**O PAPEL DO ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR COM O CÂNCER DE PRÓSTATA**

**TAVARES, Lia Mara[[1]](#footnote-1)**

**RESUMO**

Esta pesquisa teve como objetivo geral de apresentar as formar de manifestações clinicas, objetivos específicos de relatar os exames mais utilizados para diagnósticos e acompanhamento, verificar como estão sendo tratados os pacientes com câncer de próstata. Os objetivos específicos foram de relatar os exames mais utilizados para diagnósticos e acompanhamento, verificar como estão sendo tratados os pacientes com câncer de próstata. Este trabalho foi realizado através de revisão bibliográfica baseando-se nos autores SANTOS, MARCONI. Foram utilizados com fonte de dado alguns capítulos de livros. Procurou-se identificar leituras para esta pesquisa para que fossem colhidas informações que ajudasse este estudo e de resultados e detectar a doença precoce para que se apliquem as intervenções necessárias para a assistência de enfermagem ao paciente portador com o câncer da próstata, de acordo com as precauções existentes, tendo como bases de dados cartilhas, manuais, normas e portarias assim como artigos pesquisados no SCIELO Google. Foi estudado sobre assistência de enfermagem ao paciente portador com o câncer de próstata. O trabalho dos enfermeiros juntos a sociedade é de grande valia

pois a realização de trabalhos para prevenir a saúde, torna-se importante para a classe atingir o objetivo que permeiam os níveis de prevenção primária. O profissional de enfermagem oferece ajuda a esta população, sendo que é muito importante o diagnóstico do câncer de próstata, dando a prioridade e uma atenção especial ao público que se encontra em estado especial. Contudo, esta pesquisa permite esclarecer aos homens sobre a doença do câncer da próstata, para que haja com conscientização dos exames necessários que precisam ser feitos.

Palavras-chave: Câncer de Próstata. Diagnóstico Precoce. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O contexto deste estudo foi mostrar ações que acometem o câncer de próstata, suas causas, diagnósticos, função fator de risco entre outros itens relacionado a essa doença (INCA[[2]](#footnote-2) 2006).

De acordo com o instituto do câncer (INCA, 2006), órgão do ministério da saúde responsável pela prevenção e controle do câncer no Brasil, o problema é que todo homem nasce programado para ter câncer de próstata, pois todos carregam em seu código genético o chamado “proto-oncogens’’, que dão a ordem para uma célula normal se transformar em outra maligna”.

As maiores dificuldades hoje encontrada é a existência de vários fatores de risco associados ao câncer de próstata, devido a sua alta incidência, medidas preventivas devem ser adotadas com objetivo de reduzir complicações (INCA 2006).

No Brasil, apesar das estatísticas não serem muitos fiéis, já caminha para a primeira causa de mortes por câncer. Com os progressos da Medicina e de outras áreas que interferem com a saúde, espera-se para as próximas décadas uma população cada vez maior de homens atingindo faixas etárias bem superiores aquela, portanto mais casos de Câncer de Próstata serão diagnosticados. Atualmente, existem no país diversas campanhas de detecção precoce dessa neoplasia. (INCA,2006).

Este trabalho foi realizado através de revisão de literatura. Baseou-se nos autores SANTOS, MARCONI. Foram utilizados com fonte de dado alguns capítulos de livros, documentos e manuais publicados pelo Ministério da Saúde.

Procurou-se identificar artigos para esta pesquisa para que fossem colhidas informações que contemplassem o critério de estudo, de avaliação e de resultados comparativos para a detecção precoce e aplicação de intervenções breves para a assistência de enfermagem ao paciente portador com o câncer da próstata, de acordo com as precauções existentes, mediante localização de diferentes descritores de busca bibliográfica tendo como bases de dados cartilhas, manuais, normas e portarias assim como artigos pesquisados no SCIELO Google. Como critérios de inclusão neste estudo, foram definidos idiomas em que os trabalhos foram escritos, período de sua publicação e pertinência ao tema: Assistência de enfermagem ao paciente portador com o câncer de próstata.

Esta pesquisa teve como Objetivo Geral de apresentar as formar de manifestações clinicas, objetivos específicos de relatar os exames mais utilizados para diagnósticos e acompanhamento, verificar como estão sendo tratados os pacientes com câncer de próstata. Os serviços públicos costumam ser percebidos como um espaço feminizado observou-se que nos anos anteriores havia somente o outubro rosa, depois de muitos debates entre os profissionais da saúde e mídia, ouve uma mudança considerável neste quadro clínico, sendo que essa situação provocou nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço.

Diante desta justificativa, reforça-se a relevância da prática da educação em saúde em todos os aspectos sendo ele masculino ou feminino que haja o exercício da cidadania, que possibilita à sociedade a busca dos seus direitos e o cumprimento dos seus deveres. Esta pesquisa foi dividido em 3 capítulos sendo o primeiro que relata sobre: Conceitos, já o segundo capítulo fala sobre: Os tipos de tratamentos e no terceiro e último capítulo: À importante atuação do enfermeiro no contexto do câncer.

1. CONCEITOS

O tratamento do câncer de próstata é individualizado, levando sempre em consideração a expectativa de vida do paciente, a dimensão da próstata, o grau de desenvolvimento da doença, a vontade do paciente e recursos disponíveis.

A definição de câncer permitirá o aprofundamento e caracterização deste trabalho, portanto, Robbins[[3]](#footnote-3) (1999, p.282) define o câncer como sendo “todo tumor maligno”. Em complemento a definição apontada por Bogliolo, o INCA (Instituto Nacional do Câncer, 2010), define câncer como o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, podendo invadir tecidos e órgãos; como se dividem muito rapidamente, estas células tendem a ser bastante malignas. Agressivas e incontroláveis, determinando assim a formação de tumores ou neoplasias

Já Smeltzer[[4]](#footnote-4) (2005) afirma que: “o câncer não é uma doença única, com uma única causa”, pois considera ser “um grupo de doenças distintas com diferentes causas, manifestações, tratamentos e prognósticos”. Em relação ao câncer e suas características Santos e Sebastiani, afirmam que:

O câncer é considerado uma doença crônica, ou seja, é um estado patológico que apresenta uma ou mais das seguintes características: permanência, incapacidade residual, produz alterações patológicas não reversíveis requer reabilitação ou necessita de períodos longos de observação, controle e cuidados. Desta forma a doença crônica exige que a pessoa adapte-se a sua vida com a doença e se reestruture para, na medida do possível, viver com qualidade e perdas impostas pela enfermidade (SANTOS[[5]](#footnote-5) e SEBASTIANI apud SANTOS, 2006, p.17).

1.2 Fisiopatologia do câncer

Em relação à fisiopatologia do câncer, BRUNNER[[6]](#footnote-6) (2005, p.336) afirma que:

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

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

O INCA (2010) complementa afirmando que uma célula normal pode sofrer alterações no DNA dos genes (que respondem por guardar e fornecer instruções para as atividades das células no nosso organismo). Essas alterações podem ocorrer em genes especiais, chamados de protooncogenes, que a princípio são inativados em células normais.

Quando ativados, os protooncogenes transformam-se em oncogenes, responsáveis pela malignização das células normais, tornando-as cancerígenas. O autor relata que: “pode-se levar anos até que uma célula cancerosa prolifere e dê origem a um tumor visível”. Desta forma, esse processo passa por três estágios antes de se chegar ao tumor. A esse processo dá-se o nome de carcinogênese. Em complemento, o autor aponta para os três estágios da carcinogênese. São eles:

* Estágio de iniciação:

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

* Estágio de promoção:

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

* Estágio de progressão:

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

(Ainda segundo o INCA (2010), as causas do câncer podem ser externas relacionadas ao meio ambiente, hábitos e costumes), ou internas (geneticamente pré-determinadas), ou ainda estarem inter-relacionadas.

Deste modo, o surgimento do câncer vai depender da intensidade e duração da exposição das células aos agentes causadores de câncer.

1.3 Anatomias da próstata

De acordo com Netinna[[7]](#footnote-7) (2001), a próstata é uma glândula masculina que pesa cerca de 20 gramas e se localiza na parte baixa do abdômen. É um órgão bem pequeno com formato de maçã, e localizado logo abaixo da bexiga e adiante do reto. A próstata envolve a porção inicial da uretra, um tubo pelo qual a urina armazenada na bexiga é eliminada. A próstata secretos fluídos que compõem parte do sêmen, um líquido espesso que contém os espermatozoides produzidos pelos testículos e que é eliminado durante o ato sexual.

Esta definição de sua anatomia se assemelha a de DÂNGELO[[8]](#footnote-8) E ATTINE (2002):

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

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

De acordo com Cotran[[9]](#footnote-9) e Kumar (2000), de forma clássica, a próstata no adulto divide-se em quatro zonas ou regiões biológicas, anatomicamente distintas: periférica, central, transicional e periuretral.

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

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

Para Srougi[[10]](#footnote-10) et al. (2008, p.171) “a diferenciação glandular nos casos de adenocarcinoma da próstata constitui um importante fator prognóstico, relacionando-se com o comportamento biológico do tumor e a sobrevida do paciente.”

1.4 Fisiologia da próstata

Quanto à fisiologia da próstata, Guyton[[11]](#footnote-11) (2002, p.859, 860), descreve que a função da próstata consiste em secretar um líquido ralo e leitoso, em que, por meio da sua emissão ocorrem as contrações prostáticas em conjunto com as contrações do canal deferente, de modo que esse líquido é acrescentado ao volume do sêmen. Por este líquido ser ligeiramente alcalino, é provável que ele ajude a neutralizar a acidez dos outros líquidos seminais durante a ejaculação, aumentando, assim, a motilidade e a fertilidade nos espermatozoides.

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

1.5 Câncer da próstata

De acordo com a SBU[[12]](#footnote-12) (Sociedade Brasileira de Urologia, 2010), o câncer de próstata é a neoplasia visceral mais frequente do homem, representando mais de 40% dos tumores que atingem os homens acima de 50 anos.

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

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

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

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

De acordo com Santos[[13]](#footnote-13) (2006, p.18), “o aumento nas taxas de incidência pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos, pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida do brasileiro.”

Em confirmação à citação anterior, Rhoden e Averbeck[[14]](#footnote-14) (2010, p.93) relata “que estudos epidemiológicos atuais apontam para um crescimento das taxas de incidência de câncer de próstata em todas as partes do mundo”, e, além disso, ressalta o aumento da longevidade populacional e sua possível relação com a influência de fatores ambientais, dietéticos e outros ainda não identificados.

Para Vieira[[15]](#footnote-15) (2010, p.1), “fatores hereditários, variações regionais e raciais, devido às condições genéticas e ambientais, principalmente alimentares interferem na incidência do câncer de próstata.”

Para complementação da ideia, Inca e Hering afirmam que:

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

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

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

1.6 Fisiopatologia do câncer de próstata

Para Rubin[[16]](#footnote-16) (2006, p.937), “a causa do adenocarcinoma prostático é desconhecida, mas o principal foco de interesse de pesquisa está direcionado para influências endócrinas.”

Segundo Robbins[[17]](#footnote-17) (2005, p.1097), “acredita-se que os androgênios participem na patogênese do câncer de próstata. O suporte para esta tese geral reside na inibição destes tumores por meio da orquiectomia.”

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

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

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

Conforme Srougi[[18]](#footnote-18) et al. (2008, p.171), “todo homem nasce programado para ter câncer de próstata, pois todos carregam em seu código genético, protooncogenes, que dão a ordem para uma célula normal se transformar em uma outra maligna.”

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

1.7 Meios diagnósticos

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

Segundo Vieira[[19]](#footnote-19) (2010, p.173) a detecção do câncer de próstata é feita através de medidas do PSA sérico, pelo toque digital da glândula e ultrassonografia transretal. Os exames de PSA e o toque digital da glândula são tidos pelo Ministério da Saúde como exames preventivos, de modo que ao suspeitar de alguma irregularidade o médico poderá solicitar outros exames como a biópsia por ultrassonografia transretal (USTR).

1.8 PSA

O PSA (Antígeno Prostático Específico) trata-se de uma protease da serina  
neutra, que é produzida pelas células do epitélio ductal prostático normal e neoplásico, sendo secretado para a luz glandular (SMELTZER 2005, p.1584).  
 A concentração de PSA no sangue segundo Smeltzer (2005, p.1584), indica a proporção de massa prostática total, e não necessariamente uma malignidade; portanto são recomendados a realização concomitante do PSA e toque digital, para melhor detecção do câncer de próstata.

Em relação a esta afirmação, Srougi salienta que o PSA também tem seus  
valores aumentados em outras enfermidades. Daí a importância de se aliar o exame de toque à dosagem do PSA, para que assim seja possível aumentar as chances de um diagnóstico correto (SROUGI[[20]](#footnote-20) apud SANTOS, 2006, p.19).

Segundo o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata, são aceitos como valores limites normais do PSA até 4 ng/ml, podendo existir também tumores com PSA abaixo deste valor.

Para um PSA que apresente valores acima de 10 ng/ml, indicasse biópsia, já para valores entre 4 - 10 ng/ml, leva-se em consideração a velocidade do PSA e a relação PSA livre/total (Ministério da Saúde, 2002, p.14). SROUGI et al. (2008, p.173) fazem a seguinte afirmação quanto aos valores limites do PSA:

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

Dado o exposto, Thompson e Perez ressaltam “que a dosagem do antígeno prostático específico permite o diagnóstico do adenocarcinoma da próstata em formas mais iniciais que apresentam grande potencial de cura” (TOMPSOM**[[21]](#footnote-21)** e PEREZ apud NEVIANI, 2009, p.1).

1.9 Toque digital

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

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

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

**2 . OS TIPOS DE TRATAMENTOS**

O tratamento para o câncer de próstata varia de acordo com o estágio da doença, bem como idade e sintomas do paciente, podendo incluir radioteparia, prostectomia, orquiectomia e terapia hormonal (SMELTZER[[22]](#footnote-22), 2005, p.1585).

Sendo que, ao se planejar o tratamento dos casos de câncer da próstata, deve-se levar em consideração a extensão da doença, o grau histológico do tumor e as condições gerais do paciente. Quanto à escolha do tratamento mais adequado, SANTOS[[23]](#footnote-23) (2006, p.20) afirma que:

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

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

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

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

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

2.1 Radioterapia

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

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

O autor ainda comenta que após o procedimento o paciente retorna para a casa, devendo este evitar contatos íntimos com mulheres grávidas e lactentes por até dois meses, e as orientações de segurança contra a radiação incluem fazer uso de preservativos por duas semanas, pois as pérolas podem atravessar a uretra. O mesmo salienta que os efeitos colaterais incluem inflamação do reto, intestino e bexiga, que por sua vez apresentará dor à micção e à ejaculação, até que a irritação diminua.

A radioterapia convencional, entretanto, é frequentemente acompanhada por altos índices de toxicidades precoces e tardias. O avanço tecnológico da

computação e máquinas de radioterapia permitiram o desenvolvimento de formas mais elaboradas de tratamento irradiante, como a braquiterapia. Essas novas técnicas possibilitaram, em relação à radioterapia convencional, a administração de doses de irradiação mais elevadas no tecido alvo e menores nos tecidos normais, reduzindo-lhes a toxicidade e melhorando a chance de controle tumoral. NEVIANE[[24]](#footnote-24) (2009, p.1,2)

2.2 Prostectomia

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

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

Ressecção Transuretral da Próstata: É o procedimento mais comumente  
utilizado e pode ser realizado através de endoscopia com a introdução do  
instrumento cirúrgico e óptico diretamente na próstata através da uretra  
removendo a glândula em pequenas partes com uma alça de corte elétrico.

Este procedimento não necessita de incisão cirúrgica, é indicado para pacientes que apresentam próstata pequena ou aqueles considerados como portadores de risco cirúrgico ruim, pode ser necessária a repetição do procedimento, pois o tecido pode voltar a crescer, raramente provoca disfunção erétil, mas pode  
provocar ejaculação retrógrada.

•Prostectomia Suprapúbica: Método utilizado para remoção da glândula  
prostática através de uma incisão abdominal, podendo ser usado em uma  
glândula de qualquer tamanho e acarretam poucas complicações como as  
concomitantes de qualquer outro procedimento que envolva incisão cirúrgica.  
  
•Prostectomia Perineal: Envolve a remoção da glândula prostática através  
de uma incisão cirúrgica no períneo, sendo esta uma conduta prática,  
facilitando uma biópsia aberta. No pós- operatório a ferida cirúrgica pode ser  
facilmente contaminada por estar próxima ao reto, os pacientes podem ainda apresentar incontinência urinária, impotência e lesão retal.

•Prostectomia Retropúbica: Consiste em uma incisão abdominal e aborda  
a próstata sem adentrar a bexiga. Este procedimento é adequado para grandes glândulas localizadas na parte alta da pelve, e podem trazer infecções no espaço retropúbico.

•Incisão Transuretral da Próstata: Procedimento realizado no tratamento  
da HBP (Hiperplasia Benigna da Próstata) com a introdução de um instrumento através da uretra por uma ou duas incisões feitas na próstata e na cápsula prostática para reduzir a pressão da próstata sobre a uretra e diminuir a constrição uretral, é indicada quando a glândula prostática é pequena, também apresenta uma menor taxa de complicações que outros procedimentos.

•Prostectomia Radical Laparoscópica: Este método foi recentemente  
desenvolvido na França e acredita-se que será amplamente utilizado no lugar da cirurgia mais extensa para pacientes com câncer de próstata localizado, pois a conduta laparoscópica propicia melhor visualização do sítio cirúrgico e áreas circunvizinhas. As vantagens apresentadas são as de que o paciente tem uma necessidade menor de ser transfundido, internação mais curta, menos dor no pós-operatório e retorno mais rápido a atividades normais em comparação à prostectomia radical aberta.

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

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

2.3 Terapia Hormonal e Orquiectomia

A hormonioterapia é mais comumente utilizada para tratamento dos cânceres disseminados. Ela não cura o câncer e sim reduz seu tamanho. Existem duas opções: remoção cirúrgica dos testículos (orquiectomia) e medicamentos que inibem a produção ou a ação da testosterona (androgênios).

Assim como a testosterona estimula o crescimento prostático, a remoção de  
ambos os testículos (orquiectomia) o inibe, pois impede a formação da  
testosterona. Entretanto, não foram descobertas alterações consistentes  
significativas nos níveis ou metabolismo da testosterona em muitos estudos.  
Parece mais provável, portanto, que o papel dos hormônios nesta malignidade seja essencialmente permissivo porque são necessários androgênios para a manutenção do epitélio prostático. ROBBINS (2005)

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

O câncer de próstata geralmente pode ser inibido pela administração de  
estrogênio na forma de dietilestilbestrol (DES). Esta terapia tem sido usada para a inibição das gonadotropinas responsáveis pela atividade androgênica  
testicular, impedindo que o hormônio androgênico promova o crescimento da malignidade. (SMELTZER (2005, p.1585)

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

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

Sabe-se que a testosterona estimula a multiplicação das células, assim, com a remoção dos testículos a produção desse hormônio cai significativamente.  
 Com a realização da orquiectomia, ou ainda pela administração medicamentosa, é possível suprimir os estímulos androgênicos para a próstata, isto acontece porque os níveis plasmáticos de testosterona são diminuídos. Com a diminuição dos níveis plasmáticos de testosterona pela realização da orquiectomia, remove-se o estímulo testicular necessário para o crescimento contínuo da próstata, resultando em atrofia.

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

Mesmo alguns pacientes cujo câncer de próstata já metastático para quase  
todos os ossos do corpo podem ser tratados com sucesso durante alguns  
meses a anos com a remoção dos testículos, terapia com estrogênios ou  
ambas; depois dessa terapia, as metástases costumam diminuir de tamanho, e observa-se cura parcial dos ossos. (ROBBINS[[25]](#footnote-25) (2000, p.867)

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

**3. À IMPORTANTE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DO CÂNCER.**

“O estudo do câncer de próstata reveste-se de grande relevância, em função da sua elevada incidência clínica e das altas taxas de cura desses pacientes quando a doença é detectada em fases iniciais” (SROUGI et al., 2008, p.170).  
 Vieira et al. (2008) ressalta que mesmo tendo testes de detecção precoce  
disponíveis nos serviços de saúde, 25% dos homens que têm a doença já  
apresentaram metástase na hora do diagnóstico.

A detecção precoce de um câncer é composta por ações que visam o  
diagnóstico precoce em indivíduos sintomáticos, e por ações de rastreamento, que é a aplicação de exames para a detecção da doença em indivíduos assintomáticos (INCA[[26]](#footnote-26),2010).  
 Para Gomes, “a detecção precoce e o tratamento do câncer de próstata devem considerar os aspectos emocionais envolvidos, visto que muitos homens adiam e/ou recusam-se a participar de programas preventivos” (GOMES apud VIEIRA, 2010, p.3).

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

Para alguns autores, o retardo no diagnóstico do câncer de próstata prende-se a diversos fatores como o preconceito, a falta de exames sensíveis a fim de detectar o tumor em fase microscópica e principalmente pela falta de informação da população leiga que mantém uma crença negativa e ultrapassada sobre o câncer.  
 Frente a esta problemática, com a realização de ações continuas na  
conscientização da população, na promoção da saúde e detecção precoce do câncer, procura-se ampliar o acesso dos homens aos serviços de saúde (RIBEIRO[[27]](#footnote-27), 2006).

Concordando com o autor descrito acima, Braz (2005, p.98) complementa que este tema relacionado à saúde masculina vem sendo pouco abordado e discutido. No tocante a este assunto, Gutierrez et al. apud Carvalho (2005), afirmam que:

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

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

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

Dentro deste papel educativo na prevenção, MOTA[[28]](#footnote-28) (2010) traz que:

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

O enfermeiro tem como função garantir a todo homem acesso a exames  
preventivos de diagnóstico na atenção básica, e tratamento nos serviços  
especializados. Desta forma é necessária uma atuação voltada para a promoção da saúde do homem, através de trabalhos, focando orientações sobre tabus e o medo da realização do exame.

Quanto ao papel do enfermeiro na atualidade, FRIGATO[[29]](#footnote-29) e HOGA (2003, p.213) afirmam que:

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

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

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

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

Deste modo, para Silveira e Zago[[30]](#footnote-30) (2006, p.615) devido à importante atuação do enfermeiro no contexto do câncer, a pesquisa em enfermagem oncológica faz-se essencial para gerar a base de conhecimento que fundamenta a prática clinica, além de poder identificar o impacto do câncer e do tratamento na vida de pacientes e familiares.

Muitas foram às referências médicas encontradas voltadas ao tratamento do câncer prostático, porém apenas Miranda[[31]](#footnote-31) (2004), um autor médico, foca a importância da prevenção do câncer em seus estudos.

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

**CONCLUSÃO**

Devido à importância do diagnóstico precoce para o câncer de próstata em homens com mais de 40 anos, esta pesquisa procurou identificar a incidência da realização dos exames do câncer de próstata, e buscou ainda analisar os motivos que os afastam da busca pelo diagnóstico precoce, apresentando assim as formar de manifestações clinica.

É importante ressaltar a receptividade por parte dos homens sendo que estes quando abordados e informados quanto ao assunto, o associavam de imediato ao toque retal, o que comprova que o câncer de próstata está totalmente ligado ao imaginário masculino quanto ao toque reto, sendo que precisam adotar esta prática para prevenir a doença.

Após as leituras bibliográficas dos autores acima citados, constatou-se que dentre os homens predominaram aqueles com idade acima dos 61 anos, sendo que quanto ao grau de escolaridade, fez-se notório que todos iniciaram o ensino fundamental, o que mostra não se tratar de um público leigo, apesar da baixa escolaridade.   
 A pesquisa mostrou também, que os homens possuem conhecimento sobre o câncer de próstata, visto que conhecem os sintomas, conhecem os exames, e que possuem dúvidas apenas quanto aos tipos de tratamento, pois na pesquisa constatou-se que tem homens que afirmam não conhecê-los. Desta forma, é importante ressaltar também, que se o homem detectar a tempo esta doença ela é mais fácil de tratar, isso quando na fase inicial.

Foram levantados como motivos da não realização diversos fatores como a falta interesse, a falta de informação, falta de oportunidade, vergonha e outros, e com incidência o medo.

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

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

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

Portanto se faz necessária a continuidade em pesquisas a respeito deste tema, esta pesquisa também identifica a importância da realização de medidas educativas, visando a promoção da saúde, prevenção e tratamento adequado aos indivíduos portadores desta doença.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BRUNER e Suddarth. **Tratamento de enfermagem médico-cirúrgico**.9ºed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogon 2005, 4.v

CESTARI, Maria Eliza Wotzasek; ZAGO, Márcia Maria Fontão. **A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. Rev. Bras. Enferm.** 2005.

COTRAN, R. S. ; CRAWFORD, J. M. **Pâncreas.** In: COTRAN, R. S. ; KUMAR, V. ; COLLINS, T. Patologia estrutural e funcional. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Marcodes. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2005.

DÂNGELO, J.G.; FATTINI, C. A. **Anatomia humana e segmentar.** 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2005

FRIGATO, Sheila; HOGA, Luiza Akiko Komura. **Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. Revista Brasileira de Cancerologia**, 2003.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John, E. **Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças**. 6 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 639p.

INCA; Instituto Nacional do **Câncer.** Síntese de Resultados e Comentários [material eletrônico]. Rio de Janeiro: INCA; 2010.

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

MOTA, Sâmia Duarte. **A atuação do enfermeiro na detecção precoce do câncer .**2010.

NETTINA, S. M. **Transtornos Renais e Urinários**. In: \_\_\_\_\_\_ Brunner. Prática de Enfermagem. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap. 21, p. 773 -774.

NEVIANI, Cristiano Beck. **Resultados da associação de braquiterapia de alta taxa de dose à teleterapia no câncer da próstata.** São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5151/tde-10032010-101646/pt-br.php> Acesso em: 19 setembro, 2010.

RHODEN, Ernani Luis, AVERBECK Márcio Augusto. **Câncer de próstata localizado.** Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 54 (1): 92-99, jan.-mar. 2010. Disponível em: http://amrigs.com.br/revista/54-01/20-488\_cancer\_de\_prostata.pdf. Acesso em 20 de abril de 2010.

RIBEIRO, Andréa Mara. **O Papel do Enfermeiro com Pacientes Portadores do Câncer de Próstata.** Disponível em: <http://www.uniandrade.edu.br/  
links/menu3/publicacoes/revista\_enfermagem/artigo069.pdf>Acesso em: 06 abril, 2010.

ROBBINS, Stephen P. **Comportamento do ser humano** Tradução: Reynaldo 2006, p.937.

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

SANTOS JR., J. C. M. **Doença de próstata: aspectos clínicos e diagnósticos**. Rev. Bras. v. 19, n. 44, p. 276-285, out./dez. 1991.

SANTOS, A. C. F; SILVA, E. M; PACHECO, J. B. P. **Avaliação da primeira campanha para o diagnóstico e prevenção do câncer de próstata promovido pela prefeitura municipal de Anápolis.** Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente.v. 13. n. 17. p. 25 -42. 2006.

SBU - Sociedade Brasileira de Urologia. [**http://www.sbu.org.br/?noticias&id=2010**](http://www.sbu.org.br/?noticias&id=2010)

SMELTZER, S. C. ; BARE, B. G. **Histórico e tratamento de pacientes com diabetes mellitus.** In: \_\_\_\_\_\_. Tratado de enfermagem médico-cirurgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2005. Cap. 37.

SROUGI M: **Câncer da Próstata**. In: Schor N, Srougi M; Nefrologia, Urologia Clínica, São Paulo, Sarvier Editora, 2006, pág. 225.

THOMPSON, R. F**. O papel importante do enfermeiro.** 238, p. 1729-1730, 2009.

VIEIRA, Luiza J. E. de S., et al. **Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes.** Ciência e Saúde Coletiva.v.13. n.1.p.145-152.Fev. 2008.

1. Professora Pedagoga [↑](#footnote-ref-1)
2. INCA; Instituto Nacional do **Câncer.** Síntese de Resultados e Comentários [material eletrônico]. Rio de Janeiro: INCA; 2010. [capturado em: 2009 mar 29]. Disponível em URL: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/sie/home/prostata/definição](HTTP://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/sie/home/prostata/definição)

   Koogan. 2000. Cap. 20. [↑](#footnote-ref-2)
3. ROBBINS, Stephen P. **Comportamento do ser humano** Tradução: Reynaldo 2006, p.937.

   [↑](#footnote-ref-3)
4. SMELTZER, S. C. ; BARE, B. G. **Histórico e tratamento de pacientes com diabetes mellitus.** In: \_\_\_\_\_\_. Tratado de enfermagem médico-cirurgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2005. Cap. 37.

   [↑](#footnote-ref-4)
5. SANTOS, A. C. F; SILVA, E. M; PACHECO, J. B. P. **Avaliação da primeira campanha para o diagnóstico e prevenção do câncer de próstata promovido pela prefeitura municipal de Anápolis.** Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente.v. 13. n. 17. p. 25 -42. 2006. [↑](#footnote-ref-5)
6. BRUNER e Suddarth. **Tratamento de enfermagem médico-cirúrgico**.9ºed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogon 2005, 4.v [↑](#footnote-ref-6)
7. NETTINA, S. M. **Transtornos Renais e Urinários**. In: \_\_\_\_\_\_ Brunner. Prática de Enfermagem. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap. 21, p. 773 -774. [↑](#footnote-ref-7)
8. DÂNGELO, J.G.; FATTINI, C. A. **Anatomia humana e segmentar.** 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2005. [↑](#footnote-ref-8)
9. COTRAN, R. S. ; CRAWFORD, J. M. **Pâncreas.** In: COTRAN, R. S. ; KUMAR, V. ; COLLINS, T. Patologia estrutural e funcional. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Marcodes. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2005. [↑](#footnote-ref-9)
10. SROUGI M: Câncer da Próstata. In: Schor N, Srougi M; Nefrologia, Urologia Clínica, São Paulo, Sarvier Editora, 2006, pág. 225. [↑](#footnote-ref-10)
11. GUYTON, Arthur C.; HALL, John, E. **Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças**. 6 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 639p. [↑](#footnote-ref-11)
12. SBU - Sociedade Brasileira de Urologia. [**http://www.sbu.org.br/?noticias&id=2010**](http://www.sbu.org.br/?noticias&id=2010) [↑](#footnote-ref-12)
13. SANTOS, A. C. F; SILVA, E. M; PACHECO, J. B. P. **Avaliação da primeira campanha para o diagnóstico e prevenção do câncer de próstata promovido pela prefeitura municipal de Anápolis.** Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente.v. 13. n. 17. p. 25 -42. 2006. [↑](#footnote-ref-13)
14. RHODEN, Ernani Luis, AVERBECK Márcio Augusto. **Câncer de próstata localizado.** Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 54 (1): 92-99, jan.-mar. 2010. Disponível em: http://amrigs.com.br/revista/54-01/20-488\_cancer\_de\_prostata.pdf. Acesso em 20 de abril de 2010.

    [↑](#footnote-ref-14)
15. VIEIRA, Luiza J. E. de S., et al. **Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes.** Ciência e Saúde Coletiva.v.13. n.1.p.145-152.Fev. 2008.

    [↑](#footnote-ref-15)
16. RUBIN, Emanuel. **Rubin, patologia: bases clinicopatológicas de medicina / editorchefe Emanuel Rubin et al.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. [↑](#footnote-ref-16)
17. ROBBINS, Stephen P. **Comportamento do ser humano** Tradução: Reynaldo 2006, p.937 [↑](#footnote-ref-17)
18. SROUGI M: Câncer da Próstata. In: Schor N, Srougi M; Nefrologia, Urologia Clínica, São Paulo, Sarvier Editora, 2006, pág. 225. [↑](#footnote-ref-18)
19. VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza et al. **Prevenção do câncer de próstata na ótica**  
    **do usuário portador de hipertensão e diabetes. Ciência & Saúde Coletiva**, 13  
    (1):145-152, 2008. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63013118.pdf>  
    Acesso em: 16 outubro, 2010. [↑](#footnote-ref-19)
20. SMELTZER, S. C. ; BARE, B. G. **Histórico e tratamento de pacientes com diabetes mellitus.** In: \_\_\_\_\_\_. Tratado de enfermagem médico-cirurgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2005. Cap. 37.

    [↑](#footnote-ref-20)
21. THOMPSON, R. F**. O papel importante do enfermeiro.** 238, p. 1729-1730, 2009.

    [↑](#footnote-ref-21)
22. SMELTZER, S. C. ; BARE, B. G. **Histórico e tratamento de pacientes com diabetes mellitus.** In: \_\_\_\_\_\_. Tratado de enfermagem médico-cirurgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2005. Cap. 37. [↑](#footnote-ref-22)
23. SANTOS JR., J. C. M. **Doença de próstata: aspectos clínicos e diagnósticos**. Rev. Bras. v. 19, n. 44, p. 276-285, out./dez. 1991. [↑](#footnote-ref-23)
24. NEVIANI, Cristiano Beck. **Resultados da associação de braquiterapia de alta taxa**  
    **de dose à teleterapia no câncer da próstata.** São Paulo, 2009. Disponível em:  
    <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5151/tde-10032010-101646/pt-br.php>  
    Acesso em: 19 setembro, 2010. [↑](#footnote-ref-24)
25. ROBBINS, Stephen P. **Comportamento do ser humano** Tradução: Reynaldo 2000. [↑](#footnote-ref-25)
26. INCA; Instituto Nacional do **Câncer.** Síntese de Resultados e Comentários [material eletrônico]. Rio de Janeiro: INCA; 2010. [capturado em: 2009 mar 29]. Disponível em URL: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/sie/home/prostata/definição](HTTP://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/sie/home/prostata/definição)

    Koogan. 2000. Cap. 20.

    [↑](#footnote-ref-26)
27. RIBEIRO, Andréa Mara. **O Papel do Enfermeiro com Pacientes Portadores do**  
    **Câncer de Próstata.** Disponível em: <http://www.uniandrade.edu.br/  
    links/menu3/publicacoes/revista\_enfermagem/artigo069.pdf>Acesso em: 06 abril, 2010. [↑](#footnote-ref-27)
28. MOTA, Sâmia Duarte. **A atuação do enfermeiro na detecção precoce do câncer de**  
    **mama.**2010.Disponível em:**<**http://www.webartigos.com/articles/35127/1/A-ATUACAO-DO-ENFERMEIRO-NADETECCAO-PRECOCE-DO-CANCER-DE-MAMA/pagina1.html>  
    Acesso em: 23 novembro, 2010. [↑](#footnote-ref-28)
29. FRIGATO, Sheila; HOGA, Luiza Akiko Komura. **Assistência à mulher com câncer de**  
    **colo uterino: o papel da enfermagem. Revista Brasileira de Cancerologia**, 2003, 49  
    (4): 209-214. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n\_49/v04/pdf/ARTIGO1.pdf>  
    Acesso em: 09 agosto, 2010. [↑](#footnote-ref-29)
30. CESTARI, Maria Eliza Wotzasek; ZAGO, Márcia Maria Fontão. **A prevenção do câncer**  
    **e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. Rev. Bras. Enferm.** 2005,  
    mar-abr; 58 (2): 218-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000200018&script=sci\_arttext>Acesso em: 16 outubro, 2010. [↑](#footnote-ref-30)
31. MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro et al. **Práticas de diagnóstico precoce de câncer**  
    **de próstata entre professores da faculdade de medicina – UFMG. Rev. Assoc.**  
    **Med. Bras. Vol.50 no.3 São Paulo July/Sept.2004.** [↑](#footnote-ref-31)