

Aspectos Gerais das Neoplasias Prostáticas: Uma Revisão de Literatura *General aspects of prostatic neoplasms: a literature review*

Djéssica Rayanne Teixeira Dos Santos¹

<https://orcid.org/0000-0002-69823326>

Marcos Cezar Feitosa De Paula Machado²

<https://orcid.org/0000-0002-4631-0309>

Priscila Maria De Barros Rodrigues³

<https://orcid.org/0000-0002-6151-6188>

Pauliana Valéria Machado Galvão⁴

<https://orcid.org/0000-0002-4418-218X>

Lídia Pinheiro Da Nóbrega⁵

<https://orcid.org/0000-0003-2101-0438>

Resumo: As neoplasias prostáticas no Brasil possuem um grande número de pessoas acometidas, que desconhecem a fisiopatologia, epidemiologia, sintomatologia, classificação, fatores de risco, prevenção, diagnóstico e tratamento dessa enfermidade. Devido a isso, é de extrema importância essa revisão de literatura feita a partir do estudo de 28 artigos, buscando trazer os aspectos gerais e mais relevantes do assunto, para que essa disseminação de conhecimento possa contribuir para melhorar a busca por centros de saúde, melhoria na saúde masculina e consequentemente diminuição dos casos de neoplasias. A partir disso e da colaboração entre todos os profissionais de saúde envolvidos buscando não só fornecer conhecimento mas também um ambiente acolhedor, será possível reduzir a morbimortalidade e ainda promover uma boa qualidade de vida.

Palavras-chave: Diagnóstico. Neoplasias Prostáticas. Saúde masculina.

Abstract: The prostatic neoplasms, in Brazil, have affected a large number of people, whose aren't aware of its pathophysiology, classification, risk factors, prevention, diagnosis and treatment. For that reason, this 28 article literature review is extremely important to brings up general and most relevant aspects over the subject, spreading knowledge to contribute and increase searches for health centers, help masculine health and consequently decrease cases of neoplasms. From this analysis together with the involved health professionals collaboration, seeking also a warm environment instead of just disseminate knowledge, it will be possible to reduce morbimortality and still promote a good quality of life.

Keywords: Diagnosis. Prostatic neoplasms. Male health.

DOI: 10.61223/coopex.v15i4.861

¹ Discente do Curso de Medicina pela Universidade de Pernambuco – UPE. E-mail: djessica.santos@upe.br.

² Doutor em Biologia Aplicada à Saúde pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Professor do Curso de Medicina em Patologia pela Universidade de Pernambuco – UPE. E-mail: marcos.machado@upe.br.

³ Doutoranda pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Docente na Universidade de Pernambuco. E-mail: priscila.barros@upe.br

⁴ Doutora em Epidemiologia em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco – UPE. E-mail: pauliana.galvao@upe.br

⁵ Doutoranda pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), Recife, Pernambuco. Professora do Curso de Medicina da Universidade de Pernambuco – UPE. E-mail: lidia.nobrega@upe.br

INTRODUÇÃO

Dentre as neoplasias prostáticas, a hiperplasia prostática benigna (HPB) e o câncer de próstata (CaP) podem ser consideradas como as complicações urológicas mais presentes na vida do homem após os 50 anos. Enquanto a HPB é um tumor benigno que acomete cerca de 50% dos homens após os 60 anos, o CaP é um tumor maligno responsável por grande quantidade de mortes na população masculina.

Quando as células estromais e epiteliais da próstata do lado da uretra passam a se multiplicar desordenadamente associadas à inflamação, surge a HPB. Tal enfermidade caracteriza-se pela hiperplasia da glândula e obstrução do canal urinário resultando em complicações.

Já o câncer de próstata (CaP), no Brasil, é o segundo mais comum entre os homens e, também, em relação a outros tipos de cânceres entre ambos os sexos. Para se ter ideia, sua incidência no Brasil foi de 71.730 em 2022 segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), sendo que sua presença é maior em países desenvolvidos do que em países que ainda se encontram em processo de desenvolvimento. Em relação a mortalidade no Brasil, em 2020, houveram 15.841 óbitos devido ao câncer de próstata, cujo resultado equivale a 15,30 mortes a cada 100 mil homens (INCA, 2022).

A próstata é um órgão pequeno que se localiza na parte abaixo do abdômen, tem formato de maçã e está logo abaixo da bexiga e à frente do reto. É uma glândula que só o homem possui e que envolve a porção do início da uretra, sendo responsável também por produzir parte do sêmen. Esse órgão é acometido pelo carcinoma principalmente em homens da terceira idade, devido que 75% dos casos no mundo costumam ocorrer a partir dos 65 anos (INCA, 2022)

A etiologia do CaP ainda não é totalmente conhecida, dessa maneira os fatores de risco mais comuns são a idade avançada, história familiar e as mutações genéticas desse tipo de câncer. Alguns fatores ambientais também são associados como causa, por exemplo: tabagismo, dieta e obesidade, porém ainda necessita-se de mais estudos para o aprofundamento desse conhecimento (Porcacchia, 2022).

De acordo com a Sociedade Americana de Oncologia Clínica, os métodos para o manejo do CaP localizado dependem da gravidade do tumor e do grupo de risco ao qual o paciente está inserido, dessa forma as principais abordagens são procedimentos cirúrgicos (prostatectomias), radioterapia e terapia de privação androgênica. Tais métodos podem ser aplicados isolados ou em combinação (Bekelman, *et al.*, 2018).

O cancro de próstata que tem como uma das características principais atingir a terceira idade, com o aumento da expectativa de vida para a população, acaba sendo detectado e tratado mais precocemente, aumentando seus casos e tornando-se um problema para a saúde pública. No entanto, devido a detecção prévia há um melhor prognóstico e chances de cura em homens assintomáticos por meio de exames como toque retal e exame de sangue para a dosagem do antígeno prostático específico (PSA) (Medeiros; Menezes; Napoleão, 2011).

Entretanto ainda existem barreiras que impedem o diagnóstico e seu prognóstico, como a falta de informação, crenças antigas e negativas, receio em relação ao exame preventivo, a falta de um exame específico e sensível para detectar em fase microscópica a doença e rotinas de cuidados programados. Nesse sentido, parte dos homens resiste ao exame, mas outros que já o fazem aceitam repeti-lo com mais segurança. (Maia, 2012).

Para o adequado acompanhamento dos pacientes não basta apenas um mero conhecimento básico acerca do tema, é necessário que a comunidade também domine informações sobre a temática, desde os fatores de risco, o desenvolvimento dessa doença e a importância de realizar exames periódicos de prevenção, para que a partir disso haja uma diminuição nas taxas de morbimortalidade (Naccarato, 2010).

Diante do exposto, a respectiva revisão de literatura tem como objetivo, através da organização de informações reunidas acerca das neoplasias prostáticas, desde seus fatores de risco, diagnóstico, prevenção, entre outros, contribuir para melhorias na assistência de saúde preventiva para o sexo masculino, em destaque indivíduos entre os 40 aos 65 anos.

MATERIAL E MÉTODOS

A presente revisão de literatura trata-se de um estudo descritivo e exploratório de revisão bibliográfica. A pesquisa foi feita por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Scholar, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *National Library of Medicine* (Pubmed), como também no Instituto Nacional de Câncer (INCA).

Para a busca dos artigos foram utilizados descritores como: “câncer de próstata”, “neoplasia prostática” e “*prostate cancer*”. Seguindo essa organização, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão, dessa forma, selecionou-se artigos em inglês e português, depois houve a análise dos textos encontrados por meio de uma leitura exploratória, para em seguida uma leitura seletiva que culminou na seleção de 26 artigos para compor o estudo.

Os critérios de inclusão foram artigos em inglês e português de acordo com o tema, já

o recorte temporal foi bastante abrangente, mas não obsoleto, desde 2000 até 2022. Os estudos de exclusão são artigos de resumos e que fugiram do objetivo do abordado no tema.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neoplasias prostáticas e suas fisiopatologias

O câncer surge no material genético de uma célula e possui a capacidade de se multiplicar e constituir uma massa tumoral. Acontece que a célula maligna sofre várias mutações, sendo que, qualquer célula do nosso corpo pode se transformar em um tumor maligno. Ele pode surgir em qualquer fase da vida humana e em qualquer lugar, mesmo que os hábitos de vida e atitudes sejam diferenciados, além disso ao ocorrer, pode ser curado, tornar-se avançado ou causar a morte (Naccarato, 2010).

A próstata é uma glândula sexual acessória do aparelho reprodutor masculino, situada entre a bexiga e o reto. Serve para secretar a substância prostática, constituída por inúmeras enzimas proteolíticas, como o antígeno prostático específico (PSA) e também outras substâncias essenciais para os espermatozóides (Pereira *et al.*, 2021). Destaca-se que a próstata pode ser alvo de dois tipos de processos: o aumento benigno, conhecido como hiperplasia prostática benigna (HPB) e, o crescimento maligno denominado câncer de próstata (CaP), podendo esse ou não estar associado ao aumento benigno.

A neoplasia prostática caracteriza-se por células que aumentam de forma anormal o número de divisões na glândula prostática, o que resulta no crescimento patológico da glândula. É importante salientar que a maioria dos homens não morrem por câncer de próstata, porém a doença provoca um tumor que cresce lentamente nesses indivíduos que devem se submeter a um tratamento para reduzir os possíveis efeitos. A razão da morte se dá primordialmente devido a metástase, quando as células neoplásicas irão se espalhar para outras partes do corpo, como os linfonodos pélvicos e retroperitoneais, reto, bexiga, ossos, medula espinhal e cérebro (Schatten, 2018).

A velocidade para que uma célula aumente e vire um tumor é lenta, levando de 4 a 10 anos para crescer 1 cm (Miranda *et al.*, 2004). Tal crescimento mesmo sendo mais devagar leva a glândula a aumentar de 20g até 60g ou até mesmo podendo chegar a 100g, o que leva a necessidade de um tratamento cirúrgico (Calvete *et al.*, 2003).

Perfil epidemiológico

A neoplasia prostática se tornou um problema de saúde pública devido ao aumento das taxas de mortalidade e da elevação no número de casos de incidência, de acordo com as estatísticas brasileiras. Isso ocorre devido ao aumento na expectativa de vida que já em 2020 tende a ultrapassar os 70 anos de idade (Maia; Moreira; Filipini, 2009).

No Brasil, excluindo o câncer de pele não melanoma, o CaP é o segundo com maior incidência, com a região sudeste apresentando o maior número de casos. (Tourinho-Barbosa; Pompeo; Glina, 2016). No mundo, possui 14,1% de incidência (1,4 milhão de novos casos) e 6,8% de mortalidade (375.000 mortes) em 2020 (Sung, 2021). A taxa de mortalidade por idade apresentou um aumento ao longo dos anos em pessoas com mais de 60 anos, principalmente na região Sudeste e Nordeste, com 46,4% e 25,5%, respectivamente. Além disso, embora tenha tido um aumento no diagnóstico pelo SUS entre 2017 a 2019, que passou a ser de 39.953, houve uma diminuição em 2020 para 27.358 pessoas diagnosticadas com mais de 50 anos. Provavelmente, devido ao aparecimento da COVID-19 que causou uma queda acentuada nas consultas presenciais e, portanto, nos diagnósticos (Porcacchia, 2022).

Já o HPB possui relação com a idade dos pacientes estando menos presente em homens de 41 e 50 anos, cerca de 20%, e mais presente acima dos 51 anos, com destaque nos 80 anos com cerca de 90% de incidência. Além disso, 25% da população masculina acima dos 50 anos apresentaram sintomas, enquanto acima dos 70 anos, cerca da metade.

Sintomatologia

Normalmente, na etapa inicial o crescimento do tumor é assintomático, podendo ser percebido a partir da elevação do antígeno prostático específico (PSA) e do toque retal alterado. Em algumas pessoas o crescimento é mais lento e em outras é mais rápido, porém a partir dos 50 anos esse crescimento é maior (Oliveira *et al.*, 2018). Enquanto na fase inicial, o CaP se apresenta com crescimento benigno e dificuldade para urinar. Na fase avançada, pode causar dor óssea, dificuldade em urinar e infecção generalizada ou insuficiência renal (INCA, 2022). Outrossim, os níveis de PSA sérico podem ter relação com o avanço do estágio clínico e patológico da doença. E, ainda, níveis baixos podem indicar um bom prognóstico e níveis altos indicam um avanço da doença com baixa expectativa de vida (Chiong *et al.*, 2005).

Um a cada nove homens apresentam manifestações clínicas, sendo que o CaP avançado se espalha pelo corpo provocando sintomas diferentes dos urinários, dores no

períneo, ao nível dos rins e ossos, cansaço, perda de força e peso, entre outros. Essas manifestações clínicas são típicas quando a doença atinge órgãos vizinhos ou a distância (Reggio, 2005).

A hiperplasia prostática benigna está relacionada há sintomas associados a obstrução mecânica devido ao aumento da próstata, como obstrutivos: dificuldade inicial, esforço, intermitência, gotejamento pós-miccional. Ou irritativos: urgência, frequência com fluxo fraco, noctúria, urge incontinência e incontinência urinária), além disso foram introduzidos sintomas pós-miccionais (gotejamento terminal e micção incompleta).

Diagnóstico (testes de detecção precoce)

Em relação a hiperplasia prostática benigna o diagnóstico inicia-se com a anamnese para destacar outras doenças, exame físico da região abdominal, pélvica e o toque retal. O do CaP é feito seguindo modelo semelhante.

PSA

Testes totalmente adequados para a detecção precoce do CaP ainda não estão disponíveis de forma totalmente confiável, mesmo assim esses métodos são essenciais para se chegar a um tratamento.

O antígeno prostático específico (PSA) é um teste de sangue bastante utilizado, porém não consegue detectar algumas vezes o câncer (Schatten, 2018). Assim, a Sociedade Americana de Câncer recomenda que seja feita uma triagem anual em homens acima de 50 anos para CaP com PSA e toque retal (Smith; Cokkinides; Eyre, 2003). Entretanto, ainda não existe a certeza que o PSA é totalmente eficaz para o diagnóstico, pois ainda necessita de ainda mais especificidade e sensibilidade (Thompson *et al*, 2004). Quando há um resultado alterado tanto no PSA quanto no toque retal, é preciso realizar um exame anatomopatológico da próstata para se ter uma confirmação do CaP.

Somente a próstata é capaz de produzir quantidades significativas de PSA a nível do sangue, no entanto, essa glicoproteína também pode ser produzida por outras glândulas, como: o pâncreas, a mamária, a parótida. É graças a isso que esse antígeno possui a capacidade de detectar neoplasias malignas, já que as células vão conseguir produzir dez vezes mais PSA do que as do tecido benigno (Naccarato, 2010).

A elevação do PSA no sangue ocorre quando a estrutura da glândula prostática é rompida. Entre as principais patologias prostáticas que possuem esse efeito estão a HPB, prostatite e CaP. Ademais, o antígeno também pode estar aumentado no sangue após uma

ejaculação ou uma cistoscopia, o que comprova que níveis elevados de PSA não são condição específica de câncer de próstata (Medeiros; Menezes; Napoleão, 2011).

Toque retal

O exame de toque retal é realizado por um médico especialista, cuja função é tocar com o dedo a porção anterior do reto, onde fica assentada a próstata. Dura cerca de 5 a 30 segundos, sendo geralmente indolor. É possível palpar 70% da próstata, uma área de maior incidência, bastante razoável para conseguir detectar o CaP. A partir disso, obtém-se informações sobre o volume, presença de irregularidades, mobilidade, consistência, limites e a sensibilidade da próstata. Caso haja uma neoplasia prostática essa terá um aspecto de massa irregular e consistência endurecida, com nódulos pequenos detectados graças ao toque. Geralmente, vai possuir 1,5 cm³, de acordo com a extensão local da doença. É feito de forma periódica a fim de reduzir os danos com a detecção precoce (Naccarato, 2010).

Lembrando que mesmo sendo um exame geralmente indolor, o preconceito, a cultura e costumes, fazem que os homens não queiram o realizar, muitas vezes por medo e vergonha, aliados a falta de conhecimento, gerando problemas para o diagnóstico, prevenção e o tratamento da doença. Com isso, é de suma importância um profissional qualificado que possa lidar com os aspectos sentimentais e psicológicos daquele paciente.

Métodos e tecnologias para diagnóstico

A ultrassonografia transretal (TRUS) obtém imagens das áreas a serem selecionadas para biópsia, mesmo assim o TRUS não pode detectar de forma totalmente confiável as áreas que possam estar afetadas. Com a criação do ultrassom Doppler colorido, houve um avanço, pois ele tem a capacidade de medir o fluxo sanguíneo dentro da glândula e promover imagens mais precisas para serem mandadas para biópsia. Com a união dessas tecnologias é possível promover um diagnóstico mais eficiente, com uma combinação de ressonância magnética e biópsias auxiliadas pela TRUS (Schatten, 2018).

Estágios e classificação do CaP

Para que obtenha-se um tratamento adequado e específico, com prescrição medicamentosa correta, é necessário conhecer os estágios e classificação do CaP. Um dos métodos mais recentes inclui a ressonância magnética multiparamétrica, para determinar a extensão, agressividade e o tratamento. Para isso necessita combinar a ressonância padrão

com uma mais detalhada, como por exemplo imagem ponderada em difusão (DWI). Além disso, há uma ressonância magnética aprimorada cuja capacidade é detectar se nos linfonodos há células cancerígenas, como também uma tomografia por meio da emissão de pósitrons (PET) com o uso de acetato de carbono radioativo que permite a detecção do CaP.

Para que possa classificar o câncer é necessário identificar seu crescimento, disseminação, histologia particular e alterações celulares no tumor. Para a neoplasia prostática são utilizados dois tipos de estadiamento, o estágio clínico que consiste em toque retal, raio-x, biópsia, tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética e cintilografia óssea, já o estágio patológico corresponde às informações obtidas perante a cirurgia e aos resultados dos exames laboratoriais de patologia.

Dessa forma, para obter o estágio do câncer criou-se um sistema, onde o estágio 0 corresponde a nenhum câncer, o I câncer associado a próstata, o II tumor pequeno que ainda não se espalhou, mas com células anormais, o III câncer que se espalhou para tecido próximo ou vesículas seminais e o IV que se espalha para regiões mais distantes, como bexiga, reto, osso, fígado, pulmões ou linfonodos. Concomitantemente, o Escore de Gleason é uma ferramenta útil, pois classifica o câncer de acordo com um sistema de pontuação que varia de 2 a 10, que significa que quanto maior o número, maior o grau do CaP (Schatten, 2018).

Fatores de risco

Na HPB os fatores de risco necessitam de mais pesquisa, porém alguns artigos discutem algumas causas, como razões ambientais, de raça e genética, por exemplo alguém que possua um parente de primeiro grau com a doença pode aumentar em até quatro vezes o risco de também ter ela.

Ademais, mesmo que as causas específicas do adenocarcinoma não sejam completamente conhecidas, evidências epidemiológicas sugerem que fatores ambientais, biológicos e sociais influenciam no seu início e no seu avanço.

Hormônios

Os hormônios há muito tempo são associados ao CaP, diante disso, muitos estudos já associaram que nas células malignas receptores de hormônios esteróides estão muito expressos. Sendo assim, a terapia com estrogênio mostrou eficácia para combater a doença, pois há um aumento de testosterona e diidrotestosterona no tecido acometido quando comparado ao tecido normal e, dessa forma, esse tratamento pode ser eficaz para combater a elevação. Além do mais, a incidência da neoplasia em homens castrados é muito baixa.

Por fim, ainda acaba sendo um pouco inconclusivo esse fator, pois mistura uma série de determinantes, juntando vários hormônios (testosterona, estrogênio, globulina) e fatores ambientais (dieta, tabagismo, etc) que dificultam a determinação precisa dos fatores de risco (Grozescu; Popa, 2017).

Fatores genéticos/histórico familiar

Estudos mostraram que indivíduos que possuem histórico familiar de CaP, tendem a ser mais suscetíveis à doença. Um estudo epidemiológico revelou duas classificações: câncer de próstata hereditário, com traço autossômico dominante e início precoce, como também câncer de próstata familiar, com agrupamento familiar óbvio, mas sem traço mendeliano perceptível.

O câncer de próstata hereditário está relacionado a um gene modificado (traço autossômico dominante) que eleva as chances de serem acometidos pela doença (penetrância incompleta). Encontra-se dentro de alta porcentagem de início precoce, em cerca de 9% dos cânceres. Já o câncer de próstata familiar age diferente, sendo uma forma mais agressiva (pelo início precoce) responsável por uma parte dos casos iniciais.

Diante disso, existe alto risco devido ao histórico familiar, o que amplia a necessidade de rastreamento e diagnóstico de indivíduos com pai ou irmão (parentes de primeiro grau) que tenham CaP (Grozescu; Popa, 2017).

Alimentação

A interligação entre a alimentação e o câncer não é de fácil entendimento, já que ainda não há o conhecimento de como ela pode influenciar no mecanismo e desenvolvimento do CaP. Mesmo assim, a alimentação pode estar associada a várias doenças, como o câncer de mama e o de próstata, pela ingestão de gorduras. O CaP está mais presente na população ocidental, onde há uma alta ingestão de gordura, principalmente de origem animal. A presença de uma grande quantidade de gordura no plasma sanguíneo acaba alterando a síntese de hormônios sexuais, o que acarretaria no desenvolvimento do câncer. Porém, outros estudos demonstram que existem muitas informações inconsistentes, assim, há um longo caminho a ser percorrido para o conhecimento acerca desses determinantes (Grozescu; Popa, 2017).

Idade, sexo e raça

A idade é um fator de risco que não pode ser modificado, principalmente a partir dos

50 anos ela pode provocar a ocorrência e a elevação do desenvolvimento do CaP. Diante disso, a um aumento em 30% de se ter uma neoplasia prostática, já aos 80 anos a porcentagem é de 80% (Medeiros; Menezes; Napoleão, 2011).

Ademais, pesquisas mostram que o sexo masculino tende a viver 7 anos a menos que as mulheres. Isto pode ser explicado devido ao fato dos homens se cuidarem menos, serem mais desatentos com a própria saúde, não procurarem os serviços de saúde pública, seja por medo, vergonha ou descaso. Dessa forma, os indivíduos tendem a procurar uma assistência apenas quando sentem dores ou ficam incapacitados de fazer algo da rotina, o que é problemático, pois o avanço dificulta o tratamento (Stefanelli; Akuda; Arantes, 2011).

Por fim, alguns estudos também relacionam a raça como um fator determinante, com os negros com maior índice de risco, depois brancos e, por último os japoneses.

Prevenção

Como já citado anteriormente, existem muitas dificuldades para que haja um diagnóstico das neoplasias prostáticas, principalmente com o déficit de homens que procuram os serviços de saúde no tempo certo.

Quando há uma triagem de detecção precoce, a doença pode ser detectada antes, favorecendo um tratamento mais eficiente. Para indivíduos sem sintomas recomenda-se o toque retal e o PSA sérico anual a partir dos 50 anos de idade, de acordo com a Sociedade Americana de Câncer, pois são exames de baixo custo e com um certo nível de sensibilidade e especificidade. Porém, os modelos atuais encontram-se com foco no atendimento hospitalar, deixando de lado o setor primário de atenção à saúde (Medeiros; Menezes; Napoleão, 2011).

Na prevenção, destaca-se os fatores predisponentes, presentes na prevenção primária e na secundária. Na primária reúne fatores de risco para o desenvolvimento da doença, em que a solução é evitar tais determinantes (gorduras, carne vermelha, entre outros) e adquirir melhores hábitos de vida. Já a secundária consiste em ações que sejam desenvolvidas em conjunto, como a realização de exames periódicos e métodos de diagnóstico precoce que possam proporcionar auxílio para a sobrevivência do paciente. Nesse sentido, a junção da prevenção primária com a secundária é capaz de reduzir até dois terços dos casos de câncer, tanto sua incidência, morbidade, quanto sua mortalidade (Maia; Moreira; Filipini, 2009). Entretanto, na prevenção primária os fatores de risco são na maioria desconhecidos ou inevitáveis, o que dificulta medidas mais efetivas para o CaP (Paiva; Motta; Griep, 2010).

Enfim, para melhorias na prevenção deve haver a diminuição de estigmas em relação aos métodos de diagnóstico precoce. Para isso, é preciso o fornecimento de informações sobre

a consciência corporal, a necessidade dos exames e as consequências do descaso com a saúde (Oliveira *et al.*, 2019).

Tratamento

O tratamento mais adequado deve ser de acordo com o diagnóstico obtido pelo paciente, sendo baseado na sobrevida, PSA, Escore de Gleason, na fase da doença, comorbidades, efeitos e preferências do doente. A partir disso é possível categorizar os indivíduos, com ou sem probabilidade de cura ou em grupos de risco. Além do mais, existem duas modalidades primárias de tratamento terapêutico de CaP localizado: cirurgia e radioterapia (Cleto *et al.*, 2005). No entanto, mesmo com as quimioterapias, radioterapias e cirurgias, ainda existem a resistência, complicação medicamentosa e os efeitos adversos, o que faz com que seja complicado reduzir as taxas de mortalidade do CaP (Sousa *et al.*, 2019).

Radioterapia definitiva e prostatectomia radical

Para o tratamento de adenocarcinoma da próstata localizado, existem dois principais: a radioterapia definitiva e a prostatectomia radical (pouco recomendado para idosos). Estudos mostram que cerca de um terço das pessoas que passaram por uma radioterapia definitiva desenvolveram uma recaída bioquímica, sendo assim, a mais recomendada é a radioterapia adjuvante (Sousa *et al.*, 2019). Esse tipo de tratamento se caracteriza por manter a integridade dos órgãos, no entanto, os pacientes podem sofrer com efeitos colaterais ou adversos, dentre os vários tipos de radioterapia, como sintomas da micção irritativos, proctite em mais da metade dos casos, retenção urinária, e disfunção erétil (Quijada; Fernandes; Santos, 2018).

A prostatectomia radical consiste em uma cirurgia indicada como padrão-ouro de tratamento de CaP, ela retira a glândula prostática e as vesículas seminais. Outrossim, pode acarretar em algumas complicações, como a disfunção erétil ou a incontinência urinária, sendo essas de curto ou a longo prazo (Izidoro, 2019).

Outra alternativa para o CaP em caso de metástase é a RT estereotáxica ablativa, com a função de aumentar a eficácia biológica da dose com uma menor complicação. Estudos demonstraram que o emprego de altas doses aumenta os danos às células tumorais e impedem que haja reincidência neoplásica. Sendo uma terapia alternativa, não-invasiva, ambulatorial, com pouca duração (1 semana), ocorre geralmente sem anestesia ou sedação, permitindo o retorno rápido do paciente aos hábitos de vida (Sousa *et al.*, 2019).

Terapia de privação androgênica (ADT)

A exclusão androgênica associada à radioterapia tem a capacidade de supressão a partir do aumento da astenia e diminuição do funcionamento tanto social, físico como cognitivo nos dois meses seguintes após a radiação. Com a junção da ADT mais a radioterapia guiada por imagem houve melhora nos números de mortalidade de CaP de alto risco e na radiosensibilização (Sousa *et al.*; 2019).

Quimioterapia

Nesse tipo de tratamento são utilizadas drogas que têm a função de promover que sejam atingidas células tumorais nos diferentes estágios do ciclo celular. Dessa forma a quimioterapia possibilita que as células tumorais sejam destruídas, para comprometer seu desenvolvimento, no entanto, também destroem células saudáveis vizinhas, contribuindo para o surgimento de efeitos colaterais. Alguns medicamentos utilizados são a docetaxel e o cabazitaxel, agentes citostáticos que impedem que durante a mitose ocorra a formação do fuso mitótico. Em casos avançados há o uso de docetaxel, para combater a presença de metástase nos ossos ou nos pulmões e fígado (Sousa *et al.*, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se portanto, que um dos maiores empecilhos para diminuição dos casos de neoplasias prostáticas no Brasil envolve razões sociais, desde a falta de conhecimento acerca do assunto, aliada a falta de projetos que incentivem a ida a ambientes de saúde que realizam diagnóstico precoce, assim como o receio de se submeter ao toque retal.

Ao longo da revisão de literatura são descritos assuntos de suma relevância, mostrando que o ambiente médico possui os materiais necessários para resolver as questões que envolvem o diagnóstico, prevenção e o tratamento dos casos de neoplasias prostáticas. Dessa forma, devido a avanços na ciência médica é cada vez mais possível fornecer um tratamento mais seguro e eficaz para as pessoas. Ainda mais se forem seguidos corretamente a prevenção, os exames de rotina (PSA) e o toque retal após os 50 anos.

Diante do exposto, o objeto do texto foi agregar a maior parte das informações relevantes acerca das neoplasias prostáticas. Para isso, deve-se incentivar a busca masculina por uma saúde e qualidade de vida melhor, porém as instituições de saúde também devem estar preparadas para lidarem com todas as questões que envolvem essa temática, fornecendo o melhor atendimento humanizado possível.

REFERÊNCIAS

- BEKELMAN, J. E. *et al.* Clinically Localized Prostate Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Endorsement of an American Urological Association/American Society for Radiation Oncology/Society of Urologic Oncology Guideline. **J Clin Oncol**, v. 36, n. 32, 2018.
- CALVETE, A. C. *et al.* Avaliação da extensão da neoplasia em câncer da próstata: valor do PSA, da porcentagem de fragmentos positivos e da escala de Gleason. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 3, 2003.
- CHIONG, E. *et al.* Review of clinical manifestations of biochemically-advanced prostate cancer cases. **Asian J Surg.**, v. 28, n. 3, 2005.
- CLETO A. *et al.* Radioterapia no cancro da próstata. **Acta urológica**, v. 22, n. 1, 2005.
- GROZESCU, T.; POPA, F. Prostate cancer between prognosis and adequate/proper therapy. **J Med Life**, v. 10, n. 1, 2017.
- HERNÁNDEZ, M. B. Hiperplasia prostática benigna. **Revista Médica de Sinergia**, v. 2, n. 8, 2017.
- INCA. Ministério da Saúde. Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2022.
- IZIDORO, L. C. De R *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde e fatores psicossociais após prostatectomia radical. **Acta Paul Enferm.**, v. 32, n. 2, 2019.
- MAIA, K. O. ; MOREIRA, S. H.; FILIPINI, S. M. **Conhecimento e dificuldades em relação à prevenção do câncer de próstata na ótica dos homens de meia idade.** In: XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2009.
- MAIA, L. F. Dos S. Câncer de próstata: preconceitos, masculinidade e a qualidade de vida. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 2, n. 6, 2012.
- MEDEIROS, A. P.; MENEZES, M. F. B.; NAPOLEÃO, A. A. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, 2011.
- MIRANDA, P. S. C. *et al.* Práticas de diagnóstico precoce de câncer de próstata entre professores da faculdade de medicina - UFMG. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 3, 2004.
- NACCARATO, A. M. E. P, 2010. **Estudo demográfico e aspectos psicológicos de pacientes sob rastreamento de carcinoma prostático.** 2010. Dissertação (Mestrado em Cirurgia) - Universidade Estadual de Campinas. UNICAMP. Campinas- SP.

NOBREGA, O. T. *et al.* Níveis séricos de interleucina-2 diferem entre câncer de próstata e hiperplasia benigna da próstata. **J Bras Patol Med Lab**, v. 58, 2022.

OLIVEIRA, P. S. D. *et al.* Câncer de próstata: conhecimentos e interferências na promoção e prevenção da doença. **Enfermería global**, v. 18, n. 54, 2019.

PAIVA, E. P. de; MOTTA, M. C. S. da; GRIEP, R. H. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 23, n. 1, 2010.

PORCACCHIA, A. S. *et al.* Prostate cancer mortality and costs of prostate surgical procedures in the Brazilian public health system. **International braz j urol**, v. 48, n. 3, 2022.

QUIJADA, P. D. Dos S.; FERNANDES, P. A.; SANTOS, B. M. De O. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de próstata em tratamento de radioterapia: revisão integrativa de literatura. **Arq. Cienc. Saúde unipar**, Umuarama, v. 8, n. 3, 2018.

REGGIO, E. **Tratamento percutâneo do adenocarcinoma de próstata por crioablação**. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo: 2005.

SCHATTEN, H. **Cell & Molecular Biology of Prostate Cancer**. Brief Overview of Prostate Cancer Statistics, Grading, Diagnosis and Treatment Strategies. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, vol 1095. Cham Springer, 2018.

SMITH, R. A.; COKKINIDES, V.; EYRE, H. J. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2003. **CA Cancer J Clin**, v. 53, n. 1, 2003.

SOUSA, R. S. De *et al.* Tratamento do câncer de próstata: radioterapia, quimioterapia e plantas medicinais como alternativa terapêutica. **Revista eletrônica acervo saúde**, v. 11, n. 9, 2019.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. São Paulo, 2011.

SUNG, H. *et al.* Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA Câncer J Clin**, v. 71, n. 3, 2021.

THOMPSON, I. M. *et al.* Prevalence of Prostate Cancer among Men with a Prostate-Specific Antigen Level ≤ 4.0 ng per Milliliter. **N Engl J Med**, 2004.

TOURINHO-BARBOSA, R.R.; POMPEO, A.C.; GLINA, S. Prostate cancer in brazil and latin america: epidemiology and screening. **Int braz j urol.**, v. 42, n. 6, 2016.