



MATERIAL EDUCATIVO SOBRE O EXAME ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO - PSA

RODRIGUES, Kelly Silva¹; SCHNEIDER, Fatima Rosemari Lemos¹; BONALDI, Jenifer Salles¹; COSER, Janaina²

Palavras-Chave: Câncer de Próstata. Diagnóstico. Rastreamento

INTRODUÇÃO

O câncer é uma das doenças de maior incidência e mortalidade no mundo e, entre os tipos mais comuns na população masculina, está o câncer de próstata (IARC, 2012). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a detecção precoce de um câncer compreende duas diferentes estratégias: uma destinada ao diagnóstico em pessoas que apresentam sinais iniciais da doença (diagnóstico precoce) e outra voltada para pessoas sem nenhum sintoma e aparentemente saudáveis (rastreamento) (INCA, 2017).

Um dos exames que pode auxiliar no rastreamento do câncer de próstata é a dosagem sanguínea do antígeno prostático específico (PSA). Geralmente, quando o câncer de próstata está presente, os níveis de PSA está acima de 4 ng/ml. Entretanto, um nível abaixo desse valor não significa que o câncer não exista. Quase 15% dos homens com PSA abaixo de 4 ng/ml são diagnosticados com câncer de próstata na biópsia. Os homens com nível de PSA na faixa de 4 ng/ml a 10 ng/ml, têm chance de 1 em 4 de ter a doença. Se o PSA se encontra acima de 10 ng/ml, a probabilidade de ter câncer de próstata é superior a 50% (ONCOGUIA, 2015). Além disso, é importante que o PSA seja avaliado juntamente com informações clínicas e outros exames realizados pelo paciente, pois ele pode estar elevado em outras patologias, que não o câncer (SANTOS, 2012).

O objetivo do presente trabalho é relatar uma atividade desenvolvida sobre este tema na disciplina de Patologia do Curso de Biomedicina, a qual visou o estudo de temas relacionados aos conteúdos teóricos de patologia e a elaboração de um material dinâmico, interativo e autoexplicativo que foi chamado de “modelo patológico”

¹ Acadêmicas do curso de Biomedicina na Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ). E-mail: kelly.rodrigues@sou.unicruz.edu.br; fatimaschneider69@gmail.com; Jeniferbonaldi@gmail.com

² Docente do curso de Biomedicina na Universidade de Cruz Alta, UNICRUZ. E-mail: coser@unicruz.edu.br



MATERIAL E MÉTODOS

Inicialmente foi realizada uma revisão bibliográfica para fundamentação teórica acerca do tema definido para o trabalho. Para a construção do modelo patológico foram utilizadas folhas de isopor, tinta guache, folhas do tipo EVA (Etil Vinil Acetato), gel de cabelo e cola quente. O modelo foi produzido em encontros que envolveram discussão do tema e sobre a melhor maneira de elaborar um material que explicitasse as informações sobre o exame PSA.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

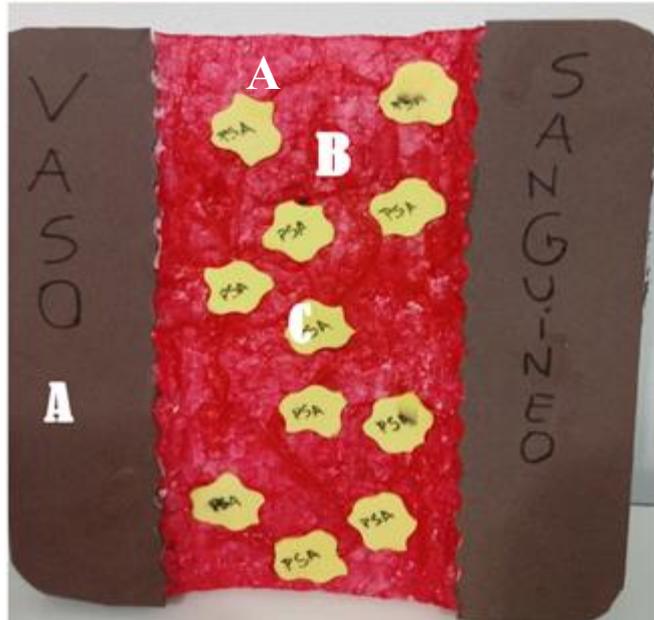
A partir da atividade desenvolvida, podemos compreender melhor sobre o conteúdo de neoplasias, especificamente sobre a utilização do exame PSA. O antígeno prostático específico (PSA), é produzido exclusivamente pelas células epiteliais e pelos ductos da glândula prostática e secretado lúmen dos ductos para liquefazer o coágulo seminal, que, adiciona ao esperma motilidade e cria condições que levam à fertilização (MOTTA, 2009).

Os níveis de PSA são medidos em: total, livre, complexado e ajustado à idade e podem estar aumentados tanto em condições benignas da próstata como no câncer. Os pacientes com câncer prostático parecem ter níveis menores da forma livre do PSA (em relação ao PSA total) do que os pacientes com hiperplasia prostática benigna, portanto, as taxas de PSA livre e PSA total podem auxiliar a discriminação entre o neoplasia de próstata e a hiperplasia benigna, reduzindo, assim, as biópsias desnecessárias (MOTTA, 2009).

O modelo patológico elaborado (Figuras 1 e 2) demonstra a diferença dos níveis de PSA no sangue, quando há um aumento da próstata, que pode ocorrer em patologias como o câncer e a hiperplasia prostática benigna. Entendemos, a partir das pesquisas bibliográficas e do modelo patológico, a importância da dosagem do PSA, para o rastreamento e diagnóstico do câncer de próstata, mas que o resultado elevado, sozinho, não é indicação de tumor prostático, pois outras patologias, como a hiperplasia prostática benigna, também podem apresentar PSA elevado (SANTOS, 2012).

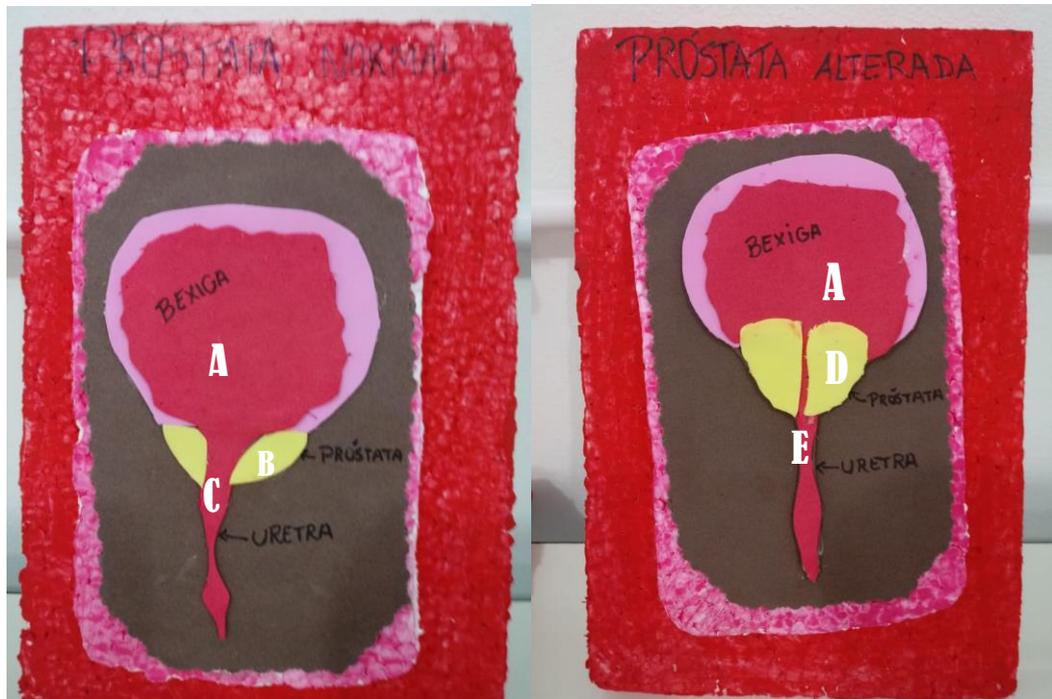


Figura 1 – Modelo patológico: PSA



Fonte: Autores, 2018. A) Vaso sanguíneo; B) Corrente sanguínea; C) PSA.

Figura 2 – Modelo patológico: próstata normal *versus* próstata alterada



Fonte: Autores, 2018. A) Bexiga; B) Próstata normal; C) Uretra normal; D) Próstata alterada; E) Uretra comprimida devido ao aumento da próstata.



CONCLUSÃO

A relevância deste modelo patológico se dá pela necessidade de entendermos melhor a dosagem do PSA como medida de detecção do câncer de próstata, tendo em vista que esta neoplasia é a mais incidente na população masculina do Brasil. A partir do modelo elaborado pode-se notar (visualmente) as alterações que ocorrem no sistema urinário masculino do paciente que tem câncer de próstata. O modelo criado pode também, fazer parte de ações de educação em saúde com a população, como forma de socializar informações importantes como forma de conscientização, principalmente do público masculino, para realização deste exame.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde, **Saúde do homem: saiba como se prevenir contra o câncer de próstata**. Brasília, DF 2017. Disponível em:

<<http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2017/11/saude-do-homem-saiba-como-se-prevenir-contr-o-cancer-de-prostata>> acesso em: 24/06/2018

IARC. International Agency for Research on Cancer. **GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012**. Disponível em: <<http://gco.iarc.fr/today/home>> Acesso em: 31/08/2018

ONCOGUIA, **Antígeno Prostático Específico (PSA) para Câncer de Próstata**. 2017. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/antigeno-prostatico-especifico-psa-para-cancer-de-prostata/1202/289/>> acesso em: 24/06/2018

SANTOS, José Agostinho. **Hiperplasia prostática benigna e PSA: o efeito domino**. 2012

INCA, Instituto nacional do câncer José Alencar Gomes da Silva. **Próstata: Detecção precoce**. 2017

MOTTA Valter T. **Bioquímica clínica para o laboratório /princípios e interpretações**. Rio de Janeiro: MedBook, 2009. Cap. 19, p. 311-318.