

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Especialização em Psicologia e Saúde: Psicologia Hospitalar

Débora Coelho dos Santos

**OS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO PACIENTE COM
CÂNCER DE PRÓSTATA**

São Paulo, 2011.

Débora Coelho dos Santos

**OS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO PACIENTE COM
CÂNCER DE PRÓSTATA**

Monografia apresentada à banca examinadora do curso de Especialização Psicologia e Saúde: Psicologia Hospitalar da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – COGEAE, como exigência parcial para a obtenção do título de Especialista em Psicologia e Saúde: Psicologia Hospitalar pelo Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar do programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, sob a orientação da Profa. Ms. Maria Aparecida Mello.

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

São Paulo, 2011.

OS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO PACIENTE COM CÂNCER DE PRÓSTATA

Débora Coelho dos Santos

Banca Examinadora

Orientadora: Profa. Ms. Maria Aparecida Mello
Doutoranda em Psicologia Clínica – PUC

Profa. Dra. Mathilde Neder
Coordenadora do Curso de Psicologia e Saúde: Psicologia Hospitalar

Profa. Dra. Terezinha Calil Padis Campos
Apoyo de Coordenação do Curso de Psicologia e Saúde: Psicologia Hospitalar

Profa. Dra. Maria Cecília Roth
Doutora em Psicologia Clínica – PUC

Profa. Dra. Christina Ribeiro Neder Cerezetti
Doutora em Psicologia Clínica - USP

Aos anjos que Deus colocou na minha vida para me proteger, ensinar, zelar e incondicionalmente me amar: meus pais que sempre me apoiaram e me deram o amor necessário para que eu tivesse força de chegar até aqui. Vocês são os grandes responsáveis por mais essa vitória.

As minhas irmãs, duas jóias de quem sinto tanto orgulho e que basta a existência para me fazer feliz.

A minha avó, guerreira, exemplo de força e carinho, partiu e deixou tanta saudade, mas é a Estrela que sempre estará brilhando em meu coração.

Aos meus avós, guerreiros e que sempre zelaram pela honestidade.

Ao meu namorado pela compreensão, apoio, carinho e por estar ao meu lado sempre, minimizando a tensão gerada no desenvolvimento desse trabalho.

Aos familiares e amigos que participaram direta ou indiretamente dessa trajetória tão marcante em minha vida.

As companheiras de sala Patrícia, Rachel, Karina, Marieta, Maria José, Márcia, Luciana e Paula, pelos momentos marcantes no decorrer desses dois anos.

Agradeço primeiramente a Deus por conquistar mais uma vitória, pela oportunidade de conhecer pessoas maravilhosas e figuras brilhantes entre elas Mathilde Neder, Terezinha Campos, Francisco Toro e Ricardo Werner.

A Profa. Ms. Maria Aparecida Mello, pelo carinho, paciência, dedicação, persistência que tem dispensado durante a orientação deste trabalho.

A todos os Mestres e Doutores que por aqui passaram deixando a semente de seus conhecimentos.

Aos meus Diretores, que abriram mão das minhas sextas-feiras de trabalho para que eu pudesse tornar mais um sonho em realidade.

A Profa. Terezinha Medes, companheira de trabalho, pela grande contribuição na revisão ortográfica deste trabalho, pelo incentivo e carinho.

Ao Fernando Maeda, que me abriu as portas para o Estágio, o que contribuiu com grande parte do conhecimento adquirido durante o curso de Psicologia Hospitalar.

Homem não chora

[Frejat](#) (Barão Vermelho)

*Homem não chora
Nem por dor
Nem por amor
E antes que eu me esqueça
Nunca me passou pela cabeça
Lhe pedir perdão
E só porque eu estou aqui
Ajoelhado no chão
Com o coração na mão
Não quer dizer
Que tudo mudou
Que o tempo parou
Que você ganhou
Meu rosto vermelho e molhado
É só dos olhos pra fora
Todo mundo sabe
Que homem não chora
Esse meu rosto vermelho e molhado
É só dos olhos pra fora
Todo mundo sabe
Que homem não chora
Homem não chora
Nem por ter
Nem por perder
Lágrimas são água
Caem do meu queixo
E secam sem tocar o chão
E só porque você me viu
Cair em contradição
Dormindo em sua mão
Não vai fazer
A chuva passar
O mundo ficar
No mesmo lugar*

SANTOS, D.C. **Os Aspectos Psicológicos do Paciente com Câncer de Próstata**. São Paulo, 2011. Monografia – Curso de Especialização em Psicologia e Saúde: Psicologia Hospitalar – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Resumo

Este estudo foi realizado através de uma pesquisa teórica com o objetivo de refletir sobre os aspectos psicológicos do homem com câncer de próstata, e de que forma o Psicólogo Hospitalar pode intervir junto a esses pacientes minimizando o sofrimento causado pelo impacto da doença. O câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens, sendo mais frequente no Brasil, Estados Unidos do que nos países orientais. Nosso objetivo também foi buscar compreender os sentimentos do paciente com câncer de próstata tendo em vista que o homem é tido pela sociedade como símbolo de força, masculinidade, autonomia, racionalidade, autocontrole, cuidador de si e chefe de família. A doença pode fazer com que essas características fiquem ofuscadas não só pelo paciente como também pelos familiares e amigos que o cercam. Constatamos que existem muitos estudos sobre a doença. Com esse trabalho buscamos contribuir para estimular maiores estudos sobre como os homens se sentem diante do diagnóstico e tratamento do câncer de próstata que pode gerar grandes mudanças no contexto biopsicossocial, neste sentido acreditamos ser indispensável a presença do Psicólogo Hospitalar junto a equipe, os familiares e o paciente com câncer de próstata.

Palavras chaves: Câncer de Próstata, Homem, Aspectos Emocionais, Psicologia Hospitalar, Psico Oncologia.

SANTOS, D.C. **The Psychological Aspects of the Patient with Prostate Cancer.** Sao Paulo, 2011. Monograph - Specialization in Psychology and Health: Health Psychology - Catholic University of Sao Paulo.

Abstract

This study was conducted through a theoretical research in order to reflect on the psychological aspects of men with prostate cancer, and how the hospital psychologist can intervene with these patients to minimize the suffering caused by the impact of the disease. Prostate cancer is the second most common among men, being more frequent in Brazil, the United States than in Eastern countries. Our aim was also to try to understand the feelings of the patient with prostate cancer in order that man is regarded by society as a symbol of strength, masculinity, autonomy, rationality, self-control, self-caregiver and breadwinner. The disease can cause these characteristics become overshadowed not only by the patient but also family members and friends who surround him. We note that there are many studies about the disease. With this work we aim to contribute to stimulate further studies about how men feel about the diagnosis and treatment of prostate cancer that can generate large changes in the biopsychosocial context in this sense we believe it must be present at the Psychologist Hospital staff, patient and relatives with prostate cancer.

Keywords: Prostate Cancer, Men, Emotional Aspects, Health Psychology, PsychoOncology.

Sumário

1. Introdução	
2. Objetivo	
3. Fundamentação teórica	
3.1. O homem e o cuidado com a saúde	
3.2. Conceituando câncer de próstata	
3.3. Etiologia do câncer de próstata	
3.4. Dados epidemiológicos do câncer de próstata	
3.5. Critérios diagnósticos do câncer de próstata	
3.6. Sintomas do câncer de próstata	
3.7. Prevenção e tratamento do câncer de próstata	
3.8. Aspectos emocionais do paciente com câncer de próstata	
3.9. O Psicólogo no contexto hospitalar	
3.10. Técnicas de Terapia Cognitivo Comportamental	
4. Método	
5. Resultado e discussão	
6. Considerações finais	
7. Referências	

1. Introdução

O presente estudo se caracterizou como parte do trabalho para conclusão do curso de especialização de Psicologia e Saúde: Psicologia Hospitalar para obtenção do título de Psicóloga Hospitalar.

O interesse pelo tema surgiu através de estudos referente aos aspectos psicológicos e suas respectivas influências no paciente com câncer. Em pesquisa no site Instituto Nacional do Câncer (INCA), o que chamou a atenção foi à constatação de que o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens, sua taxa de crescimento é seis vezes maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

Tendo em vista o olhar da sociedade orientada para a produção como a nossa de que o homem tem um forte instinto sexual, estão sempre aptos na questão virilidade e que a maioria deles tem uma autonomia, controle de sua própria vida, exerce o papel de provedor da família, fica difícil de imaginá-lo fragilizado com uma doença que o interromper bruscamente suas atividades e que compromete tanto sua sexualidade.

Entre tantas expressões que coloca o homem acima de qualquer possibilidade de sofrimento encontramos a seguinte frase: “Homem que é homem não chora”. Esses conceitos reforçam um distanciamento do homem diante do sofrimento e o contato com a realidade que é de extrema importância para o enfrentamento da doença.

De acordo com Osanai (2004), o termo Câncer descreve centenas de diferentes doenças com características em comum. É necessária uma abordagem individualizada, levando em consideração as características próprias de cada paciente, bem como suas diferentes histologias e localizações.

Segundo Silva e Ribeiro (2009) é comum depressão, fadiga e tensão em pacientes com câncer, além da probabilidade de disfunção sexual. Uma vez que esses aspectos emocionais estão em questão é indispensável o acompanhamento psicológico com o Psicólogo Hospitalar.

Durante as pesquisas bibliográficas, foi possível perceber a grande importância do acompanhamento psicológico desde o momento da descoberta da doença, pois a partir de então diversas alterações físicas e emocionais surgem podendo abalar a estrutura psíquica.

Conforme Osanai (2004, p. 167)

Mudanças na autoestima, insegurança, limitações anatômico-fisiológicas, mutilações, exacerbações de doenças pré-existentes, surgimento de sintomas decorrentes do próprio tratamento são situações freqüentes diante de um diagnóstico de câncer.

Segundo Netto Jr. e Zani (2007) o câncer de próstata é variável desde doença indolente que pode ser assintomática durante a vida toda, até a extremidade de um câncer grandemente agressivo, com associação ao desenvolvimento cedo de metástases, dores ósseas e sofrimento, ocasionando a morte. Devido a essa situação é ideal que o tratamento do câncer de próstata seja individual, com base na gravidade do tumor e nas condições clínicas do paciente e sua expectativa de vida bem como nas concordâncias entre o médico e o paciente.

A evolução da doença e a agressividade do tumor são possíveis de prever através da análise de alguns critérios clínicos e anatomopatológicos, incluindo estadiamento clínico, nível e antígeno prostático específico e score de Gleason na biópsia prostática e é com base nessas características que os pacientes são classificados por grupos de riscos. (NETTO JR. E ZANI, 2007)

A contribuição desse estudo é ressaltar quais são os sentimentos presentes nos pacientes com câncer de próstata e como o Psicólogo Hospitalar pode intervir junto a eles contribuindo e minimizando esse sofrimento.

2. Objetivo

Realizar uma pesquisa teórica sobre os aspectos psicológicos do homem com câncer de próstata, e de que forma o Psicólogo Hospitalar pode intervir junto a esses pacientes minimizando o sofrimento causado pelo impacto da doença.

3. Fundamentação teórica

3.1. O homem e o cuidado com a saúde

De acordo com Figueiredo (2005) existe uma característica da identidade masculina relacionada a seu processo de socialização. A identidade masculina associa-se à desvalorização do auto cuidado e a preocupação básica com a saúde. Observou-se ainda que os homens gostam de serem atendidos mais rapidamente, essa falta de paciência dificulta que procurem formas de prevenção e cuidados com a saúde.

Pesquisas indicam uma dificuldade de interação entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas de saúde das unidades de atenção primária, apesar de ser escassos estudos sobre essas questões na literatura.

A ausência dos indivíduos do sexo masculino não deve ser pensada unicamente como uma falta de responsabilidade dos homens com sua saúde nem especificamente como uma falha na organização dos modelos de atenção primária à saúde. A idéia é compreender o problema no contexto de uma complexa interação envolvendo:

- os homens na qualidade de sujeitos confrontados com as diferentes dimensões da vida;
- os serviços na forma de como eles se organizam para atender os usuários considerando suas particularidades;
- os vínculos estabelecidos entre os homens e os serviços e vice-versa.

O mesmo autor postula que há pouca presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde.

Gianini (2007) postula que os homens procuram um médico apenas quando as dores se intensificam, demonstrando haver pouco movimento em relação à mobilização de ações preventivas que busquem evitar ou prevenir o aparecimento do câncer.

Muitas doenças podem ser prevenidas ou controladas por meio de intervenção quando há um acompanhamento com especialistas principalmente se for realizado no início da descoberta (FIGUEIREDO, 2005).

O mesmo autor refere que nestes modelos de masculinidade idealizada estão presentes as noções de invulnerabilidade e de comportamento de risco e a idéia de uma sexualidade instintiva e incontrolável. Encontra-se fortalecidas suas dificuldades de verbalizar as próprias necessidades de saúde, pois falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros. Daí a significação da idéia de feminilização associada aos cuidados de saúde.

O processo de tornar-se homem envolve constantes negociações ao longo do ciclo vital em suas relações com outros homens como amigos, pai, irmãos e também com mulheres como mãe, namoradas, amigas e esposas. As pesquisas mostram o quanto os homens lutam para se manterem na condição de privilégio, e o quanto se colocam em novas situações de riscos sempre que conseguem atingi-la (MACIEL JR., 2006).

O mesmo autor ainda refere-se que muitas vezes o homem deixa de expressar seu sofrimento e os próprios afetos pela família e amigos, adquirem problemas de saúde, sofrimento corporais, experimentam ansiedade e angústia, pelo razão de não perder a posição adquirida.

Maciel Jr. (2006) ressalta a importância de pesquisas relacionadas aos homens, com o objetivo de contribuir no desenvolvimento de estratégias sob a forma de programas, intervenções e grupos de apoio de maneira que abrangem esta população.

Nos resultados da pesquisa de Gianini (2007) os homens demonstraram dificuldade de expressar seus sentimentos quando ao diagnóstico, sugerindo uma forma de autocontrole e distanciamento dos sentimentos. A saúde ainda é vista por esse homens como “coisa feminina”, e também os serviços de saúde constituem pouco espaço que possa ser freqüentado por eles.

3.2. Conceituando câncer de próstata

Conforme a 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.

De acordo com Srougi (1998) o câncer prostático é a neoplasia mais comum no homem, obtendo 40% do total de casos identificados neste grupo. São de origem do epitélio glandular da próstata, e por essa razão esses pacientes desenvolvem quadros de adenocarcinoma local.

Neoplasia (neo= novo + plasia = tecido) é o termo que designa alterações celulares que acarretam um crescimento exagerado destas células, ou seja, proliferação celular anormal, sem controle e autônoma, na qual reduzem ou perdem a capacidade de se diferenciar, em consequência de mudanças nos genes que regulam o crescimento e a diferenciação celulares. A neoplasia pode ser maligna ou benigna.

Presti (2007) postula que dos cânceres de próstata são:

- mais de 95% adenocarcinomas;
- dos outros 5%, 90% são carcinoma de células de transição (escamosas);
- os restantes são carcinomas de células pequenas ou sarcomas;

Antigamente a maioria dos pacientes com câncer de próstata apresentava-se com neoplasia espalhada, mas em consequência dos programas de detecção precoce e da introdução das medidas do antígeno (uma proteína secretada pela próstata) específico da próstata (PSA), este fenômeno se modificou e, atualmente, cerca de 75% dos novos casos tem doença localizada (SROUGI, 1998).

O progresso dos pacientes com câncer de próstata depende de algumas variáveis como:

- o grau histológico do tumor;
- o estágio da doença no momento do diagnóstico;
- o volume tumoral

Do ponto de vista histológico, as neoplasias da próstata costumam ser qualificadas em função do grau de anaplasia celular e de distorção glandular. A forma de Gleason é a mais utilizada e implica uma escala que varia de 2 a 10, conforme (SROUGI, 1998):

- os tumores de 2 a 4 abrangem as lesões bem diferenciadas;
- de 5 a 7 incluem as lesões moderadamente diferenciadas;

- de 8 a 10 compreendem as lesões indiferenciadas

A dispersão do câncer de próstata se faz através de meios linfáticos, inclusive com sequência dos linfonodos ilíacos e periaórticos ou via hematogênica, com agressão principal do esqueleto axial (coluna, bacia, crânio e costelas). As metástases nestes tumores podem aparecer até 12 anos após o diagnóstico da doença, de forma que o paciente deve se considerar curado posterior a esse período de seguimento. Um aspecto bastante relevante em relação ao câncer de próstata é que alguns pacientes permanecem com a doença em estado latente por vários anos sem avanço local e sem surgimento de metástases mesmo na ausência de qualquer tratamento. Essa conduta em geral é observada nos pacientes mais idosos, com tumores de baixo grau e pequeno volume (SROUGI, 1998).

3.3. Etiologia do câncer de próstata

Segundo Hallak et al (2008) o câncer de próstata origina-se de alterações displásicas da glândula, ou seja, alterações da estrutura celular.

A causa do câncer de próstata até o momento é desconhecida, sabendo-se que com o avançar da idade e a presença de testosterona no sangue representam os fatores de risco mais significativos para o seu desenvolvimento. Estão relacionadas com a doença a dieta rica em gordura animal e hereditariedade. A probabilidade do câncer de próstata aumenta de 1,5 vezes quando um parente de primeiro grau tem o tumor e cinco vezes quando são acometidos dois parentes de primeiro grau (SROUGI, 1998).

Conforme Presti (2007) os mecanismos moleculares específicos abrangidos no desenvolvimento e na progressão do câncer de próstata constituem área de intenso interesse no laboratório. O gene responsável pelo câncer de próstata familiar é encontrado no cromossomo 1. Foram identificadas diversas regiões do genoma humano como áreas que possivelmente protejam genes supressores tumorais que podem estar envolvidos no câncer prostático.

3.4. Dados epidemiológicos do câncer de próstata

De acordo com Zequi (2007) o câncer de próstata é a neoplasia com maior frequência na espécie humana, com exceção dos carcinomas baso e espinocelular da pele. Em 2005, foram diagnosticados 543.000 novos casos no mundo. No ano de 2007, a American Cancer Society estima que serão registrados 218.890 casos novos e 27.000 mortes pela doença nos Estados Unidos, o que equivale a um caso novo a cada 2 minutos e 30 segundos e uma morte pelo câncer de próstata a cada 20 minutos. O risco de um homem norte-americano desenvolver o câncer de próstata durante sua vida é de:

- 16% brancos;
- 20% negros

E de morrer pela doença:

- 2,8% brancos;
- 4,7% negros.

O câncer de próstata em geral atinge homens a partir dos 60 anos com pico até os 70, no entanto existem casos diagnosticados em pacientes com menos de 40 anos. Em São Paulo, no ano de 2005, um estudo com 1.915, com idade mediana ao diagnóstico foi de 67,9 anos, variando de 35,5 a 96,6 anos (ZEQUI, 2007).

Conforme Zequi (2007) em 1987 ocorreu um fato significativamente importante para o crescente diagnóstico dessa neoplasia, foi o advento e o uso clínico do antígeno prostático específico, (PSA, prostate-specific antigen). O PSA é um marcador sérico para moléstias prostáticas. Como níveis sanguíneos elevados do marcador podem permitir o diagnóstico precoce do câncer de próstata, esse fator associado às campanhas populacionais, impulsionou a procura desse exame pelos pacientes de várias gerações. No ano de 1992, aumentou a quantidade de casos novos nos Estados Unidos saltou dos usuais 120.000 casos novos/ano registrados nos anos 1980 para atingir o pico histórico de 240.000 casos novos e 40.000 mortes. Após o ano de 1992, acontece uma queda gradativa, no entanto sempre com mais de 200.000 casos/ano.

Incidência e Mortalidade

A incidência varia de acordo com o país, sendo mais frequente nos Estados Unidos e Brasil que nos países orientais. Segundo a Sociedade Americana de Oncologia estima-se uma incidência de 234.460 novos casos por ano e 27.350 mortes por ano nos Estados Unidos. No Brasil há uma incidência aproximada de 400.000 casos por ano (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2010).

Varia ainda geograficamente, sendo menor nos países do Extremo Oriente. Na China, a incidência de novos casos por ano é de 0,8/100.000 habitantes. Pesquisas apontam que 19% dos homens norte-americanos irão desenvolver câncer de próstata, e todo homem que viver 100 anos terá esse tipo de doença. As neoplasias da próstata são raras antes dos 50 anos, mas a incidência aumenta constantemente com a idade. Esses tumores são atualmente identificados em, respectivamente, 4, 7, 12, 25, e 41 % dos homens com 40, 50, 60, 70 e 80 anos (SROUGI, 1998).

Segundo Zequi (2007) a maior incidência do câncer de próstata é constatada nos Estados Unidos, no Canadá, no Norte Europeu e na Austrália, com 70 a 104 casos novos por 100.000 homens/ano, sendo a maior incidência entre os negros norte-americanos (272 casos/100.000 homens). As menores incidências são nos países do Extremo Oriente, como China, Índia e Japão, em torno de 1 a 1,7 casos novos por 100.000 homens/ano. Nos países mediterrâneos, entre eles o Brasil, apresentam incidência intermediária da doença (28,7 novos casos por 100.000 homens).

No ano de 2006 nos Estados Unidos sucederam 2.344.600 casos novos com 27.350 mortes, permanecendo como a neoplasia mais comum e a terceira causa de morte por câncer, sendo ultrapassada apenas pelas neoplasias de pulmão e brônquios e pelos carcinomas colorretais (ZEQUI, 2007).

O mesmo autor postula que as taxas de mortalidade pelo câncer de próstata no mundo seguem de forma semelhante a distribuição da incidência da doença. As mortalidades mais altas são verificadas nos países escandinavos, seguidos pela Jamaica. Já as menores taxas são na Ásia. No Brasil, o percentual é pouco inferior aos averiguados nos Estados Unidos, Canadá e Austrália.

De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), estimaram-se 47.280 novos casos com 14.000 mortes por câncer de próstata no ano de 2006, com uma incidência de 51 casos novos para 100.000 homens. Semelhante ao que acontece no mundo, no Brasil as maiores prevalências e incidências são verificadas na região Sul e Sudeste, onde se constata maior desenvolvimento sócioeconômico, sendo menores nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Nosso país ainda segundo o INCA, ocupa o segundo posto em mortalidade, após os carcinomas de pulmão (ZEQUI, 2007).

Refere-se ainda que estudos com rastreamentos populacionais demonstrem maiores taxas de sobrevida, aumentos de sobrevida podem ser verdadeiros ou mesmo artificiais (uma maior sobrevida se deveria ao diagnóstico da doença realizado muito precocemente, ainda assintomática, e não necessariamente a um aumento do tempo de vida após as intervenções terapêuticas).

Fatores de risco

Zequi (2007) aponta os seguintes fatores que exercem significativamente uma grande contribuição de riscos no desenvolvimento do câncer de próstata:

- **Idade:** O envelhecimento é o maior fator de risco conhecido para o câncer de próstata. Aos 50 anos, até 30% dos homens podem ter o câncer de próstata diagnosticado. A medida que se envelhece, a incidência aumenta; após os 80 anos de idade, mais de 70% dos homens apresentam um foco neoplásico em sua glândula, durante necropsias. Se todo homem atingisse 100 anos de idade a grande probabilidade seria de que todos fossem acometidos pela doença;
- **Antecedentes familiares:** Os homens que tenham um parente de primeiro grau acometido pelo câncer de próstata estão predispostos três a quatro vezes mais a risco de desenvolver a doença. Se há dois familiares acometidos o risco atinge 9,5 vezes mais. Quanto maior o número de familiares acometidos pela doença, maior a probabilidade do desenvolvimento da doença, principalmente se o diagnóstico nos familiares ocorrer em idade menor a 55 anos. Homens com parentes acometidos por câncer de mama em idade inferior a 36 anos, também ficam sob maior risco. Pacientes com mais de dois parentes ou com três gerações

sucessivas acometidas pelo câncer de próstata ou com dois parentes diagnosticados com a doença com menos de 55 anos podem apresentar a forma familiar ou hereditária do câncer de próstata;

- **Dieta:** Embora não se possa estabelecer nitidamente a importância da dieta, nota-se maior incidência do câncer de próstata nos países ocidentais, onde predomina a ingestão de gorduras saturadas, derivados de leite e cálcio e carne vermelha. Já nos países asiáticos em que predomina a ingestão de antioxidantes naturais, como raízes, vegetais de cores amarela, vermelha e verde, chá verde e gorduras insaturadas, como ômega-3, encontrada em peixes, a incidência é bem reduzida. Castanhas parecem também exercer um efeito protetor contra o câncer de próstata. Pacientes com alto índice de massa corpórea embora tenham o risco menor de desenvolver o câncer de próstata em virtude de seus níveis de PSA serem menores que o da população normal, têm maior chance de desenvolverem neoplasias mais agressivas demais. Estudos apontam que mecanismos de defesa a processos infecciosos crônicos e oxidantes inflamatórios podem ocasionar a atrofia inflamatória proliferativa (PIA, *proliferative inflammatory atrophy*) e estar relacionados à gênese da doença, à semelhança do verificado em neoplasias do tubo digestivo;

- **Fatores geográficos:** Ainda que a incidência do câncer de próstata seja demasiadamente baixa no extremo Oriente, a primeira geração de orientais nascidos na Califórnia, após a migração de seus pais, tem quatro a nove vezes mais risco de desenvolver câncer de próstata em comparação aos homens asiáticos. Baixos níveis de vitamina D em habitantes de países do Norte Europeu, pela reduzida exposição solar, podem ser uma explicação pela acentuada mortalidade pelo câncer de próstata.

3.5. Critérios diagnósticos do câncer de próstata

A maioria dos tumores iniciais da próstata é assintomático e o diagnóstico precoce é realizado através de exames periódicos de PSA- antígeno prostático específico- e do toque retal da próstata. Estes exames são complementares e um não substitui o outro. A

recomendação é que os homens com idade acima de 40 anos com história familiar positiva para câncer de próstata e 45 anos, sem história familiar, façam os exames periódicos para a detecção precoce do câncer de próstata, com o toque transretal da próstata e o PSA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2010).

Segundo Presti (2007) o PSA sérico revolucionou a capacidade de detectar câncer de próstata. As atuais estratégias de detecção envolvem o uso eficiente da combinação de ERD, PSA sérico e USTR, juntamente com biópsia sistemática. Infelizmente, o PSA sérico não é específico para câncer de próstata, o aspecto mais problemático permanece sendo a diferenciação entre elevações do PSA sérico resultante de HPB, e elevações relacionadas ao câncer de próstata.

Presti (2007) ainda refere que diversas estratégias foram exploradas para o aprimoramento do PSA para o câncer de próstata, com a finalidade de diminuir o número de resultados falso-positivos nos testes. Dessa forma aumentaria a especificidade e o valor preditivo positivo do teste, consequentemente:

- diminuindo o número de biópsias desnecessárias;
- reduzindo custos;
- diminuição de morbidade ligada à detecção do câncer.

As dificuldades para refinamento do PSA são:

- mudança do PSA com o passar do tempo (velocidade de PSA);
- padronização dos níveis em relação ao tamanho da próstata (densidade do PSA);
- o crescimento da próstata dependente da idade e doença prostática oculta (faixas de referência do PSA ajustada através da idade);
- variações raciais na detecção do câncer de próstata;
- formas moleculares do PSA (PSA livre x PSA ligado a proteína).

Conforme Srougi (1998) a prevalência do câncer de próstata e o melhor prognóstico dos casos identificados bem no início explicam os programas de rastreamento da doença em homens que não possuem sintomas.

Do ponto de vista clínico, estes tumores podem ser identificados em fases iniciais através do:

- toque digital;
- medidas do PSA sérico;
- pelo ultra-som transretal da próstata.

Levando em consideração os custos, inconvenientes e benefícios, existe um consenso de que a pesquisa de câncer de próstata deve ser feita através do toque digital e de medidas do PSA. Cada um destes métodos, usados de forma isolada, identifica entre 20 e 40% das neoplasias prostáticas e realizados em conjunto, diagnosticam 80% dos casos.

O ultra-som não deve ser realizado como rotina, mas nos casos de suspeitas ou para orientar a solicitação de biópsia transretal quando os parâmetros anteriores estiverem alterados. Ressalta-se que níveis um pouco elevados de PSA não indicam necessariamente câncer de próstata. Infecções da próstata podem promover aumento de PSA, que em geral acontece de forma repentina e regride com antibioticoterapia.

Presti (2007) também postula que nem todos os paciente com concentração elevada de PSA possuem câncer de próstata. Pacientes com hiperplasia prostática também podem evidenciar elevações dos níveis de PSA, sem maior significado. Nesses casos, a expectativa dos valores máximos de PSA, equivale ao peso ou volume da próstata dividido por 10. Quando o PSA sérico medido ultrapassar este valor, deve-se explorar a presença do câncer.

Nos casos duvidosos de câncer de próstata, é importante preceder à biópsia prostática dirigida por ultra-som transretal. As lesões das neoplasias da próstata aparecem em formas de nódulos hipoecóicos, que serve para orientar o posicionamento da agulha de biópsia. Esse procedimento está passível de falhar por volta de 20% dos casos com tumor presente, de forma que a biópsia deve ser repetida quando os dados clínicos sugerindo a presença de uma neoplasia forem substanciais (SROUGI, 1998).

Realizado o diagnóstico, os pacientes com câncer prostático devem ser estagiados e isso é feito rotineiramente através de dosagens séricas de PSA e de fosfatase ácida, de mapeamento ósseo, tomografia (ou ultra-som) do retroperitônio e de radiografias de tórax. Os novéis do PSA sérico são proporcionais ao volume tumoral, fazendo com que nas neoplasias localizadas esses valores situem-se freqüentemente abaixo de 20ng/ml. As fosfatases ácidas

têm a finalidade de definir a presença da doença avançada, já que seus níveis séricos são normais nos tumores localizados e tendem a elevar-se quando a doença está fora da próstata.

O mapeamento ósseo é mais preciso que as radiografias simples para detectar metástases ósseas, ainda assim deve-se interpretá-lo com cautela, já que as lesões benignas (artrose, quadros degenerativos, infecções ou fraturas antigas) produzem resultados falsos-positivos. Devido a essa razão, nos casos de imagens com suspeitas no mapeamento, deve-se complementar a avaliação com estudo por ressonância magnética das áreas alternadas.

O exame tomográfico computadorizado do abdome e pelve não é realizado com propósito de estudar a área periprostática, onde é imprecisa, mas para explorar a presença de adenopatia ilíaca ou periaórtica.

Radiografias do pulmão têm menos valia nos pacientes com câncer da próstata, já que raramente surgem metástases neste local. Em casos terminais, o pulmão é envolvido pela doença e quando isto ocorre, prevalecem alterações do tipo intersticial, por linfagite carcinomatosa (SROUGI, 1998).

Hallak et al (2008), refere que:

O diagnóstico é estabelecido somente após biópsia da próstata e estudo histológico. A biópsia se realiza ambulatorialmente e é guiada pelo ultra-som transretal. A realização do exame sob sedação permite aliviar o incômodo assim como possibilita a colheita de um número maior de fragmentos, aumentando a precisão do diagnóstico. A biópsia é realizada com antibióticos para a profilaxia, já que a próstata é alcançada através do reto, que sabidamente é habitado por bactérias.

Ainda conforme o autor existe alguns exames que completam o estadiamento (avaliação clínica capaz de fornecer uma noção da neoplasia), são realizados:

- radiografia de tórax;
- mapeamento ósseo;
- ressonância magnética com bobina endorretal.

Segundo Zequi (2007), é fundamental para o diagnóstico a anamnese, o exame físico, os exames laboratoriais (PSA), os exames de imagem e biópsia confirmatória, tais como:

Anamnese – Através dela é realizada a análise de antecedentes familiares positivos para o câncer de próstata, que contribuirá para uma avaliação mais precisa do diagnóstico, e se existe algum sintoma.

Toque retal – Entre os exames físicos específicos destaca-se o digital retal ou toque retal, que é extremamente importante, tendo em vista que em 15 a 40% dos casos o PSA pode ser considerado “normal” apesar de o paciente apresentar a doença. A maior precisão diagnóstica se dá quando associado o Toque Retal (TR) aos exames laboratoriais (PSA), levando em consideração que ambos isoladamente possuem alto índice de falsos positivos e falsos negativos, com a associação do TR ao PSA, diagnosticam cerca de 80% dos casos de Câncer de Próstata.

O toque retal é um exame rápido, o paciente com as pernas fletidas sobre o quadril, (decúbito dorsal), ou posição genupeitoral (prece maometana), tem ainda em decúbito lateral e em pé com as pernas entreabertas, apesar de ser menos frequente. Introduce-se o dedo indicador com a luva lubrificada no ânus do paciente, possibilitando com esse movimento apalpar a glândula, que normalmente tem consistência fibroelástica, tamanho de uma noz e limites laterais, e sulco mediano nítidos. Aumentos de consistência, chegando às vezes à consistência pétreas, são fortemente sugestivos de câncer de próstata. Perdas dos limites laterais, apagamento do sulco mediano, assimetria acentuada entre os lombos e perda da mobilidade do órgão são sugestivos de câncer de próstata. Em casos de doença localmente avançada, pode-se perceber a próstata fixa à parede pélvica e a órgãos adjacentes, como bexiga e vesículas seminais.

O toque retal normal não exclui a possibilidade de câncer de próstata (falso negativo), pois de acordo com o que foi dito anteriormente, cerca de 60% dos casos de câncer de próstata o toque retal pode ser normal. Quando no TR existe uma grande suspeita, é o suficiente para uma indicação da biópsia. De 30 a 50% dos nódulos palpáveis podem significar um câncer de próstata.

É um teste no qual é obtido melhores resultados com profissionais mais experientes, referente a isso, são registrados até dois terços de TR falsos positivos. Tem em média de 52% de sensibilidade e 81% de especificidade para predizer que a doença está confinada ao órgão.

Antígeno Prostático Específico – O antígeno prostático específico (PSA, prostate-specific antigen) é uma glicoproteína de 33kd presente em grande concentração no líquido seminal, tem a finalidade de evitar a coagulação do sêmen e em concentrações ínfimas (nanogramas) no sangue periférico. Não é um marcador câncer-específico, mas sim para afecções prostáticas diversas. Pode se aumentar não só no câncer de próstata, como em várias outras situações, como:

- infecções urinárias;
- hiperplasia prostática benigna;
- infartos prostáticos;
- prostatites e uretrites.

Com o uso do PSA, o diagnóstico do câncer de próstata em estádios iniciais tornou-se mais comum, a ponto de existir no estágio TNM o estágio T1c, que corresponde aos casos em que a neoplasia não detectável clinicamente (não visível e não palpável) é diagnosticada unicamente por elevação do marcador.

Ultra-sonografia – Pode ser realizada via abdominal ou transretal. A via abdominal é útil nos casos de hiperplasia benigna e na avaliação do volume da próstata, não possui sensibilidade ou especificidade suficiente com a finalidade de ser empregada no diagnóstico do Câncer de Próstata. A ultra-sonografia transretal é mais adequada para esse objetivo, entretanto não é indicada para ser usada como método isolado para o diagnóstico do Câncer de Próstata, embora na maior parte dos casos de diagnóstico do câncer de próstata apresente como nódulos hipoecóicos, em 40% dos casos de lesões do Câncer Prostático podem ser isorrogênicas e não ser apenas detectadas pelo método. A ultra-sonografia transretal é um método invasivo e dispendioso, além de ter um alto índice de falsos-negativos, portanto seu principal papel é direcionar as biópsias das lesões suspeitas aos procedimentos do toque retal ou método de imagem.

Biópsia da Próstata – É realizada quando existe suspeita diagnóstica de câncer de próstata, sendo esse o diagnóstico de confirmação certa da doença. Ultimamente o método mais utilizado é a biópsia direcionada pela ultra-sonografia transretal. A biópsia é realizada de várias regiões bilaterais da glândula, removendo em média um total de 12 a 18 fragmentos. As punções são guiadas pelas regiões laterais e látero-laterais da zona periférica da glândula,

devido a maior probabilidade do câncer prostático (70 a 90% dos casos de câncer de próstata estão localizados na zona periférica). A biópsia prostática é realizada sob anestesia ou sedação e anestesia geral. Devendo ser antecedida por antibioticoterapia profilática e de um enema, com a finalidade de melhorar as condições da ampola retal para o exame e de diminuir os riscos de contaminação.

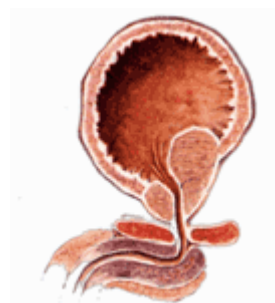
O Câncer de Próstata abrange média de 70 a 90% a zona periférica da glândula, possibilitando o diagnóstico das lesões na maioria das vezes por meio do Toque Retal, e em 10 a 30% das vezes o CP pode se originar na zona de transição.

3.6. Sintomas do câncer de próstata

A maioria dos pacientes com câncer de próstata inicial não apresentam sintomas. Constantemente a presença de sintomas sugere doença localmente avançada ou metastásica. Queixa miccional obstrutiva ou irritativa pode ser causada pelo crescimento local do tumor na uretra ou no colo vesical, ou de sua extensão direta até o trígono da bexiga. É possível que metástases para os ossos causem dores ósseas. Metástases para a coluna vertebral podem estar associadas com sintomas de compressão da medula espinal, como parestesia e debilidade das extremidades inferiores e incontinência urinária ou fecal (PRESTI, 2007).



Próstata normal



Próstata aumentada

FONTE: <http://www.oncoguia.com.br/site/interna.php?cat=11&id=129&menu=2>








De acordo com Zequi (2007), é importante reconhecer que alguns sintomas urinários estão associados ao aumento de volume da próstata com grande probabilidade de ser provocado por problemas como câncer de próstata. Hoje em dia, em 60 a 80% das vezes o diagnóstico é estabelecido na doença assintomática, ou seja, o paciente não apresenta queixas.

- **Sintomas obstrutivos (15 a 20%):** quando são associados diretamente a obstrução da próstata, alterando o fluxo urinário normal, dor pélvica, em casos mais avançados, hematúria e dificuldade de evacuação devido à comprometimento da ampola retal.

- **Doenças metastáticas (6 a 10%):** as queixas podem ser de cansaço, adinamia, emagrecimento, inapetência, dores difusas, intensas e contínuas, ocorridas devido à metástases ósseas esqueléticas, com probabilidade de apresentar fraturas patológicas de ossos longos ou coluna, além de compressões medulares com seqüelas neurológicas.

Os tumores prostáticos produzem manifestações clínicas somente quando a neoplasia atinge a cápsula prostática, de forma que a doença apresenta-se avançada. Nestes casos aparecem sintomas obstrutivos urinários, e às vezes até hematúria macroscópica. Não é comum que pacientes com câncer de próstata apresentem dores ósseas, uremia, anemia, perda de peso, adenopatia cervical ou inguinal e hemospermia, como primeira manifestação da doença (SROUGI, 1998).

Imagem do interior da bexiga diretamente pelo vídeo. É um método diagnóstico importante na urologia e geralmente é realizado sob sedação ou anestesia local tópica.

		<p>Imagens de cálculos vesicais (vistos por endoscopia)</p>
 <p>1</p>	 <p>2</p>	<p>Imagens do interior de uma bexiga de esforço à cistoscopia:</p> <p>1 e 2. Divertículo vesical;</p>
 <p>3</p>	 <p>4</p>	<p>3. Divertículo e trabeculações grosseiras;</p> <p>4. Pseudodivertículos e trabeculações.</p>
		<p>Imagem de uretra prostática</p>

FONTE: <http://www.oncoguia.com.br/site/interna.php?cat=11&id=129&menu=2>

É importante ressaltar ainda que todos os homens a partir dos 40 aos 45 anos devem procurar um médico urologista, a fim de realizar avaliação clínica da próstata independente de estar sentindo-se bem e mesmo que não tenha histórico de câncer na família. A Sociedade Brasileira de Urologia e as Sociedades de Urologia e Oncologia internacional recomendam que homens acima de 50 anos devam iniciar suas consultas e exames. Homens com familiares de primeiro grau acometidos pelo câncer de próstata ou de cor negra devem começar aos 40 anos, devido correr maior risco de desenvolvimento do câncer de próstata (ZEQUI, 2007).

3.7. Prevenção e tratamento do câncer de próstata

Srougi (1998) refere que os pacientes portadores do câncer de próstata devem ser tratados conforme o estágio da doença e dessa forma, recorre-se a prostatectomia ou radioterapia nos tumores localizados e terapêutica endócrina antiandrogênica nos casos de doença disseminada.

O tratamento no câncer de próstata localmente avançado é controverso, sendo a radioterapia com hormonioterapia pré e pós tratamento o método mais indicado na atualidade. A prostatectomia radical com ressecção ampliada e, dependendo do estadiamento cirúrgico, acompanhada de radioterapia ou hormonioterapia nos casos metastáticos, pode ser empregada. Vários serviços de urologia mundiais apresentam como primeira opção esta conduta, mostrando a melhora do controle local maior que na radioterapia, além de melhor estadiamento da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2010).

Estes pacientes são tratados com habilidade através de cirurgia radical ou radioterapia. Quando se conclui que o tumor tem pouca agressividade biológica, os pacientes podem ser mantidos em atenta observação, instituindo-se tratamento se aparecerem evidências clínicas ou laboratoriais de progressão da doença. Abrange neste último grupo os indivíduos com idade mais avançada, portadores de tumores baixo grau histológico e de pequeno volume (SROUGI, 1998).

O mesmo autor ainda refere que a cirurgia realizada através da prostatectomia radical é em particular indicada para pacientes com a doença em Estádios A e B. Quando o tumor atinge os tecidos periprostáticos, ou seja, Estágio C, a cirurgia não remove completamente a neoplasia e estes pacientes são melhor tratados através da radioterapia radical, que também pode ser utilizados com sucesso nos estádios mais iniciais, mas nestes casos sua eficácia pode ser menor à da cirurgia. Do ponto de vista prático, para a opção entre esse dois métodos é necessário considerar as preferências do paciente, levando em conta não somente a eficiência, mas também os efeitos colaterais do tratamento.

Pode ser acompanhada a cirurgia de incontinência urinária em 2 e 3% dos casos, além de causar impotência sexual em 50 a 60% dos pacientes. A radioterapia desencadeia complicações actínicas crônicas na bexiga e intestino em torno de 15% dos casos. Quando se pretende aumentar as chances de cura, é necessário optar pelo procedimento cirúrgico. Caso a

impotência sexual ou o risco da cirurgia representarem conflitos relevantes para o paciente, deve-se indicar o tratamento radioterápico (SROUGI, 1998).

O câncer de próstata é hormônio-dependente, isto é, depende do hormônio testosterona para seu crescimento. Quando apresenta metástases à distância é considerado incurável e o tratamento é paliativo visando uma melhora da qualidade de vida e retardando seu desenvolvimento. O tratamento indicado é o hormonal, isto é, o bloqueio da produção da testosterona que pode ser realizado através de cirurgia (retirada dos testículos ou parte deles) ou medicamentoso através dos análogos LhRh, antiandrogênicos e estrogênicos. Quando iniciar e qual o melhor método para se realizar o bloqueio androgênico é controverso. Atualmente estão em estudo tratamentos com quimioterapia nos casos que o tumor não responde ao tratamento hormonal (tumores hormônio-resistentes) com certa melhora dos pacientes. A utilização dos bisfosfonatos pode ser recomendada para se evitar perdas e fraturas ósseas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2010).

De acordo com Srougi (1998) as células prostáticas são altamente sensíveis à ação da testosterona, responsável pela estimulação da proliferação das mesmas. Nos pacientes com câncer da próstata, o bloqueio da testosterona requer involução substancial do tumor, com evolução significativa das manifestações clínicas relacionadas. Essas neoplasias são relativamente quimiorresistente, de forma que a remoção da atividade androgênica do plasma representa a forma mais competente para tratar os pacientes com câncer alastrado da próstata. Do ponto de vista prático isso pode ser realizado através de quatro métodos:

1° - orquietomia: que elimina 90% da testosterona plasmática;

2° - estrogoterapia: que inibe a produção de testosterona através do hipotálamo;

3° - emprego de equivalentes do LHRH (buserelina, goserelina, leuprolide): que inibe a atividade testicular através da hipófise;

4° - antiandrogênicos periféricos (flutamida, nilutamida, bicalutamida e ciproterona), que bloqueiam a penetração ou a ação intracelular da testosterona nas células prostáticas.

Medidas paliativas de possível eficiência podem ser seguidas nos casos sintomáticos por progressão da doença. Dores ósseas que não respondem aos analgésicos são suavizadas com dexametasona em altas doses (8mg duas ou três vezes ao dia por via intramuscular) ou com radioterapia externa quando incidem de forma localizada. Já em pacientes com dores

generalizadas pode-se promover alívio dos sintomas com o uso de radio de radioisótopos que fixam-se ao esqueleto. Obstrução ureteral por infiltração do trígono deve ser tratada com radioterapia local, tendo em vista que as derivações internas através de cateteres duplos dificilmente são exequíveis nestes pacientes. Obstruções uretrais recorrentes devido ao crescimento da próstata e rebeldes à ressecção cirúrgica transuretral podem ser controladas com a aplicação local de endopróteses espirais de material biocompatível que mantém a luz da uretra permeável. Por fim, quadros de hematúria refratários costumam responder à radioterapia sendo que quando isto não ocorre, podem cessar com a aplicação de laser local (SROUGI, 1998).

Controle de Cura

A atividade da doença em pacientes com câncer da próstata pode ser monitorada eficientemente através do PSA sérico. Em pacientes submetidos à cirurgia radical, os níveis de PSA devem se tornar indetectáveis 30 dias depois da intervenção, e após tratamento radioterápico estes níveis podem levar 12 meses para serem atingidos. Nas duas situações a falência em se obter níveis indetectáveis de PSA indica persistência tumoral e a queda seguida de elevação dos valores deste marcador traduz recrudescimento da doença. Após o estabelecimento de terapêutica antiandrogênica, os níveis de PSA caem progressivamente e atingem o nadir mais baixo em torno do sexto mês. Quanto menor for o nadir, melhor o prognóstico para o paciente. A ampliação subsequente dos níveis de PSA indicam a passagem do tumor para o estado de independência hormonal e conseqüentemente, perspectivas reservadas para o caso (SROUGI, 1998).

De acordo com Hallak et al (2008), há maior possibilidade de cura quanto mais cedo realizado o diagnóstico do câncer de próstata. Os modos mais utilizados com o objetivo de tratamento definitivo são:

- a remoção da próstata e da vesícula seminal através de cirurgia;
- braquiterapia;
- radioterapia externa (que é a introdução de sementes radioativas na próstata).

O Toque Retal é útil para o estadiamento clínico da doença, que tem por finalidade determinar a localização do tumor, o seu tamanho, sua disseminação para estruturas próximas

e para outras partes do corpo, auxiliar em condutas e definir prognósticos, dessa forma: ajuda o médico no planejamento do tratamento do câncer, proporciona alguma indicação do prognóstico, ajuda no processo de avaliação dos resultados de tratamento, facilita a troca de informações entre os centros de tratamento e ainda contribui para a pesquisa contínua sobre o câncer humano (ZEQUI, 2007).

De acordo com Netto Jr. e Zani (2007) foram criados alguns modelos experimentais quais tumores são possíveis de observar sem um tratamento agressivo inicial. Um desses modelos envolve características clínicas e patológicas pré-operatórias para predizer tumores com menos de 0,2ml de volume, escore de Gleason abaixo de 6 e órgão confinados. Esses tumores aparentemente apresentam baixo risco para a vida e saúde de seus portadores, e são chamados de “insignificantes”. Mesmo com a observação dessas características, até um terço dos tumores podem ser inadequadamente classificados como “insignificantes” e requerer tratamento definitivos. Deve-se observar que atualmente, nenhum marcador tumoral pode caracterizar o potencial biológico do câncer de próstata e identificar tumores indolentes com certeza.

Um estudo exclusivo prospectivo e randomizado comparou diretamente o acompanhamento vigilante com a prostatectomia radical e demonstrou que pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado, conduzidos com observação, tiveram taxas significativamente maiores de evolução local, desenvolvimento de metástase e morte por câncer da próstata, além de menos sobrevida câncer-específica e menos sobrevida global (NETTO JR. e ZANI, 2007).

O acompanhamento vigilante é uma opção aceitável para a conduta de pacientes selecionados com câncer de próstata de baixo risco, em estágio inicial se houver: adequada seleção dos pacientes e seguimento cuidadoso e uso seletivo de terapias locais nos casos de progressão local do câncer (NETTO JR. e ZANI, 2007).

O acompanhamento vigilante pode ser perigoso para homens com expectativa de vida superior a 10 anos, já que 25 a 50% dos tumores progridem em cinco anos e o paciente pode perder a oportunidade de ser curado da doença (NETTO JR. e ZANI, 2007).

Ainda de acordo com o autor são inexistentes critérios de seleção uniformes para o seguimento de pacientes submetidos a acompanhamento vigilante. É aconselhável a

realização semestral da dosagem do PSA e o toque retal, bem como a biópsia prostática após 12 a 18 meses. Comumente se interrompe a conduta expectante e se introduz tratamento:

- por desejo do paciente;
- progressão clínica local detectada pelo toque retal ou ultra-sonografia transretal da próstata;
- tempo de duplicação do PSA menor que dois ou três anos;
- piora dos achados histopatológicos nas biópsias subseqüentes.

De acordo com Gianini (2007) o câncer pode ser transformado em uma patologia possível de ser prevenida e mantida sob controle se houver mudança de estilo de vida, diagnóstico precoce, tratamentos eficazes e cirurgias menos invasivas e mutiladoras.

3.8. Aspectos emocionais do paciente com câncer de próstata

O diagnóstico do câncer de próstata é visto como sentença de morte e está relacionada a muita dor, mutilações físicas, psíquicas e muito sofrimento. Além de ser uma doença cheia de preconceito e estigmas fazendo com que o indivíduo se afaste ou seja afastado do seu grupo muitas vezes por sentir-se inadequado, ainda conta com possibilidade de tratamentos difíceis e dolorosos que muitas vezes causam dilacerações (GIANINI, 2007).

O indivíduo ao deparar-se com o diagnóstico e a doença divide-se em uma ambivalência de sentimentos decorrentes do impacto de seu mundo de valores e sua atual realidade. Tornando-se psicologicamente frágil com uma das questões mais angustiante do ser humano que é o conflito vivenciado entre a vida e a morte (CHIATTONE, 2002).

O medo frente à doença e à morte instiga a produção de fantasias irracionais que demarcam o comportamento do indivíduo doente. Com a hospitalização paciente interrompe sua rotina, vivenciando uma ruptura em sua história, estabelecendo um estado de crise agravado devido alguns fatores determinados pela hospitalização que interferem em seu estado emocional:

- clima de estresse constante;

- isolamento frente às figuras que geram segurança e conforto;
- relação com aparelhos intra e extracorpóreos;
- clima de morte pendente;
- perda da noção de tempo e espaço;
- perda da privacidade e da liberdade;
- despersonalização;
- perda da identidade;
- participação direta ou indireta no sofrimento alheio.

Os exames clínicos na maioria das vezes são invasivos, proporcionando ao indivíduo a sensação de perda da identidade com seu corpo exposto a explorações. Neste momento, apresentam-se sentimento de angústia e culpa além da insistente ameaça de morte (GIANINI, 2007).

Ainda conforme o autor os homens sentem-se isolados e impossibilitados de compartilhar seus medos com as pessoas, com exceção daquelas que também estejam passando pelo mesmo processo e mesmo tratamento. Muitos desses homens adotam como estratégia de enfrentamento à doença comportamentos de risco para a saúde, como por exemplo, o aumento de ingestão de álcool ou tabaco.

De acordo com Gianini (2007) qualidade de vida segundo a dimensão social está relacionada a preocupações financeiras, cuidar da família, afeto e sexualidade e torna-se fator relevante em relação à tomada de decisão do tratamento, aos cuidados recebidos e avaliação dos resultados.

O mesmo autor ainda refere que além da dificuldade do paciente em enfrentar a doença, devido estar impossibilitado de continuar exercendo seu papel, passa por um sentimento de impotência e inferioridade, facilitando o desencadeamento de conflitos emocionais e reações psíquicas associadas a crenças e comportamentos que dificultam sua participação ativa no tratamento. É comum ainda a fantasia de perda da virilidade, confundindo a masculinidade com o desempenho sexual.

Segundo Gianini (2007) quando a mudança de estilo de vida até então considerada estável é causada devido o câncer, a qualidade de vida dessa pessoa é ameaça ou diminuída, sendo substituída pelo medo e incerteza. Qualidade de vida inclui conforto e mobilidade. O estabelecimento da doença, tal qual seu tratamento de sintomas como dor, fraqueza, fadiga perda de apetite podem alterar o bem estar físico do indivíduo acometido pela doença.

Diante dessa situação é possível desencadear alterações psicológicas e/ou psiquiátricas nos pacientes, tais como:

- frustração na realização de desejos e necessidades;
- agravamento de conflitos intrapsíquicos;
- inadequação dos mecanismos de defesa;
- perda do sentimento de autoestima;
- alteração na imagem corporal;
- ruptura do ciclo sono-vigília;
- uso de medicamentos coadjuvantes;
- procedimentos invasivos;
- isolamento social.

Para atender a essas inúmeras situações e solicitações requer do profissional psicólogo hospitalar:

- disponibilidade e preparo;
- formação específica;
- objetividade e coerência que abrandem reformulações teóricas e metodológicas.

A doença em si impede que o indivíduo mantenha sua rotina até então considerada “normal”, como o trabalho no âmbito profissional, afeta o convívio social no que diz respeito a diversão e interação com amigos, deixando-o isolado das atividades que o inseria num contexto psicossocial. A doença provoca, precipita ou agrava desequilíbrio psicológico devido o medo da morte. O Psicólogo leva a realidade ao paciente de forma que ele possa contribuir

para sua reabilitação, fortalecendo suas possibilidades pessoais de enfrentar e lidar com as situações de crise, buscando evitar ou aliviar o sofrimento psicológico que causam (CAMPOS, 2008).

A mesma autora refere que a interrupção da vida pessoal nos pacientes internados pode ocasionar o descontentamento, sofrimento, sensação de abandono, medo do desconhecido, pois a situação hospitalar pode ser totalmente nova e desconhecida provocando fantasias e temores.

Simonetti (2004) refere que a doença é um episódio que se instala da vida da pessoa, fazendo com que tudo gire ao seu redor, dessa forma as demais coisas da vida ficam para depois ou caem no esquecimento. Os pacientes apresentam quatro momentos frente o diagnóstico, são eles:

- **Negação:** no primeiro momento uma reação de choque, seguido de descrença, não realizada de caso pensado, é o que o paciente pode fazer naquele momento, deve ser respeitada e não confrontada, nela encontra-se o medo reprimido e surge uma angústia indefinida, pode durar de segundo até anos;

- **Revolta:** é o momento que a pessoa enxerga a doença, e se revolta pode ser contra a doença, contra o médico que lhe dá a notícia, contra a equipe de enfermagem, contra a família, contra si, contra o mundo ou contra quem aparecer por perto, pode ajudar a enfrentar a angústia daquele momento, é positiva num sinal de luta pela vida;

- **Depressão:** a pessoa se entrega passivamente a doença, é como uma desistência, pode se negar a qualquer esforço quanto ao tratamento, não tem medo da morte, nem tem vontade de viver, há tristeza, a pessoa sofre apesar da manifestação de indiferença, importante processo de elaboração de perda, é um estado reacional diferente da doença “depressão”;

- **Enfrentamento:** quando o paciente alcança essa posição significa que ele já passou pelas três anteriores, podendo encarar a doença de forma mais realista, é uma mistura de luta e luto, sendo uma estratégia humana para lidar com a mudança.

Para o desenvolvimento dessas fases frente ao diagnóstico o autor se baseou no estudo da Psiquiatra Kübler-Ross, e não são utilizadas apenas para pacientes em fase terminal.

O Psicólogo Hospitalar para ter habilidades com estratégias e técnicas a fim de obter um adequado direcionamento do atendimento psicológico, é necessário antes de qualquer coisa desenvolver uma boa escuta (SIMONETTI, 2004).

Qualidade de vida do paciente com câncer prostático

Conforme Gianini (2007) para otimizar a qualidade de vida do paciente é importante a análise de sua funcionalidade em todos os aspectos inclusive a sexualidade, no entanto, esse tema não tem sido adequadamente pesquisado pela equipe de oncologia. Entre as razões que podem motivar os conflitos da sexualidade nos pacientes com câncer como fatores químicos, cirúrgicos e oncológicos inclui-se com a mesma importância os fatores psicológicos.

Para Osanai (2004), a sexualidade é um aspecto bastante afetado durante todo o período da doença, no entanto, é de extrema importância a compreensão de que essa sexualidade é parte do conceito de saúde e a consciência de que esse bem estar propõe um equilíbrio mesmo diante de um diagnóstico grave, o toque e a intimidade continuam sendo muito importantes mesmo nesta situação.

É possível viver com qualidade de vida num processo resiliente sem idealismo de perfeição, com satisfação num contexto biopsicossocial/espiritual, nesse processo é de grande importância que a família promova autonomia, crescimento, confiança e amor ao paciente (MELLO, 2011).

A mesma autora postula ainda que a qualidade de vida abrange a satisfação com a vida pessoal, social e espiritual. Pesquisas tem apontado que a espiritualidade tem importância significativa nos enfrentamentos da vida, bem como sentido preventivo e terapêutico.

É comum que os tratamentos causem nos homens riscos da incontinência e da impotência que atingem a profundidade da masculinidade, seu orgulho e prazer de viver. Questões psicossociais impedem que o indivíduo olhe o próprio corpo modificado, dificultando que se exponha ao parceiro, podendo ainda estender essa restrição aos contatos sociais. O sofrimento destes conflitos emocionais ocasiona uma situação de desamparo, invasão e exposição física, perda de auto-estima dos vínculos e do sentido da vida, trazendo indiferença e desesperança (GIANINI, 2007).

Ao tomar ciência do diagnóstico alguns questionamentos surgem sobre possibilidades de cura, insegurança, medo diante do tratamento. Essas ameaças e inseguranças interferem no cotidiano dos pacientes, necessitando serem analisadas com cautela essas questões para que possam ser reorganizadas de forma a proporcionar aos pacientes, melhor qualidade de vida, inclusive sexualmente falando (OSANAI, 2004).

Atualmente é possível conviver com uma doença crônica, devido os avanços da medicina sem perder a qualidade de vida, no entanto, é necessário adaptar-se a nova realidade e desprender-se de comportamento estereotipados (GIANINI, 2007).

Conforme Fleck (2008) os conceitos que definiram qualidade de vida foi a percepção do indivíduo relacionado ao seu lugar diante da vida, como está inserido em sua cultura, valores, expectativas e preocupação em relação ao futuro, envolvendo a saúde física, psicológica, independência no quesito relações sociais, crenças individuais e do social no meio o qual está inserido.

A avaliação de saúde do paciente está ligada a qualidade de vida, e alguns aspectos podem influenciar como:

- sexo;
- escolaridade;
- idade;
- condições econômicas;
- presença de incapacidades.

A qualidade de vida relacionada a saúde em seus aspectos multidimensionais, deve identificar as questões do paciente de forma a considerar a individualidade e potencial de cada um. O termo qualidade de vida está relacionado aos aspectos subjetivos da saúde, no impacto da doença no indivíduo e em sua capacidade de estar bem e viver inteiramente (FLECK, 2008).

3.9. O Psicólogo no contexto hospitalar

Para Campos (2008) “Saúde é a harmonia entre o homem, o meio físico e o ambiente social”, dessa forma a assistência psicológica poderá se estender a equipe multiprofissional, referente à sua relação com o paciente e seus familiares dando suporte e retaguarda aos mesmos, além da assessoria psicológica aos diferentes serviços técnicos e administrativos.

Conforme Neder (2003) o psicólogo pode auxiliar em diferentes relações, através de seu trabalho direto com profissionais de outras áreas, consultorias psicológicas e diversos procedimentos, agindo em pequenos grupos ou em pequenas unidades, facilitando a discriminação no relacionamento.

Neder (2003) aponta que o psicólogo no hospital compreende o atendimento, o conhecimento das condições do paciente e sua família. É o trabalho que destaca a abordagem da pessoa como um todo. Relata que diante da necessidade dos atendimentos nos hospitais, surgiu a psicoterapia breve, que estabelece objetivos específicos em cada caso, pois em muitos casos a permanência no hospital pode ser limitada.

O trabalho do psicólogo só se efetivava com a contribuição de profissionais com interesse e iniciativa da atividade multiprofissional, conhecendo a contribuição complementar das áreas científicas para a compreensão humana, e então o psicólogo passou a valorizar a interdisciplinariedade (NEDER, 2003).

A uso do termo “**Psicologia Hospitalar**” é devido o fato de estabelecer-se em título há anos, tanto na rotina diária de trabalho, como nas denominações dos serviços e divisões nas instituições hospitalares, em reuniões científicas, simpósios, congressos, encontros nacionais, cursos e nas publicações científicas. No entanto, o termo “**Psicologia no contexto hospitalar**”, fundamenta de forma mais adequada à atuação da psicologia em hospitais (CHIATTONE, 2002).

Ainda conforme Chiattonne (2002) no Brasil, as práticas psicológicas já eram exercidas no século passado, ocorrendo o repasse e a construção do pensamento psicológico através de um perfil fragmentado e adaptado a saberes de outras áreas do conhecimento tais como:

- filosofia;
- sociologia;

- medicina pedagógica, entre outros.

Foi neste contexto que em 1962, ocorreu a regulamentação da Psicologia no Brasil através da Lei nº 4.119 que entre outras funções destacava-se: ensinar a psicologia e o exercício da profissão de psicólogo.

Chiattonne (2002) postula que é consenso (de acordo com diversos autores) que psicólogo hospitalar deve possuir características próprias, adequadas e específicas ao hospital que pode sua vez interfere absolutamente na inserção e no desempenho técnico profissional, além de seguir requisitos teóricos e práticos para a atuação como:

- orientação e supervisão;
- formação específica nas áreas clínicas e hospitalares (em nível de graduação, especialização ou pós-graduação);
- experiência pertinente e adequada na área.

A atuação do psicólogo hospitalar é limitada e caracterizada pela instituição através de regras, rotinas, condutas específicas e dinâmicas que devem ser respeitadas e seguidas.

De acordo com essa circunstância o psicólogo deve redefinir seus limites no próprio espaço institucional bem como juntamente a outros profissionais, revendo e reaprendendo suas práticas de acordo com o que lhe é possível na realidade de sua condição de trabalho, na verdade o fator definatório não é o local e sim a definição da tarefa.

Os atendimentos psicológicos no hospital em geral são realizados:

- nas enfermarias e unidades (em pé, ao lado do leito);
- com privacidade questionável;
- muitas vezes sem garantia de espaço;
- e silêncio inadequado.

Os atendimentos em salas de quimioterapia, normalmente não possuem boxe separando os leitos, sendo um bom exemplo do cotidiano do psicólogo hospitalar, que não impede a realização de atendimentos consistentes e fundamentados em prática de apoio às vivências psicológicas na situação da doença e da hospitalização (CHIATTONE, 2002).

De acordo com Chiattonne (2002), é comum que pacientes durante a administração do quimioterápico em sala de quimioterapia, requisitam a presença do psicólogo como elemento de alívio, propiciando um logo atendimento durante esse procedimento. Em contra partida, pacientes com dores, sonolentos por medicação ou apresentando efeitos colaterais da doença ou tratamento podem suportar breves atendimentos.

O relacionamento do psicólogo e seus familiares são de extrema importância, o respeito mútuo em termos de direitos e deveres, adequados à vida com dignidade e com responsabilidade (NEDER, 2003).

Sebastiani (2002) fenômenos saúde-doença eventos multifatoriais não são tão recentes. Importante a presença e participação do psicólogo da saúde nas diferentes propostas de atenção à saúde da população. Necessidade de intervir e compreender sobre os contextos do indivíduo ou grupo, expostos as diferentes doenças ou outras condições de agravos à saúde. A psicologia da saúde veio sendo solicitada a contribuir com essa nova abordagem dos problemas.

Uma análise dos problemas de saúde nestes países mostra um perfil epidemiológico comum aos países em desenvolvimento, caracterizado pela coexistência de desnutrição e enfermidades infecciosas típicas com enfermidades crônico-degenerativas próprias dos países desenvolvidos. Ambos os grupos de problemas têm um denominador comum nos fatores psicossociais.

Nos últimos anos, os psicólogos independentes de sua orientação teórica, têm feito repercutir a ideia de que a saúde, como um dos valores mais importantes do ser humano, tem um impacto nas pessoas, e os mesmos têm se dedicado a estudar e a intervir sobre este impacto.

A psicologia da saúde nasce para dar uma resposta socio sanitária. Os psicólogos da saúde estão adaptando seus quadros e técnicas a um novo campo de aplicação, que integra os aportes provenientes de suas fontes (SEBASTIANI, 2002).

Início da Psico-Oncologia no Brasil

Foi através do modelo dos serviços de psico-oncologia existente nos Estados Unidos e em outros países, surgiram no Brasil às primeiras iniciativas nesse sentido.

De acordo com Gimenes et al (2002) no início do século XXI com a inicialização da anestesia, deu-se abertura para as primeiras cirurgias de remoção de tumores, sendo possíveis algumas curas de câncer, caso este estivesse no princípio e sem ramificações.

É nesse período que a sociedade começa a ter uma visão referente ao câncer com possibilidades de cura (caso o diagnóstico fosse realizado em estágio inicial), de que não era doença venérea, e muito menos sexualmente transmissível, diferente do que se acreditava no início do século XX. Isso, graças aos avanços da medicina que possibilitou maior conhecimento dos fatores gerais da envolvidos no câncer, e concomitantemente veio o progresso da psiquiatria e da psicologia, considerando a necessidade de respaldo nos aspectos psicossociais envolvidos na doença (GIMENES ET AL, 2002).

Com o progresso da medicina, da mudança de visão da sociedade, desenvolvimento dos conhecimentos e das técnicas de intervenção psicológica, ocorridos principalmente nos últimos vinte anos, propiciaram o surgimento da psico-oncologia que busca compreender:

- o impacto do câncer na função psicológica do paciente, na família e nos profissionais da saúde que cuidam;
- as variáveis psicológicas e comportamentais; e o risco do câncer, e sobrevivência a este.

3.10. Técnicas de Terapia Cognitivo Comportamental

Em meio a uma crise na vida como o surgimento de uma doença como o câncer de próstata, o paciente e a família passam a vivenciar novas situações que requerem redefinições, alteração no funcionamento familiar, períodos extensos de adaptação e formas de enfrentamento (GIANINI, 2007).

Gianini (2007) refere que a forma de enfrentamento de homens e mulheres diante da doença apresenta influência sócio-cultural e psicossocial que fazem parte da formação da estrutura do ego do homem, levando o mesmo a apresentar determinadas posturas de enfrentamento.

O mesmo autor postula que é possível que se definam os procedimentos de intervenção centrados na elaboração cognitivo-afetiva, de modo que facilite o processo de re-significação da doença e o desenvolvimentos de estratégias de enfrentamento adequada à situação.

De acordo com Lourenção et al (2009) estudos apontam que a Terapia Cognitivo Comportamental pode ser ativa no atendimento das fundamentais queixa psicossociais associadas ao tratamento de câncer. Tendo em vista a complicação do tratamento e as dificuldades para controle de variáveis, diversos fatores podem intervir na aderência, estruturação e nos resultados dos programas de intervenção, como:

- internações;
- efeitos adversos do tratamento;
- sintomas limitantes da doença;
- exames e consultas simultâneos ao cronograma proposto;
- prescrição de isolamento, entre outros.

Neste processo de enfrentamento da doença, a Terapia Cognitivo Comportamental pode auxiliar o indivíduo a encontrar melhor forma de lidar com o impacto emocional da experiência, acompanhando o paciente, familiares e cuidadores, considerando os fatores psicológicos e sociais que possam influenciar no processo da doença (GIANINI, 2007).

Conforme Neves Neto (2002) a Psicoterapia Cognitivo Comportamento está sendo aplicada atualmente em instituições de saúde como por exemplo, em hospitais, por demonstrar através de rigorosas pesquisas eficácia e efetividade para trabalhar entre outros fatores do comportamento como adesão ao tratamento médico e em condições médicas gerais contribuindo no tratamento de câncer.

Ainda conforme o autor esta abordagem pode ser utilizada para compreensão e controle de situações que comprometem o processo saúde-doença. O psicólogo no hospital

age no sentido de fortalecer e ampliar o potencial de auto cuidado do paciente, fazendo-o ser ativo em seu tratamento junto à equipe de saúde, preparando-o para emitir respostas adaptadas à sua condição de saúde, que pode ser temporária ou permanente.

As emoções dos pacientes podem ser divididas com os familiares e equipe de saúde de forma produtiva, visando minimizar as sensações desagradáveis desde momento da sua vida e seus comportamentos são descritos e discutidos objetivando aumentar seu autocontrole para seu próprio benefício (NEVES NETO, 2002).

4. Método

O presente trabalho caracteriza-se por um estudo teórico de revisão bibliográfica que tem como tema central: “Os aspectos psicológicos do homem com câncer de próstata”, onde dentro deste tema foram abordados:

- o conceito do câncer de próstata;
- dados epidemiológicos;
- sintomas;
- prevenção;
- tratamento;
- aspectos emocionais;
- qualidade de vida;
- intervenção do Psicólogo Hospitalar.

A metodologia adotada para este trabalho foi a realização de pesquisas em livros, artigos científicos, revistas das sociedades ligadas a urologia, teses de doutorado, procurando basear-se na abordagem Cognitivo Comportamental de que forma o Psicólogo Hospitalar pode contribuir a fim de minimizar os conflitos emocionais vivenciados pelos pacientes com Tumor Prostático.

Foram utilizadas palavras chaves:

- câncer de próstata x epidemiologia;
- câncer de próstata x conceito;
- câncer de próstata x tratamento;
- câncer de próstata x diagnóstico;
- homem x câncer de próstata;
- psicologia x homem;

- aspectos emocionais x câncer de próstata;
- psicologia hospitalar x psico-oncologia;
- qualidade de vida x câncer de próstata.

5. Resultado e discussão

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram utilizadas literaturas referentes ao tema câncer de próstata e os aspectos emocionais vivenciados por esses pacientes.

No entanto, Gianini (2007) refere que até o presente momento o aparecimento do câncer de próstata não pode ser evitado, pois os mecanismos que modificam a maquinaria celular são desconhecidos, tornando-a maligna.

Srougi (1998) concorda com Gianini (2007) que a causa do câncer de próstata até o momento é desconhecida, e ainda acrescenta que sabendo-se que com o avançar da idade e a presença de testosterona no sangue representam os fatores de risco mais significativos para o seu desenvolvimento. Estão relacionadas com a doença a dieta rica em gordura animal e hereditariedade. De acordo com o que Srougi (1998) os homens que têm parentes de primeiro grau que já foram acometidos pelo tumor, tem uma probabilidade maior de desenvolver a doença, alertando-os para uma atenção e necessidade maior aos acompanhamentos e exames médicos.

Em relação ao cuidado do homem com a saúde Figueiredo (2005) acredita que existe uma característica da identidade masculina relacionada a seu processo de socialização. A identidade masculina associa-se à desvalorização do auto cuidado e a preocupação básica com a saúde. Observou-se ainda que os homens gostam de ser atendidos mais rapidamente, essa falta de paciência dificulta que procurem formas de prevenção e cuidados com a saúde. O não cuidado do homem com a saúde não deve ser visto apenas falta de responsabilidade desse grupo, pois durante a pesquisa notamos o quanto as políticas públicas estão despreparadas para programas de prevenção e incentivo a saúde do homem.

Gianini (2007) menciona o quanto são escassas as campanhas preventivas que estimulem a realização de exames de laboratório que seguramente mostrariam um grande número de doentes, incluindo homens sem sintomas e que ignoram o mal.

Maciel Jr. (2006) acrescenta a importância de pesquisas relacionadas aos homens, com o objetivo de contribuir no desenvolvimento de estratégias sob a forma de programas, intervenções e grupos de apoio de maneira que abrangem esta população. Tendo em vista que para Gianini (2007) e Figueiredo (2005) os homens procuram um médico apenas quando as

dores se intensificam, demonstrando haver pouco movimento em relação à mobilização de ações preventivas que objetivem evitar ou prevenir o aparecimento do câncer.

Muitas doenças podem ser prevenidas ou controladas por meio de intervenção quando há um acompanhamento com especialistas principalmente se for realizado no início da descoberta.

De acordo com Hallak et al (2008), há maior possibilidade de cura quanto mais cedo realizado o diagnóstico do câncer de próstata. Gianini (2007) acredita que o câncer é possível de ser transformado em uma patologia possível de ser prevenida e mantida sob controle se houver mudança de estilo de vida, diagnóstico precoce, tratamentos eficazes e cirurgias menos invasivas e multiladoras.

Para os autores o fato do homem ser visto como cuidador de si e da família, ser reprodutor, ser totalmente apto às necessidades sexuais, acaba se distanciando do cuidado com a própria saúde, possuem dificuldades de verbalizar as próprias necessidades de saúde, não dando importância a pequenos sintomas, como por exemplo, uma simples dor de cabeça. É necessário que essa dor esteja em um estágio realmente insuportável para fazê-lo procurar um profissional da saúde. Devido a isso muitas doenças já estão em estágio avançado quando são descobertas. Podemos pensar que talvez seja o medo que esses homens têm de demonstrar uma possível fraqueza e afeminação perante os outros, devido os resquícios de uma sociedade machista como é a nossa.

Maciel Jr. (2006) refere-se que muitas vezes o homem deixa de expressar seu sofrimento e os próprios afetos pela família e amigos, adquirem problemas de saúde, sofrimento corporais, experimentam ansiedade e angústia, pela razão de não perder a posição adquirida.

Gianini (2007) os homens demonstraram dificuldade de expressar seus sentimentos quando ao diagnóstico, sugerindo uma forma de autocontrole e distanciamento dos sentimentos. A saúde ainda é vista por esses homens como “coisa feminina”, e também os serviços de saúde constituem pouco espaço que possa ser frequentado por eles. Maciel Jr. (2006) e Gianini (2007) nos mostram o quanto diversos homens tem dificuldades e não exercem a habilidade de demonstrar seu sentimentos por pessoas e fatos importantes em sua vida.

Para Hallak et al (2008) o câncer de próstata origina-se de alterações da estrutura celular. Srougi (1998), Zequi (2007) e a Sociedade Brasileira de Urologia (2010) afirmam que o câncer de próstata é o segundo mais comum nos homens. Concordam que ainda as neoplasias da próstata são raras antes dos 50 anos, e que incidência aumenta constantemente com o avançar da idade.

Para Zequi (2007) o câncer de próstata em geral atinge homens a partir dos 60 anos com pico até os 70, no entanto existem casos diagnosticados em pacientes com menos de 40 anos. Já para Srougi (1998) antigamente a maioria dos pacientes com câncer de próstata apresentava-se com neoplasia espalhada, mas em consequência dos programas de detecção precoce e da introdução das medidas do antígeno (uma proteína secretada pela próstata) específico da próstata (PSA), este fenômeno se modificou e, atualmente, cerca de 75% dos novos casos tem doença localizada.

Srougi (1998) refere que o PSA (Antígeno Específico da Próstata), revolucionou o diagnóstico do câncer de próstata, fazendo com que esses fossem identificados logo no início possibilitando maior eficácia e probabilidade de recuperação no tratamento. O progresso dos pacientes com câncer de próstata depende do grau histológico do tumor, do estágio da doença no momento do diagnóstico e do volume tumoral. De acordo com essa informação, vemos cada vez mais a importância do diagnóstico ser realizado no início da doença, por isso a necessidade de incentivos aos homens cada vez mais para que façam o acompanhamento e exames periódicos, e cada vez mais emissão de informações sobre a doença do câncer de próstata.

Srougi (1998) refere que as metástases nestes tumores podem aparecer até 12 anos após o diagnóstico da doença, de forma que o paciente deve se considerar curado posterior a esse período de seguimento. Um aspecto bastante relevante em relação ao câncer de próstata é que alguns pacientes permanecem com a doença em estado latente por vários anos sem avanço local e sem surgimento de metástases mesmo na ausência de qualquer tratamento. Essa conduta em geral é observada nos pacientes mais idosos, com tumores de baixo grau e pequeno volume. É possível perceber segundo o autor que o período para acompanhamento do estado da doença é longo exigindo atenção e uma rotina de exames periódicos a fim de identificar o progresso da doença evitando que alcance um estágio mais grave e com maior dificuldade de tratamento.

Para Srougi (1998) a doença varia ainda geograficamente sendo menor nos países de Extremo Oriente. Zequi (2007) está de acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia (2010) que o câncer de próstata é mais frequente nos Estados Unidos e Brasil que nos países do Extremo Oriente, como China, Índia e Japão.

Zequi (2007) alega que no ano de 2006 nos Estados Unidos sucederam 2.344.600 casos novos com 27.350 mortes, permanecendo como a neoplasia mais comum e a terceira causa de morte por câncer, sendo ultrapassada apenas pelas neoplasias de pulmão e brônquios e pelos carcinomas colorretais. As mortalidades mais altas são verificadas nos países escandinavos, seguidos pela Jamaica. Já as menores taxas são na Ásia.

No Brasil, o percentual é pouco inferior aos averiguados nos Estados Unidos, Canadá e Austrália. De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) no Brasil as maiores prevalências e incidências são verificadas na região Sul e Sudeste, onde se constata maior desenvolvimento socioeconômico, sendo menores nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Nosso país ainda de acordo com o INCA ocupa o segundo posto em mortalidade, após os carcinomas de pulmão.

Zequi (2007) aponta os seguintes fatores que exercem significativamente uma grande contribuição de riscos no desenvolvimento do câncer de próstata: a idade, antecedentes familiares, dieta e fatores geográficos. Presti (2007) e a Sociedade Brasileira de Urologia (2010) concordam que a maioria dos tumores iniciais da próstata são assintomáticos.

A Sociedade Brasileira de Urologia (2010) acrescenta que o diagnóstico precoce é realizado através de exames periódicos de PSA- antígeno prostático específico- e do toque retal da próstata. Estes exames são complementares e um não substitui o outro. Já a Sociedade Brasileira de Urologia (2010) e Zequi (2007) recomenda que os homens com idade acima de 40 anos com história familiar positiva para câncer de próstata e 45 anos, sem histórico de câncer na família, devem procurar um médico urologista a fim de realizar avaliação clínica da próstata independente de estar sentindo-se bem.

Dessa forma é possível prevenir ou detectar de forma precoce do câncer de próstata, propiciando melhores formas de recuperação.

Para Presti (2007) a presença de sintomas sugere doença localmente avançada ou metastásica. Queixa miccional obstrutiva ou irritativa pode ser causada pelo crescimento local do tumor na uretra ou no colo vesical, ou de sua extensão direta até o trígono da bexiga. É

possível que metástases para os ossos causem dores ósseas. Metástases para a coluna vertebral podem estar associadas com sintomas de compressão da medula espinal, como parestesia e debilidade das extremidades inferiores e incontinência urinária ou fecal. Somente com a aparição desses sintomas que comumente o indivíduo busca a medicina.

Do ponto de vista clínico o câncer de próstata pode ser identificado em fases iniciais através do toque digital, medidas do PSA sérico e pelo ultra-som transretal da próstata. Sabemos o quanto os homens resistem a realização do exame de toque retal, muitos por vergonha e outros por puro preconceitos, mas também não podemos deixar a de lado a hipótese de que vários homens não tem ideia da importância deste exame.

Srougi (1998) elenca que os pacientes portadores do câncer de próstata devem ser tratados conforme o estágio da doença e dessa forma, recorre-se a prostatectomia ou radioterapia nos tumores localizados e terapêutica endócrina antiandrogênica nos casos de doença disseminada. Ainda refere que estes pacientes são tratados com agilidade através de cirurgia radical ou radioterapia. Quando se conclui que o tumor tem pouca agressividade biológica, os pacientes podem ser mantidos em atenta observação, instituindo-se tratamento se aparecerem evidências clínicas ou laboratoriais de progressão da doença. Abrange neste último grupo os indivíduos com idade mais avançada, portadores de tumores baixo grau histológico e de pequeno volume.

Srougi (1998) ressalva que a cirurgia pode ser acompanhada de incontinência urinária, além de causar impotência sexual em 50 a 60% dos pacientes. A radioterapia desencadeia complicações actínicas crônicas na bexiga e intestino em torno de 15% dos casos. Quando se pretende aumentar as chances de cura, é necessário optar pelo procedimento cirúrgico. Caso a impotência sexual ou o risco da cirurgia representarem conflitos relevantes para o paciente, deve-se indicar o tratamento radioterápico.

Em relação ao enfrentamento da doença Gianini (2007) relata que além da dificuldade do paciente em enfrentar a doença, devido estar impossibilitado de continuar exercendo seu papel, passa por um sentimento de impotência e inferioridade, facilitando o desencadeamento de conflitos emocionais e reações psíquicas associadas a crenças e comportamentos que dificultam sua participação ativa no tratamento. É comum ainda a fantasia de perda da virilidade, confundindo a masculinidade com o desempenho sexual.

De acordo com Netto Jr. e Zani (2007) é aconselhável a realização semestral da dosagem do PSA e o toque retal, bem como a biópsia prostática após 12 a 18 meses. Comumente se interrompe a conduta expectante e se introduz tratamento por desejo do paciente, progressão clínica local detectada pelo toque retal ou ultrassonografia transretal da próstata, tempo de duplicação do PSA menor que dois ou três anos e piora dos achados histopatológicos nas biópsias subseqüentes.

Gianini (2007) mostra que homens da sociedade machista ocidental apresentam estresse quando recebem o diagnóstico do câncer de próstata, pois o diagnóstico de câncer ainda é visto como sentença de morte e está relacionada a muita dor, mutilações físicas, psíquicas e muito sofrimento. Além de ser uma doença cheia de preconceito e estigmas fazendo com que o indivíduo se afaste ou seja afastado do seu grupo muitas vezes por sentir-se inadequado, ainda conta com possibilidade de tratamentos difíceis e dolorosos que muitas vezes causam dilacerações. Ainda tem a questão dos exames clínicos que na maioria das vezes são invasivos, proporcionando ao indivíduo a sensação de perda da identidade com seu corpo exposto a explorações. Neste momento, apresentam-se sentimento de angústia e culpa além da insistente ameaça de morte.

De acordo com Gianini (2007) quando a mudança de estilo de vida até então considerada estável é causada devido o câncer, a qualidade de vida dessa pessoa é ameaça ou diminuída, sendo substituída pelo medo e incerteza. Qualidade de vida inclui conforto e mobilidade. O estabelecimento da doença, tal qual seu tratamento de sintomas como dor, fraqueza, fadiga perda de apetite podem alterar o bem estar físico do indivíduo acometido pela doença.

Conforme Gianini (2007) para otimizar a qualidade de vida do paciente é importante a análise de sua funcionalidade em todos os aspectos inclusive a sexualidade, no entanto, esse tema não tem sido adequadamente pesquisado pela equipe de oncologia. Entre as razões que podem motivar os conflitos da sexualidade nos pacientes com câncer como fatores químicos, cirúrgicos e oncológicos inclui-se com a mesma importância os fatores psicológicos.

Quanto ao diagnóstico Chiattonne (2002) refere que o indivíduo ao deparar-se com o diagnóstico e a doença divide-se em uma ambivalência de sentimentos decorrentes do impacto de seu mundo de valores e sua atual realidade. Tornando-se psicologicamente frágil com uma das questões mais angustiante do ser humano que é o conflito vivenciado entre a vida e a morte.

Para Campos (2008) a doença em si impede que o indivíduo mantenha sua rotina até então considerada “normal”, como o trabalho no âmbito profissional, afeta o convívio social no que diz respeito a diversão e interação com amigos, deixando-o isolado das atividades que o inseria num contexto psicossocial. A interrupção da vida pessoal nos pacientes internados ocasiona o aparecimento de desgostos e descontentamento, sofrimento, sensação de abandono, medo do desconhecido, pois a situação hospitalar é totalmente nova e desconhecida provocando fantasias e temores. A doença pode provocar precipitar ou agravar desequilíbrio psicológico devido ao medo da morte. O Psicólogo leva a realidade ao paciente de forma que ele possa contribuir para sua reabilitação, fortalecendo suas possibilidades pessoais de enfrentar e lidar com as situações de crise, buscando evitar ou aliviar o sofrimento psicológico que causam. Já Simonetti (2004) refere que a doença é um episódio que se instala da vida da pessoa, fazendo com que tudo ao seu redor gire em torno da doença, dessa forma as demais coisas ficam para depois ou caem no esquecimento.

Em relação a assistência psicológica no hospital Simonetti (2004) ressalta que para o Psicólogo Hospitalar ter habilidades, estratégias e técnicas a fim de obter um adequado direcionamento do atendimento psicológico, é necessário antes de qualquer coisa desenvolver uma boa escuta.

Dessa forma para Campos (2008) a assistência psicológica poderá se estender a equipe multiprofissional, referente à sua relação com o paciente e seus familiares dando suporte e retaguarda aos mesmos, além da assessoria psicológica aos diferentes serviços técnicos e administrativos.

Para Osanai (2004) ao tomar ciência do diagnóstico alguns questionamentos surgem sobre possibilidades de cura, insegurança, medo diante do tratamento. Essas ameaças e inseguranças interferem no cotidiano dos pacientes, necessitando serem analisadas com cautela para que possam ser reorganizadas de forma a proporcionar aos pacientes, melhor qualidade de vida, inclusive sexualmente.

Ainda segundo o autor a sexualidade é um aspecto bastante afetado durante todo o período da doença, no entanto, é de extrema importância a compreensão de que essa sexualidade é parte do conceito de saúde e a consciência de que esse bem estar propõe um equilíbrio mesmo diante de um diagnóstico grave, o toque e a intimidade continuam sendo muito importantes mesmo nesta situação. O indivíduo enfrenta grande dificuldade ao observar

o próprio corpo modificado, dificultando que se exponha ao parceiro, podendo ainda estender essa restrição aos contatos sociais.

Para Mello (2011) o processo de resiliência possibilita melhor qualidade de vida, tanto para as pessoas como para as sociedades nas quais estão inseridas, considerando o ambiente e a interação entre o processo, a pessoa e o tempo. A qualidade de vida abrange a satisfação com a vida pessoal, social e espiritual.

Mello (2011) e Gianini (2007) concordam que é possível viver com qualidade de vida num processo resiliente e devido aos avanços da medicina sem idealismo de perfeição, com satisfação num contexto biopsicossocial/espiritual, é necessário adaptar-se a nova realidade também nesse processo é de grande importância que a família promova autonomia, crescimento, confiança e amor ao paciente.

Neder (2003) relata que o trabalho do psicólogo só se efetivava com a contribuição de profissionais com interesses e iniciativas em atividades multiprofissionais, conhecendo a contribuição complementar das áreas científicas para a compreensão humana, e então o psicólogo passou a valorizar a interdisciplinariedade. No relacionamento do psicólogo e seus familiares, é de extrema importância o respeito mútuo em termos de direitos e deveres, adequados à vida com dignidade e com responsabilidade. O psicólogo pode auxiliar em diferentes relações, através de seu trabalho direto com profissionais de outras áreas, consultorias psicológicas e diversos procedimentos, agindo em pequenos grupos ou em pequenas unidades, facilitando a discriminação no relacionamento.

Chiattonne (2002) alerta para questões referentes aos atendimentos em salas de quimioterapia, que normalmente não possuem boxe separando os leitos, sendo um bom exemplo do cotidiano do psicólogo hospitalar, que não impede a realização de atendimentos consistentes e fundamentados em prática de apoio às vivências psicológicas na situação da doença e da hospitalização. É comum que pacientes durante a administração do quimioterápico em sala de quimioterapia, requisitam a presença do psicólogo como elemento de alívio, propiciando um logo atendimento durante esse procedimento. Em contra partida, pacientes com dores, sonolentos por medicação ou apresentando efeitos colaterais da doença ou tratamento podem suportar breves atendimentos.

De acordo com Gimenes et al (2002) no início do século XXI com a inicialização da anestesia, deu-se abertura para as primeiras cirurgias de remoção de tumores, sendo possíveis

algumas curas de câncer, caso este estivesse no princípio e sem ramificações. Foi com o progresso da medicina, da mudança de visão da sociedade, desenvolvimento dos conhecimentos e das técnicas de intervenção psicológica, ocorridos principalmente nos últimos vinte anos, propiciaram o surgimento da psico-oncologia que busca compreender o impacto do câncer na função psicológica do paciente, na família e nos profissionais da saúde que cuidam desses pacientes e as variáveis psicológicas e comportamentais e o risco do câncer e na sobrevivência a este.

Neste processo que o indivíduo atravessa, a Terapia Cognitivo Comportamental pode ser ativa no atendimento das fundamentais queixa psicossociais associadas ao tratamento de câncer. Podendo auxiliar o indivíduo a encontrar a melhor forma de lidar com o impacto emocional da experiência, acompanhando o paciente, familiares e cuidadores, considerando os fatores psicológicos e sociais que possam influenciar no processo da doença (GIANINI, 2007; LOURENÇÃO ET. AL, 2009).

Neves Neto (2002) acrescenta que a Psicoterapia Cognitivo Comportamento está sendo aplicada atualmente em instituições de saúde por demonstrar através de rigorosas pesquisas a eficácia e a efetividade para trabalhar entre outros fatores do comportamento como adesão ao tratamento médico e em condições médicas gerais contribuindo no tratamento do câncer. Dessa forma segundo o autor as emoções dos pacientes podem ser divididas com os familiares e equipe de saúde de forma produtiva, visando minimizar as sensações desagradáveis desse momento da sua vida e seus comportamentos são descritos e discutidos objetivando aumentar seu autocontrole para seu próprio.

6. Considerações finais

Durante a pesquisa foi possível encontrar material suficiente referente à parte clínica do câncer de próstata. Entretanto, observamos a escassez de referenciais teóricos que abordassem os aspectos psicológicos dos pacientes com câncer de próstata.

Consideramos importante mais pesquisas com a finalidade de melhor fundamentar a etiologia do câncer de próstata, tendo em vista ser a segunda neoplasia mais comum entre os homens, e que o número de homens com essa doença cresce a cada dia.

Percebemos o quanto são escassas campanhas preventivas que estimulem a realização de exames de laboratório que seguramente mostrariam um grande número de doentes, incluindo homens sem sintomas e que ignoram o mal.

Considerando que o câncer de próstata é uma doença que causa mudanças para o paciente e seus familiares, é conveniente pensar em ações individuais, familiares e sociais que possam intervir com o objetivo de abranger o estilo de vida, questões psicológicas, sexualidade e intervenções políticas e sociais.

Cada indivíduo sente e lida de formas diferentes com as situações da vida, cada um com sua particularidade, e é necessário levar em consideração seu histórico de vida social e emocional.

Esse trabalho teve como objetivo contribuir para a reflexão da necessidade de maiores estudos sobre como os homens se sentem diante do diagnóstico e tratamento do câncer de próstata que pode gerar grandes conflitos na vida do indivíduo no campo biológico e nos aspectos psicológicos, tais como ansiedade, depressão, dificuldade, medo da doença frente à fantasia de morte.

Diante disso torna-se de fundamental importância o apoio da família para esses pacientes neste momento tão vulnerável de sua vida, visando minimizar esses sintomas e sensações desagradáveis com o conforto de estar cercado pelo carinho e apoio de pessoas queridas.

A atuação do psicólogo hospitalar se torna indispensável junto à equipe de profissionais da saúde que visam propiciar melhores condições de enfrentamento da doença, minimizando o sofrimento dos pacientes portadores do câncer de próstata.

Buscamos com este estudo contribuir para uma maior reflexão acerca dos aspectos psicológicos do paciente com câncer de próstata, contudo acreditamos ser necessário maiores pesquisas no que se refere ao contexto biopsicossocial desses homens com isso buscamos a quebra do paradigma do câncer com sinônimo de morte.

7. Referências

ABNT. **Informação e documentação – Trabalhos acadêmicos – Apresentação.** ABNT NBR. 3ª Ed. Válida a partir de 17.04.2011.

CAMPOS, T.C.P. **Psicologia Hospitalar: A Atuação do Psicólogo em Hospitais.** São Paulo: 4º edição, 2008.

CHIATTONE, H.B. **A significação da Psicologia no contexto hospitalar.** In: CAMON, V.A. (org). **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

FIGUEIREDO, W. **Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária.** Revista Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 10, n. 1. Rio de Janeiro, jan./mar. 2005. Fonte Scielo. (Acesso em 26.10.2011)

FLECK, M.P.A. **A Avaliação de Qualidade de Vida: Guia para profissionais da Saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

GIANINI, M.M.S. **Câncer e gênero: enfrentamento da doença.** Dissertação de Mestrado, São Paulo: PUC, 2007.

GIMENES, M.G., CARVALHO, M.M.M.J., CARVALHO, V.A. **Um pouco da história da Psico-Oncologia no Brasil.** In: CAMON, V.A. (org). **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

HALLAK, J; COCUZZA, M.; NAHAS, W.C. **Câncer de Próstata e de Testículo.** In: CARVALHO, V.A. (org). **Temas em Psico-Oncologia.** São Paulo: Summus, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Câncer de Próstata.** Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata> (Acesso em 20/08/2011)

LOURENÇÃO, V.C., SANTOS JR., R., LUIZ, A.M.G. **Aplicações da terapia cognitivo comportamental em tratamento de câncer.** Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. Vol. 5, n. 2. Rio de Janeiro, novembro, 2009. Fonte Scielo. (Acesso em 31.10.2011)

MACIEL JR, P.A. **Tornar-se Homem – O projeto masculino na perspectiva de gênero.** Tese de Doutorado em Psicologia Clínica, São Paulo: PUC, 2006.

MELLO, M.A. **A Resiliência na Velhice.** In: ARAÚJO, C.A., MELLO, M.A., RIOS, A.M.G. (orgs). Resiliência: teorias e práticas de pesquisa em psicologia. São Paulo: Ithaka Books, 2011.

NEDER, M. **O psicólogo no hospital: o início das atividades psicológicas no HCFMUSP.** Revista O Mundo da Saúde. Vol. 27, n. 3. São Paulo, jul./set., 2003.

NETTO JR., N.R.; ZANI, E.L. **Tumor de Próstata: Tratamento.** In: NETTO JR, N.R. (org); D'ANCONA, C.A.L.; PALMA, P.C.R. (co-orgs); NEVES, P.A. (coord. científica). Urologia Prática – 5. ed. - São Paulo: Roca, 2007.

NEVES NETO, A.R. **Psicoterapia Cognitivo-Comportamental em Instituições de Saúde.** Sociedade Brasileira de Terapia Cognitiva. Porto Alegre, 2002. Disponível em: <http://www.sbtc.org.br/artigo003.htm> (Acesso em 10.11.2011)

OSANAI, M.H. **Sexualidade e Câncer.** In: AZEVEDO, D.R.; BARROS, M.C.M.; MULLER, M.C. (orgs). Psicooncologia e Interdisciplinaridade: Uma experiência na Educação a Distância. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

PRESTI JR, J.C. **Neoplasias da Próstata.** In: TANAGHO, E.A., McANINCH, J.W. 1929 [trad. NASCIMENTO, F.G.]. Urologia Geral de Smith. 16 ed – Barueri, SP: Manoele, 2007.

SEBASTIANI, R.W. **Histórico e evolução da Psicologia da Saúde numa perspectiva Latino-Americana .** In: CAMON, V.A. (org). Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

SILVA, R.M.; RIBEIRO, M. A. **Sexualidade e Câncer: vivência de casais no estágio avançado da doença**. Curitiba: Joruá, 2009.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar – O Mapa da Doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Câncer de Próstata**. 08/03/2010. Disponível em <http://www.sbu.org.br/2010/03/cancer-de-prostata/> (Acesso em 20.08.2011)

SROUGI, M. **Câncer da Próstata**. In: HERING, F.L.O; SROUGI, M. Urologia: Diagnóstico e Tratamento. São Paulo: Roca, 1998.

ZEQUI, S.C. **Tumor de Próstata: Epidemiologia, Diagnóstico e Classificação**. In: NETTO JR, N.R. (org); D'ANCONA, C.A.L.; PALMA, P.C.R. (co-orgs); NEVES, P.A. (coord. científica). Urologia Prática – 5. ed. - São Paulo: Roca, 2007.

-.