



CÂNCER DE PRÓSTATA: RETRATO DE UMA REALIDADE DE PACIENTES EM TRATAMENTO

PROSTATE CANCER: PICTURE OF A REALITY OF PATIENTS IN TREATMENT

CÁNCER DE PRÓSTATA: RETRATO DE UNA REALIDAD DE PACIENTES EN TRATAMIENTO

Patrícia Daniela dos Santos Quijada¹, Paolla Algarte Fernandes², Denise Soares de Oliveira³, Branca Maria de Oliveira Santos⁴

RESUMO

Objetivo: descrever os dados sociodemográficos e clínicos e as possíveis dúvidas, dificuldades e limitações enfrentadas pelos pacientes em tratamento de câncer de próstata. **Método:** estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado com 213 homens em tratamento de câncer de próstata. Os dados foram obtidos através de um formulário de entrevista e analisado com auxílio do programa SPSS. **Resultados:** amostra composta por homens predominantemente acima dos 50 anos, brancos, casados, aposentados, com ensino fundamental completo. O diagnóstico inicial foi através de alterações no PSA e/ou toque retal, pelo SUS, com estadiamento II. Das dificuldades e limitações sobressaíram as manifestações de alterações na função sexual e urinária. **Conclusão:** o conhecimento das características e opiniões dos participantes diante do diagnóstico e tratamento poderão contribuir para o planejamento da assistência prestada visando estabelecer medidas preventivas, terapêuticas e outras ações voltadas para melhor assistência. **Descritores:** Neoplasias da Próstata; Saúde do Homem; Perfil de Saúde; Enfermagem Oncológica.

ABSTRACT

Objective: to describe sociodemographic and clinical data and the possible doubts, difficulties and limitations faced by patients in the treatment of prostate cancer. **Method:** this is a descriptive, cross-sectional, quantitative approach, performed with 213 men in the treatment of prostate cancer. The data were obtained through an interview form and analyzed with the help of the SPSS program. **Results:** sample composed of men predominantly over 50 years old, white, married, retired, with complete elementary education. The initial diagnosis was through alterations in PSA and/or rectal touch, by SUS, with staging II. The manifestations of changes in sexual and urinary function were highlighted in the difficulties and limitations. **Conclusion:** the knowledge of the characteristics and opinions of the participants regarding the diagnosis and treatment may contribute to the planning of the care provided, aiming to establish preventive, therapeutic and other actions aimed at better care. **Descriptors:** Prostatic Neoplasms; Men's Health; Health Profile; Oncology Nursing.

RESUMEN

Objetivo: describir los datos sociodemográficos y clínicos y las posibles dudas, dificultades y limitaciones enfrentadas por los pacientes en tratamiento de cáncer de próstata. **Método:** estudio descriptivo, transversal, de enfoque cuantitativo, realizado con 213 hombres en tratamiento de cáncer de próstata. Los datos fueron obtenidos a través de un formulario de entrevista y analizado con auxilio del programa SPSS. **Resultados:** muestra compuesta por hombres predominantemente arriba de los 50 años, blancos, casados, jubilados, con enseñanza fundamental completa. El diagnóstico inicial fue a través de alteraciones en el PSA y/o toque retal, por el SUS, con etapa II. De las dificultades y limitaciones sobresalieron las manifestaciones de alteraciones en la función sexual y urinaria. **Conclusión:** el conocimiento de las características y opiniones de los participantes frente al diagnóstico y tratamiento podrá contribuir para el planeamiento de la asistencia prestada, visando establecer medidas preventivas, terapéuticas y otras acciones dirigidas para mejor asistencia. **Descritores:** Neoplasias de la Próstata; Salud del Hombre; Perfil de Salud; Enfermería Oncológica.

¹Enfermeira, Especialista em enfermagem do trabalho, Doutoranda, Pós graduação em Promoção de Saúde, Universidade de Franca (SP) Brasil. E-mail: patriciaquijadatizzo@gmail.com; ²Enfermeira, Especialista em saúde da família, Mestranda, Pós graduação em Promoção de Saúde, Universidade de Franca (SP) Brasil. E-mail: paollaalgarte@yahoo.com.br; ³Enfermeira, Especialista em enfermagem oncológica, Mestranda, Pós graduação em Promoção de Saúde, Universidade de Franca (SP) Brasil. E-mail: denise.s.oliveira@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Livre-Docente em Enfermagem-USP, Docente do programa de Mestrado e Doutorado em Promoção de Saúde, Universidade de Franca (SP) Brasil. E-mail: brancamosantos@gmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata é considerado, em todo o mundo, o segundo tipo mais comum em homens, com maior frequência de diagnóstico em 87 países, incluindo todos os da América e a maior parte da Europa, Austrália e África. De acordo com a última estimativa mundial, eram esperados no ano de 2012 cerca de 1 milhão de casos novos em todo o mundo.¹⁻² No Brasil, sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de próstata é o mais incidente em todas as regiões do país, sendo estimado para 2016 cerca de 61.200 casos para cada 100.000 habitantes em todo país e para a região Sudeste cerca de 62,36/100.000 casos novos.²

Os fatores de risco identificados para o seu desenvolvimento estão relacionados à idade, hereditariedade e origem étnica.³ A maioria dos diagnósticos de câncer de próstata está associada a homens acima de 65 anos e menos de 1% a homens com idades abaixo dos 50 anos. Com o aumento da expectativa de vida mundial, é esperado que o número de casos novos aumente cerca de 60%. O fator hereditário deve ser levado em consideração, pois aproximadamente 25% dos casos apresentam histórico familiar. Homens que tiveram pai ou irmão diagnosticados apresentam um aumento de duas a três vezes no risco de desenvolver a neoplasia; esse risco aumenta em aproximadamente 11 vezes se ocorrer o diagnóstico em pai ou irmão antes dos 40 anos. A etnia também apresenta associação com o câncer de próstata, sendo aproximadamente 1,6 vezes mais comum em negros comparados aos brancos, diferença que pode ser atribuída ao estilo de vida ou aos fatores associados à detecção da doença.²⁻⁴

O câncer de próstata é considerado um câncer de bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, ainda que no Brasil, assim como em outros países como Austrália, Canadá e Reino Unido, não é recomendada a organização de programas de rastreamento, posicionamento respaldado por evidências científicas que apontam mais riscos do que benefícios. As ações de controle da doença devem focar em outras estratégias, como a prevenção primária e o diagnóstico precoce.²

O diagnóstico inicial geralmente é com base em achados no exame clínico de toque retal e/ou antígeno prostático específico (PSA). Para o diagnóstico de certeza, é necessário a realização do estudo histopatológico do tecido obtido pela biópsia prostática. A avaliação da extensão do tumor deve ser individualizada, com base nos

resultados do exame de toque, dosagem do PSA, escore de Gleason e da biópsia. Através desses resultados se define o prognóstico e a melhor opção de tratamento para o paciente.³⁻⁴ Entre as modalidades terapêuticas, incluem-se a observação vigilante, cirurgia, radioterapia e terapia hormonal, que podem ser utilizadas isoladamente ou em combinação.⁴

O câncer de próstata é uma preocupação para a saúde pública, principalmente em países desenvolvidos, pois aumenta em concomitância com a expectativa de vida da população masculina. Ainda que o conhecimento das características sociais e clínicas desses pacientes possam auxiliar os profissionais de saúde no planejamento de suas ações, na orientação das escolhas intervencionais e na melhoria do atendimento prestado, poucos estudos são publicados no mundo sobre essas características. A maioria foca suas discussões nas técnicas terapêuticas isoladas ou combinadas, nos comportamentos masculinos perante os exames preventivos e nas medidas preventivas, tendo a caracterização do perfil desses pacientes uma literatura limitada.⁵

Diante dessas considerações e tendo em vista que o diagnóstico e o tratamento da doença podem provocar modificações significativas na vida dos homens e, conseqüentemente, gerar possíveis dúvidas, dificuldades e limitações, a abordagem dessas questões poderá agregar dados que possibilitarão ampliar o conhecimento do paciente e contribuir para uma melhor qualidade de vida durante o tratamento.

Com base no exposto, o objetivo do estudo foi descrever os dados sociodemográficos e clínicos e as possíveis dúvidas, dificuldades e limitações enfrentadas pelos pacientes em tratamento de câncer de próstata.

MÉTODO

Artigo elaborado a partir de resultados preliminares do projeto de tese << *Qualidade de vida de indivíduos em tratamento de câncer de próstata: subsídios para o planejamento de ações de promoção da saúde* >> que será apresentado ao Programa de Doutorado em Promoção da Saúde da Universidade de Franca/SP, Brasil.

Estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado no Hospital do Câncer de Franca, localizado no interior do estado de São Paulo. A população foi constituída por 412 homens diagnosticados com câncer de próstata em tratamento de hormonioterapia e/ou radioterapia, no

período da coleta de dados, de fevereiro a novembro de 2015. Desse total, foi constituída uma amostra por conveniência de 213 homens, com condições cognitivas para compreender e responder às questões do instrumento de coleta de dados e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE. Dos 199 excluídos, 68 encerraram o tratamento no período da coleta, 47 não apresentavam condições cognitivas, 44 não aceitaram participar, 35 não foram encontrados e 5 foram a óbito.

Para a obtenção dos dados foi utilizado um formulário de entrevista com perguntas fechadas e abertas, elaborado pelas próprias pesquisadoras, para caracterização sociodemográfica e econômica dos pacientes (idade, cor da pele, estado civil, escolaridade, situação atual de trabalho, renda familiar e dependentes), clínica (ano e local do diagnóstico, o que levou ao diagnóstico, início do tratamento, histórico familiar e estadiamento clínico) e questões relacionadas a possíveis dúvidas sobre a doença e tratamento, dificuldades enfrentadas, limitações do seu estado atual, apoio social recebido e satisfação com a assistência no atendimento. Esse instrumento foi submetido previamente a uma avaliação por três profissionais de reconhecido saber na área, com vistas ao conteúdo, clareza, objetividade, abrangência, pertinência e precisão das informações.

A entrevista para obtenção dos dados foi realizada pela autora, no retorno agendado pelo hospital, de forma individual e em local privativo. Caso necessário, foram resgatados, posteriormente, alguns dados nos prontuários. As informações coletadas foram organizadas, tabuladas e submetidas à análise estatística descritiva com auxílio do *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0. As variáveis são apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca, sob a CAEE n° 36664214.7.0000.5438.

Resultados

Pelos dados sociodemográficos apresentados na Tabela 1, observa-se que a idade dos participantes variou entre 43 e 96 anos, com média de idade de 74,4 anos, com maior frequência nas faixas etárias de 70 a 79 anos e de 80 a 89 anos, com 73 (34,3%) e 71 (33,3%), respectivamente. A cor da pele dominante foi a branca com 135 (63,4%), prevalecendo o número de casados, 166 (77,9%). O ensino fundamental completo foi informado por 164 (77,0%) participantes, e no que diz respeito à situação atual de trabalho, prevaleceu o número de aposentados, com 167 (78,4%).

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos pacientes com câncer de próstata em tratamento no Hospital do Câncer de Franca. Franca (SP), Brasil (2016)

Características sociodemográficas	N	%
Idade		
43 a 49 anos	2	0,9
50 a 59 anos	14	6,6
60 a 69 anos	47	22,1
70 a 79 anos	73	34,3
80 a 89 anos	71	33,3
> 90 anos	6	2,8
Cor		
Branca	135	63,4
Parda	45	21,1
Negra	33	15,5
Estado civil		
Casado	166	77,9
Viúvo	24	11,3
Solteiro	15	7,0
Divorciado/Separado	8	3,8
Escolaridade		
Analfabeto	12	5,6
Ensino fundamental incompleto	14	6,6
Ensino fundamental completo	164	77,0
Ensino médio incompleto	5	2,3
Ensino médio completo	11	5,2
Ensino superior incompleto	2	0,9
Ensino superior completo	5	2,3
Ocupação		
Aposentado	167	78,4
Afastado	32	15,0
Ativo	14	6,6
Total	213	100

Quijada PDS, Fernandes PA, Oliveira DS de et al.

Câncer de próstata: retrato de uma realidade...

Quanto à renda familiar, a maioria referiu viver com dois a três salários mínimos ou com um salário, 125 (58,7%) e 70 (32,9%), respectivamente. Os demais, 18 (8,5%), informaram renda de quatro a cinco salários mínimos. Do total de participantes, 171 (80,3%) possuíam dois a três dependentes e 21 (9,9%) apenas um. Outros 21 (9,9%) relataram de três a seis pessoas dependentes.

Em relação aos dados clínicos, apresentados na Tabela 2, observa-se que os diagnósticos da doença foram realizados entre os anos de 1999 e 2015. O início do tratamento de 176 (82,9%) participantes ocorreu em até um ano após o diagnóstico. Os motivos mais frequentes que levaram ao diagnóstico da doença foram a alteração no exame de PSA e a manifestação de sinais e sintomas na função urinária, com 77 (36,2%) e 62 (29,1%), respectivamente. Os exames para definição do diagnóstico foram realizados, em

sua maioria, pelo SUS, em Ambulatórios Médicos de Especialidades, para 70 (32,9%) participantes, e em Unidades Básicas de Saúde para 55 (25,8%).

Pelo questionamento de histórico de câncer na família, a maioria, 124 (58,2%), referiu não e não ter conhecimento. O parentesco mais próximo foi o de primeiro grau, com 55 (25,8%).

O estadiamento clínico inicial da doença seguiu a classificação da American Joint Committee on Cancer (AJCC)⁶ e foi categorizado e agrupado por estádios (I, IIA, IIB, III, IV), com base nos resultados dos exames iniciais disponíveis nos prontuários. Observou-se que o estadiamento II (A e B) foi predominante em 124 (58,2%) participantes. Importante ressaltar que 38 (17,8%) e 37 (17,4%) participantes foram diagnosticados em estágios mais avançados da doença (III e IV, respectivamente).

Tabela 2. Dados clínicos dos pacientes com câncer de próstata em tratamento no Hospital do Câncer de Franca. Franca (SP), Brasil (2016)

Características clínicas	N	%
Início do tratamento após diagnóstico		
Até 1 ano	176	82,7
Até 2 anos	14	6,6
Até 3 anos	23	10,8
Diagnóstico inicial		
PSA alterado	77	36,2
Alteração na função urinária	62	29,1
Outros exames	47	22,1
PSA e toque retal alterados	22	10,3
Toque retal alterado	5	2,3
Local do diagnóstico		
Ambulatório de Especialidade Médica	70	32,9
Unidade Básica de Saúde	55	25,8
Consultórios - Plano de Saúde	54	25,4
Outros hospitais	34	16,0
Histórico familiar		
Não ou não sabe	124	58,2
Parente de primeiro grau	55	25,8
Parente de segundo grau	12	5,6
Parente com câncer de próstata	11	5,2
Parentes de primeiro e segundo grau	11	5,2
Estadiamento clínico		
I	14	6,6
II A	58	27,2
II B	66	31,0
III	38	17,8
IV	37	17,4
Total	213	100

A Tabela 3 apresenta os resultados às questões abertas relacionadas às possíveis dúvidas sobre a doença e o tratamento, dificuldades e limitações enfrentadas, apoio social recebido e satisfação com o atendimento. Pelos dados, destaca-se que 109 (51,2%) participantes relataram não ter dúvidas e, dentre os que tiveram, 91 (42,7%) questionavam sobre o tratamento (se vai curá-los e sua duração). Ainda que 74 (34,7%) tenham relatado não enfrentar dificuldades com a doença, 83 (39,0%) manifestaram dificuldades relacionadas aos sintomas da

função urinária (ardor ao urinar, incontinência, jato fraco da urina, micção frequente e sangue na urina) e disfunção erétil. Um conjunto de sintomas, como fraqueza, ondas de calor e dores nas pernas, somou 40 (18,8%) manifestações. As limitações enfrentadas concentraram-se nas consequências da doença e do tratamento na vida sexual, com 167 (78,4%), manifestadas pela incapacidade de obter e manter ereção para o ato sexual e pela diminuição ou ausência da libido.

Do total de participantes, 22 (10,3%) referiram não receber apoio social, enquanto 184 (86,4%) mencionaram receber dos seus familiares, profissionais de saúde e

voluntários. Finalizando, a opinião da maioria (96,2%) foi satisfatória em relação à assistência oferecida pela instituição.

Tabela 3. Dados sobre dúvidas, dificuldades e limitações enfrentadas, apoio social recebido e satisfação com o atendimento dos pacientes com câncer de próstata em tratamento no Hospital do Câncer de Franca. Franca (SP), Brasil (2016)

Características terapêuticas	N	%
Dúvidas sobre a doença e tratamento		
Não tem	109	51,2
Se o tratamento vai curá-lo	59	27,7
Duração do tratamento	32	15,0
Se a vida sexual será alterada	4	1,9
Se após o tratamento a atividade sexual volta	3	1,4
Se pode fazer uso de estimulante sexual	3	1,4
Alterações da função urinária	3	1,4
Dificuldades enfrentadas		
Não	74	34,7
Sintomas da função urinária	46	21,6
Disfunção erétil	37	17,4
Fraqueza	17	8,0
Dores nas pernas	12	5,6
Ondas de calor	11	5,2
Diarreia	4	1,9
Depressão	4	1,9
Medo de morrer	3	1,4
Aumento de peso	3	1,4
Perda de peso	2	0,9
Limitações enfrentadas		
Função sexual	167	78,4
Não tem	27	12,7
Incontinência urinária	16	7,5
Sair de casa	1	0,5
Depressão	1	0,5
Dor	1	0,5
Apoio social recebido		
Família, profissionais e voluntários	129	60,6
Voluntários	55	25,8
Não recebem	22	10,3
Profissionais e voluntários	5	2,3
Profissionais e família	2	0,9
Satisfação com assistência prestada		
Bom	205	96,2
Ótimo	6	2,8
Ruim	1	0,5
Não respondeu	1	0,5
Total	213	100

DISCUSSÃO

Para o câncer de próstata, a idade é um fator de risco importante, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumentam significativamente após os 50 anos.⁷ A média de idade dos participantes do estudo foi de 74,4 anos e 99,1% estavam com idade acima dos 50 anos, corroborando com a observação de que a idade constituiu um fator de risco importante para a amostra estudada.

Alguns autores consideram que a cor da pele também é considerada fator de risco para a doença, sendo aproximadamente 1,6 vezes mais comum em negros comparados aos

brancos, diferença que pode ser atribuída ao estilo de vida ou aos fatores associados à detecção da doença.² Na amostra estudada, a predominância ficou com participantes de cor branca (63,4%). Estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, com 258 homens com câncer de próstata, dos quais 75,2% eram brancos, a sobrevivência em cinco anos destes foi de 84,6% e para negros e pardos, de 96,1%. Os indivíduos negros ou pardos apresentaram um risco de morrer por câncer de próstata 60% menor do que os brancos, para cada ano de seguimento.⁸

A maior prevalência de participantes casados (77,9%) também foi encontrada em

Quijada PDS, Fernandes PA, Oliveira DS de et al.

pesquisa realizada em Pelotas-RS, onde 78,98% dos participantes eram casados.⁹ Os resultados de estudo conduzido com 163.697 pacientes tratados com prostatectomia radical, nos Estados Unidos, demonstraram que os solteiros, divorciados e viúvos apresentaram maior taxa de tumor localmente avançado e de mortalidade em relação aos homens casados.¹⁰ Em outro estudo, realizado na China, com 248 homens, os participantes casados demonstraram maior domínio da saúde física nas relações sociais e na satisfação sexual, concluindo que o estado civil é um importante determinante na qualidade de vida dos pacientes com câncer de próstata.¹¹

A identificação de que a maioria dos participantes possuía ensino fundamental completo e era aposentada corrobora com os resultados de estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto-SP, com 2620 homens, no qual houve predominância de 54,5% com ensino fundamental completo e 61,6% de aposentados.⁵

A situação socioeconômica dos participantes do estudo demonstrou que a maioria possuía baixa renda (de um a três salários mínimos). Esse resultado remete às considerações contidas na cartilha Direitos Sociais da Pessoa com Câncer: orientações aos pacientes, do INCA¹², que considera que, independentemente da situação econômica do paciente com câncer, todos possuem direitos especiais. Nos direitos, encontram-se o auxílio doença, tratamento fora do domicílio, saque do FGTS, PIS/PASEP, aposentadoria por invalidez, vale social, isenção do imposto de renda na aposentadoria, dentre outros. Esses direitos, no entanto, quase sempre não são conhecidos pelos pacientes, mesmo considerando que são de grande valia para amenizar algumas dificuldades, principalmente as financeiras, que podem afetar o orçamento familiar.

Estudo realizado com vistas a identificar o conhecimento de pacientes oncológicos em relação aos seus direitos legais identificou que os direitos ao auxílio-doença e aposentadoria por invalidez eram de conhecimento de mais da metade dos entrevistados, considerando que o desconhecimento foi prevalente em relação à maioria dos direitos que abrangem a área social.¹³

A confirmação de que a maioria dos participantes só iniciou o tratamento da doença em até um ano após o diagnóstico ou de dois a três anos após pode ser justificada por muitos fatores, inclusive pela possível falta de vagas em hospitais especializados,

Câncer de próstata: retrato de uma realidade...

ainda que a Lei n° 12.732¹⁴ estabelece o direito ao paciente de iniciar o tratamento pelo SUS, no prazo de até 60 dias contados a partir do diagnóstico em laudo patológico, ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso.

Estudo realizado na Flórida com 11.284 homens identificou que para 50% da população analisada o tempo médio para início do tratamento foi de 47 dias após o diagnóstico e que somente 10% procuraram tratamento inicial logo após o diagnóstico. Ressaltou que homens afro-americanos esperaram mais tempo para iniciar o tratamento, fato que pode ser justificado devido ao local de moradia, pois residiam em bairros com instalações de saúde precária, com menos tecnologia e médicos especialistas.¹⁵

Nesse sentido, informações contidas no Atlas do Câncer¹ consideram que com o aumento do custo do tratamento, resultado do desenvolvimento de técnicas de imagem, equipamentos de radioterapia e agentes anticâncer de alto custo, a disponibilidade e a recepção do tratamento ficaram limitadas em muitas partes do mundo, agravando a falta de acesso a serviços modernos de diagnóstico, cirurgia oncológica e equipamentos de radioterapia e quimioterapia. Considera, ainda, que a drástica escassez de profissionais de saúde treinados constitui uma barreira determinante para o acesso a serviços de saúde de qualidade e iguais para diagnóstico e tratamento do câncer, chamando a atenção para a necessidade de abordagens científicas globais e inovação para garantir maior acessibilidade dos pacientes às terapias.

O diagnóstico inicial da doença para 48,8% dos participantes foi definido por exames de rotina, seja pela alteração nos resultados individuais de PSA e toque retal ou pela associação dos dois. Além desses resultados, 29,1% dos participantes só procuraram o serviço médico com a presença de sintomas e 22,1% por indicação médica, quando da realização de outros exames. Autores de um artigo de revisão sobre câncer de próstata ressaltaram que pacientes com a doença em sua fase inicial, passíveis de tratamento curativo, não desenvolvem qualquer sinal ou sintoma relacionado à neoplasia. Os sintomas geralmente aparecerão na doença localmente avançada ou na metastática. Com isso, consideram que a prevenção é a melhor opção para o diagnóstico da doença em fases iniciais, permitindo melhores resultados no tratamento da doença.¹⁶

O Instituto Nacional de Câncer recomenda

Quijada PDS, Fernandes PA, Oliveira DS de et al.

Câncer de próstata: retrato de uma realidade...

que no Brasil, assim como na Austrália, Canadá e Reino Unido, a não realização de programas de rastreamento para câncer de próstata, posicionamento respaldado por evidências científicas que apontam mais riscos do que benefícios no rastreamento. Homens que demandam espontaneamente a realização de exames de rastreamento devem ser informados por seus médicos sobre os riscos e benefícios associados a essa prática.¹⁷

O que é recomendado é a capacitação profissional; organização da assistência garantindo acesso aos homens com sinais e sintomas na atenção primária e assistência secundária para confirmação do diagnóstico; esclarecimento à população que demandar espontaneamente a realização de exames de PSA e/ou toque retal sobre os possíveis benefícios e os riscos e a agilidade na confirmação do diagnóstico e no tratamento.¹⁸ Já a Sociedade Brasileira de Urologia mantém a recomendação de que homens a partir de 50 anos devem procurar um profissional especializado para avaliação individualizada. Os de raça negra ou com parentes de primeiro grau com câncer de próstata devem começar aos 45 anos.⁴

O exame para diagnóstico inicial da doença dos participantes do estudo foi realizado, predominantemente, no SUS. A Lei nº 13.045¹⁹, em seu artigo 4º-A, obriga as unidades integrantes dos SUS a realizar exames para a detecção precoce do câncer de próstata sempre que tal procedimento for considerado necessário pelo médico. Em estudo realizado na cidade de Recife-PE, os autores consideram, no entanto, a necessidade de uma intervenção mais ampla na atenção à saúde do homem na rede básica visando promoção, prevenção, cura e reabilitação das condições de saúde.²⁰

Ainda que o número de participantes (5,2%) com casos de câncer de próstata na família (pais e irmãos) seja pequeno, estudo² atenta para o fato de que o fator hereditário deve ser levado em consideração, pois homens que tiveram pai ou irmão diagnosticados apresentam um aumento de duas a três vezes no risco de desenvolver a neoplasia; esse risco aumenta em aproximadamente 11 vezes se ocorrer o diagnóstico em pai ou irmão antes dos 40 anos.

Estudo realizado com 635.443 homens com histórico de câncer na família identificou que 68% possuíam casos de câncer de próstata na família, seja em parentes de primeiro, segundo ou terceiro graus.²¹ Outro, realizado com 16.472 homens, sendo 32,3% com histórico familiar de câncer de próstata,

identificou que homens com esse histórico eram mais propensos a terem a doença de baixo risco no momento do diagnóstico e menos propensos a terem características adversas patológicas no momento da cirurgia, concluindo que esses resultados podem ser devido à estratificação de risco e aconselhamento do paciente e de seus familiares para o fator hereditário.²²

Os resultados do estudo demonstraram que 58,2% dos participantes foram diagnosticados inicialmente com estadiamento clínico II, ratificando os resultados de estudo²³ realizado com 1.320 homens, que encontrou em 70% da amostra, classificando-os como estadiamento precoce. Quando do diagnóstico do câncer de próstata, o paciente é estadiado, as comorbidades são avaliadas e as opções para o tratamento devem visar não somente o controle oncológico, como também a manutenção da qualidade de vida.¹⁶

As opções de tratamento para a doença localizada pode ser a prostatectomia radical, radioterapia e até mesmo a observação vigilante; para a doença localmente avançada, a radioterapia ou cirurgia combinada com tratamento hormonal são os indicados; para a metastática, o tratamento de eleição tem sido a terapia hormonal. O tratamento mais adequado deve ser individualizado e definido após considerar os riscos e benefícios para o paciente.⁷

A partir da questão relacionada às possíveis dúvidas dos participantes em relação ao diagnóstico e tratamento, observou-se que, dentre os 48,8% que relataram dúvidas, a maioria questionou sobre o tratamento e sua duração, os demais sobre as consequências na função sexual. Em estudo²⁴ realizado em Belo Horizonte-MG, com homens em tratamento oncológico, o discurso dos entrevistados demonstrou que o câncer representa uma doença grave, complexa, incurável e associada à morte; o momento do diagnóstico é um momento impactante, marcado por sentimentos de angústia, medo, tristeza e desespero; que a necessidade de afastamento das suas atividades laborais e os reflexos do tratamento na sexualidade contribuem para sensação de redução e perda da masculinidade.

Das dificuldades enfrentadas, 39,0% dos participantes manifestaram as relacionadas à função urinária e disfunção erétil. Em menores frequências relataram fraqueza, dores nas pernas, ondas de calor, diarreia, depressão, medo de morrer, aumento e perda de peso. Algumas manifestações apoiam os achados em um estudo²⁵, realizado com

Quijada PDS, Fernandes PA, Oliveira DS de et al.

Câncer de próstata: retrato de uma realidade...

pacientes de câncer de próstata em tratamento de radioterapia, que manifestaram sintomas urinários obstrutivos e irritativos, dor, falta de energia, diarreia e alterações na vida sexual.

Quanto às limitações enfrentadas, 78,4% relataram incapacidade de obter e manter ereção para o ato sexual e diminuição ou ausência da libido. Estudo realizado com 213 pacientes²⁶, dos quais 143 receberam associação de dois tratamentos (terapia hormonal e radioterapia) e 70 com radioterapia, demonstrou que os que receberam associação dos dois tratamentos apresentaram maior impacto negativo na função sexual, ganho de peso e depressão, em relação aos tratados somente com radioterapia. Outro estudo²⁷, de revisão atual sobre a saúde sexual masculina pós-prostatectomia radical ou terapia hormonal, considerou que cada modalidade de tratamento afeta de forma significativa a função sexual e que pacientes mais jovens e com cirurgia de poupadores de nervo apresentam melhores resultados.²⁷

Quando questionados sobre o recebimento de apoio social e a qualidade da assistência prestada, 89,7% dos participantes mencionaram receber apoio seja de seus familiares, profissionais da saúde ou voluntários do hospital e 96,2% relataram satisfação com a assistência prestada. Em um estudo de revisão da literatura sobre o adoecimento de adultos por câncer e a repercussão na família²⁸, os autores concluíram que ter um membro familiar com câncer gera sentimentos positivos ou negativos, tanto para o paciente como para os familiares, influenciando no modo como a família se organizará e funcionará diante do processo de adoecimento e tratamento. Dentre os pontos positivos, apontaram as consolidações do relacionamento familiar, o apoio das esposas, filhos, familiares e a reconfiguração da vida íntima e da sexualidade. Dos pontos negativos, relataram a negação da família diante da aceitação da doença e a sobrecarga física, emocional e financeira.²⁸

Estudos realizados concluem que a presença de uma doença como o câncer pode ser uma experiência difícil, gerando medo e insegurança, destacando a necessidade de apoio social centrado na família e que por esse motivo o apoio social necessita ser centrado também na família visando melhorar as dificuldades inerentes à doença²⁹, e que grupos de apoio a pacientes com câncer de próstata representam uma possibilidade de

manutenção e/ou criação de uma rede de apoio psicossocial, considerada fundamental para o bom enfrentamento da doença.³⁰

O paciente com câncer de próstata passa por limitações impostas pela doença e por mudanças em suas relações familiares, sociais e consigo mesmo. A rotina do tratamento e suas consequências causam significativas alterações em suas vidas, por esse motivo ao adentrarem os serviços de saúde é essencial que recebam assistência humanizada.

CONCLUSÃO

A partir do objetivo proposto, os resultados demonstraram que a amostra foi composta por homens em tratamento para o câncer de próstata, predominantemente acima dos 50 anos, brancos, casados, aposentados, com ensino fundamental completo e de baixa renda. O diagnóstico inicial foi realizado através de alterações no PSA e/ou toque retal, pelo SUS, com estadiamento II. No relato das dificuldades e limitações sobressaíram as manifestações de alterações na função sexual e urinária.

Diante desses resultados, vale considerar que o estudo enfrentou algumas fragilidades referentes à localização de prontuários e participantes, o que resultou em perda de alguns sujeitos aptos a participarem. O estudo utilizou um desenho de pesquisa descritiva e transversal, o que impossibilita fazer generalizações para outras populações com câncer de próstata.

Apesar dessas dificuldades, os resultados ajudaram a definir o conhecimento das características sociais, clínicas e opiniões dos participantes diante do diagnóstico e tratamento do câncer de próstata, podendo contribuir para o planejamento da assistência prestada visando estabelecer medidas preventivas, terapêuticas e outras ações voltadas para melhor assistência.

Recomenda-se a realização de novas pesquisas com amostras maiores que ofereçam subsídios para o planejamento, a execução e avaliação dos tratamentos, possibilitando a identificação dos efeitos das diferentes modalidades terapêuticas, suas consequências na vida dos pacientes e a escolha de medidas terapêuticas menos impactantes.

REFERÊNCIAS

1. Jemal A, Vineis P, Bray F, Torre L, Forman D. The Cancer Atlas. GA: American Cancer Society [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 30] Second Ed Atlanta. Available from: <http://canceratlas.cancer.org>
2. Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional

Quijada PDS, Fernandes PA, Oliveira DS de et al.

Câncer de próstata: retrato de uma realidade...

de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro [Internet]. 2016 [cited 2016 mar 30] Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/sintese-de-resultados-comentarios.asp>

3. Mottet N, Bellmunt J, Briers, van den Bergh RCN, Bolla M, van Casteren NJ, et al. Guidelines on prostate cancer. European Association Of Urology [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 30] Available from: http://uroweb.org/wp-content/uploads/09-Prostate-Cancer_LR.pdf

4. Heidenreich A, Bastian PJ, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, van der Kwast TH, et al. Diretrizes para o câncer de próstata. Eur Urol [Internet]. 2012 [cited 2016 Mar 16]; 59(4):572-83. Available from: <http://uroweb.org/wp-content/uploads/Prostate-Cancer-2012-pocket.pdf>

5. Araujo JS, Conceição VM, Oliveira RAA, Zago MMF. Social and clinical characterization of men with prostate cancer treated at a university hospital. REME rev min enferm [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 16];19(2):196-203. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1015>

6. American Joint Committee on Cancer (AJCC). Cancer staging manual. Prostate Cancer Staging. 7th ed. [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 16]. Available from: <https://cancerstaging.org/referencetools/quickreferences/Documents/ProstateSmall.pdf>

7. Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Tipos de câncer-Próstata-Prevenção-Tratamento. Rio de Janeiro [Internet]. 2016 [cited 2016 Mar 17]. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/ti_posdecancer/site/home/prostata/prevencao

8. Migowski A, Silva GA. Sobrevida e fatores prognósticos de pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado. Rev saúde pública [Internet]. 2010 [cited 2016 Mar 08];44(2):344-52. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v44n2/16.pdf>

9. Neves JL, Schwartz E, Zillmer JGV, Lima LM, Feijó AM, Santos BP. Câncer de próstata: caracterização dos usuários de um serviço de oncologia. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 08];7(11):6360-7. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3002/pdf_3866

10. Abdollah F, Sun M, Thuret R, Abdo A, Morgan M, Jeldres C, et al. The effect of marital status on stage and survival of prostate cancer patients treated with radical prostatectomy: a population-based study. Cancer Causes Control [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 08];22(8):1085-95. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10552-011-9784-x>

11. Kao YL, Tsai YS, Ou FY, Syu YJ, Ou CH, Yang WH, et al. Determinants of quality of life in prostate cancer patients: A single institute analysis. Urological Science [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 09];26(4):254-8. Available from: [http://www.urol-sci.com/article/S1879-5226\(15\)00363-2/pdf](http://www.urol-sci.com/article/S1879-5226(15)00363-2/pdf)

12. Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Direitos sociais da pessoa com câncer: orientação aos pacientes. Rio de Janeiro [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 08] Available from: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer_4ed.pdf

13. Rosa LFA, Girardon-Perlini NMO, Stamm B, da Silva Couto M, Cardoso AL, Birk NM. Direitos legais da pessoa com câncer: conhecimentos de usuários de um serviço de oncologia público. Rev enferm UFSM [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 09];4(4):771-83. Available from: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/13002/pdf>

14. Brasil. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União. Brasília, 2012; Seção1:1-2. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm

15. Xiao H, Tan F, Goovaerts P, Adulin G, Ali AA, Huang Y, et al. Factors Associated with time-to-treatment of prostate cancer in Florida. J Health Care Poor Underserved [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 09];24(4):132-46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4337853/?report=reader>

16. Damião R, Figueiredo RT, Dornas MC, Lima DS, Koshorke MAB. Câncer de próstata. Rev HUPE [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 08];14(1):80-6. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/17931/13463>

17. Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Nota técnica conjunta nº 001/2015. Posicionamento do ministério da saúde acerca da integralidade da saúde dos homens no contexto do novembro azul. Rio de Janeiro: 2015. Available from: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/9e6e07004a50eca8968bd6504e7bf539/Nota+Técnica+CAP+finalizada.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=9e6e07004a50eca8968bd6504e7bf539>

18. Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Detecção precoce. Monitoramento das ações de controle do câncer de próstata. Rio

Quijada PDS, Fernandes PA, Oliveira DS de et al.

Câncer de próstata: retrato de uma realidade...

Janeiro: 2014. Available from: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Informativo_Deteccao_Precoce_2_agosto_2014.pdf

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4031389/>

19. Brasil. Lei nº 13.045, de 25 de novembro de 2014. Altera as Leis nos 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que "regula o § 7o do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências", e 10.289, de 20 de setembro de 2001, que "institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata", a fim de garantir maior efetividade no combate à doença. Diário Oficial da União. Brasília, 26 nov 2014; Seção 1:1. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13045.htm

26. Kushnir T, Gofrit ON, Elkayam R, Paluch-Shimon S, Lawrence YR, Weiss L, et al. Impact of androgen deprivation therapy on sexual and hormonal function in patients receiving radiation therapy for prostate cancer. *Isr med assoc j* [Internet]. 2016 [cited 2016 Mar 21];18(1):49-53. Available from:

<http://www.ima.org.il/IMAJ/ViewArticle.aspx?year=2016&month=01&page=49>

20. Santana END, Lima EMDM, Bulhões JLF, Monteiro EM, Aquino JMD. Men's health: nursing actions and perspectives. *REME rev min enferm* [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 18];15(3):324-32. Available from:

<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/41>

21. Albright F, Stephenson RA, Agarwal N, Teerlink CC, Lowrance WT, Farnham JM, et al. Prostate cancer risk prediction based on complete prostate cancer family history. *Prostate* [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 18];75(4):390-8. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4293302/pdf/pros0075-0390.pdf>

22. Westerman ME, Gershman B, Karnes RJ, Thompson RH, Rangel L, Boorjian SA. Impact of prostate cancer on clinicopathologic outcomes and survival following radical prostatectomy. *World J urol* [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 18];1-8. Available from:

<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00345-015-1738-6>

23. Zacchi SR, Amorim MHC, Souza MAC, Miotto MHMB, Zandonade E. Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com o estadiamento inicial em homens com câncer de próstata. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 31];22(1):93-100. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00093.pdf>

24. Modena CM, Martins AM, Gazzinelli AP, Schall SSLDA, Torres V. Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico. *Temas psicol* [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 21];22(1):67-78. Available from:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000100006

25. Yamamoto S, Fujii Y, Masuda H, Urakami S, Saito K, Kozuka T, et al. Longitudinal change in health-related quality of life after intensity-modulated radiation monotherapy for clinically localized prostate cancer. *Qual Life Res* [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 21];23(5):1641-50. Available from:

27. Canalichio K, Jaber Y, Wang R. Surgery and hormonal treatment for prostate cancer and sexual function. *Transl androl urol* [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 21];4(2):103-9. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4708130/>

28. Mathias CV, Girardon-Perlini NMO, Mistura C, Jacobi CDS, Stamm B. O adoecimento de adultos por câncer e a repercussão na família: uma revisão da literatura. *Rev aten saúde* [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 22];13(45):80-6. Available from:

http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2818/1786

29. Rodrigues JSM, Ferreira NMLA, Caliri MHL. Caracterização do apoio social percebido pela família do doente adulto com câncer. *Rev med FMRP* [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 22];46(3):289-96. Available from:

<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/69143/71598>

30. Moscheta MS, Santos MA. Support groups for prostate cancer patients: integrative literature review. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2016 Mar 24];17(5):1225-33. Available from:

<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n5/a16v17n5.pdf>

Submissão: 30/04/2016

Aceito: 08/05/2017

Publicado: 15/06/2017

Correspondência

Patrícia Daniela dos Santos Quijada
Rua Vital Ferreira Rangel, 170
Bairro Jardim Nova Igarapava
CEP: 14540-000 – Igarapava (SP), Brasil