

## **A dor silenciosa - como o câncer de próstata transforma a vida dos homens**

Rebeca Dias dos Santos \* e Gabriele de Abreu Barreto \*\*

O câncer de próstata é um tumor que se forma na glândula prostática, um pequeno órgão situado logo abaixo da bexiga, responsável por produzir parte do fluido que compõe o sêmen. Em muitos casos, esse tipo de câncer cresce lentamente e pode permanecer sem sintomas por um longo período. No entanto, em alguns pacientes, ele pode evoluir de maneira mais agressiva e se disseminar para outras partes do corpo, como ossos e linfonodos, causando complicações mais graves<sup>1</sup>.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o câncer de próstata é o 4º câncer mais frequente no mundo, e no Brasil, é o 2º câncer mais frequente entre os homens. De acordo com estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para o triênio 2023-2025, o câncer de próstata deve registrar 72 mil novos casos anuais no Brasil, o que equivale a cerca de 29% de todos os tumores que acometem homens, excluindo os casos de pele não melanoma. Esses números o colocam em posição de destaque tanto em incidência quanto em mortalidade, evidenciando a importância de estratégias de prevenção e detecção precoce<sup>2,3</sup>.

Com o objetivo de promover melhora na saúde da população masculina e reduzir a morbidade e mortalidade dessa população, foi instituída por meio da portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) que se apoia em cinco eixos temáticos: acesso às ações de saúde e acolhimento da população masculina nos serviços de saúde; sexualidade responsável e planejamento familiar; paternidade e cuidado; prevenção de violências e acidentes; e, doenças prevalentes na população masculina, onde busca o fortalecimento da atenção primária no cuidado à saúde dos homens para que tenham ajuda no enfrentamento de fatores de risco associados às suas doenças prevalentes<sup>3, 4, 5</sup>.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de próstata são categorizados em genéticos, ambientais e relacionados ao estilo de vida. Estudos de hereditariedade estimam que 30% do risco de câncer de próstata pode ser atribuído a fatores genéticos, devido a polimorfismos de nucleotídeos únicos (SNPs). O histórico familiar, portanto, é um importante fator de risco. A idade também se destaca: homens acima de 50 anos possuem maior probabilidade de desenvolver o câncer. Em relação ao estilo de vida, a alimentação saudável influencia diretamente, pois o consumo de alimentos gordurosos tem sido associado a um risco aumentado de formas agressivas de câncer de próstata<sup>6, 7, 8, 9, 10, 11, 12</sup>.

Por ser um câncer de diagnóstico complexo, o Instituto Lado a Lado pela Vida iniciou em 2011 a campanha “Novembro Azul” para alertar sobre a

importância do diagnóstico precoce do câncer de próstata e sobre os cuidados básicos que todo homem precisa realizar para manter sua saúde em dia<sup>13</sup>. Esses cuidados incluem verificar a pressão arterial, fazer hemograma completo, dosagem de glicemia e colesterol, exame do Antígeno Prostático Específico (PSA), teste de urina, avaliação do perímetro abdominal e do Índice de Massa Corporal (IMC) e, principalmente, o exame da próstata. Devido ao preconceito que cerca esse último exame, o câncer de próstata muitas vezes só é detectado em fase avançada, resultando em alta taxa de mortalidade. No entanto, quando diagnosticado em estágio inicial, apresenta boa taxa de remissão<sup>14</sup>.

Antes de dar início a quimioterapia (terapia que usa medicamentos para destruir as células cancerígenas), pode-se tentar a remissão do câncer de próstata com terapias hormonais como a terapia de privação de androgênio (ADT - androgen deprivation therapy, do inglês) ou com a terapia androgênica bipolar (BAT - bipolar androgen therapy, do inglês). A ADT consiste na redução dos níveis hormonais masculinos, particularmente a testosterona, que está envolvida no crescimento das células do câncer de próstata. Para fazer essa redução, pode-se fazer a remoção dos testículos por meio da orquiectomia bilateral, uso de agonistas ou antagonistas do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) e uso de antagonistas do receptor de androgênio. Porém, o uso frequente por pacientes que fazem uso da ADT pode trazer complicações cardíacas, síndrome metabólica e diminuição da qualidade de vida devido a sintomas como fadiga e depressão. Com o intuito de minimizar esses eventos adversos e combater o câncer de próstata resistente à orquiectomia bilateral, surge a BAT como uma forma alternativa de combater o câncer de próstata pois, essa terapia alterna entre níveis altos e baixos da testosterona, explorando as respostas adaptativas do câncer de próstata<sup>15,16, 17, 18, 19</sup>.

Quando o câncer de próstata avançado não responde às abordagens hormonais, costuma-se recorrer à quimioterapia, sendo o docetaxel uma das opções iniciais para tumores metastáticos. Esse taxano interrompe a divisão celular. Se a doença progredir mesmo após o uso do docetaxel, pode-se empregar outro taxano, o cabazitaxel. Em casos de metástases ósseas dolorosas, radiofármacos, como o rádio-223, ajudam a controlar a dor e retardar complicações relacionadas ao esqueleto, enquanto medicações como o ácido zoledrônico e denosumabe evitam a perda de massa óssea e reduzem a ocorrência de fraturas<sup>20, 21</sup>.

Com incidência entre 70% e 90%, a dor do câncer é um dos principais sintomas em pacientes com câncer avançado. Em estágio inicial, a dor costuma ser localizada, gerando um leve desconforto na região pélvica ou lombar, que nem sempre é associada ao câncer, o que pode atrasar o diagnóstico. Também pode haver dor ao urinar, comumente confundida com hiperplasia prostática benigna (HPB). Em casos raros, podem ocorrer dores retais ou no quadril, levando a diagnósticos incorretos e a tratamentos tardios<sup>14, 22, 23, 24</sup>. Pacientes que são submetidos a prostatectomia podem experimentar dor pós-operatória, que pode

variar de leve a intensa, dependendo da extensão do procedimento cirúrgico e da presença de complicações. Além disso, alguns pacientes relatam dor neuropática persistente, resultante de lesão nos nervos durante a cirurgia, podendo evoluir para um quadro de dor crônica pós-prostatectomia. Estratégias de manejo incluem o uso de analgésicos opioides e não opioides, bloqueios nervosos e fisioterapia para reduzir o impacto da dor na qualidade de vida do paciente<sup>25, 26</sup>.

O controle da dor é essencial para a qualidade de vida. Em geral, inicia-se com analgésicos simples (paracetamol, dipirona) associados a anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), como ibuprofeno ou diclofenaco, em casos leves a moderados. Se a dor persistir ou se agravar, utilizam-se opioides (morfina, fentanil, oxicodona) e fármacos para dor neuropática (gabapentina, pregabalina). Esse escalonamento segue diretrizes nacionais e internacionais, permitindo ajustes segundo a intensidade da dor e a resposta do paciente. Em certos casos de câncer, são necessárias doses elevadas de anestésicos para alívio prolongado, mas o uso prolongado pode estimular a angiogênese tumoral, facilitar metástases e causar reações adversas, como redução da sensibilidade, vertigem, vômito e desconforto gástrico<sup>22, 27, 28, 29</sup>.

O impacto físico do câncer de próstata e seus tratamentos frequentemente se soma a alterações emocionais significativas. Muitos pacientes relatam ansiedade, depressão e problemas de autoestima diante do diagnóstico, especialmente quando há mudança na vida sexual ou na rotina diária. Por isso, o cuidado psicológico, a participação em grupos de apoio e a atenção multidisciplinar são tão importantes para assegurar boa adesão ao tratamento e melhor qualidade de vida<sup>30, 31, 32</sup>.

Assim, por conta da complexidade de pacientes com câncer de próstata, é preciso uma rede de profissionais da saúde para que possam tratar não apenas a doença, mas todos os desafios psicológicos e emocionais que a envolvem. Uma equipe multiprofissional é essencial para o desenvolvimento de planos individualizados de gerenciamento de dor que podem envolver intervenções farmacológicas ou não farmacológicas, como fisioterapia e suporte psicológico. Essa equipe precisa estar centrada no paciente para monitorar os níveis de sua dor e avaliar a eficácia do tratamento<sup>33,34,35</sup>. Quando em estágio terminal, esses pacientes precisam ainda mais do suporte médico para melhorar sua qualidade de vida. O estudo de Ramchandran et al.<sup>36</sup> destacou a importância dos cuidados paliativos juntamente com os cuidados oncológicos, observando uma melhora significativa no controle da dor e do bem-estar dos pacientes. Em relação à saúde mental, o trabalho de Gerhart et al.<sup>37</sup> mostrou que os pacientes ficaram mais satisfeitos com seus cuidados e apresentaram melhores resultados gerais de saúde mental quando receberam cuidados paliativos abrangentes (suporte emocional).

O cuidado com o câncer de próstata costuma envolver uma equipe multidisciplinar, que reúne urologistas, oncologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. Esse tipo de abordagem do câncer de próstata engloba os aspectos físicos e emocionais e fornece suporte tanto ao

paciente quanto à sua família, para que o homem diagnosticado com câncer de próstata tenha a melhor qualidade de vida possível durante e após o tratamento.

#### Referências:

1. Attard G, Parker C, Eeles RA, et al. Prostate cancer. Lancet. 2016; 387(10013): 70-82. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61947-4
2. Brasil. Instituto Nacional do Câncer (INCA). INCA estima 704 mil casos de câncer por ano no Brasil até 2025. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2022/inca-estima-704-mil-casos-de-cancer-por-ano-no-brasil-ate-2025>>. Acesso em: 15 de jan. 2025.
3. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Câncer. Organização Mundial da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <[https://www.paho.org/pt/topicos/cancer#:~:text=pr%C3%B3stata%20\(1%2C28%20milh%C3%A3o%20de%20casos\)>](https://www.paho.org/pt/topicos/cancer#:~:text=pr%C3%B3stata%20(1%2C28%20milh%C3%A3o%20de%20casos)>)>. Acesso em: 16 jan. 2025.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.562, de 12 de dezembro de 2021. Brasília, 2021. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3562\\_15\\_12\\_2021.html#:~:text=%C2%A7%201%C2%BA%20A%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20e,saude/pt%2Dbr%22.>](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3562_15_12_2021.html#:~:text=%C2%A7%201%C2%BA%20A%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20e,saude/pt%2Dbr%22.>)>. Acesso em: 16 jan. 2025.
5. Pereira, J., Klein, C., & Meyer, D. E. (2019). PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero. Saúde E Sociedade, 28(2), 132–146. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170836>
6. Tindall, E. A., Bornman, M. R., Van Zyl, S., Segone, A. M., Monare, L. R., Venter, P. A., & Hayes, V. M. (2013). Addressing the contribution of previously described genetic and epidemiological risk factors associated with increased prostate cancer risk and aggressive disease within men from South Africa. BMC Urology, 13, 1-12. <https://doi.org/10.1186/1471-2490-13-74>
7. Hjelmborg, J. B., Scheike, T., Holst, K., Skytthe, A., Penney, K. L., Graff, R. E., ... & Mucci, L. A. (2014). The heritability of prostate cancer in the Nordic Twin Study of Cancer. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 23(11), 2303-2310. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-13-0568>
8. Perez-Cornago, A., Appleby, P. N., Pischon, T., Tsilidis, K. K., Tjønneland, A., Olsen, A., Overvad, K., Kaaks, R., Kühn, T., Boeing, H., Steffen, A., Trichopoulou, A., Lagiou, P., Kritikou, M., Krogh, V., Palli, D., Sacerdote, C., Tumino, R., Bueno-de-Mesquita, H. B., Agudo, A., ... Travis, R. C. (2017). Tall height and obesity are associated with an increased risk of aggressive prostate cancer: results from the EPIC cohort study. BMC medicine, 15(1), 115. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0876-7>
9. Perner, C. H., Ebot, E. M., Wilson, K. M., & Mucci, L. A. (2018). The Epidemiology of Prostate Cancer. Cold Spring Harbor perspectives in medicine, 8(12), a030361. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a030361>

- 
10. Wang, Y., Li, X., Liu, W., Li, B., Chen, D., Hu, F., ... & Liu, R. (2019). MicroRNA-1205, encoded on chromosome 8q24, targets EGLN3 to induce cell growth and contributes to risk of castration-resistant prostate cancer. *Oncogene*, 38(24), 4820-4834. <https://doi.org/10.1038/s41388-019-0760-3>
  11. Hurwitz, L. M., Yeboah, E. D., Biritwum, R. B., Tettey, Y., Adjei, A. A., Mensah, J. E., Tay, E., Okyne, V., Truelove, A., Kelly, S. P., Zhou, C. K., Butler, E. N., Hoover, R. N., Hsing, A. W., & Cook, M. B. (2020). Overall and abdominal obesity and prostate cancer risk in a West African population: An analysis of the Ghana Prostate Study. *International journal of cancer*, 147(10), 2669–2676. <https://doi.org/10.1002/ijc.33026>
  12. Huynh-Le, M. P., Karunamuni, R., Fan, C. C., Thompson, W. K., Muir, K., Lophatananon, A., Tye, K., Wolk, A., Håkansson, N., Mills, I. G., Andreassen, O. A., Dale, A. M., Seibert, T. M., & PRACTICAL Consortium (2021). Common genetic and clinical risk factors: association with fatal prostate cancer in the Cohort of Swedish Men. *Prostate cancer and prostatic diseases*, 24(3), 845–851. <https://doi.org/10.1038/s41391-021-00341-4>
  13. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Novembro Azul - Mês de conscientização sobre a saúde do homem. Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/novembro-azul-mes-de-conscientizacao-sobre-a-saude-do-homem/>>. Acesso em: 16 jan. 2025.
  14. Salman, M. R. J., & Jalal, A. H. (2023). Efficacy of early screening for prostate cancer in an elderly patient with absence of urinary symptoms but a manifestation of a rare symptom: a case report. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 10(1), 316. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20223268>
  15. Teply, B. A., Wang, H., Lubner, B., Sullivan, R., Rifkind, I., Bruns, A., Spitz, A., DeCarli, M., Sinibaldi, V., Pratz, C. F., Lu, C., Silberstein, J. L., Luo, J., Schweizer, M. T., Drake, C. G., Carducci, M. A., Paller, C. J., Antonarakis, E. S., Eisenberger, M. A., & Denmeade, S. R. (2018). Bipolar androgen therapy in men with metastatic castration-resistant prostate cancer after progression on enzalutamide: an open-label, phase 2, multicohort study. *The Lancet. Oncology*, 19(1), 76–86. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30906-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30906-3)
  16. Crawford, E. D., Heidenreich, A., Lawrentschuk, N., Tombal, B., Pompeo, A. C. L., Mendoza-Valdes, A., Miller, K., Debruyne, F. M. J., & Klotz, L. (2019). Androgen-targeted therapy in men with prostate cancer: evolving practice and future considerations. *Prostate cancer and prostatic diseases*, 22(1), 24–38. <https://doi.org/10.1038/s41391-018-0079-0>
  17. Toohey, K., Hunter, M., Paterson, C., Mortazavi, R., & Singh, B. (2022). Exercise Adherence in Men with Prostate Cancer Undergoing Androgen Deprivation Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancers*, 14(10), 2452. <https://doi.org/10.3390/cancers14102452>

18. Denmeade, S., Antonarakis, E. S., & Markowski, M. C. (2022). Bipolar androgen therapy (BAT): A patient's guide. *The Prostate*, 82(7), 753–762. <https://doi.org/10.1002/pros.24328>
19. Attard, G., Murphy, L., Clarke, N. W., Cross, W., Jones, R. J., Parker, C. C., Gillissen, S., Cook, A., Brawley, C., Amos, C. L., Atako, N., Pugh, C., Buckner, M., Chowdhury, S., Malik, Z., Russell, J. M., Gilson, C., Rush, H., Bowen, J., Lydon, A., ... Systemic Therapy in Advancing or Metastatic Prostate cancer: Evaluation of Drug Efficacy (STAMPEDE) investigators (2022). Abiraterone acetate and prednisolone with or without enzalutamide for high-risk non-metastatic prostate cancer: a meta-analysis of primary results from two randomised controlled phase 3 trials of the STAMPEDE platform protocol. *Lancet* (London, England), 399(10323), 447–460. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02437-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02437-5)
20. Parker C, Castro E, Fizazi K, et al. Prostate cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2020;31(9): 1119-1127. doi: 10.1016/j.annonc.2020.06.011
21. Minato A, Furubayashi N, Tomoda T, et al. Organ-specific tumor response to enfortumab vedotin for metastatic urothelial carcinoma: A multicenter retrospective study. *Clin Genitourin Cancer*. 2024;22(5):102148. doi: 10.1016/j.clgc.2024.102148 Attard G, Parker C, Eeles RA, et al. Prostate cancer. *Lancet*. 2016;387(10013):70-82. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61947-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61947-4)
22. Lei, Y., Duan, Y., Wang, J., Yu, X., Deng, S., Liu, R., Si, H., Li, J., & Zhang, B. (2020). A randomized controlled trial for acupuncture combined with conventional therapy in the treatment of pain caused by prostate cancer: Study protocol clinical trial (SPIRIT compliant). *Medicine*, 99(14), e19609. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019609>
23. Sui, X., Hu, Y., Zhang, C., Pan, H., & Li, D. (2016). Prostate cancer metastasis to the distal phalanx of the left hallux: The first confirmed case and literature review. *Oncology letters*, 12(2), 1074–1078. <https://doi.org/10.3892/ol.2016.4701>
24. Chu, E. C. P., & Lee, W. T. (2023). Prostate cancer presenting as hip pain at the chiropractic office: a case report and literature review. *Cureus*, 15(1). <https://doi.org/10.7759/cureus.34049>
25. Beilstein CM, Huber M, Furrer MA, Löffel LM, Wuethrich PY, Engel D. Impact of analgesic techniques on early quality of recovery after prostatectomy: A 3-arm, randomized trial. *Eur J Pain*. 2022;26(10):1990-2002. doi: 10.1002/ejp.2020.
26. Lemoine A, Witdouck A, Beloeil H, Bonnet F; On Behalf Of The PROSPECT Working Group Of The European Society Of Regional Anaesthesia And Pain Therapy (ESRA). PROSPECT guidelines update for evidence-based pain management after prostatectomy for cancer. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2021;40(4):100922. doi: 10.1016/j.accpm.20



27. Rosa WE, Chittams J, Riegel B, Ulrich CM, Meghani SH. Patient trade-offs related to analgesic use for cancer pain: A MaxDiff analysis study. *Pain Manag Nurs*. 2020;21(3):245-254. <https://doi:10.1016/j.pmn.2019.07.013>
28. Johnson, M. J., Huang, C., Chen, H., Jones, L., & Twiddy, M. (2024). Prostate cancer: unmet supportive and palliative care needs: national survey of patients and family carers. *BMJ supportive & palliative care*, 14(3), 317–325. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003438>
29. Song, Y., Fang, X., Gao, L., & Zhao, Q. (2024). Supportive Psychotherapy Combined with Analgesic Management can Effectively Improve Pain and Quality of Life in Patients with Advanced Prostate Cancer: A Retrospective Study. *Archivos espanoles de urologia*, 77(6), 695–702. <https://doi.org/10.56434/j.arch.esp.urol.20247706.921.100922>.
30. Galvão DA, Newton RU, Chambers SK, Spry N, Joseph D, Gardiner RA, Fairman CM, Taaffe DR. Psychological distress in men with prostate cancer undertaking androgen deprivation therapy: modifying effects of exercise from a year-long randomized controlled trial. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2020;24(3):758-766. <https://doi:10.1038/s41391-021-00327-2>
31. Shrestha, S., Sapkota, S., Teoh, S. L., Kc, B., Paudyal, V., Lee, S. W. H., & Gan, S. H. (2024). Comprehensive assessment of pain characteristics, quality of life, and pain management in cancer patients: a multi-center cross-sectional study. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 33(10), 2755–2771. <https://doi.org/10.1007/s11136-024-03725-w>
32. Martín-Núñez J, Heredia-Ciuró A, Valenza-Peña G, Granados-Santiago M, Hernández-Hernández S, Ortiz-Rubio A, Valenza MC. Systematic review of self-management programs for prostate cancer patients: a quality of life and self-efficacy meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2023;107:107583. <https://doi:10.1016/j.pec.2022.107583>
33. Bader, P., Ehtle, D., Fonteyne, V., Livadas, K., De Meerleer, G., Paez Borda, A., Papaioannou, E. G., & Vranken, J. H. (2012). Prostate cancer pain management: EAU guidelines on pain management. *World journal of urology*, 30(5), 677–686. <https://doi.org/10.1007/s00345-012-0825-1>
34. Body, J. J., von Moos, R., Rider, A., Hallworth, P., Bhowmik, D., Gatta, F., Hechmati, G., & Qian, Y. (2018). A real-world study assessing the use of bone-targeted agents and their impact on bone metastases in patients with prostate cancer treated in clinical practice in Europe. *Journal of bone oncology*, 14, 100212. <https://doi.org/10.1016/j.jbo.2018.100212>
35. Remziye, C. I. C. I., YILMAZEL, G., & AYAZ, N. P. (2023). Loneliness and depression levels as risk factors of pain in geriatric prostate cancer patients. *Universa Medicina*, 42(3), 294-302. <https://doi.org/10.18051/UnivMed.2023.v42.294-302>
36. Ramchandran, K., Tribett, E., Dietrich, B., & Von Roenn, J. (2015). Integrating Palliative Care Into Oncology: A Way Forward. *Cancer control:*

---

journal of the Moffitt Cancer Center, 22(4), 386–395.  
<https://doi.org/10.1177/107327481502200404>

37. Gerhart, J., Asvat, Y., Lattie, E., O'Mahony, S., Duberstein, P., & Hoerger, M. (2016). Distress, delay of gratification and preference for palliative care in men with prostate cancer. *Psycho-oncology*, 25(1), 91–96. <https://doi.org/10.1002/pon.3822>

---

\* Aluna de mestrado da disciplina da Pós-Graduação - UnB – DF

\*\* Aluna de doutorado da disciplina de Pós-Graduação - UFBA - BA