

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA**

PEDRO TOTEFF DULGHEROFF

A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA E O CÂNCER DE PRÓSTATA

**UBERABA/MG
2017**

PEDRO TOTEFF DULGHEROFF

A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA E O CÂNCER DE PRÓSTATA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof^a. Ms. Aline Cristina Souza da Silva

**UBERABA/MG
2017**

PEDRO TOTEFF DULGHEROFF

A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA E O CÂNCER DE PRÓSTATA

Banca examinadora

Examinador 1: Prof^a. Ms. Aline Cristina Souza da Silva – Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Examinador 2: Ms. Zilda Cristina dos Santos – Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Aprovado em Uberaba, em dede 2017.

AGRADECIMENTOS

Muito obrigado Cris Boletti da Costa, minha esposa, por ter me apoiado durante todo o curso, buscando motivar-me até o fim. Obrigado também a minha orientadora, Aline Cristina Souza da Silva, que foi fundamental para que eu chegasse até aqui. Agradeço a Universidade Federal de Minas Gerais, a Universidade Federal de Alfenas e a Universidade Federal do Triângulo Mineiro pela oportunidade de cursar esta especialização. Por fim, minha gratidão por todos aqueles envolvidos na elaboração, planejamento e execução deste curso, sem os quais não seria possível a execução deste projeto.

RESUMO

Introdução: Este é um projeto de intervenção para uma unidade primária de saúde, a Unidade de Saúde da Família Palmira Conceição Resende, em Uberaba, Minas Gerais. A unidade é responsável por atender aproximadamente 1.900 pessoas e está localizada na zona rural da cidade. **Objetivo:** Elaborar um projeto de intervenção para capacitar a equipe de saúde. **Metodologia:** A equipe de saúde, conhecida como Santa Rosa realizou diagnóstico dos problemas locais através do planejamento estratégico situacional. **Resultados:** Alguns dos problemas encontrados foram: estrutura física deficiente, instabilidade da internet, tempo de espera para consultas e exames no nível secundário, equipamentos quebrados, falta de insumos e medicamentos, transporte público insuficiente, entre outros. Contudo, a Equipe Santa Rosa não tem governabilidade sobre todos estes problemas. Como muitos profissionais nunca tinham ouvido sobre a prevenção quaternária, e considerando que em novembro é comum os pacientes irem até os serviços de saúde para rastreamento do câncer de próstata, a equipe percebeu a necessidade de capacitação sobre esse tema. A prevenção quaternária consiste em evitar o excesso de intervenções médicas e a iatrogenia. O câncer de próstata tem frequência estimada de aproximadamente 60 homens em cada 100.000 no ano passado, sendo o segundo câncer mais frequente em homens. Mesmo assim, sua letalidade é baixa, não sendo a causa de óbito. Revisando a literatura, organizações de saúde em todo o mundo tendem a não recomendar o rastreamento de rotina. Considerando isso, foi planejada uma oficina para que a equipe discuta os riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata. **Conclusão:** Após isso, todos os profissionais estarão aptos para ajudar a resolver as dúvidas dos pacientes sobre o rastreamento. Deste modo, as pessoas podem tomar uma decisão informada e individualizada, incorporando seus valores e preferências no tratamento.

Descritores: atenção primária à saúde, prevenção quaternária, neoplasias da próstata.

ABSTRACT

Introduction: This is an intervention project for a primary care healthy unit, the Healthy Family Unit Palmira Conceição Resende, in Uberaba, Minas Gerais. The unit is responsible for about 1.900 people and it is located in a rural area of the city. **Objective:** To elaborate an intervention project to capacitate the health team. **Methods:** The healthy team, known as Santa Rosa, made a diagnosis of the local problems using the situational strategic planning. **Results:** Some of the problems found were: deficient physical structure, instability of the internet, waiting time for consults or exams in secondary level, broken equipment, lack of inputs and medicines, insufficient public transport, and others. However, the Santa Rosa Team has no governability of all this problems. As many professional had never heard about quaternary prevention, and considering that in November is common for patients to go to healthy services for prostate cancer screening, the team realized the need of a capacitation on these themes. The quaternary prevention consists in avoid excessive medical intervention and iatrogenic. The prostate cancer estimated frequency in Brazil was about 60 men in 100.000 during the last year, and is the second cancer most frequent in men. Even so, it's lethality is very low and many people dies with it and not because of it. Reviewing the literature, healthy organizations in all the word tends to not recommend the screening as routine. Considering that, and workshop was planned for the team to discuss the risks and benefits of the prostate cancer screening. **Conclusion:** After it, all professionals will be able to help patients and solve their doubts about the screening. This way, people can make an informed and individualized decision incorporating their values and preferences on the treatment.

Keywords: primary health care, quaternary prevention, prostatic neoplasms.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DIU	Dispositivo Intrauterino
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PSA	Antígeno Prostático Específico
REQUALIFICA UBS	Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde
SIOPS	Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população adscrita na USF Palmira Conceição Resende, segundo sexo e faixa etária.....	14
Tabela 2 - Distribuição proporcional da população segundo o sexo e faixa etária....	15

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Recomendações de organizações internacionais sobre o rastreamento do câncer de próstata.....	22
Quadro 2- Operações sobre o “nó-crítico” relacionado á prevenção quaternária no rastreamento do câncer de próstata.....	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO	11
1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	11
1.3 SISTEMA LOCAL DE SAÚDE.....	11
1.4 ÁREA DE ABRANGÊNCIA.....	12
1.5 PREVENÇÃO QUATERNÁRIA	16
1.6 O CÂNCER DE PRÓSTATA	16
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVO	19
3.1 OBJETIVO GERAL	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICO.....	19
4 METODOLOGIA	20
5 REFERENCIAL TEÓRICO	21
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	23
6.1 DIAGNÓSTICOS SITUACIONAIS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA	23
6.2 IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE	23
6.3 PRIORIZAÇÃO DO PROBLEMA	23
6.4 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA.....	23
6.5 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA	24
6.6 IDENTIFICAÇÃO DOS “NÓS CRÍTICOS”	24
6.7 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

1.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Uberaba localiza-se na região do Triângulo Mineiro, e encontra-se a menos de 500 Km da capital Belo Horizonte. Tem como municípios limítrofes as cidades de Água Cumprida, Conceição das Alagoas, Veríssimo, Indianópolis, Nova Ponte, Sacramento, Conquista, Delta e algumas cidades do estado de São Paulo como, Igarapava, Aramida e Miguelópolis (UBERABA, 2017).

Segundo o IBGE (2017b), a população estimada de Uberaba em 2016 foi de aproximadamente 325.279 habitantes. Atualmente, o município tem como prefeito o Sr. Paulo Piau Nogueira e como secretário municipal de saúde o Sr. Iraci José de Souza Neto (UBERABA, 2017).

1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Em Uberaba, a taxa de alfabetização é de 98,70% e a taxa de analfabetos é cerca de 4,0%, considerando alunos acima de 15 anos, sendo que a maioria dos analfabetos encontra-se na faixa etária acima de 60 anos, de acordo com o censo do IBGE. A densidade demográfica é de 70,66 hab./km², sendo a densidade urbana de 1.121,39 hab./km² e a densidade rural de 2,14 hab./km² (IBGE, 2010).

A renda per capita média de Uberaba cresceu 81,22% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 539,67 em 1991 para R\$ 790,50 em 2000 e R\$ 978,01 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 46,48% no primeiro período e 23,72% no segundo (IBGE, 2010).

1.3 SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

Com um sistema de saúde complexo, a cidade conta com dois grandes hospitais universitários (um terciário e outro secundário), duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), unidades secundárias e convênio outros hospitais e com vários laboratórios e clínicas (UBERABA, 2016).

O Conselho Municipal de Saúde está integrado por presidente, vice-presidente, primeira secretária, e segundo secretário. Eles se reúnem em horário

definido por seus componentes na primeira quarta-feira do mês para reunião ordinária na secretaria municipal de saúde e em algumas reuniões extraordinárias agendadas conforme necessidade (UBERABA, 2017).

O Fundo Municipal de Saúde é instituído por lei e constitui-se em uma unidade orçamentária gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde. Até o 6º bimestre de 2016, o município gastou com ações e serviços públicos de saúde R\$109.186.832,50, dos quais aproximadamente R\$103.000.000,00, foram provenientes de transferências de recursos do SUS (UBERABA, 2017; SIOPS, 2017).

Em dezembro de 2016, o Programa Saúde da Família (PSF) tinha uma cobertura de 44,46% na cidade, contando com 39 Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas. Das 60 credenciadas junto ao Ministério da Saúde, possuía ainda 37 equipes de Saúde Bucal (modalidade I) e 4 Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) do tipo 1, de 6 credenciados (DAB, 2017).

1.4 ÁREA DE ABRANGÊNCIA

A Unidade de Saúde da Família (USF) Palmira Conceição Resende, está situada na zona rural e conta com uma população de quase 2.000 habitantes, segundo os dados da equipe de saúde. Abriga as comunidades de Santa Rosa, Santa Fé e Serrinha. As duas primeiras então situadas à beira da rodovia MG 190, enquanto Serrinha encontra-se no interior da zona rural com acesso apenas por estrada de terra. Localmente a agricultura é importante, havendo grandes plantações de soja, milho, cana, dentre outras.

A equipe da Unidade é composta por 8 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista e um médico. Além disso, nas quintas feiras uma psicóloga atende na unidade e nas terças-feiras, uma nutricionista. Conta ainda com duas funcionárias que cuidam da limpeza e dois recepcionistas.

O atendimento médico acontece principalmente na Unidade de Santa Rosa. A cada 15 dias, nas terças-feiras, o médico atende na Serrinha e nas quintas-feiras pela manhã, o médico consulta em Santa Fé. Nenhuma das unidades conta com estrutura adequada, seja física, de materiais ou de insumos. O fato mais crítico envolve a unidade de Santa Fé, onde não há energia desde outubro de 2016. A

unidade não possui água potável, mobiliário e nem consultórios. A equipe de enfermagem atende nos três locais, já o dentista é o único que fica apenas na unidade de Santa Rosa.

Os consultórios são insuficientes, não há espaço para reuniões em grupo, farmácia e sala de procedimentos, as paredes encontram-se mofadas, assim como o teto. A ventilação é ruim e não existe climatização e nem acústica adequada. Os banheiros ficam juntos com a cozinha, assim como o almoxarifado. Como não existe uma sala para a farmácia, os medicamentos ficam em armários na sala de enfermagem. Esta, por sinal, apesar de possuir um banheiro, usa-o como depósito, e dessa forma, a maca do consultório de enfermagem ficar dentro do consultório médico.

Não é incomum encontrar os usuários esperando ao lado de fora da unidade, pois a recepção comporta apenas 4 pessoas. Trata-se de um ambiente insalubre e inapropriado para os pacientes que utilizam do serviço de saúde.

A população adscrita é aproximadamente 1.950 habitantes, como demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da população adscrita na USF Palmira Conceição Resende, segundo sexo e faixa etária.

	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	69	46	115
5 a 14 anos	135	135	270
15 a 19 anos	85	64	149
20 a 39 anos	239	211	450
40 a 49 anos	137	130	267
50 a 59 anos	164	126	290
60 anos ou +	216	165	381
Total	1045	877	1922

Fonte: Dados da equipe, 2016.

A tabela abaixo demonstra a porcentagem segundo gênero e idade, comprando os números, a nível nacional, estadual e regional. Vale destacar que no município de Santa Rosa existe uma prevalência maior de homens e idosos, e quanto as principais doenças observadas na população atendida, verifica-se uma

prevalência de hipertensos cadastrados 12,8% (n=362), assim como, diabéticos 14,6% (n=83).

Tabela 2 - Distribuição proporcional da população segundo o sexo e faixa etária.

Idade	Brasil		Minas Gerais		Uberaba		Santa Rosa	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
0 a 4 anos	3,7%	3,6%	3,3%	3,2%	3,1%	3,0%	3,6%	2,4%
5 a 14 anos	8,6%	8,3%	8,1%	7,8%	6,9%	6,6%	7,0%	7,0%
15 a 19 anos	4,5%	4,4%	4,4%	4,3%	4,1%	4,0%	4,4%	3,3%
20 a 39 anos	16,6%	17,0%	16,4%	16,5%	17,1%	16,9%	12,4%	11,0%
40 a 49 anos	6,3%	6,7%	6,6%	7,0%	6,8%	7,5%	7,1%	6,8%
50 a 59 anos	4,6%	5,1%	5,1%	5,4%	5,3%	6,0%	8,5%	6,6%
60 anos ou +	4,8%	6,0%	5,3%	6,5%	5,4%	7,3%	11,2%	8,6%
Total	49,0%	51,0%	49,2%	50,8%	48,8%	51,2%	54,4%	45,6%

Fonte: IBGE, 2017a e dados próprios da equipe, 2016.

Ainda segundo os dados da equipe, a água disponível a população é proveniente quase que exclusivamente de poço ou nascente (99,10%), sendo que aproximadamente metade (48,42%) não possui tratamento. Mais de 70% do lixo é enterrado ou queimado e o destino principal do esgoto é a fossa, presente em praticamente 97% das residências.

A equipe e a população elencaram vários problemas relacionados à USF no início de 2016, sendo os principais:

- Estrutura física deficiente;
- Internet não funciona bem, ficando vários dias sem sinal, impossibilitando a solicitação de exames, preenchimento do prontuário eletrônico, agendamento de consultas, entre outros;
- Demora para a realização de exames complementares;
- Demora para atendimento na atenção secundária;
- Consultório odontológico sofre com a quebra frequente de equipamentos por falta de manutenção;
- Falta de medicações na unidade, pois a farmácia municipal passa apenas nas quartas-feiras à tarde para deixar as medicações que foram prescritas durante a semana;
- Alta rotatividade do profissional médico;

- Falta de insumos;
- Dificuldade de transporte da população até o serviço;
- Dificuldade de transporte dos profissionais para a realização de visitas domiciliares;
- Não oferta de procedimentos na Unidade.

Apesar de contar com uma grande equipe e uma população relativamente pequena, o território é muito extenso e existe grande dificuldade de transporte público. Tanto usuários, quanto a equipe, enfrentam esse problema. Em média, um agente de saúde consegue visitar apenas 30% de seu território por mês.

Algumas das situações, como transporte, são peculiares das zonas rurais, sendo problemas que exigem soluções complexas. A manutenção do consultório odontológico enfrenta a dificuldade de falta de mão-de-obra, pois a cidade dispõe de uma equipe de manutenção reduzida.

Na tentativa de sanar os problemas mais simples, como a oferta de procedimentos, a equipe elaborou uma proposta para iniciá-los na Unidade, encaminhando-a a secretaria de saúde em abril de 2016.

Seria importante submeter à unidade um projeto de reforma e ampliação. Atualmente conta-se com políticas nacionais como o REQUALIFICA UBS, instituído em 2011. Isso reduziria o custo do investimento do município, uma vez que parte do valor vem de verbas federais, no entanto a solução é lenta, mas traria grande impacto na eficiência da equipe a médio e longo prazo.

No momento, um investimento inicial mais rápido por parte da secretaria de saúde, em coisas simples como correção das infiltrações e pintura, já permitiria uma ambiência muito melhor. Apesar de todos os problemas encontrados naquele primeiro momento em 2016, estes não estão sob a governabilidade da equipe de saúde local, tornando sua resolução uma meta difícil de ser alcançada.

Com o passar dos meses, outras necessidades foram sendo identificadas pelos profissionais. Durante as discussões sobre temas relativos à saúde da mulher em outubro, e, especialmente, durante os debates sobre a saúde do homem, um tema que chamou a atenção de todos foi à prevenção quaternária.

O rastreamento do câncer de próstata foi o principal motivador e disparador de todo o processo. Tudo começou quando foi mencionado, em uma discussão informal, que o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Câncer (INCA) não recomendavam seu rastreamento (Brasil, 2010; INCA, 2016b).

1.5 PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

Até aquele momento, com exceção do médico, ninguém tinha ouvido falar sobre o assunto e todos estavam acostumados apenas às formas tradicionais de prevenção, descritas no caderno de rastreamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010):

- (Primária: ações voltadas à eliminação de fatores de risco ou causas de uma condição clínica);
- Secundária: detecção precoce de um agravo;
- Terciária: reduzir os riscos funcionais de um problema agudo ou crônico, incluindo a reabilitação.

O Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2010), destaca que a prevenção quaternária é: “detecção de indivíduos em risco de intervenções, diagnósticas e/ou terapêuticas, excessivas para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis”. Além disso, ressalta que procedimentos, intervenções e tratamentos de saúde também podem fazer mal (BRASIL, 2010).

Assim, os profissionais de saúde devem estar atentos e verificar, se um determinado paciente (ou grupo de pacientes) está mais sujeito aos benefícios ou malefícios de uma intervenção.

Por se tratar de um tema importante, controverso e novo para a equipe, fez-se necessário programar um espaço de capacitação para discussão e empoderamento sobre o assunto. Posteriormente, os frutos dessas discussões serão debatidos com os pacientes.

1.6 O CÂNCER DE PRÓSTATA

A próstata é uma pequena glândula que faz parte do sistema reprodutor masculino, pesando cerca de 20g, localizada na parte baixa do abdômen e tem como função produzir um fluido que auxilia na constituição do sêmen (CALVETE et al., 2003). No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens e idosos acima dos 65 anos. Estima-se que em 2016 ocorreram 61.200 novos casos para cada 100.000 homens, sendo que em 2014 a mortalidade chegou a 14.450 casos (INCA 2015; INCA, 2016a).

Com o processo do envelhecimento, principalmente após os 50 anos, a próstata masculina vai aumentando de tamanho, no entanto tem comportamento benigno denominado de hiperplasia benigna da próstata (SROUGI e SIMON, 1996). No entanto, as alterações que podem ocorrer na próstata podem ter um caráter maligno, o câncer de próstata. Na maioria das vezes são assintomáticos no início, no entanto com a avançar da doença, podem cursar com dificuldade para urinar, jato urinário fraco, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga e infecções urinárias (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014; GONÇALVES, PADOVANI E POPIM, 2008).

Mais de 95% deles são adenocarcinomas e os principais fatores de risco são idade, raça negra e história familiar. As complicações mais comuns são metástases para ossos, linfonodos, pulmão e fígado, além de sintomas urinários como obstrução, hematúria, insuficiência renal, dentre outras complicações (KOLLING, 2012). Nos Estados Unidos, a probabilidade de um homem de 50 anos desenvolver câncer de próstata é de 40%. Contudo, apenas 9,5% desenvolvem um câncer clinicamente detectável. No entanto, o risco de morrer de câncer de próstata é menor que 3% (BRASIL, 2010).

Atualmente o rastreamento é feito através da dosagem do Antígeno Prostático Específico (PSA) e exame de toque retal. A biópsia está indicada se o PSA for maior que 4ng/mL ou se o PSA livre for menor que 25% do PSA total (KOLLING, 2012).

Sua gravidade é estimada pelo escore de Gleason. Essa avaliação leva em conta os achados anatomopatológicos. Ao classifica-los numa escala que varia de 2 a 10, é possível estimar seu grau de indiferenciada e assim, sua gravidade. Quanto maior o valor, maior a agressividade do tumor. Quanto ao tratamento, a literatura ainda não é unânime, em especial no que diz respeito aos tumores localizados e bem diferenciados (Gleason < 7), uma vez que essas pessoas tem uma chance muito baixa de morrerem devido ao câncer (KOLLING, 2012).

2 JUSTIFICATIVA

O tema sobre o câncer de próstata não se apresenta tão relevante ao longo do ano, no entanto, durante a campanha do “novembro azul”, é comum que homens dirijam-se até a unidade de saúde preocupados com a temática, pois são influenciados pelas campanhas divulgadas pela mídia, no entanto, esta acaba divulgando informações errôneas sobre o câncer de próstata, como por exemplo, recomendam o rastreamento da doença anualmente, a partir dos 40 anos e coloca a doença como causa certa para morte se não for diagnosticado precocemente.

Contudo, não mencionam que a doença tem evolução lenta, que existe uma grande porcentagem de exames normais com doença significativa e um grande número de falso-positivos. Outra questão importante relaciona-se à mortalidade geral, que não é afetada pelo tratamento, capaz de reduzir apenas a mortalidade específica pela doença (BRASIL, 2010).

Considerando a lenta evolução e a baixa letalidade do câncer de próstata, como exposto acima, a equipe de saúde Santa Rosa da Unidade Básica de Saúde Palmira Conceição Resende percebeu a necessidade de realizar a capacitação sobre prevenção quaternária, focando nos riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata.

Após análise da situação levantada, a equipe considerou que apresenta recursos humanos e materiais suficientes para abordar o tema da prevenção quaternária tendo como foco inicial o câncer de próstata, o que torna viável o Projeto de Intervenção proposto.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um projeto de intervenção para capacitar os profissionais de saúde da Unidade de Saúde Palmira Conceição Resende.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICO

- Possibilitar um maior entendimento sobre a prevenção quaternária;
- Compreender os riscos envolvidos no rastreamento do câncer de próstata e
- Esclarecer a população sobre os riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração da proposta de ação foi utilizado o Método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para embasar a proposta de intervenção, foi realizada uma revisão de literatura utilizando os seguintes descritores: Prevenção Quaternária, Programas de Rastreamento, câncer de próstata.

A proposta de intervenção foi elaborada a partir da seleção e análise da equipe, sendo que a prevenção quaternária foi o tema escolhido. Dessa forma, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão.

Após a explicação do problema e identificação das causas consideradas as mais importantes, passou-se pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação e o desenho da operacionalização.

Foram identificados os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações que constitui uma atividade fundamental para análise da viabilidade do plano.

Identificados os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Finalmente para a elaboração do plano operativo, reuniu-se com todas as pessoas envolvidas no planejamento, e foi definida por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A história natural do câncer de próstata não é totalmente conhecida. Vários fatores interferem no seu curso. Além disso, pessoas com tumores bem diferenciados tendem a morrer com o câncer e não dele. Entretanto, não é possível dizer no momento do diagnóstico, qual tumor irá ou não evoluir de forma mais agressiva. Isso implica em tratar muitos pacientes que não se beneficiam do mesmo, expondo-os apenas aos riscos do tratamento que em 20% dos casos leva à incontinência urinária e em até 60% deste, levam à impotência (BRASIL, 2010).

Para os diagnosticados, mas que optaram por não fazer o tratamento, cerca de 85% não morreram de câncer de próstata após 15 anos de acompanhamento (MULHEM; FULBRIGHT; DUNCAN, 2015).

Algumas evidências apontam ainda que um paciente com PSA normal em um exame de rotina não se beneficia de sua repetição anual ou até mesmo a cada 4 anos (KOLLING, 2012).

Outros pontos relevantes sobre o PSA, ele não tumor-específico, seu valor preditivo positivo é de 33%, ou seja, 2/3 dos homens com PSA elevado não tem câncer de próstata, no entanto são submetidos à biópsia desnecessariamente, até 20% dos homens com câncer de próstata tem PSA normal e vão sentir-se seguros após o resultado do exame, muitas vezes ignorando os demais passos da investigação e o PSA não diferencia a agressividade dos tumores (BRASIL, 2012).

Revisando a literatura, nenhum órgão internacional recomenda o rastreamento do câncer de próstata de forma indiscriminada. Todos são unânimes ao não recomendar seu uso em pacientes com 70 anos ou mais, ou naqueles que tem uma expectativa de vida menor que 10 anos. Para os pacientes entre 50 e 69 anos (com algumas variações para a idade mínima que vai de 40 a 55 anos), recomenda-se esclarecer os pacientes sobre os riscos e benefícios do rastreamento, tomando a decisão de fazê-lo ou não de forma compartilhada, como pode ser observado no quadro abaixo:

Quadro 1 - Recomendações de organizações internacionais sobre o rastreamento do câncer de próstata.

USPSTF, 2012	Não recomendado em todas as faixas etárias
AAFP, 2012	Não recomendado em todas as faixas etárias
CTFPHC, 2014	Não recomendado em todas as faixas etárias
UKNSC, 2016	Não recomendado em todas as faixas etárias
CDC, 2017	Não recomendado em todas as faixas etárias
AUA, 2017	Não recomendado para todos abaixo de 40 anos e para aqueles de médio risco entre 40 e 54 anos.
	Decisão compartilhada com aqueles de alto risco entre 40 e 54 anos e para todos entre 55 e 69 anos.
ACS, 2017	Decisão compartilhada com aqueles com 40 anos ou mais e muito alto risco, 45 ou mais de alto risco e com 50 anos ou mais de risco moderado.

Recentemente, o United States Preventive Services Task Force (USPSTF), vem apontando para a tomada de decisão compartilhada entre os 55 e 69 anos, mantendo a recomendação de não rastrear aqueles com 70 anos ou mais e nem abaixo dos 55.

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2017), seguindo as recomendações internacionais, bem como aquelas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) e do INCA (2016b), também não recomenda o rastreamento de forma rotineira.

Contudo, reconhecendo que é difícil gerar recomendações para toda a população, deve-se considerar a relação custo-efetividade e o risco-benefício deve ser levado em conta na individualização do atendimento (STEIN, ZELMANOWICZ, FALAVIGNA, 2013).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 DIAGNÓSTICOS SITUACIONAIS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da USF Palmira Conceição Resende foi possível identificar um problema relevante para a equipe, possibilitando a elaboração de uma proposta de intervenção.

6.2 IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE

O primeiro passo foi à identificação do problema. A equipe deparou-se com diversos deles, muitos fora de sua governabilidade e ligados a questões de estrutura física, como a edificação sem manutenção e pequena para a equipe, conectividade ruim, filas de espera para consulta na atenção secundária e para a realização de exames complementares, falta de insumos, deficiência do transporte público, dentre outros.

6.3 PRIORIZAÇÃO DO PROBLEMA

O segundo passo consistiu na priorização dos problemas apresentados pela USF, dessa forma foi realizada juntamente com os agentes comunitários de saúde analisando algumas características como: magnitude, importância, viabilidade e vulnerabilidade, utilizando métodos qualitativos e quantitativos, pontuando cada uma destas características.

O assunto que mobilizou a equipe e que pode ser resolvido por ela no momento foi a necessidade de melhor qualificação sobre a prevenção quaternária e o câncer de próstata.

6.4 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Devido a proximidade como mês de novembro, período no qual as mídias de comunicação divulgam diversas ações para o cuidado da saúde do homem, devido o chamado “novembro azul”, a questão do rastreamento do câncer de próstata certamente estará presente no questionamento dos usuários, sejam nas ações educativas, nas visitas domiciliares ou mesmo durante a consulta.

6.5 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

Assim, a equipe necessita estar atualizada sobre o tema, seus fatores de risco e proteção, bem como sobre os riscos e benefícios do rastreamento, a fim de proporcionar aos usuários melhores condições para uma decisão compartilhada.

6.6 IDENTIFICAÇÃO DOS “NÓS CRÍTICOS”

O nó crítico encontrado foi a falta de capacitação sobre o tema. Isso dificulta a comunicação com os usuários, que por sua vez, procuram a unidade ainda com a ideia de “quanto antes o diagnóstico melhor”.

Dessa forma, faz-se necessário utilizar estratégias de curto prazo (capacitação da equipe) e médio/longo prazo (divulgação da informação), baseadas na possibilidade e governabilidade das soluções (Quadro 2).

Quadro 2 - Operações sobre o “nó-crítico” relacionado à prevenção quaternária no rastreamento do câncer de próstata.

Nó crítico	Falta de conhecimento sobre a prevenção quaternária.
Operação	Capacitação da equipe.
Resultados esperados	Proporcionar um melhor entendimento sobre o tema.
Produtos esperados	Divulgação dos riscos relacionados ao rastreamento do câncer de próstata para a população.
Recursos necessários	Financeiro: Impressão de alguns folhetos para a equipe. Organizacional: participação de todos da equipe.
Recursos críticos	Organizacional: participação de todos da equipe.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: A Equipe de Saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Executar uma oficina de capacitação / Divulgar a informação para a comunidade
Responsáveis:	Médico
Cronograma / Prazo	1 mês

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

A equipe é responsável pelos principais recursos necessários para que a ação seja bem-sucedida. Atualmente, o contexto político é favorável, pois todos estão empenhados em melhorar a saúde dos usuários. Não há um custo financeiro significativo no projeto e a motivação é boa. Ainda temos a motivação da equipe e a independência de atores externos para a execução do projeto.

Como uma oficina não necessita de verba significativa, pode ser executada sem grande burocracia. Já a divulgação das informações pode ser feita na unidade durante as consultas e pelos ACS durante as visitas.

6.7 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

Atualmente, a equipe tem pouco mais de 500 homens com mais de 40 anos adscritos em seu território. Este serão o alvo principal na divulgação da discussão sobre prevenção quaternária.

Será realizada uma oficina que acontecerá durante o mês de outubro nas reuniões de educação permanente da equipe, que acontecem semanalmente. Serão discutidos os assuntos relacionados à prevenção quaternária, riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata.

Após a realização da oficina, espera-se que durante o mês de novembro a equipe possa discutir com os usuários em ações de educação em saúde sobre o tema, empoderando a comunidade e permitindo que o indivíduo tenha mais condições de decidir sobre o que deseja para sua saúde através da corresponsabilização do mesmo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto é importante para a capacitação da equipe e sua construção coletiva amplia a sua possibilidade de sucesso, cumprindo com a proposta deste curso de especialização.

Discutir sobre um tema tão relevante em saúde, mas muitas vezes ignorado demonstra como o serviço de saúde pode estar modificando-se com o tempo, vencendo o paradigma biomédico existente e possibilitando o empoderamento do usuário. Este, por sua vez, com melhores informações sobre os riscos e benefícios de um procedimento, pode exercer sua autonomia de forma verdadeira.

Como descrito anteriormente, o câncer de próstata é uma causa frequente de neoplasias em homens. Contudo sua letalidade é baixa devido à lenta evolução. Muitos pacientes acabam falecendo com o câncer e não dele.

O risco de sobrediagnóstico e, conseqüentemente, sobretratamento, é real quando o rastreamento desta neoplasia é realizado, implicando em um aumento da iatrogenia nos serviços de saúde. Muitos pacientes submetidos ao tratamento convencional acabam impotentes ou incontinentes, isso sem considerar os possíveis impactos psicológicos do diagnóstico e/ou do tratamento.

As recomendações atuais da maioria das instituições de saúde no mundo tendem a não recomendar o rastreamento como algo a ser feito de forma rotineira pois os riscos tendem a superar os benefícios. Assim, a decisão deve ser tomada de forma compartilhada e individualizada entre profissionais e pacientes.

Apesar do paradigma vigente que todo homem com quarenta anos ou mais deve submeter-se ao exame de toque e ao PSA, é esperado que a divulgação dos malefícios de tal prática pela equipe faça o número de homens interessados no rastreamento cair de forma significativa.

O monitoramento se dará através do número de exames de PSA e/ou toque retal realizados na Unidade para a população masculina maior de 40 anos e assintomática na próxima campanha do “novembro azul”.

REFERÊNCIAS

American Academy of Family Physicians (AAFP). **Clinical preventive service recommendation**. Prostate cancer. 2012. Disponível em: <http://www.aafp.org/patient-care/clinical-recommendations/all/prostate-cancer.html>. Acesso em: 04 jan. 2017.

American Cancer Society (ACS). **American Cancer Society recommendations for prostate cancer early detection**. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer/early-detection/acs-recommendations.html>. Acesso em: 08 out. 2017.

AUA – American Urological Association. **Early detection of prostate cancer 2013**. Reviwed and validity confirmed 2015. Disponível em: [http://www.auanet.org/guidelines/early-detection-of-prostate-cancer-\(2013-reviewed-and-validity-confirmed-2015\)](http://www.auanet.org/guidelines/early-detection-of-prostate-cancer-(2013-reviewed-and-validity-confirmed-2015)). Acesso em: 07 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Primária nº 29**. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica**: manual instrutivo. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site_anexo.pdf. Acesso em 18 abr. 2016.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG. 2010.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention. **Should I get screened for prostate cancer?** Disponível em: https://www.cdc.gov/cancer/prostate/basic_info/get-screened.htm. Acesso em 02 jan. 2017.

CTFPHC – Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. **CMAJ**, v.186, n.16, p.1225-34, nov. 2014.

DAB – Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 5 maio 2017.

GONÇALVES, I. R.; PADOVANI, C.; POPIM, R. C. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1337-1342, jul./ago. 2008.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas de Gênero**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0,31R,31U&cat=1,2,->

2,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,128&ind=4707. Acesso em 2 maio 2017a.

_____. **Minas Gerais**. Uberaba. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317010&search=||infográficos:-informações-completas>. Acesso em 28 abr. 2017b.

INCA – Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016**. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA. 2015.

Instituto Nacional de Câncer. Próstata. 2014. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata+/definicao>. Acesso em: 17 out. 2017.

_____. **ATLAS ON-LINE DE MORTALIDADE**. Taxas de mortalidade das 5 localizações primárias mais frequentes em 2014, ajustadas por idade, pela população mundial, por 100.000 homens, Brasil, entre 2000 e 2014. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo04/consultar.xhtml;jsessionid=5BC65210CC22EFA60E463C9659C2E69A#panelResultado>. Acesso em: 16 dez. 2016a.

_____. **Rastreamento do câncer de próstata**. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/rastreamento_prostata_resumido.2013.pdf. Acesso em: 15 dez. 2016b.

KOLLING, Marcelo Garcia. Retenção urinária, encurtamento do jato e problemas prostáticos. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MULHEM, Elie; FULBRIGHT, Nikolaus, DUNCAN, Nora. Prostate cancer screening. **American Family Physician**, v.92, n.8, p.683-8, out. 2015.

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DE MINAS GERAIS. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/fotos/Mapas_Mg.pdf. Acesso em: 28 mar. 2016.

UBERABA. Prefeitura municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Unidade: básicas**. Disponível em: http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/unidades_basicas.pdf. Acesso em: 22 mar. 2016.

_____. Disponível em: <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/conteudo,414>. Acesso em: 11 de out 2017.

SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Comunicado aos(às) apoiadores(as) da campanha Novembro Azul**. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/Novembro%20Azul.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2017.

SIPOS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde. **Relatório resumido da execução orçamentária**. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/rel_LRF.php. Acesso em: 08 maio 2017.

SROUGI, M; SIMON, S. D. Câncer urológico. 2. ed. São Paulo, SP: Platina, 1996.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STEIN, Airton Tetelbom; ZELMANOWICZ, Alice de M.; FALAVIGNA, Maicon. Rastreamento de adultos para tratamento preventivo. In: DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R.J. **Medicina ambulatorial**. Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed. 2013.

UKNSC – United Kingdom National Screening Committee. **The UK NSC recommendation on Prostate cancer screening/PSA testing in men over the age of 50**. Jan. 2016. Disponível em: <https://legacyscreening.phe.org.uk/prostatecancer>. Acesso em: 04 jan. 2017.

USPSTF – United States Preventive Services Task Force. **Prostate cancer**. Screening. Maio 2012. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/prostate-cancer-screening>. Acesso em 02 jan. 2017.

_____. **Prostate cancer screening draft recommendations**. Providing clinicians and patients with importante information to help guide decisions about screening. Disponível em: <https://screeningforprostatecancer.org/>. Acesso em: 07 out. 2017.