

SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ACOMETIDO POR CÂNCER DE PRÓSTATA: ADOECIMENTO, PREVENÇÃO, MÉTODOS DE DIAGNÓSTICOS, COMPLICAÇÕES E TRATAMENTO.

Fagner Dantas de Oliveira¹; Laís Paiva de Medeiros²; Ana Beatriz Nogueira Pereira³; Marília Rute de Souto Medeiros⁴;

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Fagnerjs@hotmail.com.br¹; Laispaiwa17@hotmail.com²; abnogueira77@gmail.com³; Mariliarute@hotmail.com⁴;

RESUMO

Introdução: O câncer de próstata é definido como um aumento no tamanho da próstata, tendo a presença de nódulos de forma não simétrica. Além disso, o câncer de próstata é o sexto colocado no rank mundial e o segundo mais prevalente em homens no Brasil. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de próstata são a idade avançada, fatores hormonais, hereditariedade, dieta inadequada e entre outros. **Objetivo:** Contextualizar o câncer de próstata e suas particularidades na população acometida, como descrever a prevenção, diagnóstico, tratamento e o papel da enfermagem. **Metodologia:** Consta de revisão integrativa dos últimos dez anos, utilizando as bibliotecas virtuais: Bireme e SciELO. **Resultados e Discussões:** O câncer de próstata é tido como uma doença sem cura, mas com tratamento a qual visa melhorar o aspecto de vida do paciente. Entretanto, a prevenção é a melhor forma de evitar problemas futuros como a realização do diagnóstico precoce para um melhor prognóstico da doença. **Conclusão:** Levando em conta os aspectos abordados, é de suma importância o conhecimento sobre o câncer de próstata a fim de melhorar a qualidade de vida desses indivíduos acometidos, além disso, evidenciar as ações terapêuticas indicadas para evitar os possíveis comprometimentos que o câncer de próstata pode levar.

Palavras-chave: Próstata, Câncer, Assistência de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A próstata é uma glândula que faz parte do sistema reprodutor masculino, localizada na parte baixa do abdômen, tem como função reproduzir parte do sêmen. No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais prevalente entre homens, sendo o sexto tipo mais comum no mundo e o mais predominante em homens. O câncer da próstata (CP) pode apresentar evolução silenciosa inicialmente, assim os pacientes podem não apresentar sintomas ou, apresentarem sintomas parecidos aos do tumor benigno da próstata. Com o avanço da doença, podem apresentar também dor óssea, problemas urinários, infecção generalizada ou insuficiência renal (INCA, 2014).

A prevenção tem como intuito a redução da incidência e prevalência da doença nas populações. A queda das taxas de morbidade e mortalidade pode estar associada com o reconhecimento de doenças crônicas no estágio inicial e nas mudanças de hábitos. O tratamento deve ser individualizado para cada paciente de acordo com a sua idade, tamanho da próstata, grau

histológico, estágio do tumor e os recursos técnicos disponíveis, portanto, podem ser realizadas cirurgias radicais, observação vigilante, radioterapia e terapias endócrinas (ARAP; COELHO, 2010).

No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens (atrás apenas do câncer de pele não-melanoma). Em valores absolutos, que se estimasse cerca de 68.220 novos casos até 2018 e com 13.772 números de mortos em 2010, o câncer de próstata é o quarto tipo de câncer mais comum e o segundo mais incidente entre os homens. A taxa de incidência é maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento. Mais do que qualquer outro tipo, é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. O aumento observado nas taxas de incidência no Brasil pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos (exames), pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida (GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008).

O objetivo do estudo foi buscar conhecimentos sobre o câncer de próstata e a atuação da enfermagem na prevenção dessa doença. Foi comprovado que a atuação da enfermagem na prevenção do câncer de próstata é de extrema importância, a fim de proporcionar o aumento da qualidade de vida do paciente, contudo, a enfermagem pode contribuir com o desenvolvimento de práticas educativas que são elementos centrais na promoção da saúde e qualidade de vida.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada no mês de abril de 2018, através das bibliotecas virtuais do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), tendo como critérios de inclusão: artigos completos que abordassem a temática; nos idiomas espanhol, inglês e português e num espaço temporal de dez anos. Como critérios de exclusão foram estabelecidos: materiais que apareciam repetidamente na base de dados; que não abordassem a temática; que não tinham texto completo disponível e anteriores ao período proposto. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foi realizada a leitura do título e resumo dos artigos e selecionados aqueles que atendiam ao objetivo da coleta.

Para fazer uma busca mais precisa dos periódicos, foram utilizados descritores cadastrados no Portal de Descritores das Ciências da Saúde (DeCS) “PRÓSTATA”, “CÂNCER” e “ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM”, unidos pelo conector booleano “AND”. Na base de dados da Bireme foram encontrados 201 artigos, dos quais foram selecionados apenas 13 materiais. Já na

base de dados da SciELO foram encontrados 55 e analisados 09 artigos. Após incluir os critérios de inclusão e exclusão, foi feita uma leitura dos materiais selecionados, e desses apenas 12 artigos foram analisados e utilizados para a pesquisa.

Artigos			
Base de Dados	Encontrados	Selecionados	Analisados
Bireme	201	13	07
SCIELO	55	09	02

Tabela 1: Achados de acordo com as bases de dados selecionados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O câncer de próstata ou também denominado de carcinoma da próstata, tem como característica o crescimento e desenvolvimento lento (aumento de 1 cm da próstata em até 15 anos). As células cancerosas da próstata podem espalhar-se demais partes do corpo, principalmente os ossos e os linfonodos. Inicialmente pode não apresentar nenhum tipo de sintoma, mas em estágios avançados pode causar dificuldade para urinar, presença de sangue na urina ou dor na pelve, costas ou ao urinar. Às vezes a presença desses sinais fazem parecer com a hiperplasia benigna da próstata, pois os sintomas são bem parecidos. Outros sintomas que podem surgir tardiamente, incluem sensação de cansaço devido aos baixos níveis de células vermelhas no sangue e disfunção erétil (DORNAS et al; 2008).

Os principais fatores de risco estão extremamente ligados ao surgimento do câncer da próstata. A predisposição genética, por exemplo, diz que pacientes com parentes de primeiro grau aumenta a probabilidade de diagnóstico do câncer para 16% e 8% quando não existe doença na família. O risco de câncer da próstata aumenta 1,5 vez quando um parente de primeiro grau tem o tumor e cinco vezes quando são acometidos dois parentes de primeiro grau. A dieta é outro fator relacionado ao aparecimento desse tipo de câncer. A presença de uma dieta rica em gordura animal está envolvida com o aparecimento do câncer da próstata. Por outro lado, dietas ricas em fibras e em tomate podem diminuir o risco de aparecimento dessa doença (MEDEIROS; MENEZES; NAPOLEÃO, 2011).

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) se mostraram um dos fatores, embora classicamente se postule um papel etiológico das IST no câncer da próstata, os estudos a esse respeito são conflitantes. Mesmo o papel de vírus, como herpes vírus, HPV e citomegalovírus, comumente encontrados em células prostáticas normais, não puderam ser associados in vivo com o câncer prostático (DAMIÃO et al; 2015).

Vários estudos têm demonstrado a importância de fatores hormonais no aparecimento do câncer da próstata, incluindo o Andrógeno-dependência da maioria dos cânceres da próstata. O fato do câncer da próstata não ocorrer em eunucos (homem castrado, que teve testículos e/ou pênis removidos) relaciona-se no papel dos hormônios que desempenham importante papel permissivo, no qual o andrógeno é necessário no crescimento do câncer, mas a transformação neoplásica deve ser induzida por outros mecanismos como por exemplo o fator genético (DORNAS et al; 2008).

O câncer de próstata é classificado como um adenocarcinoma, ou câncer glandular, que inicia quando as células glandulares secretoras da próstata sofrem mutações e se transformam em células cancerosas. A região da próstata em que o adenocarcinoma é mais comum é a zona periférica. Inicialmente, pequenos agrupamentos de células cancerosas se mantêm confinados às glândulas prostáticas normais, uma condição conhecida como carcinoma *in situ* ou *neoplasia intraepitelial prostática* (NIP ou PIN). Embora não haja prova de que a NIP seja uma precursora do câncer, ela está intimamente relacionada ao câncer (DAMIÃO et al; 2015).

Ao decorrer do tempo em que às células cancerosas estão presentes na próstata, ocorre que essas células começam a se multiplicar e se espalhar para o tecido prostático circundante (o estroma) formando assim um tumor. Eventualmente, o tumor pode crescer ao ponto de invadir órgãos próximos a ele, como as vesículas seminais ou o reto. As células tumorais ainda podem desenvolver a habilidade de viajar através da corrente sanguínea e sistema linfático, logo, atingindo outros órgãos. O câncer de próstata é considerado um tumor maligno por conta que é considerado uma massa de células que pode invadir outras partes do corpo. Esta invasão de outros órgãos é chamada de metástase. O câncer de próstata geralmente gera metástase nos ossos e linfonodos, e pode invadir o reto, bexiga e ureteres após a progressão local. A via de metástase para os ossos é possivelmente a venosa, uma vez que o plexo venoso prostático que faz drenagem da próstata conecta-se com as veias vertebrais (ARAP; COELHO, 2010).

Os sintomas do câncer de próstata costumam ocorrer devido à obstrução da uretra pelo tumor. Entretanto, como a doença costuma progredir lentamente, essa obstrução normalmente só se torna aparente em fases bem avançadas do câncer. Ao contrário da hiperplasia prostática benigna que faz a próstata crescer de modo uniforme e simétrico, o tumor da próstata apresenta crescimento irregular e localizado. Por isso, dependendo da área onde surge o câncer, pode não haver compressão da uretra e, portanto, sintomas de uma próstata aumentada. Quando o tumor cresce em direção à uretra e causa obstrução, os sintomas mais comuns são: dificuldade para urinar; jato de urina fraco; dor ao urinar;

necessidade de urinar com frequência, uma vez que, com a obstrução da passagem da urina, a bexiga está constantemente cheia, conseguindo apenas esvaziar pequenos volumes de cada vez (COSTA et al; 2014).

A prevenção desse tipo de câncer é dividida em dois níveis, sendo o primário (previne ocorrência da enfermidade) e secundário (diagnóstico precoce por meio de rastreamento com objetivo de reduzir a incidência e prevalência). A prevenção primária exige uma limitação a possíveis agentes causais, como o tabagismo, sedentarismo, dieta inadequada, dentre outros. Já na secundária, é necessário que o indivíduo se submeta a exames que possibilitem o diagnóstico precoce, assim elevando o quadro do prognóstico e a sobrevivência desse indivíduo acometido pelo CP (câncer de próstata) (GOMES, 2008).

Os exames de rastreamento são o toque retal da próstata e a dosagem do PSA. Infelizmente o exame do toque retal é como uma barreira cultural por grande parte do público masculino, por ser visto como um tipo de comprometimento integralidade e masculinidade do indivíduo, sendo assim dificultando o rastreamento e prevenção do CP, além de barrar benefícios que esse tipo de prática traz ao indivíduo diagnosticado precocemente, como redução da mortalidade, melhor prognóstico e tratamento (GOMES, 2008).

Existe diversos métodos para a realização da identificação e diagnóstico do câncer de próstata, como: exame de toque digital da glândula, dosagem do antígeno específico (PSA), ultrassonografia transretal, ultrassonografia pélvica, biópsia e estudo histopatológico. O exame de toque retal juntamente com a dosagem do PSA já pode demonstrar o aparecimento da enfermidade, sendo indicado outros procedimentos afins da confirmação, como por exemplo, a realização de uma ultrassonografia transretal ou pélvica. Diante dos resultados, ainda pode ser feito uma biópsia, e em seguida o estudo histopatológico da amostra. (MEDEIROS; MENEZES; NAPOLEÃO, 2011).

O toque digital da glândula e PSA são exames de rastreamento do CP, com objetivo de avaliar o tamanho, a forma e consistência da próstata, com o fim de detectar a presença de nódulos. Além disso, o toque digital é considerado um exame limitado, pois só é possível a palpação das porções posteriores e lateral da próstata. Já o PSA é uma proteína produzida pela próstata e presente no líquido seminal. Normalmente essa proteína é encontrada em baixa concentração e diante disso, o aumento dessa proteína pode estar relacionado a presença de patologias como prostatite, hiperplasia benigna (HPB) e o câncer de próstata. Entretanto, diversos procedimentos podem alterar o valor do PSA, assim sendo solicitado alguma outra forma para o diagnóstico do CP (RHODEN; AVERBECK, 2010).

Caso resultados do PSA estejam muito elevados, recomenda-se realizar a biopsia, que pode constatar a presença desse adenocarcinoma. Mas a biopsia pode ainda apresentar resultados falso-positivo (10% a 22% dos casos), sendo assim exigido às vezes a repetição desse procedimento. Além da biopsia, é importante o uso em conjunto do estudo histopatológico dessas células, que além do diagnóstico do CP, avalia se existe tendência de disseminação e a taxa de crescimento do tumor presente (RHODEN; AVERBECK, 2010).

Nesse tipo de estudo histopatológico, é utilizado o escore de Gleason, pois a partir das células estudadas é dada uma pontuação que é representada por 2 a 10 (tabela 2) e uma classificação de 1 a 5 (figura 1). O escore final de Gleason é resultado da soma dos graus do padrão primário (predominante) e secundário (segundo grau histológico mais comum). Assim, as neoplasias mais bem diferenciadas seriam escore 2 (1+1) e as mais indiferenciadas 10 (5+5). Tumores com escores 2 a 4 são bem diferenciados, os de 5 a 7 são moderadamente diferenciados e os de 8 a 10 são tumores indiferenciados (ARAP; COELHO, 2010).

Classificação da pontuação no Escore de Gleason

Pontuação 4 ou menor (G1)	Células bem diferenciadas, bom prognóstico, pouco risco de complicações. Pode ser um achado acidental em uma cirurgia para remover parte da hiperplasia benigna de próstata.
Pontuação 5 a 7 (G2)	Células moderadamente diferenciadas, prognóstico menos previsível.
Pontuação 8 ou maior (G3)	Células muito irregulares, invasor, câncer de alto grau. Mal prognóstico por maior risco de complicações e metástases.

Tabela 2: Classificação dos pontos no escore de Gleason (ARAP; COELHO; 2010).

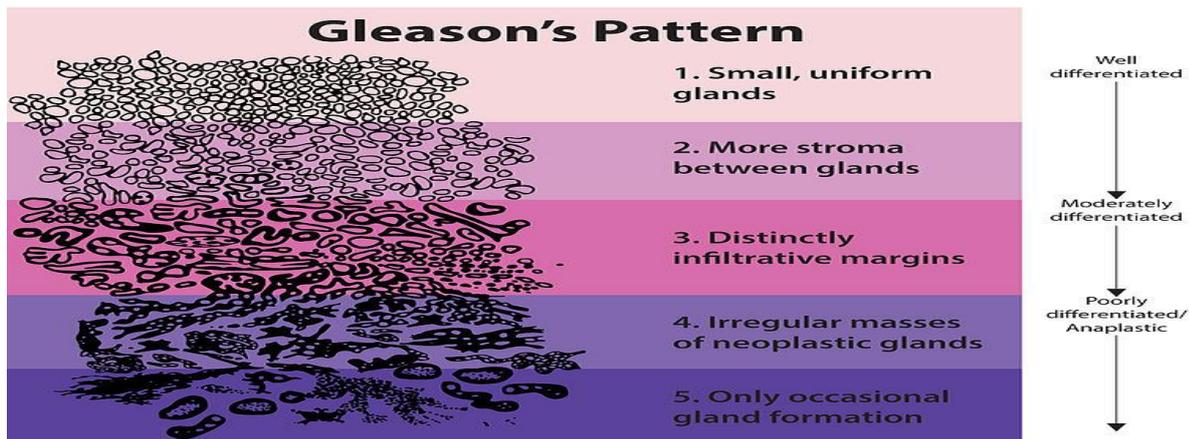


Figura 1: Classificação dos graus no escore de Gleason (ARAP; COELHO, 2010).

O estadiamento pode ser uma importante parte na avaliação do câncer de próstata, pois é a partir desse resultado que vai significar o quão longe o câncer já se espalhou e seu nível de estágio. Conhecer o estágio ajuda a definir o prognóstico e é útil para se escolher uma melhor terapia. O sistema mais comum é o sistema de quatro estágios, o sistema TNM (Tumor/Nodo/Metástases) que está representado na tabela 3. Seus componentes incluem o tamanho do tumor, o número de nódulos envolvidos e a presença de alguma metástase (DORNAS et al; 2008).

A diferenciação mais importante feita pelo estadiamento é se o câncer já se encontra presente na próstata. No sistema TNM, os cânceres T1 e T2 ainda não sofreram metástase, ou seja, o tecido cancerígeno se encontra somente na próstata, já a classificação T3 e T4 indica que já é presente a metástase em tecidos vizinhos ou órgãos. Inúmeros testes podem ser feitos para comprovar se ocorreu a metástase ou não. Eles incluem tomografia computadorizada para avaliar a dispersão na pelve, cintilografia dos ossos para procurar sinais nos ossos e ressonância magnética para avaliar a cápsula prostática e vesículas seminais. Nos exames dos ossos, ocorre que existe uma aparência osteoblástica devido a uma densidade óssea aumentada nas áreas em que há metástase óssea (DORNAS et al; 2008).

T – Tumor primário		
	TX	O tumor primário não pode ser avaliado
	T0	Sem evidência do tumor primário
T1	Tumor clinicamente não palpável ou visível por método de imagem	

	T1a	Tumor incidental - achado histopatológico em <5% do tecido de ressecção
	T1b	Tumor incidental - achado histopatológico em >5% do tecido de ressecção
	T1c	Tumor identificado por biópsia por agulha (PSA elevado)
T2	Tumor confinado à próstata	
	T2a	Tumor engloba metade de um dos lobos ou menos
	T2b	Tumor engloba mais da metade de um lobo, mas não os dois lobos
	T2c	Tumor engloba ambos os lobos
T3	Tumor além da cápsula prostática	
	T3a	Extensão extracapsular (unilateral ou bilateral)
	T3b	Tumor envolve a vesícula seminal (uma ou ambas)
T4	Tumor fixo ou invade estruturas adjacentes além das vesículas seminais: colo vesical, esfíncter externo, reto, músculos elevadores ou parede pélvica	
N – Envolvimento linfonodal regional		
	NX	Linfonodos regionais não avaliados
	N0	Sem metástases para linfonodos regionais
	N1	Metástases linfonodais regionais
M – Metástase linfonodais regionais		
	Mx	Metástases à distância não avaliadas
	M0	Ausência de metástase à distância
	M1	Metástase à distância
		M1a - Linfonodos não regionais M1b - Ossos M1c - Outros órgãos

Tabela 3: A classificação do câncer de próstata segundo o sistema TNM (DORNAS et al; 2008).

O tratamento é variável, pois depende do estadiamento da neoplasia que pode então ser dividido em tumor localizado e tumor metastático. O tratamento do tumor localizado pode ser cirúrgico ou radioterápico. O tratamento de tumor metastático baseia-se no bloqueio hormonal da testosterona e de outros hormônios, inibindo assim o crescimento da massa tumoral sendo frequentemente um tratamento adicional importante. Podem ser utilizados vários tipos de drogas com eficácia e efeitos colaterais variáveis que devem ser levados em conta no momento da escolha do tratamento (DORNAS et al; 2008).

O tratamento feito para tumores localizados (T1-T2) normalmente é feito por cirurgia prostatovesicuclectomia radical (PTR) e radioterapia externa (RXT). A cirurgia radical é tida como um procedimento padrão-ouro para esse tipo de tumor (CP localizado), pacientes submetidos a esse tipo de procedimento mostram que após 5 anos, aproximadamente 85% dos casos não apresentam evidências da doença. As complicações sérias mais comuns da cirurgia são incontinência urinária e impotência. A cirurgia também pode ser oferecida quando o câncer não responde à radioterapia. Entretanto, como a radioterapia causa mudanças teciduais, a PTR após a radioterapia possui um risco maior de complicações. Já a RXT é normalmente utilizada quando os pacientes não são indicados a PTR, sendo utilizado uma dose mínima de 72 Cy. Cerca de 90% a 93% dos indivíduos submetidos à PTR e 60% a 85% a RXT estão curados após 10 anos de acompanhamento (RHODEN; AVERBECK, 2010).

Já no tratamento que tem o câncer em metástase ou disseminado (T3-T4-N-M) exige um tratamento minimamente endócrino, sendo o principal alvo a inibição do hormonal, pois são responsáveis por estimular a função e a proliferação de células prostáticas. A terapia hormonal usa medicamentos ou cirurgia para impedir que as células do câncer de próstata adquiram dihidrotestosterona (DHT), um hormônio produzido na próstata que é necessário para o crescimento e dispersão da maioria das células do câncer de próstata (RHODEN; AVERBECK, 2010).

O tratamento hormonal que é disponível para o câncer de próstata atua principalmente nas vias metabólicas que o corpo usa para produzir a DHT. Acontece um ciclo de retroalimentação envolvendo os testículos, hipotálamo, hipófise, supra-renais e próstata, assim ocorrendo o controle dos níveis sanguíneos de DHT. Primeiro, os baixos níveis sanguíneos de DHT estimulam o hipotálamo a produzir hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH). O GnRH então

estimula a hipófise a produzir hormônio luteinizante (LH), o qual estimula os testículos a produzir testosterona. Finalmente, a testosterona dos testículos e a dehidroepiandrosterona das glândulas supra-renais estimulam a próstata a produzir mais DHT. A terapia hormonal diminui os níveis de DHT pois interrompe esta via metabólica em algum ponto. Contudo, esse tipo de tratamento se mantém, pois ao decorrer da terapia hormonal o paciente geralmente se torna mais resistente após um ou dois anos (MEDEIROS; MENEZES; NAPOLEÃO, 2011).

Diante os tratamentos que são disponíveis, todos exibem desvantagens que acaba barrando seu uso certas circunstâncias Apesar de a orquiectomia ser uma cirurgia de baixo risco, acaba causando no paciente um choque psicológico por conta da retirada dos testículos. Já a perda de testosterona acaba causando diversas complicações como o aparecimento de ondas de calor, ganho de peso, perda da libido, aumento das mamas (ginecomastia), impotência e osteoporose. Os fármacos que são agonistas do GnRH geram os mesmos efeitos da orquiectomia mas predispõe o aparecimento de sintomas logo no início do tratamento, sendo assim um fator para que o paciente não adote esse tipo de terapia (ARAP; COELHO, 2010).

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE AO PACIENTE COM CÂNCER DE PRÓSTATA

Diante da problemática, é importante que o profissional enfermeiro leve em conta todas as necessidades do acometido pela doença durante a avaliação do paciente, a fim de fornecer uma assistência de enfermagem integral e adequada para o mesmo. A tabela abaixo aborda alguns Diagnósticos de Enfermagem, bem como suas intervenções e resultados esperados.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Eliminação urinária prejudicada , relacionada a dificuldade ao urinar e pouca presença de urina, evidenciada por dor e presença de sangue na urina.	-Melhor conforto e bem-estar do paciente	-Monitorar o balanço hídrico -Investigar fatores contribuindo para a dificuldade e assim usar o tratamento adequado.
Ansiedade , relacionado a situação hospitalar, evidenciado por não	-Promover ao paciente informações necessárias.	-Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento.

conhecimento do problema/doença.		-Estabelecer relação de confiança com o paciente. -Monitorar o estado emocional do paciente.
Dor aguda , relacionado a relatos do paciente, evidenciada por dor ao urinar.	-Alívio imediato da dor	-Realizar a aplicação da medicação prescrita ao paciente

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o que já se foi discutido sobre o câncer de próstata que pode ser decorrente de alguns fatores, como ambientais, ocupacionais, genéticos, entre outros. Deve-se ter um investimento na área em geral, assim proporcionando ações de prevenção para o câncer de próstata e a importância do tratamento em caso de acometimento. Sobre tudo, vale evidenciar a parte do homem com a busca seja ela em ESF's ou em qualquer outro meio de tratamento e prevenção, assim tendo uma diminuição de óbitos pelo câncer de próstata e assim um aumento na qualidade de vida dessas pessoas.

A importância das ações nas ESF's como forma de prevenção e diagnóstico precoce são fundamentais, contudo, ressaltando a importância da busca ativa em grupos alvos. Vale lembrar também que a educação em saúde é indispensável como forma de estratégia para abordar temas como a realização do exame de toque retal e PSA. Além disso, outro tipo de estratégia é a presença do novembro azul, onde destaca-se cuidados e métodos de prevenção de doenças que acometem a saúde do homem.

REFERÊNCIAS

DORNAS M. C.; FIGUEIREDO, R. T.; CARRERETTE, F. B.; DAMIÃO, R. Câncer de próstata. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Rev de Enferm UERJ, 7(1): 100- 6, 2008. Disponível em: < www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9286/7192>. Acesso em: 20 abr. 2018

DAMIÃO, R.; DORNAS, M. C.; CARRERETTE, F. B.; FIGUEIREDO, R. T.; ROPE, J. A. D. Câncer de próstata. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 14, 2015. Disponível em: < http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=196>. Acesso em: 19 abr. 2018

ARAP, M. A.; COELHO, R. F. Câncer de próstata. **Medicina Net**, v. 51, p. 3093-3131, 2010. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3016/cancer_de_prostata.htm>. Acesso em: 12 abr. 2018

COSTA, D. D. O.; CUNHA, E. R.; REIS, R. S.; SANTOS, H. F. D. A. C.; MOURA, H. L. S.; ERICEIRA, M. A. L.; BAESSE, D. D. C. Câncer de próstata, (2014). Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1651>>. Acesso em: 20 abr. 2018

GOMES, R.; REBELLO, L. E. F. D. S.; ARAÚJO, F. C. D.; NASCIMENTO, E. F. D. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 235-246, 2008. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2008.v13n1/235-246/pt>>. Acesso em: 21 abr. 2018

GONÇALVES, I. R.; PADOVANI, C.; POPIM, R. C. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1337-1342, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/31.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2018

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**, v. 64, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a27v64n2.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2018

RHODEN, E. L.; AVERBECK, M. A.; Câncer de próstata localizado. **Rev AMRIGS**, v. 54, n. 1, p. 92-9, 2010. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/54-01/20-488_cancer_de_prostata.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2018

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Próstata. 2014. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata+/definicao>. Acesso em: 18 abr. 2018.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017 [recurso eletrônico] / [NANDA International] ; organizadoras: T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru ; tradução: Regina Machado Garcez ; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros ... [et al.]. Porto Alegre : Artmed, 2015.