer de próstata geralmente pode ser inibido pela administração de estrogênio na forma de dietilestilbestrol (DES). Esta terapia tem sido usada para a inibição das gonadotropinas responsáveis pela atividade androgênica testicular, impedindo que o hormônio androgênico promova o crescimento da malignidade.

Em complemento, o autor salienta “que existem ainda outras terapias hormonais que, ao contrário do estrogênio, não apresentam tantos efeitos colaterais cardiovasculares, ginecomastia e função sexual diminuída”.

Em relação à orquiectomia, Srougi apud Santos (2006, p.20) considera “ser um procedimento no qual a doença é combatida pela remoção de ambos os testículos, utilizado quando os tumores localizados na próstata avançam para outros órgãos.”

Sabe-se que a testosterona estimula a multiplicação das células, assim, com a remoção dos testículos a produção desse hormônio cai significativamente.

Com a realização da orquiectomia, ou ainda pela administração medicamentosa, é possível suprimir os estímulos androgênicos para a próstata, isto acontece porque os níveis plasmáticos de testosterona são diminuídos. Com a diminuição dos níveis plasmáticos de testosterona pela realização da orquiectomia, remove-se o estímulo testicular necessário para o crescimento contínuo da próstata, resultando em atrofia.

A orquiectomia não provoca efeitos colaterais, porém comporta um impacto emocional significativo.

ROBBINS (2000, p.867) faz a seguinte afirmação sobre o assunto:

Mesmo alguns pacientes cujo câncer de próstata já metastatizou para quase todos os ossos do corpo podem ser tratados com sucesso durante alguns meses a anos com a remoção dos testículos, terapia com estrogênios ou ambas; depois dessa terapia, as metástases costumam diminuir de tamanho, e observa-se cura parcial dos ossos.

Para o autor “esse tratamento não interrompe o câncer, porém o torna mais lento e, algumas vezes, diminui acentuadamente a intensa dor óssea.”

CAPÍTULO 3 - O HOMEM E O CÂNCER

A partir de 1990, o tema saúde do homem começou a se consolidar com um enfoque diferenciado, voltando-se para as particularidades envolvidas no processo saúde e doença articulando-as às noções de etnia, raça, cor, orientação sexual, classe, religião, entre outras (SANTOS, 2006, p.26).

Cada vez mais os estudiosos têm observado que o modo como os homens são socializados relaciona-se com o processo de adoecer e com a mortalidade.

Em relação aos homens, PEASE apud MAIA et al. (2008, p.2) afirma que:

É importante que o ser masculino entenda melhor o funcionamento do seu corpo, a anatomia, a fisiologia e as patologias que poderão acometê-lo, pois somente assim, terão consciência da necessidade de buscar medidas preventivas, de procurar especialistas e programas de saúde.

A literatura relata que a maneira pela qual o homem percebe sua sexualidade produz reflexos no campo da saúde, dificultando desse modo a promoção de medidas preventivas.

Em estudo realizado por GOMES et al. (2007, p.571) observa-se que:

O imaginário de ser homem pode aprisionar o masculino em amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de autocuidado, pois à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança; portanto, poderia aproximá-lo das representações do universo feminino, o que implicaria desconfianças acerca dessa masculinidade socialmente instituída.

Para VIEIRA (2010, p.2), no tocante à percepção masculina frente ao câncer, pode-se afirmar que:

O diagnóstico para câncer de próstata e o tratamento provocam profundas modificações na vida do homem. As alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento e/ou condições médicas, como o câncer de próstata, afetam a sexualidade masculina e o desempenho sexual, o corpo é sentido como estranho.

Entretanto, para Kusnetzoff apud Vieira (2010, p.2) “cada homem reage a esse processo de forma única, conforme sua personalidade.”

Este autor relata que o tratamento cirúrgico do câncer de próstata e a possibilidade de sequelas facilitam o surgimento de fantasias relacionadas à impotência, perdas e mortes. Além disso, considera-se presente o mito que associa a virilidade sexual à sexualidade, doenças da próstata à disfunção erétil.

Um exemplo clássico a fim de problematizar essa dificuldade na prevenção do câncer é a utilização do exame de toque retal.

Estudos demonstram que a recusa por parte da maioria dos homens quanto a sua realização não ocorre por falta de informações sobre a efetividade dessa medida preventiva, mas pelo fato de a mesma mexer com o imaginário masculino.

Damatta apud Gomes (2003, p.828), “observa que a parte da frente do homem o diferencia da mulher, enquanto a sua traseira a ela o iguala”.

Desta forma, o toque digital provoca no homem indagações quanto a sua masculinidade devido a essa prática envolver penetração. É visto como uma violação de sua parte “inferior”. Além do medo de sentir dor, ter ereção frente ao toque é outro medo que assombra os homens. No imaginário masculino, a ereção indica o prazer sexual e o homem não consegue associá-la apenas a uma reação fisiológica. Percebe-se que ao se tratar de exame dessa natureza, a adoção de condutas preventivas é fortemente bloqueada pelo preconceito.

Em confirmação a este fato, Lefort apud Maia et al. (2010, p.1), observa que no Brasil, de 60% a 70% dos casos de câncer de próstata são diagnosticados quando a doença já está disseminada, sendo que os primeiros sinais limitam-se à próstata.

Frente a essa questão, a comunicação efetiva entre o médico e o paciente torna-se um fator importante em relação ao tratamento proposto, além de permitir o esclarecimento de questões relativas ao funcionamento sexual.

“Mesmo não estando a próstata ligada à vida erótica, os homens refletem erroneamente o seu desempenho sexual na saúde deste órgão, o que torna as

intervenção clínicas ou cirúrgicas ameaçadoras” (KUSNETZOFF apud VIEIRA, 2010, p.3).

A afirmação anterior feita por Lefort revela que realmente os homens pouco procuram os serviços de saúde, e que só o fazem quando a doença se agravou.

Segundo VIEIRA, Luiza et al. (2008, p.146) “há alguns anos, o sistema público de saúde tem disponibilizado à população a realização do exame de prevenção do câncer de próstata.” Porém esta autora afirma que a demanda ainda é insignificante, possivelmente pelo fato do homem não ter hábito de buscar o serviço de saúde, nem mesmo mediante a queixas.

Deste modo, torna-se um desafio necessário incluir o homem como foco da saúde pública, visto que os modelos hegemônicos de masculinidade, o colocam em situações de risco para sua saúde, além de comprometer, em parte, a efetivação das medidas recomendadas.

Além disso, evidencia-se a necessidade de que questões ligadas à saúde do homem e a seu imaginário precisam ser devidamente abordadas por meio de mais estudos, a fim de que possamos produzir conhecimentos que instrumentalizem as práticas educativas em saúde.

CAPÍTULO 4 - TIPOS DE PREVENÇÃO

Para Cestari e Zago (2005, p.219), a palavra prevenção tem origem no latim “praeventionem” que se traduz pelo ato de premeditar, dispor-se previamente. Segundo esta autora, a prevenção na área da saúde é composta por ações de caráter primário e secundário.

CESTARI e ZAGO (2005, p.220), classificam a prevenção como sendo:

Primária:

Período anterior à doença, incluindo medidas inespecíficas de proteção de indivíduos contra riscos e danos. Refere-se a toda e qualquer ação voltada para redução da exposição da população a fatores de risco da doença, tendo como objetivo reduzir a sua ocorrência, por meio da promoção da saúde e proteção específica.

Secundária:

É o rastreamento (screening) do câncer. Ou seja, uma avaliação de indivíduos assintomáticos, para classificá-los como candidatos a exames mais refinados de avaliação, com o objetivo de descobrir um câncer oculto ou afecção pré-maligna que pode ser curada com tratamento.

Em complemento a esta definição, para Tucunduva et al. (2004, p.257) a prevenção primária do câncer consiste na diminuição da exposição aos agentes causais ou fatores de risco como fumo, sedentarismo, dieta inadequada, etc. Já a prevenção secundária do câncer exige procedimentos junto à população permitindo o diagnóstico precoce ou detecção das lesões pré-cancerosas, cujo tratamento pode levar à cura ou ainda, à melhora da sobrevida dos indivíduos.

De acordo com Gomes et al. (2008, p.236), as ações preventivas podem ser definidas como intervenções orientadas afim de evitar o surgimento de doenças específicas, incluindo sua incidência e prevalência nas populações. Ou seja, com uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural, torna-se provável

impedir o progresso posterior da doença. Assim, falar de prevenção é também falar dos fatores causais ou pré-disponentes.

Cestari e Zago (2005, p.220) observam “que apesar de sermos incapazes de mudar nossa predisposição genética, podemos ter a possibilidade de intervenção para prevenir exposições e os fatores causais do câncer.”

Entretanto, o câncer de próstata é uma doença com causas pouco conhecidas.

Sabe-se, atualmente, que os principais fatores de risco para o câncer de próstata são idade avançada, etnia e predisposição familiar, sendo que o envelhecimento é considerado o fator de risco mais significativo.

Segundo o INCA (2002) no que se refere à prevenção do câncer, “sua história natural ainda não está estabelecida. Não há evidências ou conhecimentos suficientes que permitam estabelecer estratégias para sua prevenção.”

De acordo com Vieira (2010, p.176), “a prevenção do câncer da próstata não pode ser feita de forma eficiente, porque ainda não são conhecidos os fatores que modificam a maquinaria celular, tornando-a maligna.”

Deste modo, exige outro tipo de ação preventiva visando fazer um diagnóstico precoce: a ação secundária.

As medidas preventivas como exame físico, realização de PSA e toque retal têm como objetivo detectar o câncer prostático em sua fase inicial, onde ocorrem altos índices de cura. Assim, é essencial a periodicidade da realização dos exames.

Para que o câncer de próstata seja diagnosticado, indica-se que sejam realizadas avaliações anuais a partir dos 50 anos de idade, para aqueles sem histórico desta doença na família, e após os 40 anos, para os que têm história familiar. As avaliações incluem o exame de toque, as dosagens do antígeno prostático específico (PSA) no sangue e, quando necessário, o estudo da ultrassonografia transretal (SROUGI apud SANTOS, 2006, p.18).

Vê-se que a prevenção do câncer é uma prática possível; no entanto, para que seja aplicada de forma efetiva, faz-se necessário o engajamento político, a sensibilização dos profissionais de saúde e, principalmente, a motivação dos pacientes.

4.1- DETECÇÃO PRECOCE E ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER

“O estudo do câncer de próstata reveste-se de grande relevância, em função da sua elevada incidência clínica e das altas taxas de cura desses pacientes quando a doença é detectada em fases iniciais” (SROUGI et al., 2008, p.170).

Vieira et al. (2008) ressalta que mesmo tendo testes de detecção precoce disponíveis nos serviços de saúde, 25% dos homens que têm a doença já apresentaram metástase na hora do diagnóstico.

A detecção precoce de um câncer é composta por ações que visam o diagnóstico precoce em indivíduos sintomáticos, e por ações de rastreamento, que é a aplicação de exames para a detecção da doença em indivíduos assintomáticos (INCA, 2010).

Para Gomes, “a detecção precoce e o tratamento do câncer de próstata devem considerar os aspectos emocionais envolvidos, visto que muitos homens adiam e/ou recusam-se a participar de programas preventivos” (GOMES apud VIEIRA, 2010, p.3).

Para este autor, há muita falta de informação; entretanto, são fantasias conflitivas associadas aos exames clínicos e a glândula prostática que sustentam resistências ao tratamento médico. Ainda afirma que o exame clínico e o toque retal parecem incrementar tais fantasias e afastar muitos homens da detecção precoce e tratamento do câncer de próstata.

Para alguns autores, o retardo no diagnóstico do câncer de próstata prende-se a diversos fatores como o preconceito, a falta de exames sensíveis a fim de detectar o

tumor em fase microscópica e principalmente pela falta de informação da população leiga que mantém uma crença negativa e ultrapassada sobre o câncer.

Frente a esta problemática, com a realização de ações contínuas na conscientização da população, na promoção da saúde e detecção precoce do câncer, procura-se ampliar o acesso dos homens aos serviços de saúde (RIBEIRO, 2006).

Concordando com o autor descrito acima, Braz (2005, p.98) complementa que este tema relacionado a saúde masculina vem sendo pouco abordado e discutido.

No tocante a este assunto, Gutierrez et al. apud Carvalho (2005), afirmam que:

A enfermagem tem relevante papel neste quadro. Contudo um dos pontos críticos identificados por Gutierrez et al. diz respeito a carência na formação de recursos humanos em oncologia na área de enfermagem quer para o ensino como para a assistência.

Estes autores ainda ressaltam o relevante papel que o INCA/MS e outras instituições têm desempenhado para reverter a carência de formação de recursos humanos na área da saúde como a de adoção de medidas preventivas e de detecção precoce na área de oncologia.

Para Carvalho (2005, p.298) “os enfermeiros são profissionais chave no processo de prevenção e detecção do câncer”, tendo relevante papel neste quadro. Desta forma a conscientização da população sobre o câncer e o estímulo às mudanças de comportamento é de fundamental importância para a sua prevenção e neste processo o papel educativo dos profissionais de saúde merece destaque.

Dentro deste papel educativo na prevenção, MOTA (2010) traz que:

A lei n. 7.498/86 assegura as ações do enfermeiro para a prevenção e controle do câncer, assim a educação em saúde se faz fundamental na assistência, pois faz o indivíduo assumir responsabilidades pela manutenção de sua saúde.

O enfermeiro tem como função garantir a todo homem acesso a exames preventivos de diagnóstico na atenção básica, e tratamento nos serviços especializados. Desta forma é necessário uma atuação voltada para a promoção da

saúde do homem, através de trabalhos, focando orientações sobre tabus e o medo da realização do exame.

Quanto ao papel do enfermeiro na atualidade, FRIGATO e HOGA (2003, p.213) afirmam que:

O papel deste profissional não se restringe à ajuda à família na convivência com a morte, que pode ocorrer de forma rápida e previsível. Cabe ao enfermeiro indicar e fornecer orientações relativas às medidas preventivas, identificar precocemente os efeitos colaterais do tratamento a fim de minimizá-los, orientar e acompanhar o paciente e sua respectiva família e manter em mente que as ações de enfermagem devem ser individualizadas, considerando-se suas características pessoais e sociais.

Para complementação da idéia, os autores relatam que, além dessas, o profissional desenvolve também ações educativas, ações integradas com outros profissionais, apoia medidas legislativas e identifica fatores de risco ocupacional, na prática da assistência ao paciente oncológico e sua família.

Segundo MOTA (2010), os profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro, devem estar capacitados para prestar assistência e orientações adequadas sobre a prevenção do câncer.

Assim ressalta-se a importância da colaboração dos profissionais da área da saúde na elaboração de palestras e campanhas, conscientizando sobre os cuidados, prevenção e consequências do câncer de próstata, quando não diagnosticado precocemente.

Deste modo, para Silveira e Zago (2006, p.615) devido à importante atuação do enfermeiro no contexto do câncer, a pesquisa em enfermagem oncológica faz-se essencial para gerar a base de conhecimento que fundamenta a prática clínica, além de poder identificar o impacto do câncer e do tratamento na vida de pacientes e familiares.

Muitas foram às referências médicas encontradas voltadas ao tratamento do câncer prostático, porém apenas Miranda (2004), um autor médico, foca a importância da prevenção do câncer em seus estudos.

Diante deste fato e das atribuições da enfermagem, este trabalho traz grandes contribuições no que diz respeito à prevenção do câncer, pois estes profissionais, possuem conhecimento científico para desenvolver programas de prevenção e esclarecimento deste tipo de patologia, portanto, torna-se necessário que num futuro próximo o enfermeiro esteja realizando este papel e colaborando para a diminuição deste tipo de câncer.

CAPÍTULO 5 - METODOLOGIA

5.1 - LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde do Jardim Paraná no município de Assis, onde foram entrevistados 50 voluntários frequentadores da mesma.

5.2 - ESTUDO

O estudo possui caráter quali-quantitativo, pois é constituído de uma amostra convencional e realizado através da aplicação de um formulário preservando o anonimato dos entrevistados, contendo 17 questões alternativas, sendo que algumas destas permitem aos mesmos expressarem suas opiniões, o que também caracteriza o estudo como descritivo.

5.3 - AMOSTRA

A amostra foi composta por 50 homens com idade a partir dos 40 anos, que freqüentam a unidade de saúde para consultas de Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM), independente de raça, cor ou estado civil, que estavam em condições físicas e emocionais adequadas para responderem ao questionário e que aceitaram participar desta pesquisa após ser lido e devidamente assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos mesmos. A idade foi considerada um critério de inclusão, em decorrência de ser limítrofe para a realização anual da prevenção do câncer da próstata, conforme o Ministério da Saúde.

O critério desta seleção Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para a pesquisa, foi escolhido devido a baixa adesão do público masculino em procurar o serviço, assim associando a ida para a consulta de rotina de HA e DM com a realização da entrevista desta pesquisa.

5.4 - CRITÉRIOS PARA A INCLUSÃO DO ESTUDO

Homens com a faixa etária a partir dos 40 anos;

Homens cadastrados na UBS do Jardim Paraná;

Homens que estavam na unidade para a consulta de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial;

Homens que aderiram a proposta do estudo.

5.5 - CRITÉRIOS PARA A EXCLUSÃO DO ESTUDO

Foram excluídos todos os homens que não atenderam aos requisitos de inclusão para o estudo.

5.6 - ROTEIRO DE COLETA E DADOS

As questões utilizadas para compor o questionário abordaram sobre a faixa etária dos participantes, assim como o grau de escolaridade, o conhecimento destes sobre o câncer de próstata, presença de algum sinal ou sintoma do câncer de próstata, avaliação sobre o conhecimento de exames específicos para o diagnóstico do câncer de próstata assim como realização destes pelos participantes, avaliação dos motivos

pelos quais alguns dos entrevistados ainda não realizaram exames preventivos, avaliação da procura dos entrevistados por especialistas, avaliação para saber se algum familiar dos entrevistados teve ou tem câncer de próstata e grau de parentesco dos mesmos e avaliação das dificuldades encontradas pelos participantes em relação ao acesso aos serviços de saúde.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital Regional de Assis, recebendo parecer favorável de número 415/2010, em acordo com as diretrizes da Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

O estudo foi realizado nos dias 13, 14, 15, 20 e 22 de julho de 2010, tendo início as 08:00hs, sendo finalizado as 12:00hs durante todos os dias da pesquisa.

5.7- ANÁLISE

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel. Os resultados serão demonstrados através de representação gráfica, e serão analisados de forma comparativa com outros estudos para maior contribuição científica, comparando assim, a realidade deste trabalho com outras realidades existentes.

5.8 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos nesta pesquisa são constituídos por uma amostra de 50 voluntários entrevistados cadastrados na UBS do Jardim Paraná – Assis SP.

Os gráficos abaixo representam estes resultados, caracterizando o perfil dos indivíduos entrevistados, quanto à faixa etária e conhecimento dos mesmos em relação ao câncer de próstata.

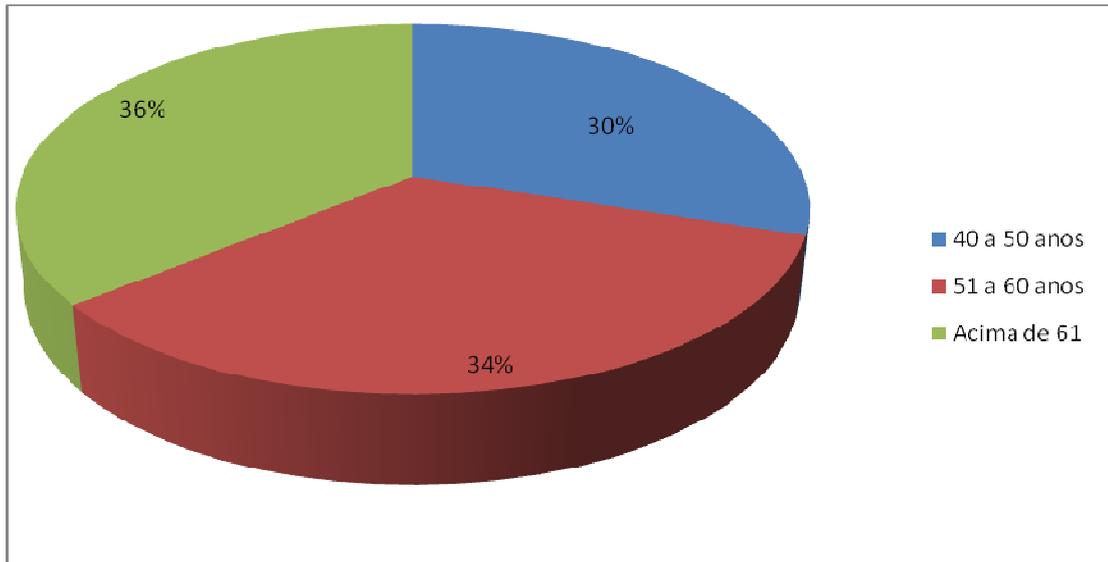


Figura 6 - Avaliação da idade dos entrevistados participantes da pesquisa, expresso em porcentagem.

A pesquisa mostra que 36% dos entrevistados possuem uma faixa etária acima dos 61 anos, mostrou ainda que 34% tem a idade entre 51 e 60 anos, e 30% dos entrevistados estão na faixa etária dos 40 a 50 anos.

Este dado demonstra que a diferença entre as faixas etárias não foi significativa, e acredita-se que este fato seja porque o público entrevistado tenha sido o grupo hipertenso/diabético atendido pela unidade de saúde, sendo que este grupo abrange pessoas de uma homogeneidade de idade.

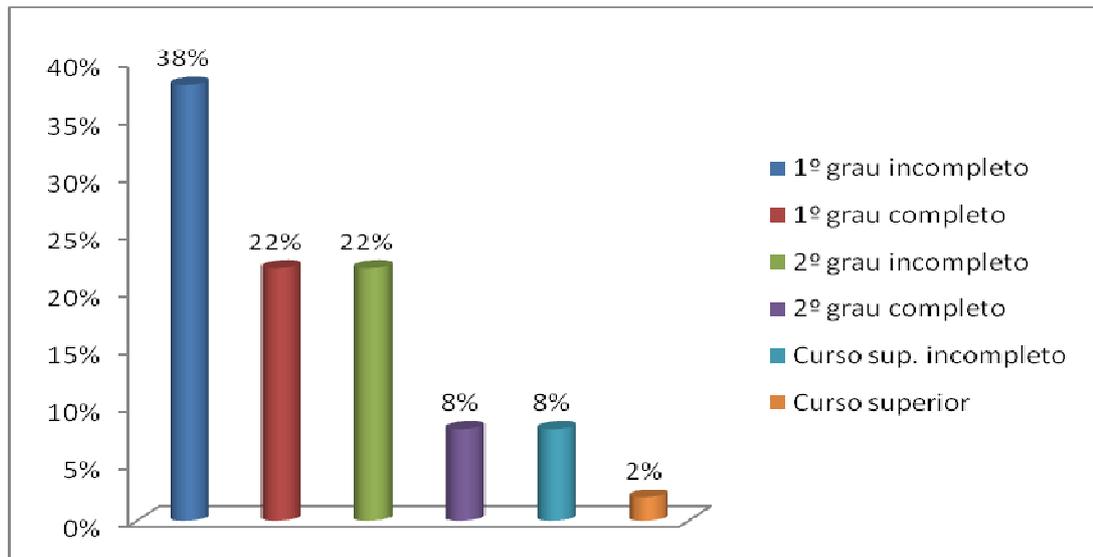


Figura 7 - Avaliação do grau de escolaridade dos entrevistados participantes da pesquisa, expresso em porcentagem.

Dividindo-se os entrevistados em grupos de acordo com a alfabetização, nota-se que 38% dos entrevistados possuem baixa escolaridade, uma vez que estes possuem o primeiro grau incompleto. Portanto no que se refere ao grau de escolaridade, é possível observar que estes homens em geral, apresentam baixa escolaridade, e em sua maioria revelam algum grau de instrução como mostra a figura acima.

A falta de informação sobre a prevenção e o tratamento do câncer de próstata pode estar relacionada a baixos níveis de escolaridade, concluindo que a desinformação atinge com mais frequência a população masculina com menor nível de escolaridade (Lucumi Cuesta e Cabrera Arana apud Gomes, Romeu et. al., 2008).

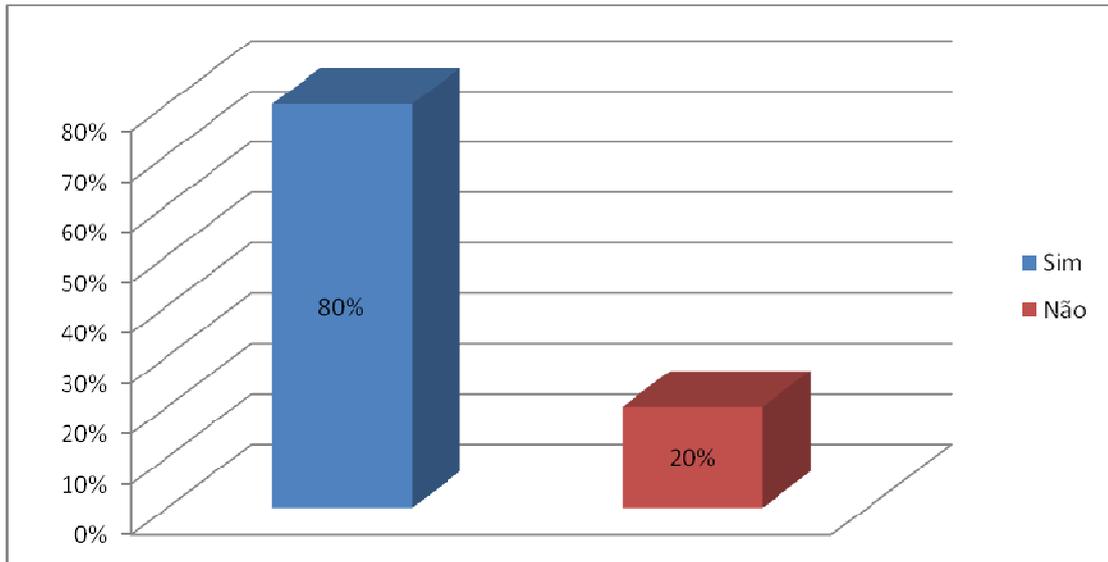


Figura 8 - Avaliação do conhecimento dos entrevistados participantes da pesquisa sobre o câncer de próstata, expresso em porcentagem.

Como podemos observar, a pesquisa mostra que 80% dos entrevistados possuem algum conhecimento sobre o câncer de próstata, sendo que apenas 20% não possuem. É importante considerar que a pesquisa não aprofundou com os entrevistados qual o grau de entendimento que estes possuem sobre a patologia neste momento da pesquisa.

Para Miranda (2004), o conhecimento da patologia e o acesso aos serviços preventivos e de diagnósticos são considerados pontos-chaves na prática preventiva.

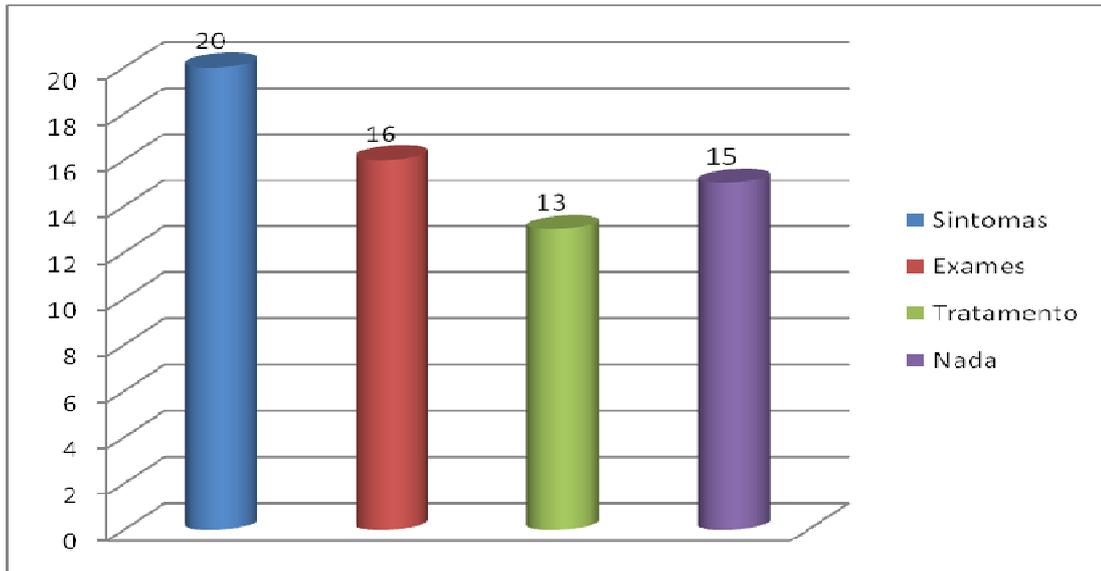


Figura 9 - Avaliação do tipo de informação sobre o câncer de próstata conhecida pelos entrevistados, expresso em escala numérica.

Em relação ao tipo de informação conhecida sobre o câncer de próstata, a pesquisa aponta 20 afirmativas para o conhecimento dos sintomas da doença; 16 para o conhecimento dos exames e 13 para o conhecimento do tratamento, num total de 49 afirmativas. É válido ressaltar que os entrevistados tinham a opção de responder mais de uma das alternativas. Destaca-se então que 15 dos entrevistados afirmaram não ter conhecimento de nenhuma dessas informações sobre o câncer de próstata.

Apesar desta pesquisa não investigar a fundo qual o grau de conhecimento dos entrevistados quanto aos sintomas, exames, e tratamento, ela demonstra uma significancia nos resultados encontrados, pois demonstra que um total de 15 participantes não sabem quais os sintomas relacionados ao câncer de próstata, o que é de considerável importância para o auxílio no diagnóstico precoce.

Para Miranda (2004), conhecendo-se a evolução do câncer de próstata, os métodos diagnósticos precoces e dispondo-se de condições de acesso aos serviços médicos-laboratoriais, o câncer pode ser detectado numa fase inicial. Com isto, apresenta melhor prognóstico, levando ao início precoce do tratamento e trazendo o menor prejuízo possível.

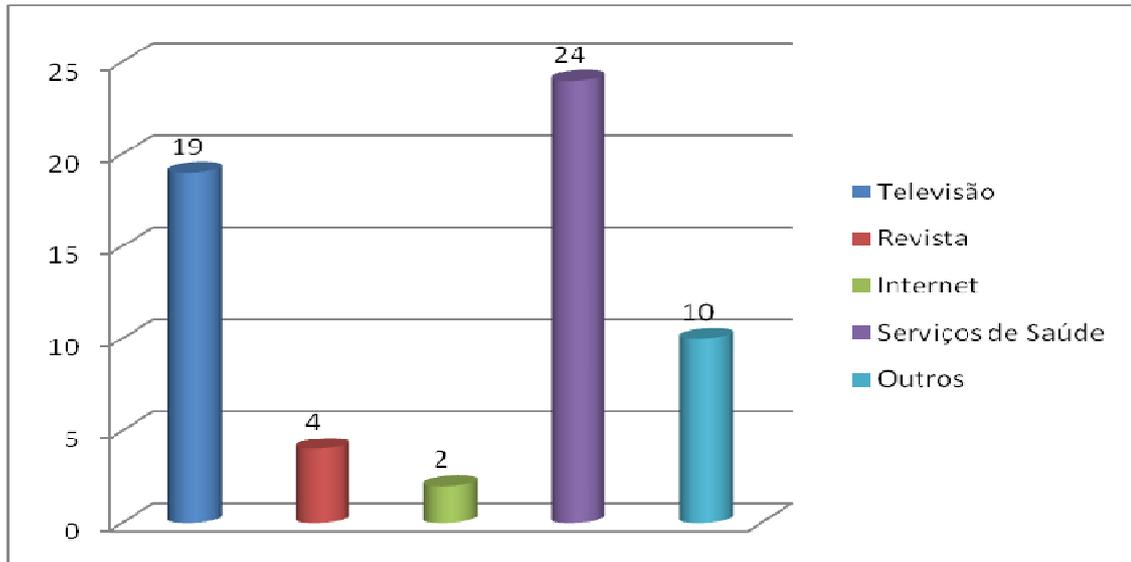


Figura 10 - Avaliação dos meios utilizados para obtenção de conhecimento sobre o câncer de próstata pelos entrevistados participantes da pesquisa, expresso em escala numérica.

Em relação aos meios utilizados para obtenção de conhecimento sobre o câncer de próstata, a pesquisa aponta 19 afirmativas para o conhecimento adquirido através da televisão; 10 afirmativas por outros meios como por exemplo o “boca-a-boca”; 4 afirmativas para revistas; 2 afirmativas para internet, e aponta ainda os serviços de saúde como sendo o meio que mais prevaleceu para a obtenção de conhecimento sobre o câncer de próstata, totalizando 24 afirmativas. Neste momento da pesquisa os entrevistados podiam responder mais de uma alternativa.

Segundo o Ministério da Saúde (2009), em geral os homens têm medo de descobrir que estão doentes e acham que nunca vão adoecer, por isso não se cuidam. Não procuram os serviços de saúde.

Porém esta afirmação corrobora os resultados encontrados nesta pesquisa, onde prevalece uma efetivação dos serviços de saúde sendo este, o meio mais utilizado para obter conhecimento sobre a doença.

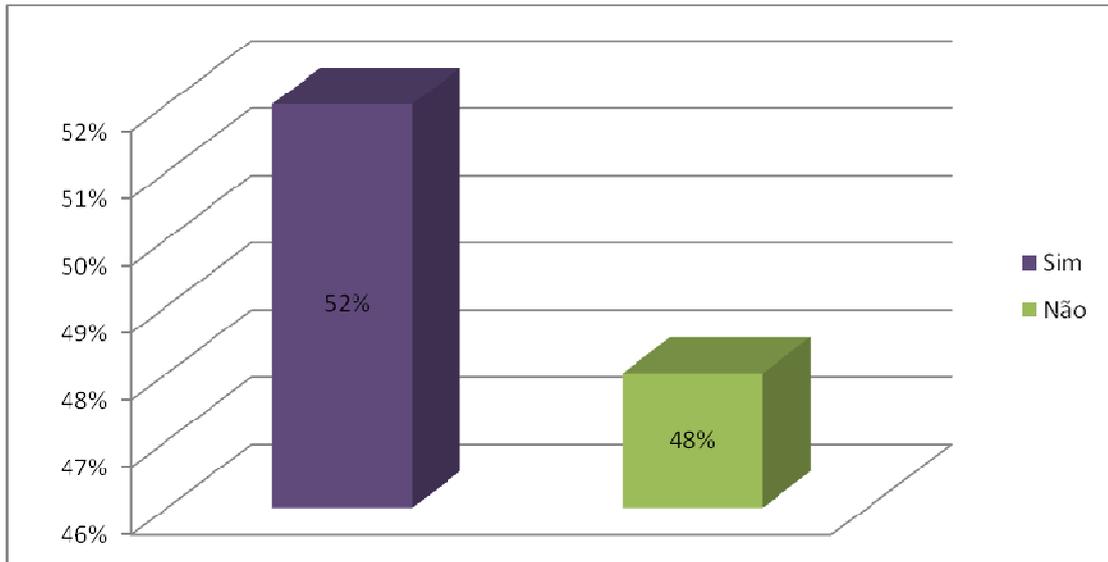


Figura 11 - Avaliação sobre o conhecimento dos sinais e sintomas do câncer de próstata pelos entrevistados participantes da pesquisa, expresso em porcentagem.

Quanto ao conhecimento dos sinais e sintomas da doença, 52% dos entrevistados afirmam conhecê-los e 48% afirmam não conhecê-los.

Este resultado aponta a necessidade contínua da realização de ações educativas sobre o câncer de próstata, incluindo uma maior divulgação dos sinais e sintomas do mesmo, para que se possa buscar atendimento e exames de detecção precoce, pois o conhecimento sobre a doença parece ser fator decisivo na adoção às práticas preventivas. Com isso, espera-se que o conhecimento adequado seja uma das características que favoreça mudanças positivas de comportamento masculino.

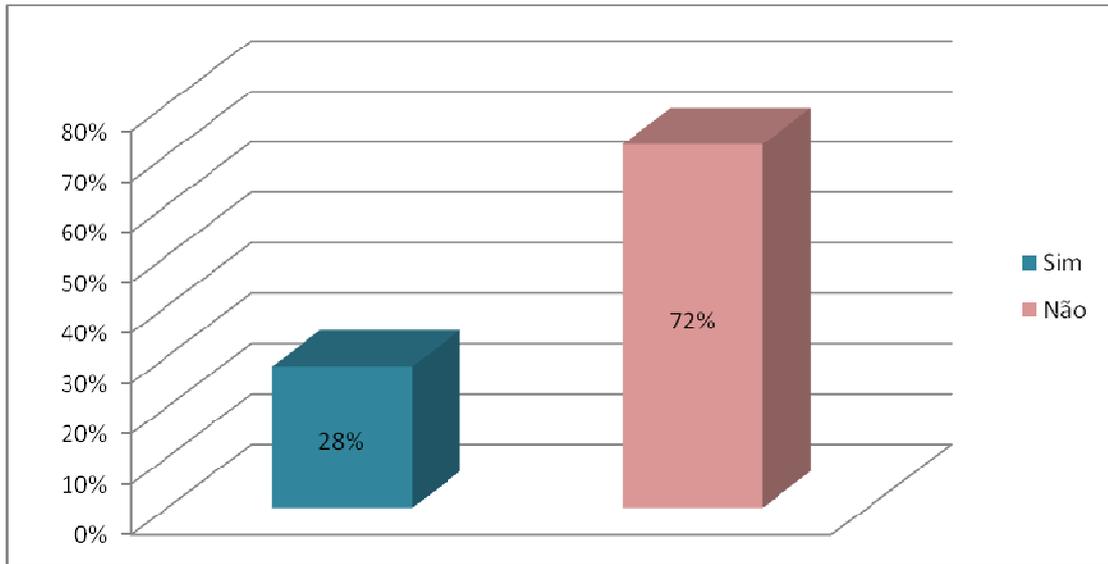


Figura 12 - Avaliação da presença de algum dos sinais e sintomas do câncer de próstata pelos entrevistados participantes da pesquisa, expresso em porcentagem.

Quanto a presença de algum dos sinais e sintomas da doença, a pesquisa nos mostra que 28% dos entrevistados já apresentaram um ou mais dos sinais e sintomas da doença, e que 72% dos entrevistados nunca apresentaram.

De acordo com INCA (2010), a presença de um ou mais destes sintomas não significa a presença do câncer de próstata, pois várias doenças estão associadas aos mesmos sintomas. Portanto, o mesmo ressalta a importância da visita ao médico para esclarecimento diagnóstico, afirmando que esta é a melhor forma para se chegar ao diagnóstico precoce do câncer de próstata.

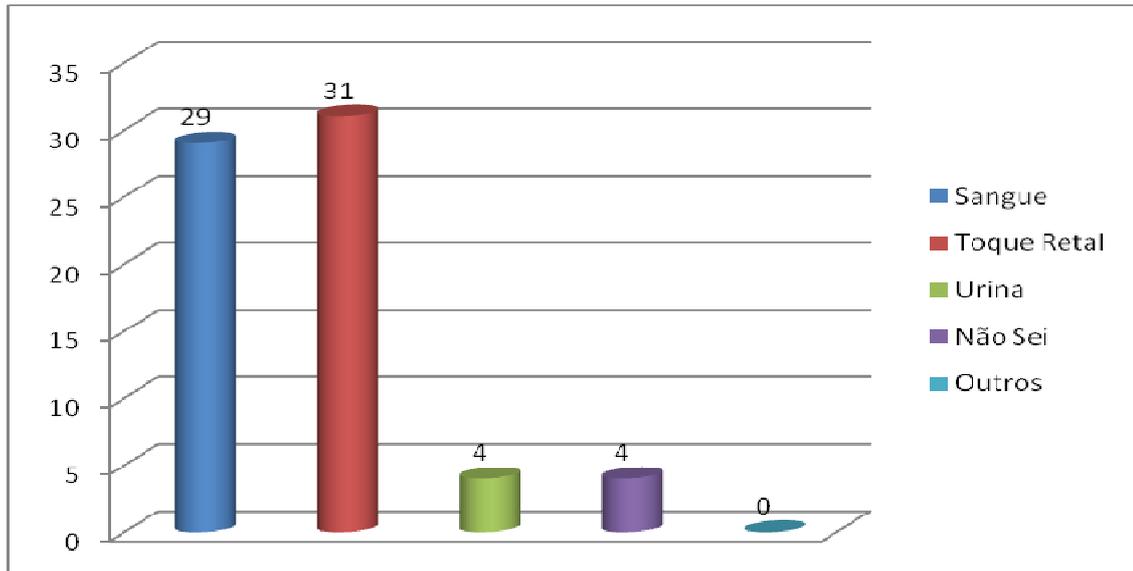


Figura 13 - Avaliação do conhecimento dos exames específicos para o diagnóstico do câncer de próstata pelos entrevistados participantes da pesquisa, expresso em escala numérica.

De acordo com o gráfico, em relação ao conhecimento dos exames específicos para o diagnóstico do câncer de próstata, a pesquisa aponta 29 afirmativas para o exame de sangue como sendo um dos exames específicos para o câncer de próstata; 31 para o toque retal; 4 para a urina, sendo que 4 dos entrevistados dizem não saber quais os exames específicos para o diagnóstico precoce do câncer de próstata. Neste momento da pesquisa os entrevistados podiam optar por mais de uma resposta, totalizando assim 64 afirmativas para o conhecimento dos exames específicos.

Uma ferramenta importante na detecção precoce do cancer de próstata é a realização do PSA, uma vez que com o surgimento do câncer, os níveis de PSA sanguíneo costumam subir de imediato. Este aumento ocorre mesmo antes da presença de sintomas urinários ou que o médico palpe o tumor pelo toque. No entanto, falta especificidade ao PSA, visto que 25% dos homens com câncer de próstata apresentam valores de PSA dentro da faixa de normalidade. Daí a importância do exame: permite detectar a presença de tumores nas fases iniciais, quando podem ser curados com facilidade. Por isso o toque retal é imprescindível: pois permite a detecção

de tumores em homens com PSA normal (RIBEIRO, Andréa Mara apud VARELLA, 2006).

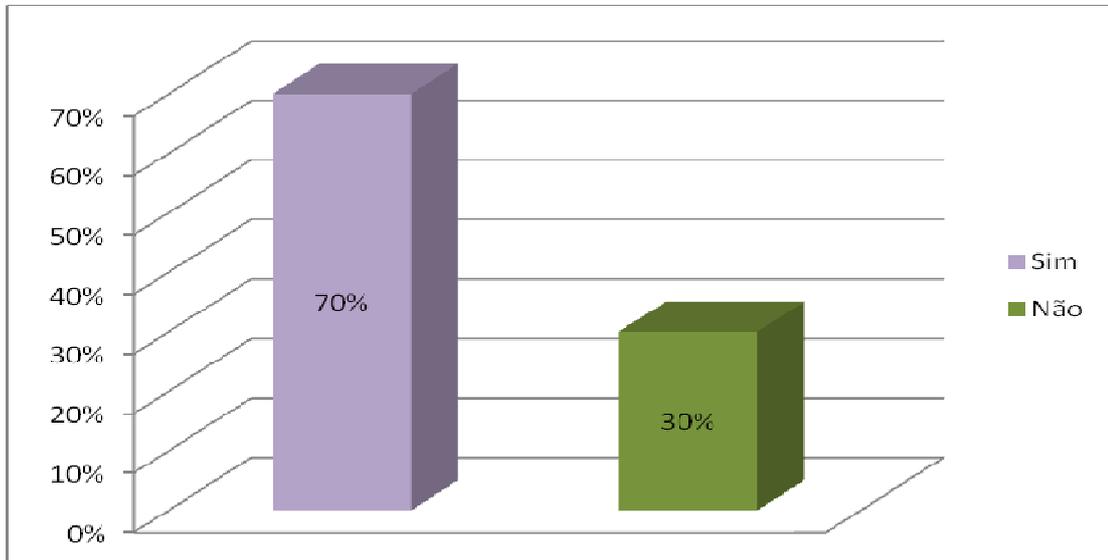


Figura 14 - Avaliação se algum dos entrevistados participantes da pesquisa já realizou algum tipo de exame preventivo para câncer de próstata, expresso em porcentagem.

De acordo com a pesquisa, do total de entrevistados, 70% afirmam ter realizado algum exame preventivo, sendo que apenas 30% ainda não o fizeram.

Este dado da pesquisa mostra que em comparação aos dados fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), publicados no site do Ministério da Saúde (MS) no ano de 2010, existe um crescimento importante no que diz respeito ao aumento da quantidade de exames de próstata realizados, indicando assim maior participação masculina na prevenção do câncer de próstata.

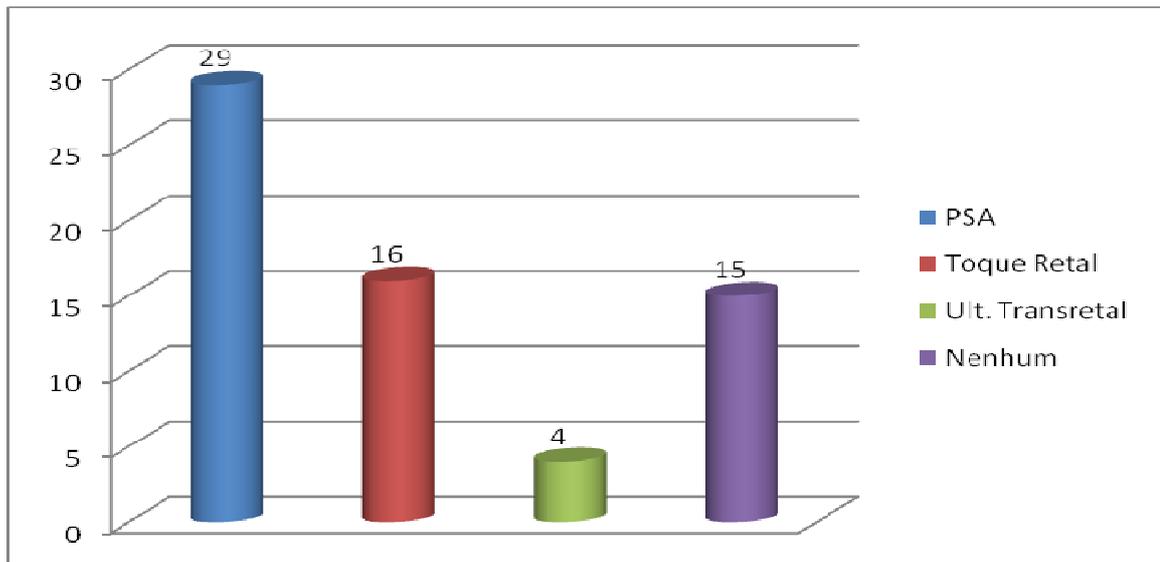


Figura 15 - Avaliação sobre a incidência dos tipos de exames preventivos realizados pelos entrevistados para o câncer de próstata, expresso em escala numérica.

A pesquisa realizada aponta 29 realizações de exame sanguíneo (PSA); 16 realizações de toque retal; 4 de ultrassonografia transretal, e aponta que 15 dos entrevistados ainda não realizaram nenhum desses exames.

Estes dados referentes a realização de exames preventivos para o câncer de próstata, apontam uma maioridade na realização do PSA, lembrando ainda que estes exames não foram realizados concomitantemente e que segundo a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU, 2010), estes exames são complementares e um não substitui o outro, enfatizando ainda a importância da realização de exames periódicos de PSA e toque retal para o diagnóstico precoce do câncer de próstata, pois a maioria dos tumores iniciais são assintomáticos.

É importante ressaltar que os entrevistados podiam responder mais de uma alternativa neste momento da pesquisa, pois a intenção foi investigar a incidência da realização de cada um destes exames.

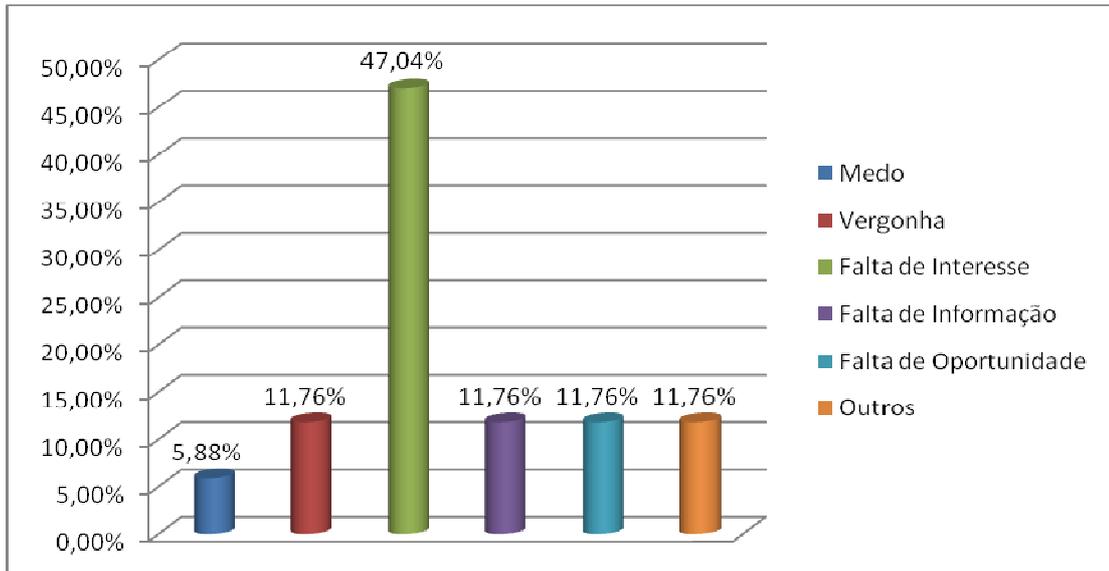


Figura 16 - Avaliação dos motivos pelos quais alguns dos entrevistados participantes da pesquisa ainda não realizaram os exames preventivos, expresso em escala numérica.

De acordo com o gráfico, entre os 15 participantes que ainda não realizaram nenhum exame preventivo para o câncer de próstata, os motivos encontrados foram: a falta de interesse com 47,04% de incidência, seguidos de 11,76% a falta de informação, falta de oportunidade, vergonha e outros, e com apenas 5,88% de incidência para o medo.

Se faz necessário esclarecer que neste momento da pesquisa os entrevistados podiam optar por mais de uma resposta, o que totalizou em 17 respostas afirmativas quanto aos motivos da não realização dos exames.

Este resultado evidencia que vários fatores interferem na adesão ao exame preventivo. Mesmo sabendo que este é um assunto de elevada importância, os homens ainda se mostram resistentes a sua realização. De acordo com o Ministério da Saúde (2009), dentre as ações elencadas para a resistência às ações de saúde, destaca-se as variáveis culturais e a necessidade de compreensão daquilo que constitui o gênero masculino nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômico.

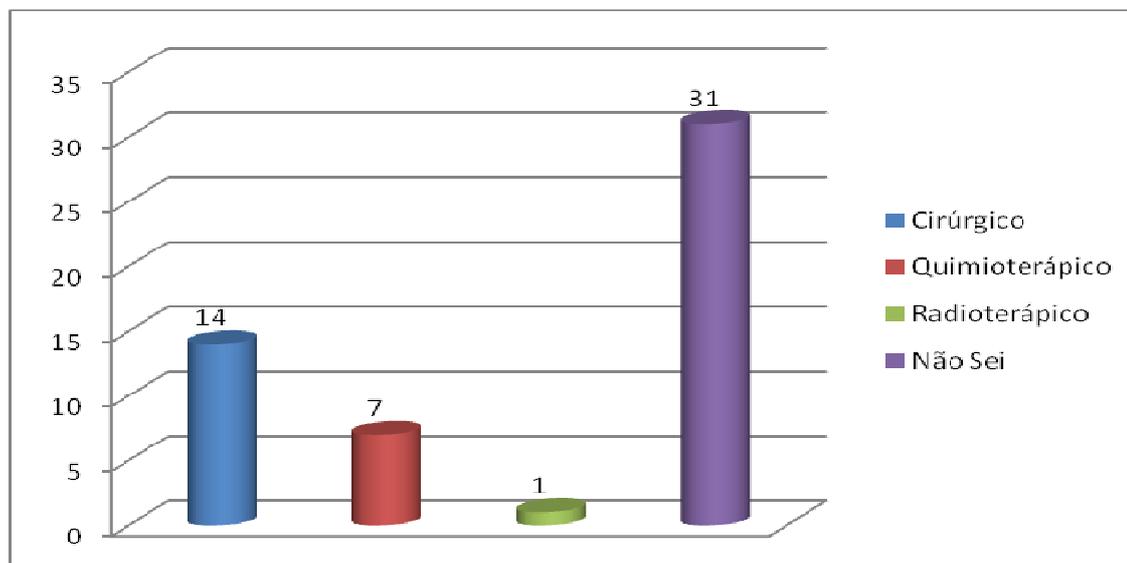


Figura 17 - Avaliação do conhecimento dos entrevistados sobre os tipos de tratamento para o câncer de próstata, expresso em escala numérica.

Esta questão permitiu aos entrevistados responderem mais de uma alternativa. Desta forma, é possível observar que 31 dos participantes entrevistados referem não saber quais são os tipos de tratamento. Dentre os 19 participantes que conhecem os tratamentos, a cirurgia é o tipo mais conhecido com 14 afirmativas, seguida da quimioterapia com 7 afirmativas e radioterapia com apenas uma afirmativa. No gráfico observou-se que a maioria dos entrevistados não sabem/não conhecem nenhum tratamento para o câncer de próstata.

No tocante aos tratamentos, acredita-se que com o conhecimento sobre os mesmos, estes homens passem a se sensibilizar na busca pelo diagnóstico precoce do câncer de próstata, aderindo assim a realização dos exames preventivos.

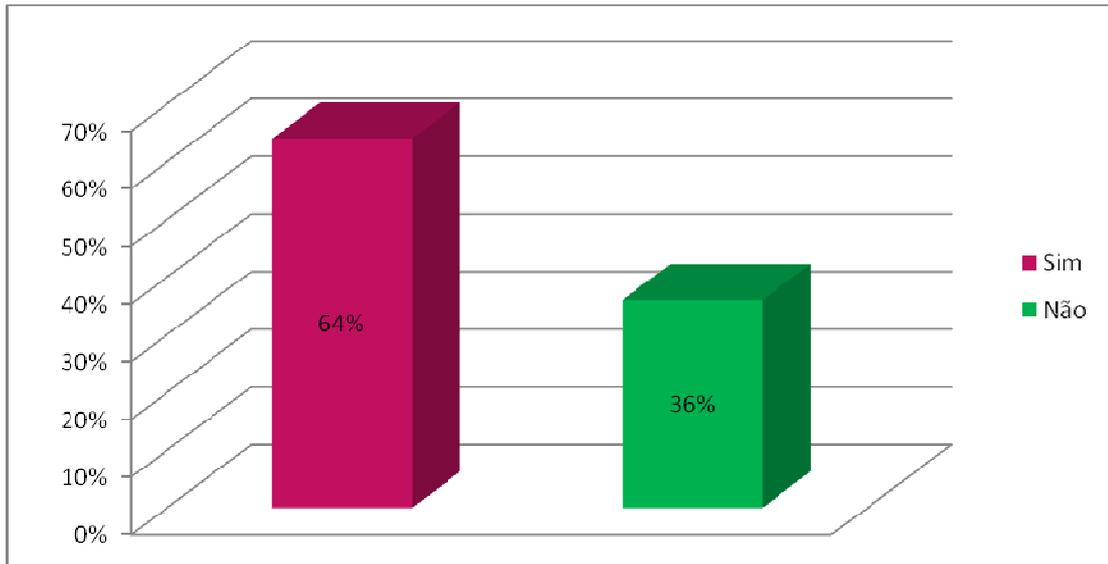


Figura 18 - Avaliação da procura por especialista por parte dos entrevistados que participaram da pesquisa, expresso em porcentagem.

O gráfico mostra que 32 dos entrevistados, ou seja, a maioria, já passaram pelo especialista, e que apenas 18 ainda não procuraram por um especialista.

Todo homem a partir dos 40 anos de idade, deve marcar uma consulta com um médico urologista, pois é por volta dessa idade que começam a aparecer os sintomas relacionados aos problemas de saúde masculinos. É de grande importância que o homem seja adequadamente informado sobre as doenças que podem afetá-lo com o avançar da idade, ou seja, apesar dos preconceitos de conteúdo cultural, o urologista deve ser procurado sempre que houver qualquer tipo de dúvida relacionada à saúde do homem. (Sociedade Brasileira de Urologia, 2010).

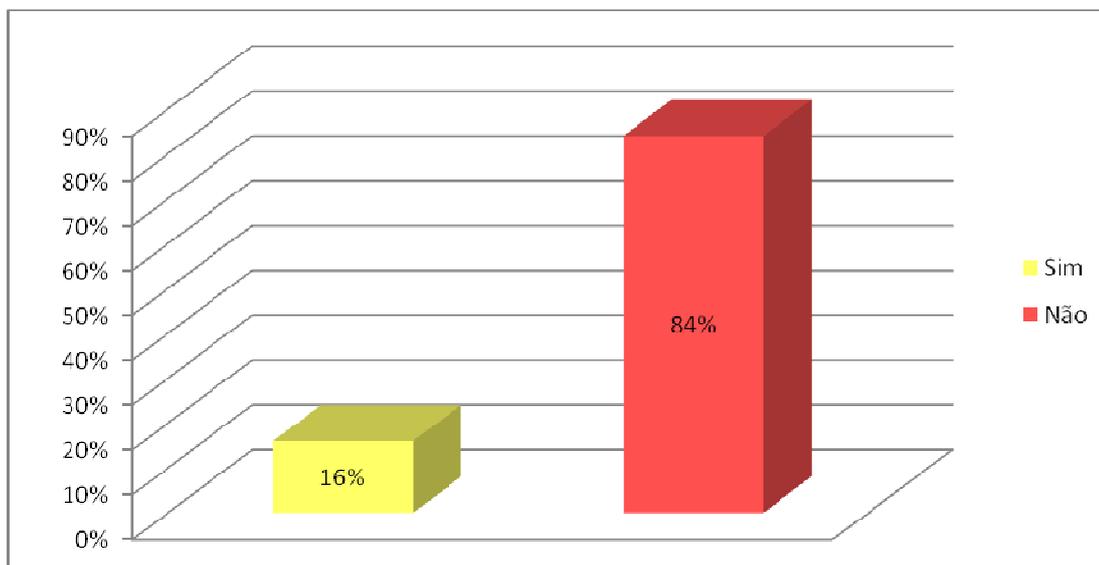


Figura 19 - Avaliação da incidência de casos de câncer de próstata na família dos entrevistados participantes da pesquisa, expresso em porcentagem.

Este dado aponta que 8 dos entrevistados tiveram ou têm algum parente com câncer de próstata, e que 42, afirmam não ter, nem ter tido até o presente momento.

A Sociedade Brasileira de Urologia (SBU, 2003), recomenda que os homens a partir de 40 anos e os que têm acima de 50 anos com histórico familiar de câncer de próstata, possibilitem a realização de visitas periódicas ao urologista, mesmo na ausência de sintoma urinários.

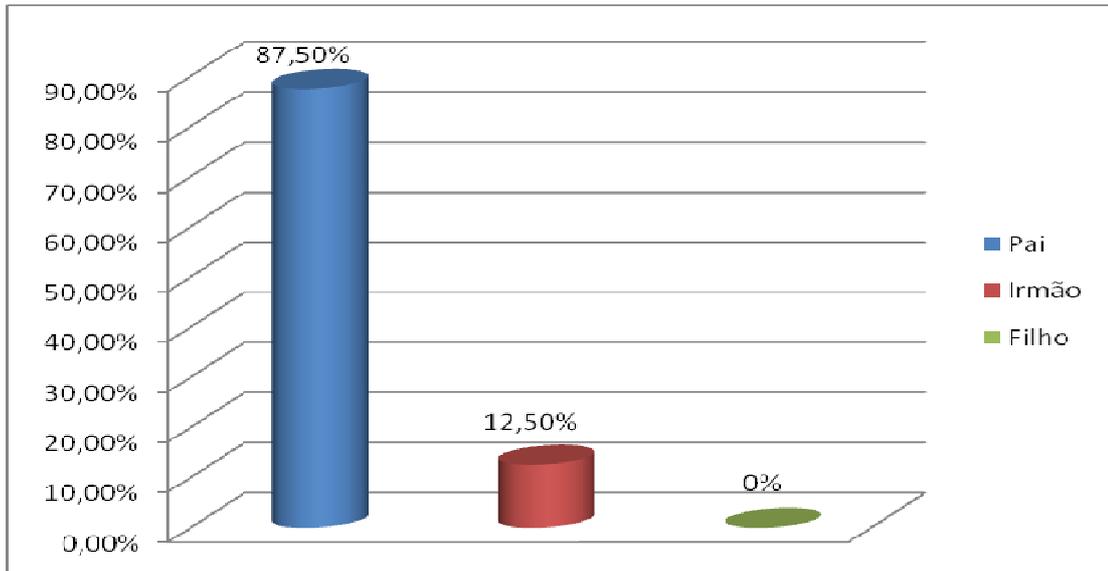


Figura 20 - Avaliação do grau de parentesco em relação aos entrevistados participantes da pesquisa, expresso em porcentagem.

De acordo com o gráfico, entre os 8 participantes que afirmam ter ou terem tido parentes com câncer de próstata, quanto ao grau de parentesco, constatou-se que 7 dos entrevistados tem antecedente paterno, e que apenas 1 afirmou ter irmão com câncer de próstata.

Para o INCA (2010) o grau de parentesco é considerado um determinante genético no desenvolvimento do câncer de próstata.

Os riscos para desenvolver a doença aumentam de 2,2 vezes quando um parente é de 1º grau (pai ou irmão), de 4,9 vezes quando dois parentes são de 1º grau, e 10,9 quando três parentes são de 1º grau. Reforçando a recomendação de que a partir dos 40 anos os homens devem fazer visitas periódicas ao médico urologista (SROUGI, apud , GOMES ROMEU et. al. 2008).

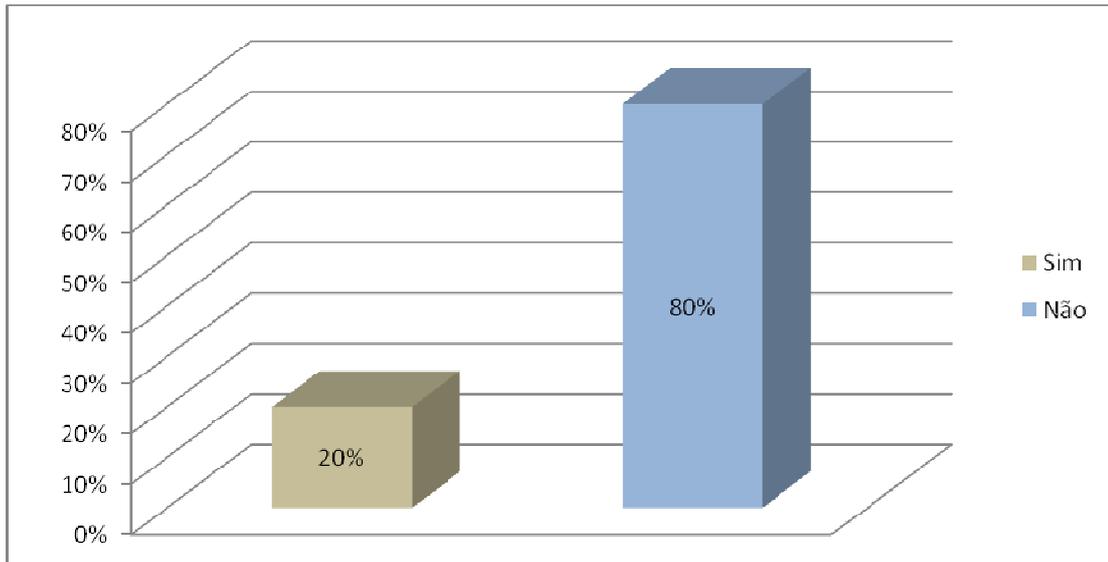


Figura 21 - Avaliação da distância quanto ao acesso a UBS Jardim Paraná pelos entrevistados participantes da pesquisa, expresso em porcentagem.

Neste momento da pesquisa, procurou-se avaliar as dificuldades dos entrevistados em relação ao acesso aos serviços de saúde referindo-se à distância de suas moradias à unidade de saúde abrangente, no intuito de investigar se as dificuldades a este acesso estão ligadas a não realização de práticas preventivas.

Como pode ser observado 80% dos entrevistados não moram longe da UBS onde são atendidos, e 20% moram longe, porém em comparação as dificuldades apresentadas para chegar até a unidade de saúde como mostra o gráfico abaixo, uma grande minoria apresenta dificuldades.

Apesar de serem poucos os entrevistados que relatam dificuldade de acesso por morarem longe desta unidade, se faz necessário um olhar da UBS para minimizar esta barreira. Uma vez que a unidade do estudo só atende em demanda livre, ou seja, sem agendamento e assim os moradores distantes ficam prejudicados, necessitando desta forma de um novo olhar da equipe, como por exemplo, organizando agendamentos de consultas.

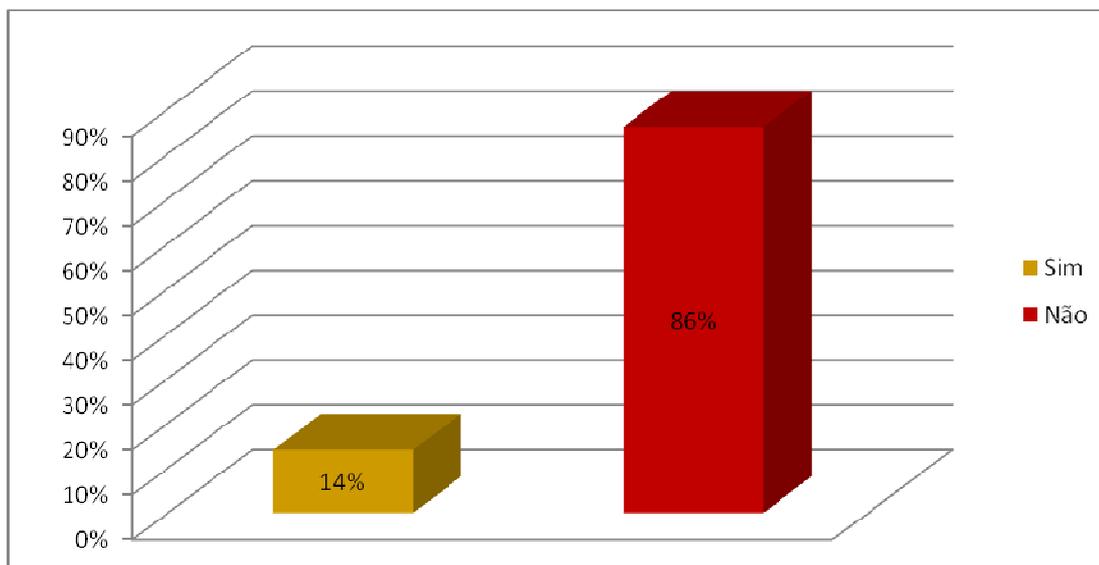


Figura 22 - Avaliação das dificuldades para vir na UBS Jardim Paraná pelos entrevistados participantes da pesquisa, expresso em porcentagem.

Quanto às dificuldades apresentadas pelos entrevistados, podemos observar que 86% dizem não ter dificuldades para ir até a UBS, e que 14% apresentam dificuldades como: horário de trabalho diferente do funcionamento, e moradia distante da UBS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido à importância do diagnóstico precoce para o câncer de próstata em homens com mais de 40 anos, esta pesquisa procurou identificar a incidência da realização dos exames de detecção precoce do câncer de próstata em um determinado grupo do município de Assis, e buscou ainda analisar os motivos que os afastam da busca pelo diagnóstico precoce.

É importante ressaltar a receptividade por parte dos entrevistados em aderirem a proposta do estudo, sendo que estes quando abordados e informados quanto ao assunto, o associavam de imediato ao toque retal, o que comprova que o câncer de próstata está totalmente ligado ao imaginário masculino quanto ao toque reto, o que dificulta a adoção de práticas preventivas.

Após análise dos dados encontrados, constatou-se que dentre os homens entrevistados, predominaram aqueles com idade acima dos 61 anos, sendo que quanto ao grau de escolaridade, fez-se notório que todos os entrevistados iniciaram o ensino fundamental, o que mostra não se tratar de um público leigo, apesar da baixa escolaridade.

A pesquisa mostrou também, que estes entrevistados possuem conhecimento sobre o câncer de próstata, visto que 52% conhecem os sintomas, 92% conhecem os exames, e que possuem dúvidas apenas quanto aos tipos de tratamento, pois 62% afirmaram não conhecê-los. Desta forma, é importante ressaltar também, que “conhecendo-se a evolução do câncer de próstata, os métodos de diagnóstico, e dispondo-se de condições de acesso aos serviços médicos-laboratoriais, o câncer pode ser detectado numa fase inicial” (MIRANDA, 2004).

Quanto a incidência da realização dos exames de detecção precoce apenas 35 dos entrevistados já realizaram um ou mais dos exames, sendo que 15 ainda não os fizeram, o que torna este resultado relevante frente ao número da amostra, uma vez que estes homens estão na faixa etária indicada pelo Ministério da Saúde para a

realização dos exames preventivos para o câncer de próstata, e ainda que a unidade estudada não realiza práticas preventivas frente ao assunto.

Foram levantados como motivos da não realização diversos fatores como a falta interesse, com 47,04% de incidência; seguidos de 11,76% cada, a falta de informação, falta de oportunidade, vergonha e outros, e com apenas 5,88% de incidência o medo.

Este resultado evidencia que vários fatores interferem na adesão ao exame preventivo. Mesmo sabendo que este é um assunto de elevada importância, os homens ainda se mostram resistentes a sua realização. Entretanto estudos demonstram que a recusa por parte da maioria dos homens quanto a sua realização não ocorre por falta de informações sobre a efetividade das medidas preventivas, mas pela maneira como ele enxerga sua masculinidade.

Contudo é válido refletir quanto as praticas preventivas que estes usuários estão inseridos neste contexto, porém não estão sendo devidamente orientados o que indica uma falha na atuação dos profissionais que encontra-se centrada nos problemas de saúde (hipertensão e/ou diabetes), não enxergando o paciente como um todo.

Deste modo evidencia-se a importância da atuação de profissionais na área da saúde engajados em trabalhar voltados para a prevenção e promoção, através do papel de educadores e orientadores de saúde, com a dedicação e perfil necessário para o atendimento em nível primário da assistência.

Portanto se faz necessária a continuidade em pesquisas a respeito deste tema, visto que o cuidado não é tido como um costume da população masculina. Esta pesquisa também identifica a importância da realização de medidas educativas, visando a promoção da saúde, prevenção e tratamento adequado aos indivíduos portadores desta doença.

Evidenciou-se também o fato de que se faz necessário uma continuidade em pesquisas a respeito da atuação dos enfermeiros frente às práticas preventivas para o câncer de próstata, pois em termos de revisão bibliográfica que integram artigos científicos na área da saúde, existem poucas publicações, revelando, portanto, neste

trabalho pouco investimento por parte dos enfermeiros quanto ao câncer prostático, o que justificou-se pela dificuldade em encontrar artigos relacionados ao tema.

REFERÊNCIAS

BRAZ, Marlene. **A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1):97-104, 2005.

Disponível em: < <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/a10v10n1.pdf>>

Acesso em: 23 novembro, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Princípios e Diretrizes.** Brasília, DF; agosto de 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10490>

Acesso em: 13 novembro, 2010.

BOGLIOLO, Luigi, 1908-1981. **BOGLIOLO: Patologia/(editor) Geraldo Brasileiro Filho** – 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

Carvalho, Emilia Campos de. **Ações de enfermagem para combate ao câncer desenvolvidas em unidades básicas de saúde de um município do estado de São Paulo.** *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2005; 51(4): 207-303.

Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/artigo3.pdf>

Acesso em: 23 novembro, 2010.

CESTARI, Maria Eliza Wotzasek; ZAGO, Márcia Maria Fontão. **A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI.** *Rev. Bras. Enferm.* 2005, mar-abr; 58 (2): 218-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000200018&script=sci_arttext>

Acesso em: 16 outubro, 2010.

COTRAN, Ramzi S; KUMAR, Vinay; COLLINS, Tucker. **Patologia Estrutural e Funcional.** (Robbins, Trad.) 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000.

DÂNGELO, José G.; FATTINE, Carlo A. **Anatomia Humana e Tegumentar.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

FRIGATO, Sheila; HOGA, Luiza Akiko Komura. **Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. Revista Brasileira de Cancerologia**, 2003, 49 (4): 209-214. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/ARTIGO1.pdf>
Acesso em: 09 agosto, 2010.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira; ARAÚJO, Fabio Carvalho. **Porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 23 (3): 565-574, mar, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>
Acesso em: 22 outubro, 2010.

GOMES, Romeu. **Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. Ciência e Saúde Coletiva**, 8 (3): 825-829, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n3/17463.pdf>>
Acesso em: 17 outubro, 2010.

GOMES, Romeu et al. **A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. Ciênc. saúde coletiva.** vol.13 no.1 Rio de Janeiro Jan/Feb. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000100027&lng=enDirectory&nrm=iso&tlng=enDirectory>

Acesso em: 28 outubro, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>>

Acesso em: 04 abril, 2010.

http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5

<http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>

http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322 O QUE É O CANCER

http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=317 COMO SURGE

http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=319 CARCINOGENESE

http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322 CAUSAS

<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>

MAIA, Karina; MOREIRA, Silvia; FILIPINI, Sonia M. **Conhecimentos e Dificuldades em Relação à Prevenção do Câncer de Próstata na Ótica dos Homens de Meia Idade.** 2009. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/0132_0028_01.pdf>

Acesso em: 28 outubro, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) – Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>>

Acesso em: 13 novembro, 2010.

MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro et al. **Práticas de diagnóstico precoce de câncer de próstata entre professores da faculdade de medicina – UFMG.** Rev. Assoc. Med. Bras. Vol.50 no.3 São Paulo July/Sept.2004.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000300033>

Acesso em: 29 agosto, 2010.

Mota, Sâmia Duarte. **A atuação do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama.**2010.

Disponível em:

<<http://www.webartigos.com/articles/35127/1/A-ATUACAO-DO-ENFERMEIRO-NA-DETECCAO-PRECOCE-DO-CANCER-DE-MAMA/pagina1.html>>

Acesso em: 23 novembro, 2010.

NETINNA, S. M. **Prática de Enfermagem.** 3. ed. vol. 8. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

NEVIANI, Cristiano Beck. **Resultados da associação de braquiterapia de alta taxa de dose à teleterapia no câncer da próstata.** São Paulo, 2009. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5151/tde-10032010-101646/pt-br.php>>

Acesso em: 19 setembro, 2010.

RIBEIRO, Andréa Mara. **O Papel do Enfermeiro com Pacientes Portadores do Câncer de Próstata.** Disponível em: <http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/artigo069.pdf>

Acesso em: 06 abril, 2010.

ROBBINS, Stanley L.; COTRAN, Ramzi S. **Patologia - Bases Patológicas das Doenças.** 7. ed. 1999.

RHODEN, Ernani Luis; Averbek, Márcio Augusto. **Câncer de próstata localizado. Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 54 (1): 92-99, jan.-mar. 2010. Disponível em:

<http://www.amrigs.com.br/revista/54-01/20-488_cancer_de_prostata.pdf>

Acesso em: 05 outubro, 2010.

RUBIN, Emanuel. **Rubin, patologia: bases clinicopatológicas de medicina / editor-chefe Emanuel Rubin et al.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SANTOS, Rosita Barral. **Homens com câncer de próstata: um estudo da sexualidade à luz da perspectiva heideggeriana.** Ribeirão Preto, 2006. 243 p. : il. ; 30 cm. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-21032007-143657/pt-br.php>>

Acesso em: 17 outubro, 2010.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 10. ed. vol. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SILVEIRA, Camila Santejo; ZAGO, Márcia Maria Fontão. **Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2006 julho-agosto; 14 (4): 614-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a21.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA (SBU) – Disponível em:

<<http://www.sbu.org.br/>>

Acesso em: 15 novembro, 2010.

SROUGI, Miguel et al. **Doenças da Próstata**. *Rev. Med. (São Paulo)*. 2008 jul-set; 87(3): 166-77. Disponível em: <http://www.fm.usp.br/gdc/docs/revistadc_166_07-doencasdaprostata.pdf>

Acesso em: 11 setembro, 2010.

TUCUNDUVA, Luciana Tomanik Cardozo de Mello et al. **Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer**. *Rev. Assoc. Med. Bras*, 2004; 50 (3): 257-62.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302004000300030&script=sci_arttext>

Acesso em: 09 agosto, 2010.

VIEIRA, Ana Cristina de Oliveira Almeida. **O Impacto da Doença e Tratamento Cirúrgico em Homens Acometidos por Câncer de Próstata: Estudo Exploratório da Qualidade de Vida**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5153/tde-27052010-171637/pt-br.php>>

Acesso em: 15 outubro, 2010.

VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza et al. **Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (1):145-152, 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63013118.pdf>>

Acesso em: 16 outubro, 2010.

APÊNDICE

Questionário/ Roteiro para entrevistas:

1) Qual sua idade?

de 40 a 50 anos de 51 a 60 anos acima de 61

2) Grau de escolaridade?

1º Grau incompleto 1º Grau completo 2º Grau completo

2º Grau incompleto Curso superior

3) Você sabe o que é câncer de próstata?

sim não

4) O que você conhece sobre o câncer de próstata?

sintomas os exames tratamento nada

5) O conhecimento que você possui a respeito do câncer de próstata foi adquirido através da:

televisão revista internet serviço de saúde outros

6) Você sabe quais os sinais e sintomas do câncer de próstata?

sim não

7) São sinais e sintomas do câncer de próstata: dificuldade ao urinar, diminuição na força do jato e dor na ejaculação. O senhor já sentiu alguns destes sinais e sintomas?

sim não

8) Quais são os exames específicos para o diagnóstico do câncer de próstata?

sangue toque retal urina não sei outros

9) Já realizou algum tipo de exame preventivo para câncer de próstata?

sim não

10) Qual tipo de exame você já realizou?

PSA toque retal ultrassonografia transretal nenhum

11) Se não realizou, qual foi o motivo?

medo vergonha falta de informação outros (especificar):

falta de oportunidade falta de interesse

12) Você conhece o tratamento específico após o diagnóstico de câncer de próstata? Qual?

cirúrgico quimioterápico radioterápico nenhum não sei

13) Já foi ao médico urologista?

sim não

14) Alguém da família já teve ou tem câncer de próstata?

sim não

15) Qual o grau de parentesco?

pai irmão filho

16) O senhor mora longe da UBS Jardim Paraná?

sim não

17) O senhor tem dificuldades para vir na UBS Jardim Paraná?

sim não

Termo de Consentimento Livre e ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Importância do diagnóstico precoce e o conhecimento dos homens em relação ao câncer de próstata

Prezado Senhor:

- Você está sendo convidado a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder a este questionário, é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Você tem liberdade de se recusar a participar e ainda de se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa

Pretendemos pesquisar a problemática do câncer de próstata no grupo etário de maior incidência desta patologia quanto ao imaginário do diagnóstico. Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento deste questionário, respondendo às perguntas formuladas, sendo que a recusa em participar pode ser feita a qualquer momento. O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você. As informações fornecidas serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados. Os pesquisadores se comprometem a divulgar os dados deste trabalho, visando uma contribuição coletiva para este público.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

<p>Pesquisadoras: Ariane Aline Duarte Tormes e Priscylla Sanches Gaeta. Rua: Gildo Santos Granjeia, n. 73 – Assis – SP. Telefone: (18) 9719 4551 ou (18) 9712 5621.</p>	<p>Orientadora: Fernanda Cenci Queiroz. Estância: Queiroz. Paraguaçu Paulista - SP. Telefone: (14) 9737 8369.</p>
--	--

ANEXOS

Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa



Hospital Regional de Assis
Governo do Estado de São Paulo
Faculdade de Medicina de Marília
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
 Aprovado pela CONEP/MS em 09/11/2004 - RN 25000.165648/2004-93
 Renovado em 13/12/2007
 Praça Dr. Simphrônio Alves dos Santos s/nº. 19810-000 – Assis – SP
 Tel.: (18) 3302-6000 R. 6079 E-mail: etica@hra.famema.br

Parecer nº 415/2010

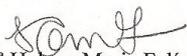
Assis, 07 de Julho de 2010.

Profª Ms. Fernanda Cenci Queiroz

Com referência ao Projeto de Pesquisa sob título: **“Importância do diagnóstico precoce e o conhecimento dos homens em relação ao câncer de próstata”** de autoria das alunas Ariane Aline Duarte Tormes e Priscylla Sanches Gaeta sob vossa orientação, recebeu **PARECER FAVORÁVEL.**

Ressaltamos sobre a obrigatoriedade do pesquisador em entregar relatório final ao Comitê quando do término da referida pesquisa.

Sendo só para o momento, aproveitamos o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.


 Enfa Helena Maria Felício
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
 Hospital Regional de Assis