

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

LINDOMAR RODRIGUES BARBOSA

**PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO
TRATAMENTO DE PACIENTES COM CÂNCER DE
PRÓSTATA**

**PATOS DE MINAS
2017**

LINDOMAR RODRIGUES BARBOSA

**PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO
TRATAMENTO DE PACIENTES COM CÂNCER DE
PRÓSTATA**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas com o requisito parcial para a conclusão do Curso de Enfermagem

Orientadora: Mestre em Promoção de saúde Elizaine Aparecida Guimarães Bicalho

**PATOS DE MINAS
2017**

*Dedico este trabalho a todos as
pessoas com Câncer de Próstata no
Brasil.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, por estar sempre do meu lado me dando forças.

A minha mãe Odília Maria Barbosa e meu pai Osmar Rodrigues Dias por estarem sempre comigo me ajudando a todo momento.

A minha namorada Maria Jose por estar sempre me ajudando nesses momentos.

A minha orientadora Prof^a. Me Elizaine Aparecida Guimarães Bicalho por usar os seus conhecimentos e não medir esforços em me ajudar com mais esse desafio.

A todos os professores que estiveram comigo todo esse tempo de faculdade me ajudando a crescer profissionalmente.

“ O sábio não se senta para lamentar-se, mais se põe alegremente em sua tarefa de consertar o dano feito.”- Willian Shakespeare..

PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA

Autor: LINDOMAR RODRIGUES BARBOSA*

Orientador: ELIZAINÉ APARECIDA GUIMARÃES BICALHO**

RESUMO

O Câncer de próstata é uma doença na qual um câncer se desenvolve na próstata, uma glândula do sistema reprodutor masculino. Este estudo foi realizado através de uma revisão bibliográfica onde se utilizou publicações entre os anos 2000 a 2015 com o objetivo de conhecer as diversas formas de tratamento do câncer de próstata e a atuação do enfermeiro no tratamento e detecção precoce do câncer de próstata. O câncer de próstata ocorre quando as células da próstata sofrem mutações e começam a se multiplicar sem controle. É muito raro em homens com menos de 50 anos, porém após essa época, a chance de desenvolvê-lo aumenta com a idade indefinidamente de forma linear. As taxas de incidência deste tipo de carcinoma possuem amplas variações no mundo. O câncer de próstata é descoberto com mais frequência através de exame físico ou por monitoração dos exames de sangue. A utilização de dois ou mais exames de detecção precoce associados parece aumentar a capacidade de esses exames identificarem casos de câncer que podem evoluir desfavoravelmente. Pode ser tratado com cirurgia, radioterapia, terapia hormonal, quimioterapia, protonterapia ou alguma combinação destes. Sempre ocupa uma das três primeiras posições entre os cinco tumores mais frequentes no sexo masculino. O diagnóstico precoce aliado aos atuais métodos terapêuticos tem permitido índices de sobrevivência progressivamente maiores em casos considerados incuráveis até pouco tempo. O cuidado de enfermagem torna-se imprescindível devido às suas funções privativas e o conhecimento científico do enfermeiro, sua atividade inclui cuidados, orientação e identificação da doença.

*Aluno do Curso de Enfermagem da Faculdade Patos de Minas (FPM) formando no ano de 2017 e-mail: lindomarr319@outlook.com

**Professora Elizaine Aparecida Guimarães Bicalho no curso de Enfermagem da Faculdade Patos de Minas. Mestre em Promoção de saúde, pela faculdade Unifran, elizainebicalho@yahoo.com.br

Palavras-chave: Câncer de próstata. Enfermagem. Cuidados.

ABSTRACT

The prostate cancer is a disease that develops on the prostate, a male reproductive gland. This study was made through a bibliographic research that is based on publications between 2000 and 2015, that focus on knowing multiple forms of prostate cancer treatment and the responsibilities of the nurse on the treatment and the early detection of prostate cancer. The cancer occurs when the prostate cells mutate and start to multiply themselves with no control. It's very rare in men under 50 years old, but after this age, they get a higher and linear chance of developing the disease. The incidence rates of this kind of carcinoma have huge variations all over the world. The prostate cancer is discovered more frequently through physical examination or monitoring blood tests. Making two or more early detection examinations seems to enlarge the capacity of the examinations to identify cancer cases that can develop badly. It can be treated by surgery, radiotherapy, hormonal therapy, chemotherapy, proton therapy or the combination between them. It's always on the top three types between the top five tumour types found in men. The early diagnosis with the actuals treatment methods have allowed the growth of the living index in unhealable cases. The nursing cares become vital due to their function and the scientific knowledge of the nurses. Their activities include cares, orientation and the disease detection.

Key words: Prostate cancer, nursing, care.

1 INTRODUÇÃO

A próstata é uma glândula exclusiva do homem que está localizada próxima à bexiga na porção inicial da uretra e tem como função secretar fluidos que compõe parte do sêmen, um líquido espesso que contém os espermatozóides produzidos pelos testículos e que é eliminado durante o ato sexual (NETTINA, 2001). O câncer

de próstata é uma doença diagnosticada mais comumente nos homens com mais de 50 anos, sendo a segunda maior causa de mortalidade entre os homens.

Atualmente, o câncer de próstata é o terceiro tumor maligno mais diagnosticado no Brasil e o quinto que mais mata. Entre os homens, é a segunda causa de mortes por câncer, sendo superado apenas pelo câncer de pulmão, no entanto ainda temos dificuldade de adesão ao exame clínico de prevenção, na maioria das vezes com medo do preconceito da sociedade e conseqüentemente ocorre uma demora no início do tratamento.

A maioria dos homens só procura ajuda quando os sinais e sintomas começam a aparecer, algumas vezes sinais e sintomas de outras patologias como a Hiperplasia Prostática Benigna que é um aumento da próstata e de acordo com Amorim (2014), pode se entender que é a neoplasia benigna mais comum do homem e diretamente relacionada ao envelhecimento.

E geralmente após descobrirem a hiperplasia prostática, eles começam a procurar ajuda e conseqüentemente a equipe de saúde para realizar os exames de prevenção como toque retal. Porém quando se têm suspeitas de câncer de próstata, deve-se fazer outros exames como da dosagem de antígeno específico prostático e a biópsia de próstata segundo Silva (2012) é o principal método para o diagnóstico de câncer de próstata.

A enfermagem tem um papel importante na conscientização e incentivo a detecção precoce e tratamento destes pacientes, principalmente no início do tratamento. Deve-se explicar todos os tipos de tratamento para o paciente quando se tem diagnóstico confirmado, como radioterapia, quimioterapia, cirurgia e terapia hormonal, tirando todas as dúvidas dele e de sua família. Tentar fazer com que esse paciente tente aceitar melhor a sua situação.

O câncer de próstata é mais frequentemente descoberto através de exame físico ou por monitoração dos exames de sangue, como o teste PSA (sigla em inglês para Antígeno Prostático Específico). Atualmente existe alguma preocupação sobre a acurácia do teste de PSA e sua real utilidade. Uma suspeita de câncer de próstata é tipicamente confirmada ao se remover uma amostra da próstata (biópsia) e examinando-a sob microscópio. Outros exames, como raio-X e exames de imagem para os ossos, podem ser realizados para determinar se o câncer de próstata se espalhou (MILLER et al., 2003).

O diagnóstico e tratamento dos diferentes tipos de câncer, em todas as idades, sofreram expressivos avanços nos últimos 20 anos. Modernos métodos de imagem, análises bioquímicas e métodos de biologia molecular têm permitido o diagnóstico apurado, acompanhamento adequado e avaliação do prognóstico dos pacientes. O diagnóstico precoce aliado aos atuais métodos terapêuticos (radioterapia, quimioterapia, cirurgia e transplante de medula óssea) tem permitido índices de sobrevivência progressivamente maiores em casos considerados incuráveis até há pouco tempo (INCA, 2009).

Os objetivos deste estudo foram caracterizar o câncer de próstata e a atuação da enfermagem. Outros objetivos também foram importantes para que fosse construído este estudo, como: conhecer os tratamentos atuação da enfermagem no câncer de próstata, identificar as ações realizadas na prevenção ao câncer e próstata.

Este estudo teve um caráter descritivo e qualitativo através de revisão bibliográfica, em artigos científicos, revistas, monografias, teses, dissertações, encontrados na base de dados da Scielo, Bireme e biblioteca da Faculdade Patos de Minas, com publicações dos anos 2000 a 2015.

1.1 JUSTIFICATIVA

Vários tipos de células são encontrados na próstata, mas quase todos os cânceres se desenvolvem a partir das células da glândula prostática.

O câncer que começa nas células da glândula é o adenocarcinoma. Outros tipos de cânceres também podem começar na glândula prostática, incluindo sarcomas, carcinomas de pequenas células e carcinoma de células transicionais, mas são muito raros.

Este trabalho tem como intuito de conhecer o trabalho da enfermagem no tratamento de pacientes com câncer de próstata, formas de tratamento e medicações utilizadas avaliando também as dificuldades que o paciente encontra no início do tratamento.

2 CARACTERIZAÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

O câncer de próstata é mais frequentemente descoberto através de exame físico ou por monitoração dos exames de sangue, como o teste PSA (sigla em inglês para Antígeno Prostático Específico). Atualmente existe alguma preocupação sobre a acurácia do teste de PSA e sua real utilidade. Uma suspeita de câncer de próstata é tipicamente confirmada ao se remover uma amostra da próstata (biópsia) e examinando-a sob microscópio. Outros exames, como raio-X e exames de imagem para os ossos, podem ser realizados para determinar se o câncer de próstata se espalhou (MILLER et al., 2003).

O PSA é um exame de sangue que tem a função de dosar os níveis de uma substância que está relacionada as alterações que estão presentes na próstata. Na maioria das vezes, quando o resultado dá um aumento muito grande, quer dizer que houve alguma alteração maligna das células dessa glândula. No entanto, quando os níveis apresentam um leve aumento, pode ser devido a qualquer outra alteração da próstata, inclusive por causa de um toque retal recente. Por outro lado, alguns pacientes que tem câncer de próstata não apresentam alteração nesse exame (BRASIL, 2009).

O exame de ultra-sonografia ou ecografia transretal é um exame em que um transdutor (aparelho que emite uma onda sonora e o seu eco é captado pelo mesmo aparelho para gerar uma imagem na tela de um monitor) é introduzido no reto do paciente através do ânus, e assim, de modo semelhante ao exame do toque retal, a próstata e as outras estruturas do assoalho pélvico são visualizados para se detectar alterações de tamanho ou forma. O exame de toque retal é aquele em que um médico urologista ou profissional treinado introduz o seu dedo indicador utilizando uma luva no ânus do paciente a fim de palpar a porção anterior do reto, região em que se localiza a próstata. Se percebe um aumento da glândula ou a presença de endurecimento ou nódulos, o médico pode definir aonde se localiza essa alteração e recomendar outros exames diagnósticos mais detalhados para se descartar ou não a possibilidade de uma alteração neoplásica (NASCIMENTO, 2009).

Durante vários anos, o único exame que era realizado para detectar alterações na próstata foi o toque retal. Porém, o fato de se aumentar o número de pacientes que se diagnostica o câncer na sua fase inicial não significa

necessariamente que o conjunto de homens que terão esse tipo de câncer vão ter uma evolução melhor do que teriam, morrendo menos por causa desse tipo de tumor. Sabe-se que é um exame fácil de ser feito, sem grandes complicações ou efeitos colaterais associados. Esse exame é capaz de diagnosticar esse tipo de câncer na sua fase bem inicial, quando feito regularmente. Contudo, nenhum estudo demonstrou que fazer esse exame realizado anualmente ou duas vezes por ano torna menor a chance de morrer por esse tipo de câncer. (BRASIL, 2009).

No final dos anos 80, o uso de ultra-sonografia transretal e exame de PSA começou a aumentar. E o número de diagnóstico desse tipo de câncer também aumentou. Depois de algum tempo, notou-se que uma série desses tumores eram tumores na sua fase inicial os quais, quando tratados ou não, não necessariamente teriam uma melhor evolução. Concluiu-se daí que estes exames diagnosticavam muitos tumores que, se não tivessem sido diagnosticados por estes métodos de *screening*, talvez nunca se transformassem na doença propriamente dita. Poderiam na verdade estar colocando uma pessoa saudável em um paciente com "diagnóstico de câncer", com todo o peso que isto pode trazer. Porém, estudos *post-mortem* (necrópsias) mostram que até 45% dos homens acima de 45 anos podem ter esse resultado sem nunca ter sido diagnosticado em vida (CALVETE et al., 2003).

Estudos renomados estão sendo realizados nos EUA e na Europa para se desenvolver exames mais detalhados para esse tipo de câncer e também uma estratégia de detecção precoce que realmente diminua a mortalidade pelo tumor de próstata. A realização de dois ou mais exames de detecção precoce juntos parece aumentar a capacidade desses exames detectarem aqueles casos de câncer que podem evoluir de forma desfavorável. Nos dias atuais, recomenda-se que homens com fatores de risco definidos para esta neoplasia ou que apresentem sintomas devem realizar exames de toque retal regularmente e exame de PSA e ultra-sonografia transretal conforme indicação de seu médico especialista, pelo menos dos 50 aos 75 anos (ONCOGUIA, 2009).

Em alguns tipos de câncer, o médico pode avaliar qual grupo de pessoas tem mais risco de desenvolver um tipo específico de câncer devido a sua história familiar, pelas doenças que já teve ou pelos hábitos que tem, como consumo de bebidas de alcoólicas, fumar ou ingerir dieta rica em gorduras. A isso se chama

fatores de risco e as pessoas que têm esses fatores pertencem a um grupo de risco. Para esses indivíduos, o médico pode indicar um determinado teste ou exame para detecção precoce daquele câncer e com que frequência esse teste ou exame deve ser realizado. Para a grande maioria dos cânceres, quanto mais precoce se diagnostica o câncer, mais chance essa doença tem de ser tratada e curada. Detecção precoce ou *screening* para um tipo de câncer é o processo de procurar um determinado tipo de câncer na sua fase inicial, antes mesmo que ele cause algum tipo de sintoma. (INCA, 2009).

3 TRATAMENTOS DO CÂNCER DE PRÓSTATA

O câncer de próstata pode ser tratado com cirurgia, radioterapia, terapia hormonal, quimioterapia, protonterapia ou alguma combinação destes. A idade e saúde do homem, assim como a extensão da dispersão das células, aparência sob análise microscópica e resposta do câncer ao tratamento inicial são importantes em determinar o desfecho da doença. Já que o câncer de próstata é uma doença de homens idosos, muitos irão morrer de outras causas antes que uma lenta evolução do câncer de próstata possa se espalhar ou causar sintomas. Isso faz com que a escolha do tratamento a ser utilizado seja difícil. A decisão de tratar ou não um câncer de próstata localizado (um tumor que está contido no interior da próstata) com intenção de cura é um dilema entre os benefícios esperados e os possíveis efeitos danosos em relação à sobrevivência e qualidade de vida do paciente (MILLER et al., 2003).

O tratamento do câncer da próstata está na dependência do estadiamento clínico em que se encontra, requerendo uma estrutura qualificada, integrando assim equipes multiprofissionais. Nota-se que quando a doença apresenta-se localizada utiliza-se cirurgia, radioterapia e até mesmo uma observação vigilante (em algumas situações especiais) podem ser oferecidos. Já para a doença localmente avançada, radioterapia ou cirurgia em combinação com tratamento hormonal tem sido adotada.

Mas quando há metástases, o tratamento de eleição é a hormonioterapia. Além disso, cabe salientar os efeitos na saúde biopsicossocial que a referida patologia causa no indivíduo o que resulta em comprometimentos na sua interação social e familiar (NASCIMENTO, 2009).

Um dado importante da Organização Mundial da Saúde é que dois terços das pessoas com neoplasia maligna realizarão radioterapia em alguma fase do tratamento da sua doença, isoladamente ou associada a outras formas de terapia oncológica. Portanto, esse tratamento trata-se de um método capaz de destruir as células tumorais, através de feixe de radiações ionizantes. Para isso, uma dose pré-calculada de radiação é aplicada, em um determinado tempo, a um volume de tecido que engloba o tumor, com o objetivo de erradicar todas as células tumorais, com o menor dano possível às células normais circunvizinhas, à custa das quais se fará a regeneração da área irradiada (CALVETE et al., 2003).

O câncer de próstata é muito raro em homens de menos de 50 anos, portanto após essa época, a chance de desenvolvê-lo aumenta com a idade indefinidamente de forma linear. O câncer de próstata parece ser mais comum em homens negros, mesmo quando a possibilidade de realizar o diagnóstico é comparável. Homens negros americanos, aonde essa relação entre raça e câncer de próstata foi mais estudada, os homens negros morrem mais por esse tipo de câncer do que homens brancos. Ter um familiar próximo, como pai, irmão ou filho com câncer de próstata, aumenta a chance de uma pessoa desenvolver este tipo câncer. A ingestão excessiva de álcool, poucas fontes de vitaminas e uma dieta com pouca fibra e também são fatores de risco para esse tipo de câncer (NASCIMENTO, 2009)

De acordo com Calvete et al. (2003), as decisões acerca do tratamento do câncer de próstata compreendem muitos fatores. Os pacientes com câncer de próstata devem ser tratados em função do estágio da doença: recorre-se à prostatectomia e à terapêutica endócrina antiandrogênica nos casos de doença disseminada. O tratamento do câncer de próstata é planejado, os médicos levam principalmente em consideração a extensão da doença. Os tumores localizados totalmente dentro da glândula, denominados estágio A ou B, às vezes não precisam ser tratados, mas quando isto for preciso, pode-se recorrer à cirurgia, tecnicamente denominada prostatectomia radical, ou à radioterapia. Quando o câncer atinge os envoltórios da próstata, o chamado estágio C costuma-se indicar tratamento radioterápico. Ao Final do tratamento, quando o tumor se estende para outros órgãos, instalando outros focos de câncer denominados metástases, a doença é classificada como estágio D e é tratada como castração ou hormônios.

Estudos tiveram o mérito de demonstrar que alguns homens com câncer de próstata, talvez 10% deles, não precisam ser tratados. Incluem-se aqui os pacientes que têm menos de 10 anos de perspectiva de vida pela frente, por serem muito idosos ou por apresentarem outras moléstias graves, que apresentam níveis de PSA baixo e que tem tumores de pouca agressividade, demonstrada pela biópsia. Nos demais casos, com doença de maior significado, deve-se realizar alguma forma de tratamento objetivo, que tanto pode ser a cirurgia radical, a radioterapia externa ou a terapêutica hormonal. A opção de não tratamento deve ser adotada com extrema responsabilidade, visto que, se o câncer for agressivo, poderá não a ver tempo para arrependimentos (CALVETE et al., 2003, p.371).

Observa-se, então, que o tratamento do câncer de próstata é bastante variável, conforme o grau do tumor e do estado do paciente. Quando o câncer está nos estágios iniciais, onde ocupa apenas uma pequena parte da glândula, o tratamento pode ser feito com ressecção transuretral da próstata, comum a cura de 90% nos casos. Algumas vezes, é preciso repetir este procedimento algum tempo depois para remover algum tumor que tenha restado (MILLER et al., 2003).

Tumores localizados: quando a doença já abrangeu uma área maior da próstata, pode ser feita uma cirurgia chamada prostatectomia, que consiste na retirada total da glândula, por isso chamada de cirurgia radical. Quando se conclui que o tumor tem pouca agressividade biológica, os pacientes podem ser mantidos em observação vigilante, instituindo-se o tratamento se surgirem evidências clínicas ou laboratórios da progressão da doença. Incluem-se, neste último grupo, os indivíduos com idade mais avançada, portadores de tumores de baixo grau histológico e de pequeno volume.

Uma das consequências desta cirurgia é a impotência sexual masculina, que pode ocorrer em 90% dos casos o tratamento cirúrgico, realizado mediante prostatectomia radical, é particularmente indicado nos pacientes com doença em estágios A e B (T1 e T2). Quando o tumor atinge os tecidos periprostáticos, ou seja, estágio C (T3 e T4), a cirurgia não remove integralmente a neoplasia e os pacientes são melhores tratados por radioterapia radical. O tratamento radioterápico também pode ser utilizado com sucesso nos estágios mais iniciais, mas sua eficiência é um pouco inferior à da cirurgia (INCA, 2009).

Sob o ponto de vista prático, a escolha entre os dois métodos deve levar em conta as preferências do paciente, considerando-se não só a eficácia do método mas também os efeitos colaterais do tratamento. A cirurgia pode ser acompanhada de incontinência urinária em 02 a 20% dos casos e produz impotência sexual em 50% dos pacientes. A radioterapia causa complicações actínicas crônicas em bexiga e intestino em cerca de 15%. Assim, quando se deseja maximizar as possibilidades de cura, deve-se optar pela cirurgia. Quando impotência sexual ou risco cirúrgico representarem problemas relevantes para o paciente, deve se indicar tratamento radioterápico (BLUM; PICUS, 2004, p. 449).

Segundo Calvete (2003) existe uma controvérsia médica que envolve o tratamento dos pacientes com câncer localizado da próstata. Cirurgiões e radioterapeutas proclamam que a cirurgia radical e a radioterapia externa, respectivamente, representam a maneira ideal de se tratar tais casos. Em Uma tentativa de tornar mais claro estas polêmicas, a American Urological Association constituiu em 1994 um painel de especialistas incumbido de rever todos os estudos publicados à respeito na literatura médica. Foram encontrados 12.501 artigos que lidavam como tratamento do câncer localizado da próstata, mas apenas 165 estavam de acordo aos critérios científicos que davam credibilidade aos seus resultados. A conclusão deste painel foi de que entre 89% e 93% dos pacientes submetidos à prostatectomia radical e entre 66% e 86% dos casos tratados com radioterapia externa estavam curados após 10 anos de acompanhamento. O painel deu importância à avaliação feita após 10 anos, porque com 05 anos quase 100% dos pacientes com câncer localizado da próstata estão vivos, qualquer que seja o tratamento aplicado.

Contudo, de acordo com estudos feitos por radioterapeutas da Filadélfia e de Boston, a radioterapia externa só age quando o PSA inicial é inferior a 15 ou 20. Um terceiro motivo de preocupação: entre 60% e 70% dos casos submetidos à tratamento radioterápico evidenciam focos cancerosos na próstata, quando é feita a biopsia da glândula após 2 anos de tratamento. Os radioterapeutas dizem que estas lesões são biologicamente inativas e de comportamento indolente.

Pode ser que tenham razão, mas este fenômeno não deixa de ser desconfortável. Finalmente, segundo a visão do autor, os próprios radioterapeutas

estão começando a demonstrar algum desencanto pela radioterapia convencional (SROUGI, 2009).

Portanto, novas técnicas de erradicação da próstata têm sido exploradas, incluindo-se a radioterapia conformada, a braquiterapia (aplicação de sementes radioativas de iodo ou de ouro na próstata) e a associação de radioterapia com tratamento hormonal. Os resultados precoces com estes métodos, após 3 ou 4 anos, têm sido favoráveis. Contudo, todos os pacientes com câncer localizado de próstata sobrevivem 5 anos, independente do tratamento realizado, de modo que é impossível afirmar no momento, se estas técnicas são superiores à radioterapia convencional. Enquanto não surgirem avaliações com 10 anos de acompanhamento, estas 3 alternativas devem ser consideradas experimentais (BLUM; PICUS, 2004).

Existem argumentos desfavoráveis em comparação à cirurgia radical. Embora seu valor curativo seja inquestionável, a prostatectomia radical pode levar a impotência sexual e incontinência urinária. A impotência, que se caracteriza por perda das ereções penianas, apesar do paciente poder atingir o orgasmo, surge em 95% dos operados com mais de 70 anos de idade, em 50% a 60% dos pacientes com 55 a 65 anos e em 15% a 20% nos pacientes com menos de 55 anos. Ressalta-se que os riscos de impotência são menores significativamente quando o tumor é oculto, não palpável no toque digital e quando o cirurgião é experimentado. Incontinência urinária moderada ou grave surge em 20% a 40% dos pacientes submetidos à cirurgia em centros não-especializados, mas acomete apenas 1% a 2% dos casos quando a intervenção é realizada por equipes treinadas (WUNSCH; MONCAU, 2002).

A radioterapia externa, e vista como uma terapêutica menos agressiva que a cirurgia, também não é isenta de problemas. Entre 30% a 40% dos pacientes desenvolvem impotência sexual, que surge 1 ou 2 anos após o tratamento e, por isso, nem sempre é atribuída à radioterapia. Além disto, 20% a 40% dos casos apresentam queimaduras no intestino grosso, no ânus e na bexiga durante o tratamento, que tendem a melhorar após alguns meses, mas produzem grande desconforto nos pacientes (MILLER et al., 2003).

A terapêutica antiandrogênica reduz, mas não elimina o tumor, em decorrência, a maioria dos pacientes evidência recrudescência da doença em média após três a quatro anos do início do tratamento. Quando isso ocorre, algumas

medidas terapêuticas podem ser tentadas, incluindo-se a quimioterapia citotóxica (estramustina associada a vinblastina ou taxol, mitoxantrona), estrogênio terapia intravenosa em altas doses, bloqueio da adrenal (antiandrogênicos, cetoconazol) ou fitoterapia (PC Spes). Essas terapias atuam em 20% a dos casos por tempo limitado, o que torna reservado o prognóstico dos pacientes que escapam ao tratamento antiandrogênico inicial. Medidas paliativas de razoável eficiência podem ser adotadas nos casos sintomáticos por progressão da doença. Dores ósseas irresponsáveis aos analgésicos são atenuadas com dexametasona em altas doses (8mg duas ou três vezes ao dia por via intramuscular) ou com radioterapia externa quando incidem de forma localizada (INCA, 2009).

Em pacientes com dores generalizadas pode-se promover alívio sintomático com o emprego de radioisótopos que se fixam ao esqueleto, como SR89 e P32. Obstrução ureteral por infiltração do trígono deve ser tratada com radioterapia local, já que as derivações internas através de cateteres duplo J dificilmente são exequíveis. Obstruções uretrais recorrentes devidas ao crescimento da próstata e rebeldes à ressecção cirúrgica transuretral podem ser controladas com a aplicação local de endopróteses espirais de material biocompatível que mantêm a luz da uretra permeável. Finalmente, quadros de hematúria refratários costumam responder à radioterapia e, quando isso não acontece, podem cessar com a aplicação de laser local (BLUM; PICUS, 2004).

O tumor pode se tornar resistente ao tratamento hormonal e crescer. Isto resulta do aparecimento dos chamados receptores promíscuos (proteínas localizadas no núcleo das células tumorais que passam a estimular seu crescimento mesmo na ausência de testosterona). Os urologistas têm tentado contornar esse fenômeno fornecendo os hormônios anti-androgênicos de forma interrompida, bloqueando a glândula suprarrenal, usando substâncias radioativas que vão se alojar nas células malignas ou administrando drogas anti-cancerígenas ligadas a hormônios femininos, que conduzem a droga tóxica especificamente para dentro das células prostáticas. Com estas medidas é possível reverter quadros de recrudescimento do tumor e melhorar a qualidade de vida destes pacientes (BLUM; PICUS, 2004, p. 451).

Calvete et al. (2003) descrevem uma pesquisa cujo objetivo é inibir o aporte sanguíneo do tumor, promovendo a morte de suas células por falta de alimento e

oxigênio. Neste sentido, observa-se que algumas células cancerosas produzem proteínas, chamadas angiogénicas, que atraem vasos sanguíneos para o local.

Esta fase é crucial para o desenvolvimento do câncer, já que o mesmo não desenvolve se não receber nutrientes levados pela corrente sanguínea. Dentro desta linhagem, descobriu-se uma carboxamida denominada linomide, bloqueia as proteínas angiogénicas e torna menores cerca de 40% o fluxo sanguíneo para o tumor em ratos com câncer de próstata. É possível que este princípio terapêutico venha a ser utilizado em seres humanos em um futuro próximo.

Cita-se também a terapia genética cujos estudos demonstraram que as células normais produzem proteínas de vigilância, como a P53 e a P21, que promovem o suicídio das células quando elas apresentam degeneração maligna. Os gens que comandam a produção destas proteínas desaparecem nos pacientes com câncer de próstata, permitindo o crescimento descontrolado do tumor. Outra modalidade da terapia genética volta-se para células retiradas de tumores da próstata, que são inativadas e, em seguida, impregnadas por gens que produzem linfocinas (proteínas com capacidade de desencadear uma potente reação imunológica do organismo contra elementos malignos). Após este acontecimento se obtém uma vacina tumoral, que fornecida à pacientes com câncer de próstata, produz uma reação específica que tende a eliminar as células cancerosas (PORTO, 2007).

Calcula-se que cerca de 75% a 80% dos tumores não se expressam clinicamente, e apenas 20% a 25% manifestarão sintomas. Destes, 10% são focais, 40% são iniciais e talvez curáveis e 50% são avançados. Estes números variam com a maior ou menor possibilidade de detecção precoce da doença. Os tumores encontrados nas necropsias são geralmente pequenos, bem diferenciados e estão confinados à glândula, ao contrário do que acontece com os homens que morrem de câncer de próstata, que portam tumores grandes ou invasivos (JEMAL, 2005).

A cirurgia foi o primeiro tratamento que modificou significativamente o curso da doença neoplásica e, atualmente, é um dos principais métodos utilizados, sendo ainda muito importante no arsenal terapêutico dos tumores malignos. Pode ser realizada com finalidade diagnóstica, preventiva, curativa ou paliativa (SMELTZER; BARE, 2002).

Estima-se que cerca de 60% de todos os pacientes portadores de câncer precisem de cirurgia para o seu tratamento. Quase todos são submetidos a algum tipo de procedimento cirúrgico para diagnóstico (como a biópsia) ou estadiamento da doença. Quase sempre, os tumores de crescimento lento são os melhores candidatos a cirurgia e a cirurgia inicial para câncer têm maior probabilidade de cura do que a cirurgia para recidivas (COELHO; RICARDO, 2000).

A finalidade do tratamento cirúrgico paliativo é de diminuir a população de células tumorais ou de controlar sintomas que põem em risco a vida do paciente ou comprometem a qualidade da sua existência. O planejamento cirúrgico deve contemplar todos os cuidados referentes aos princípios gerais da cirurgia e ao preparo do paciente e de seus familiares e com a relação de todas as alterações fisiológicas e mutilações que poderão advir do tratamento (COTRAN et al., 2000).

Alguns cuidados são específicos para a cirurgia oncológica, tais como: Isolamento do tumor com compressas; manuseio cuidadoso da área afetada; cuidados para não se cortar o tecido tumoral; remoção tumoral com margem de segurança; ressecção em bloco do tumor primário e das cadeias linfáticas, quando indicado; troca de luvas, de campos operatórios e de instrumental cirúrgico, após o tempo de ressecção tumoral; marcação com cliques metálicos, Incisão cirúrgica ampla e adequada; proteção da ferida operatória com campos secundários; realização de inventário minucioso de cavidades; laqueação das veias antes das artérias; dissecação centrípeta da peça operatória; sempre que necessário, para orientar o campo de radioterapia pós-operatório (INCA, 2009).

O tratamento cirúrgico do câncer pode ser realizado com finalidade curativa ou paliativa. O tratamento curativo é considerado quando indicado nos casos iniciais da maioria dos tumores sólidos. A ressecção curativa é aquela em que todo o câncer visível é removido e as margens cirúrgicas são microscopicamente livres de lesão. Um limite macroscópico de 2 cm pode ser suficiente em uma margem da ressecção, mas pode ser necessária uma distância maior em outra margem (GUELER, 2002).

O aparecimento de novas técnicas de radioterapia vieram a contribuir para o tratamento da doença microscópica (invisível a olho nu), o que permitiu, nos últimos anos, uma nova abordagem na extensão da cirurgia para o câncer. Na radioterapia, os radioisótopos são utilizados em doses maiores com objetivo justamente ao efeito deletério da radioatividade sobre determinados tecidos, permitindo o estudo da

fisiologia e das transformações bioquímicas dos organismos vivos em situações normais, sem lhes alterar a higidez. (SMELTZER; BARE, 2002).

O objetivo da radioterapia é alcançar um índice terapêutico satisfatório, levando as células malignas a perderem a sua clonogenicidade e, ao mesmo tempo, preservando os tecidos normais (BELCHER, 2000).

Pacientes de cor branca, idosos, e o uso de máscaras termoplásticas durante o tratamento levam a reação de pele mais severa. Nas alterações cutâneas, a mais comum é a radioepitelite, que é mais suscetível em regiões de dobra, devido à umidade e fricção local, tais como: axila, região infra mamária, inguinal, vulva e ânus. (NETTINA, 2001).

A radiodermite aguda pode acontecer após exposição acidental à radiação ou durante o curso da radioterapia. A radiodermite crônica pode aparecer após a radiodermite aguda ou em profissionais que trabalham com radiação e ficam sujeitos a doses crônicas e contínuas, sem reação aguda prévia (NETTINA, 2001).

Há uma série de cuidados para prevenção da radiodermite, os quais o enfermeiro deve orientar os pacientes portadores de câncer a segui-los, com o intuito de minimizar a radiotoxicidade aguda na pele durante o tratamento, usar roupas de tecido de algodão, evitar roupas escuras; não expor a pele ao sol durante o tratamento; evitar o uso de tecido sintético durante a terapia; manter higiene íntima rigorosa, se o campo de radiação for o reto ou o colo do útero; manter unhas aparadas e limpas; em descamação seca, reforçar a hidratação e manter o uso de creme hidratante, fazer a ingestão de dois litros de líquidos por dia (por via oral, sonda nasointestinal ou gastrostomia); uso correto do creme hidratante baseado na base de Aloe Vera, duas vezes ao dia; não usar o creme antes da aplicação com radiação ionizante; não usar a força do jato de água diretamente na pele irradiada; não depilar com lâmina ou cera (barba, axila, púbis, virilha e tórax), (INCA, 2009).

A consulta de enfermagem baseia-se na orientação, prevenção, tratamento e reabilitação ao longo da permanência do paciente no Serviço de Radioterapia cabe ao profissional da enfermagem promover e difundir medidas de saúde preventivas e curativas, por meio da educação aos pacientes e familiares, através da consulta de enfermagem. (GUELER, 2002).

A braquiterapia, depois da cirurgia, foi a modalidade terapêutica de maior impacto para os tumores sólidos no início do século XX (ORTON, 2001).

De acordo com Gueler (2000) Nessa primeira consulta o paciente e/ou o familiar deverão ser orientados sobre todo o procedimento: horário, tempo, jejum, sondagem vesical para aplicação do contraste, numero de inserções, sedação, Raios X, sala de circuito de TV, posicionamento na mesa, e sobre possíveis intercorrências (dor, sangramento, cistite, náuseas ou reações de pele) e, se ginecológico, orientar que os pelos pubianos sejam rebaixados e que as relações sexuais sejam sempre com preservativo. Essas orientações podem ser reforçadas com a entrega de material didático (folders de orientação). As instalações físicas devem ser apresentadas ao paciente. A avaliação e orientação do paciente por profissional de saúde deverá ser realizada aproximadamente uma semana antes do início do tratamento da braquiterapia, de forma sistematizada e individualizada, em formulário específico do setor, no qual deve constar a identificação do paciente, exame físico e orientações sobre o procedimento com registros específicos da primeira consultam e registros para cada dia de inserção (consultas subseqüentes).

Assistência realizada pelo profissional de enfermagem no preparo do material específico e arrumação da sala para o procedimento; a separação e a montagem dos aplicadores devem ser realizados na seqüência de cada tipo de braquiterapia; realização da desinfecção com desincrustante enzimático e encaminhamento do material específico (bandejas e aplicadores) para esterilização; a assistência do profissional de enfermagem durante o procedimento de braquiterapia; posicionamento do paciente na mesa de procedimento depois de esvaziar bexiga; avaliação das condições físicas e emocionais do paciente, para possíveis intervenções (dor, ansiedade, curativos, cânula de traqueostomia, etc.); Instalação de monitor cardíaco; punção venosa para sedação, quando necessário; disponibilização de bandeja e aplicadores para cada tipo de procedimento; informação ao paciente sobre a duração do procedimento e da observação pelo circuito de TV, que poderá ser interrompido se o paciente tiver alguma intercorrência; observação do paciente através do circuito interno de TV durante todo procedimento (INCA, 2015).

A quimioterapia antineoplásica consiste no emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, com o objetivo de tratar as neoplasias malignas. A quimioterapia antineoplásica e o tratamento de escolha para doenças do sistema hematopoiético e para os tumores sólidos, que apresentam ou não metástases

regionais ou a distancia. Grande parte dos quimioterápicos antineoplásicos agem de forma não específica, lesando tanto células malignas quanto benignas. Como as diferenças entre as duas populações celulares são mais quantitativas do que qualitativas, uma linha muito tênue separa o sucesso terapêutico de uma toxicidade inaceitável. Os medicamentos agem interferindo em outras funções bioquímicas celulares vitais, por atuarem indistintamente no tumor e tecidos normais de proliferação rápida, como o sistema hematopoiético e as mucosas, o que obriga a interrupção periódica do tratamento para a recuperação do paciente (COELHO; RICARDO, 2000).

A aplicação dos agentes antineoplásicos no tratamento do câncer é baseada no conceito da cinética celular, a qual inclui o ciclo de vida celular, o tempo do ciclo celular, a fração de crescimento e do tamanho da massa tumoral. O tumor maligno é constituído por três grupos de células: as que se dividem ativamente nas fases G1, S, G2 e M; as paradas na fase G0; e as que perdem sua capacidade reprodutiva e estão morrendo ou já estão mortas. Também são necessários cuidados relacionados aos profissionais que manuseiam os antineoplásicos, devido ao potencial mutagênico das medicações, o que exige normas técnicas e de segurança para a manipulação desses agentes e a realização de exames periódicos para os seus manipuladores. Os tumores menores possuem maior porcentagem de células em reprodução. Por isso, um dos conceitos para o tratamento do câncer é o de reduzi-los a um pequeno tamanho, em que a velocidade de crescimento aumenta e as células tornam-se mais suscetíveis a quimioterapia em decorrência de uma função de divisão celular aumentada. Uma segunda noção que pode ser observada é que, cada vez que a dose é repetida, mantém-se a proporção de células mortas, e não o número absoluto de células mortas à medida que o tumor cresce, ocorre uma competição entre as células em busca de nutrientes, oxigênio e espaço, e o número de células ativas em reprodução diminui. As células que estão se reproduzindo ativamente são as mais sensíveis a quimioterapia. (INCA, 2009).

4 AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO PACIENTE COM CÂNCER DE PRÓSTATA

A participação efetiva dos enfermeiros nos programas de educação comunitária para adoção de hábitos saudáveis de vida (dieta rica em fibras e frutas e pobre em gordura animal, atividade física e controle do peso) e profissional é de extrema importância. As atividades educativas são de alta relevância, já que muitas pessoas, por seus valores e cultura, não reconhecem as medidas de prevenção e detecção precoce do câncer (SMELTZER; BARE, 2002).

De acordo com Coelho; Ricardo (2000) o enfermeiro pode aplicar, em sua prática assistencial, seus conhecimentos sobre os fatores de risco para o câncer, bem como sobre medidas de prevenção. Deve ainda informar sobre os sinais e sintomas de alerta para o câncer que podem levantar, com isso, suspeita diagnóstica e orientar e encaminhar os pacientes aos serviços de saúde. As pessoas informadas passam então a procurar uma unidade de saúde para investigação e, caso haja confirmação diagnóstica, para tratamento.

O câncer, em sua fase inicial, pode ser controlado e curado. As bases do tratamento mais adotados das neoplasias servem para fundamentar o profissional de enfermagem em seus passos dentro do contexto assistencial na área oncológica, com os mais atualizados métodos de tratamento ao paciente portador de câncer (BELCHER, 2000).

No cuidado desses pacientes com câncer consideramos de grande relevância a Consulta de Enfermagem (CE) que é uma atividade prestada pelo enfermeiro ao paciente, através da qual são identificados problemas de saúde/doença e, desse modo, implementados cuidados de enfermagem que contribuem para a promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente (NASCIMENTO, 2009).

O enfermeiro realiza a consulta de enfermagem abordando toda a complexidade do universo terapêutico nas dimensões filosóficas, técnico-científicas, interativas, educacionais e assistenciais. A consulta deve ser realizada de forma sistematizada e aplicada, de acordo com as rotinas institucionais e necessidades individuais do paciente frente ao protocolo terapêutico, utilizando uma linguagem adequada em níveis cognitivo e cultural do paciente. Através de informações específicas, objetiva-se proporcionar ao paciente a redução da ansiedade

relacionada ao estigma da doença e, com isso, permitir maior adesão e comprometimento com o seu tratamento, além de minimizar o potencial de ocorrência de reações adversas (COTRAN et al., 2000).

O desenvolvimento do processo de enfermagem é uma atividade intelectual deliberada do enfermeiro, que com suas atribuições privativas e conhecimento científico, contribuem com qualidade e eficiência na manutenção da vida dos pacientes portadores do câncer de próstata e na prevenção, por incluir fases como, orientação, identificação, exploração e resolução (GUELER, 2002).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste trabalho foi possível conhecer a grande incidência do câncer de próstata que é o tumor mais comum em homens com mais de 50 anos de idade.

Com os progressos da Medicina e de outras áreas que interferem com a saúde, espera-se para as próximas décadas uma população cada vez menor de homens com câncer de próstata.

O diagnóstico do câncer de próstata é feito pelo exame clínico (toque retal) e pela dosagem do antígeno prostático específico (PSA), que podem sugerir a existência da doença e indicarem a realização de ultrassonografia pélvica. Esta ultrassonografia, por sua vez, poderá mostrar a necessidade de se realizar a biópsia prostática transretal. O câncer de próstata pode causar dor, dificuldade em urinar, disfunção erétil e outros sintomas.

A detecção de um câncer em estágio inicial é composta por ações que visam o diagnóstico precoce da doença em indivíduos sintomáticos e por ações de rastreamento, que é a aplicação de exames para a detecção da doença em indivíduos assintomáticos. O profissional de Enfermagem tem um importante papel no auxílio a detecção precoce do câncer de próstata e na implantação de ações de prevenção

O câncer de próstata pode ser tratado com cirurgia, radioterapia, terapia hormonal, quimioterapia, protonterapia ou alguma combinação destes. A idade e saúde do homem, assim como a extensão da dispersão das células e a resposta do câncer ao tratamento inicial são importantes em determinar o desfecho da doença.

Já que o câncer de próstata é uma doença de maior incidência em homens com idade acima dos 50 anos

Os profissionais de saúde devem trabalhar em busca pelo diagnóstico precoce, com vistas a uma detecção precoce ou em estágio inicial o que possibilita o tratamento curativo, A prevenção deve ser realizada através dos exames preventivos anuais, em todos os homens a partir dos 45 anos de idade, independente destes apresentarem ou não, sintomas.

Com isso concluímos que a população masculina precisa de maiores esclarecimentos, quanto à importância da realização dos exames preventivos de toque retal digital, e antígeno prostático específico onde a patologia será detectada na sua fase inicial, obtendo-se sucesso na prevenção e tratamento do câncer de próstata. Cerca de 80% dos casos são controláveis, isto quando descoberto precocemente, podendo levar até mesmo à cura. Mas, para que a incidência e a mortalidade diminuam é preciso que os profissionais de saúde atuem dentro dos serviços levando ao conhecimento de todos os métodos de prevenção.

Portanto, o cuidado como atribuição do enfermeiro torna-se cada dia mais necessário e imprescindível devido às suas funções de orientação, identificação, exploração e resolução e atuação no tratamento a participação efetiva dos enfermeiros nos programas de educação comunitária e profissional é de extrema importância. As atividades educativas são de alta relevância, já que muitas pessoas, por seus valores e cultura, não reconhecem as medidas de prevenção e detecção precoce do câncer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, Aline Bentzen Fonseca. **Estudo das características do PSA em pacientes com hiperplasia prostática benigna.** 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.salud.org/portal/resource/pt/sms-10550>>. Acesso em: 10 out. 2016.

BELCHER, J. R., FISH L. J. B. HIDELGARD E. PEPLAU. In: GEORG, J. B. **Teorias de Enfermagem. Os fundamentos á Prática Profissional.** 4ª ed. P. 153-175. Porto Alegre: Atheneu. 2000.

BLUM, B.; PICUS, J. (2004). **Câncer de próstata.** In: **Govindan, Ramaswamy; Arquette, Matthew A.** Washington: Manual de oncologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 444-455.

BRASIL, **Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Fatores de Risco.** Disponível em: < http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=339>. Acesso em março. 2016.

BRASIL, **Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2008.** Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336>. Acesso em março. 2016.

CALVETE, A. C; SROUGI, M, NESRALLAH, L. J. **Avaliação da extensão da neoplasia em câncer da próstata: valor do PSA, da porcentagem de fragmentos positivos e da escala de Gleason.** Prev. Assoc. med. Bras. vol. 49, nº3. 2003.

COELHO, G.; RICARDO, F. **Câncer: manual de orientação para pacientes interessados.** 2ª.ed.pg.68-73. Rio de Janeiro: Robe, 2000.

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

GUELER, R. F. **Guia Prático de Enfermagem**. 17^a.pg.233-236. ed. São Paulo: Maltese, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTROLE DE CÂNCER. **Câncer de Pulmão. Jornal Sob Controle**. 6 ed. São Paulo, 2009, p. 17.

INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTROLE DE PROSTATA. **Câncer de Próstata. Jornal Sob Controle**. 6 ed. São Paulo, 2015, p. 07.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **O Papel do Enfermeiro Na Prevenção e Tratamento do Câncer**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>> Acesso em novembro de 2016.

JEMAL, A. et al. "**Cancer statistics, 2005**". CA Cancer J Clin 55 (1): 10–30. PMID 15661684. Erratum in: CA Cancer J Clin. 2005 Jul-Aug;55(4):259.

MILLER, D. C. et al. **Prostate carcinoma presentation, diagnosis, and staging: an update form the National Cancer Data Base**. Câncer 98: 1169. 2003.

NASCIMENTO, M.R. **Câncer de próstata e masculinidade: motivações e barreiras para a realização do diagnóstico precoce da doença**. Disponível em:<<http://www.abesp.nepo.unicamp.br>>. Acesso em junho de 2017.

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

ONCOGUIA. **Diagnóstico de Câncer de Próstata**. Disponível em <<http://www.oncoguia.com.br/site/interna.php?cat=14&id=22&menu=2>>. Acesso em maio. 2016.

ORTON C.G. **High-dose-rate brachytherapy may be radiobiologically superior to low-dose rate due to slow repair of late-responding normal tissue cells.** Int J RadiatOncolBiolPhys2001;49:183–189.

PORTO, C. C. **Vademecum de Clínica Médica.** 2 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2007.

SILVA, Rodrigo Donalísio da. **Biópsia de próstata, indicações e complicações: revisão da literatura.** 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sms-3703>>. Acesso em: 10 out. 2016.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

SROUGI, M. **Câncer de Próstata: uma opinião médica.** Disponível em <http://www.uronline.unifesp.br/uronline/ed1098/2009,caprostata.htm>. Acesso em junho. 2016.

WUNSCH FILHO, V.; MONCAU, J.E. **Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais.** Rev. Assoc. Med. Bras, jul/set. 2002, vol. 48, nº 3.