

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

ANDRÉ LUIZ FERREIRA DE BRITO

**AUMENTO DA ADESÃO AO RASTREMENTO DO CÂNCER DE
PRÓSTATA: PROJETO DE INTERVENÇÃO NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PROVIDÊNCIA,
PARÁ DE MINAS-MG.**

UBERABA/MG

2015

ANDRÉ LUIZ FERREIRA DE BRITO

**AUMENTO DA ADESÃO AO RASTREMENTO DO CÂNCER DE
PRÓSTATA: PROJETO DE INTERVENÇÃO NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PROVIDÊNCIA,
PARÁ DE MINAS-MG.**

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. Me. Mário Antônio de Moura Simim

UBERABA/MG

2015

ANDRÉ LUIZ FERREIRA DE BRITO

**AUMENTO DA ADESÃO AO RASTREMENTO DO CÂNCER DE
PRÓSTATA: PROJETO DE INTERVENÇÃO NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PROVIDÊNCIA,
PARÁ DE MINAS-MG.**

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.

Banca Examinadora:

Prof. Me. Mário Antônio de Moura Simim – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM (orientador)

Prof. Prof^a Dr^a Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Uberaba, ____ / ____ / ____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os membros da equipe de saúde da família Providência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família pelo amor e apoio incondicional.

A meu orientador Prof. Me. Mário Antônio de Moura Simim pela paciência, compreensão e dedicação.

RESUMO

O câncer de próstata é a segunda neoplasia maligna mais incidente e a segunda mais comum causa de morte por câncer nos homens brasileiros. Sua incidência aumenta com a idade, sendo que cerca de 62% dos casos ocorrem em homens com mais de 65 anos. A sobrevida após o seu diagnóstico depende muito da precocidade com que este foi feito. Portanto, um programa acurado de rastreio poderia identificar os pacientes com neoplasias em estágio inicial, diminuindo a mortalidade pela doença. Este trabalho objetiva propor um plano de intervenção que visa reduzir o diagnóstico tardio do câncer de próstata em homens através da realização atividades de promoção de saúde e prevenção de doença, na área de abrangência da UBS Providência, Pará de Minas-MG. Espera-se que este projeto aumente a adesão dos homens na realização do rastreamento desta neoplasia e que práticas voltadas a saúde do homem sejam cada vez mais estimuladas. Percebe-se, no entanto, que as recomendações a respeito do rastreamento ainda permanecem controversas, apontando para a necessidade de se realizar mais estudos, buscando gerar diretrizes mais uniformes a respeito do tema.

Palavras-chave: Saúde do Homem; Prevenção Secundaria; Neoplasias da Próstata.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	8
3 METODOLOGIA.....	9
4 REFERENCIAL TEÓRICO	10
4.1 Anatomia e histologia da próstata.....	10
4.2 Câncer de próstata	10
4.3 Saúde do homem	15
5 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	17
5.1 Plano Operativo Saber Mais	18
5.2 Plano Operativo Equipe Ativa	19
5.3 Plano Operativo Homem na Atenção Básica.....	20
5.4 Plano Operativo Rastreamento Acessível	21
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERENCIAS.....	23

1 INTRODUÇÃO

O município de Pará de Minas/MG pertence a mesorregião metropolitana de Belo Horizonte. Em 2010 município possuía uma população de 84125 habitantes e apresentava níveis elevados de IDH, taxa de urbanização e saneamento básico quando comparado as outras regiões do estado. A renda média mensal das famílias urbanas era de 2316 reais, a taxa de alfabetização dos jovens era maior que 99%, cerca de 92,8% da população tinha água tratada e 86% recolhimento de esgoto por rede pública (BRASIL, 2010).

A área de abrangência da UBS Providência compartilha das características acima, apesar de existirem algumas pequenas áreas de risco entremeadas neste território que apresentam condições sociais, econômicas e sanitárias mais preocupantes. Estas subáreas já foram mapeadas pela equipe previamente e recebem desta maior atenção.

O registro de atendimentos da Equipe de Saúde da Família Providência de março de 2014 a agosto de 2014 mostrou um baixo percentual de homens e um predomínio de pacientes acima de 50 anos em consultas médicas. Do total de atendimentos realizados mensalmente na UBS, cerca de 58% são de pacientes acima de 50 anos e apenas 21% são homens. Quando avaliado apenas os paciente acima de 50 anos o percentual de homens passa para 34%.

Nesse sentido, o atendimento médico para os homens se apresentou como problema importante a ser abordado por nossa equipe, já que observamos que os homens, sejam eles jovens, idosos ou de meia idade, buscam menos o serviço de saúde quando comparado às mulheres.

1.1 Objetivo

- Geral: propor um plano de intervenção com vistas a reduzir o diagnóstico tardio do câncer de próstata em homens com mais de 50 anos.
- Específico: aumentar a adesão na realização do rastreamento do câncer de próstata dos homens com mais de 50 anos, que residem no território de abrangência da UBS Providência, Pará de Minas, MG.

2 JUSTIFICATIVA

Ao se avaliar o Diagnóstico Situacional em Saúde da área de abrangência do PSF providencia, vimos uma baixa procura ao serviço de saúde pelos indivíduos do sexo masculino em todas as faixas etárias dos adultos. Contudo, como a partir dos 50 anos a incidência de doenças crônico-degenerativas aumenta de forma expressiva, os cuidados em promoção e prevenção em saúde devem ser intensificados nesse grupo. Dentre as várias doenças que acometem os indivíduos acima de 50 anos está o câncer de próstata, que foi escolhido como alvo da intervenção.

O câncer de próstata é o segundo câncer mais incidente em homens, ficando atrás apenas dos cânceres de pele não-melanoma, e é a segunda causa de morte por câncer em homens, estando logo atrás do câncer de pulmão. O Instituto nacional de câncer (INCA) estima que em 2014 haverá cerca de 68.800 casos novos no país (BRASIL,2014).

Esse câncer pode ter altas taxas de cura, desde que seu diagnóstico seja precoce. Pacientes que tem seu diagnóstico realizado após início dos sintomas, geralmente apresentam doença mais avançada, com redução importante das taxas de cura (HOFFMAN *et al.*,2014).

Na tentativa de se realizar um diagnóstico precoce, e conseqüentemente diminuir a mortalidade por essa doença, foram criadas abordagens de rastreamento. Estas seriam formas de investigação diagnóstica indicadas a pacientes assintomáticos, mas que já estejam sobre o risco do desenvolvimento da doença (HOFFMAN *et al.*,2014).

3 METODOLOGIA

Para elaboração da proposta de intervenção foram realizadas ações em três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

Para desenvolvimento da revisão bibliográfica foram utilizados artigos científicos, livros, informações das publicações do Instituto Nacional do Câncer (INCA), do UpToDate®, da Sociedade Brasileira de Urologia e Ministério da Saúde a respeito do câncer de próstata e Saúde do Homem.

A busca dos artigos científicos aconteceu a partir das bases de dados do Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando basicamente os descritores Saúde do Homem, Programas de Rastreamento e Câncer de Próstata, isolados e/ou combinados.

Através dessa literatura buscarei um maior entendimento sobre o tema, tanto no aspecto técnico quanto no âmbito da saúde pública, a cerca da importância, impacto e aplicabilidade dos métodos rastreio do câncer de próstata.

As ações serão conduzidas e gerenciadas através de um planejamento estratégico em saúde. A partir do diagnóstico situacional se definiu o problema a ser abordado e, então, desenhada as operações que objetivam atuar na sua resolução, tendo em mente os recursos e viabilidade necessária para tal. Durante e após a aplicação das ações será utilizado um sistema de gestão que acompanhará e coordenará de forma ativa a execução de cada operação, a fim de que, se alcance seus alvos pré-determinados.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Anatomia e histologia da próstata

A próstata é um órgão pélvico único, situado logo abaixo da bexiga e em continuidade com esta e o pênis. Além de ser uma das principais glândulas genitais acessórias do aparelho genital masculino, a próstata possui uma função estrutural compondo a porção proximal da uretra masculina (DANGELO, 2007).

Esta glândula pesa em média 11g e é formada por um conjunto de 30 a 50 estruturas glandulares túbulo-alveolares ramificadas envolvidas por um estroma fibromuscular. A secreção destas glândulas juntam-se ao conteúdo das glândulas seminais e do ducto deferente para formar o semem (JUNQUEIRA, 2008).

A próstata pode ser dividida anatomicamente em 3 zonas: central, de transição e periférica. A zona de transição e periférica são as de maior interesse médico, pois são onde geralmente se originam a hiperplasia prostática benigna e o câncer de próstata, respectivamente (JUNQUEIRA, 2008).

As lesões expansivas nesta glândula tendem, em algum momento, a comprometer a uretra e com isso levar a sintomas de obstrução ao fluxo urinário. Contudo, como o câncer de próstata tende a surgir na região periférica da glândula é comum que ele leve um tempo mais prolongado para gerar sintomas obstrutivos (JUNQUEIRA, 2008).

4.2 Câncer de próstata

O aumento da expectativa de vida da população mundial, acabou por conduzir um crescente número de casos de doenças associadas a terceira idade. A alta na incidência de enfermidades, como o câncer de próstata, possuem uma grande relevância no contexto atual e principalmente futuro. Representa hoje, não só um importante problema de saúde pública, mas também, um agravo de especial repercussão socioeconômica a população (DINI, KOFF, 2006).

No Brasil, o câncer de próstata é o segundo câncer mais incidente em homens, ficando atrás apenas dos cânceres de pele não-melanoma. Encontra-se como a segunda causa de morte por câncer em homens, estando logo atrás do câncer de pulmão, sendo que, apenas em 2011, ele foi responsável por 13129 mortes no país. O INCA (Instituto Nacional de Câncer) estima que em 2014 haverá

cerca de 68.800 casos novos no país correspondendo a um risco estimado de 70,42 casos novos a cada 100mil homens (BRASIL, 2014).

Ainda que a etiologia do câncer de próstata permaneça desconhecida, alguns fatores têm mostrando associação com aumento de risco do surgimento da neoplasia, sendo que a idade avançada, etnia e predisposição familiar, são os fatores mais bem documentados na literatura (GOMES *et al.*, 2008).

A idade vem se apresentando como fator de risco mais expressivo, uma vez que, mais de 62% dos casos no mundo ocorrem em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos (BRASIL, 2014).

A presença de história familiar positiva para o câncer de próstata também tem demonstrado ser um fator predisponente para o seu desenvolvimento. Quando comparado a população geral, o risco de aparecimento da neoplasia se mostra 2 a 3 vezes maior se um parente de primeiro grau estiver acometido, podendo aumentar ainda mais, caso 2 ou mais parentes forem afetados (GONÇALVES *et al.*, 2008).

Estudos tem demonstrado a associação de grupos étnicos com a probabilidade de surgimento de nova doença. Apesar das razões para o achado permanecerem desconhecidas, a incidência do câncer de próstata muda de forma significativa de acordo com o grupo étnico em questão. No geral, os indivíduos da raça negra tem apresentado o maior risco de desenvolvimento da doença, sendo seguidos pelos caucasianos e asiáticos (GONÇALVES *et al.*, 2008). Sua incidência em negros chega a ser duas vezes mais comum quando comparado aos caucasianos (BRASIL, 2014).

Outro fator que vem mostrando associação, apesar de não tão bem definida e significativa como as anteriores, é a alimentação. Dietas ricas em gordura animal e em cálcio têm sido associadas a um aumento na incidência da neoplasia, ao passo que aquelas ricas em vegetais, vitaminas D e E, licopeno e ômega-3 poderiam promover algum efeito protetor (BRASIL, 2014).

Segundo Gonçalves *et al.*, (2008) a maioria dos pacientes com diagnóstico inicial de câncer de próstata costumam ser assintomáticos. Quando apresentam alguma queixa, ela tende a se associar com quadros obstrutivos como: jato urinário fraco, disúria e nictúria. Isto se justificaria pelo fato de que a doença costuma causar sintomas apenas quando se encontra em estágios mais avançados, com acometimento regional importante ou disseminação metastática. Segundo Calvete *et al* (2003), durante o diagnóstico inicial da neoplasia 58% dos pacientes apresentam

lesão neoplásica localizada e restrita a próstata, ao passo que, 15% apresentam envolvimento de estruturas vizinhas e 16% têm metástases à distância. Contudo, contrariando esses dados, Gonçalves *et al*(2008) relata que muitos pacientes ainda procuram o atendimento apenas quando sintomáticos, indicando a presença de problemas assistências e uma baixa orientação da população quanto a doença.

Analisando-se os aspectos epidemiológicos da doença, pode-se notar que o câncer de próstata costuma apresentar um bom prognóstico quando comparado a outras neoplasias malignas. Sua mortalidade tem se mantido relativamente baixa ao longo dos anos, sendo que a sobrevida média em 5 anos gira em torno de 58%, no mundo. Em países desenvolvidos ela é de 64%, caindo, porém, para 41% nos países em desenvolvimento (GOMES *et al.*, 2008)

O estudo da história natural da doença tem apontado a neoplasia prostática maligna como um câncer de evolução clínica extremamente imprevisível. As apresentações podem variar desde tumores indolentes até aqueles altamente agressivos. Isto tem gerado muitos conflitos na definição do momento e modo de se tratar e diagnosticar os pacientes com esse câncer (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2011).

A determinação da sobrevida em pacientes com câncer de próstata depende de vários fatores, entretanto, extensão do local do tumor tem se destacado entre eles. Aqueles tumores que se apresentam confinados a próstata no momento do diagnóstico se associam a uma sobrevida de 100% em 5 anos, comparado com 31.9% daqueles com doença metastática. Portanto um programa acurado de rastreo que consiga identificar a doença em seus estádios iniciais conseguiria diminuir a mortalidade pela doença (HOFFMAN *et al.*,2014).

Desde 1986, o PSA (antígeno prostático específico) vem sendo utilizado como principal marcador tumoral do câncer de próstata na prática clinica, sendo que, atualmente, o toque retal e a dosagem sérica do PSA constituem os principais métodos de rastreamento do câncer de próstata. Entretanto, apesar destes exames serem amplamente utilizados na prática diária, eles possuem alguns inconvenientes que ainda não os permitem realizar o rastreamento de modo ideal. Na realização do toque retal, por exemplo, pode-se encontrar dificuldade na diferenciação entre lesões benignas e malignas e, também tem se mostrado pouco sensível na detecção de lesões em estádios iniciais (CASTRO *et al.*, 2011).

A disseminação do uso do PSA tem facilitado a identificação de casos subclínicos de câncer de próstata o que justificaria, em parte, o grande aumento em sua incidência nos últimos anos (MIRANDA *et al.*,2004). As regiões onde o rastreamento vem sendo ativamente empregado tem demonstrado redução da mortalidade e aumento da expectativa de vida, entretanto isso vem acompanhado de maiores gastos financeiros e um comprometimento da qualidade de vida dos usuários(DINI, KOFF, 2006).

Gomes *et al.*(2008) considera que a prevenção secundária do câncer de próstata, através da sua detecção precoce pelo rastreamento, ainda se apresenta de forma polêmica, uma vez que posicionamentos diferentes são observados nas recomendações da literatura.

O que tem gerado muita controvérsia é o fato de que o rastreamento, como realizado atualmente, consegue aumentar o diagnóstico precoce e mesmo diminuir a mortalidade pelo câncer de próstata. Porém, como a maioria dos casos desta neoplasia se apresenta de forma indolente e pouco agressiva seria necessário um grande número de diagnósticos de câncer para se evitar uma morte pelo mesmo. Estaríamos promovendo, então, um diagnóstico excessivo de neoplasias que não se tornariam clinicamente evidentes durante a vida do paciente, o que geraria custos, talvez, não justificáveis (HOFFMAN *et al.*,2014)

De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia (2011), grandes estudos randomizados e controlados como o estudo europeu (*EuropeanRandomizedStudyofScreening for ProstateCancer – ERSPC*) que mostrou uma redução de 31% da mortalidade pelo câncer de próstata no grupo de homens que tiveram seguimento com PSA por um tempo médio de 9 anos, fornecem subsídios para a manutenção da utilização do rastreamento. Todavia, admite que, ao se encontrar qualquer doença através do rastreamento, existe uma chance real se fazer um excesso de diagnóstico e de tratamento, competindo aos médicos, à incumbência de utilizar critérios de baixa agressividade nos cânceres encontrados, para que se possa discutir com o paciente a melhor abordagem terapêutica.

Segundo Gomes *et al.* (2008) o Instituto Nacional de Câncer não indica o rastreamento populacional fundamentado na falta de evidências de modalidades efetivas propostas para o tratamento do câncer nos seus estádios iniciais e do risco de efeitos adversos que essas modalidades apresentam, sendo preconizado, então, o rastreamento oportunístico (*case finding*). Este seria baseado na sensibilização de

homens entre 50 e 70 anos de idade da possibilidade de se realizar o rastreamento, no momento em que estes usuários buscassem a unidade de saúde por motivos outros que não o câncer de próstata.

Ainda há recomendações, como a da *American Urological Association (AUA)*, que afirmam que todos os homens, em torno de seus 50 anos, devem ser informados sobre a existência do rastreamento e dos riscos e benefícios de sua realização. Ela recomendam que o médico deva abordar o tema com o paciente e deixar que o mesmo decida sobre qual conduta a ser tomada (HOFFMAN *et al.*,2014).

Além das divergências já expostas, existe outra polêmica envolvendo o tema e, que está relacionada à definição do público-alvo para a realização do rastreamento. A literatura tem recomendado inúmeros níveis etários para se realizar o diagnóstico precoce, como: homens com mais de 50 anos ou com mais de 40 anos, quando têm história familiar de câncer prostático; homens com mais de 45 anos ou com mais de 40 anos, no caso de haver histórico familiar; homens com mais de 40 anos ou com mais 35 para os que têm história familiar; todos os homens com 50 anos ou mais; todos os homens a partir dos 45 anos; todos os homens a partir dos 40 anos; homens brancos a partir dos 45 anos e homens negros a partir dos 40 anos (GOMES *et al.*,2008). A Sociedade Brasileira de Urologia (2011) orienta que o rastreamento seja iniciado aos 50 anos, sendo que homens negros e aqueles com parentes de primeiro grau (pai ou irmão) com câncer de próstata, devam iniciar com 45 anos.

O intervalo ideal para a realização do rastreamento também não se encontra definido, apesar de existirem recomendações para sua realização anual ou bianual. Existem evidências de que homens que apresentam valores muito baixos de PSA dificilmente venham a apresentar indicação de biópsia prostática nos próximos dois a quatro anos. Contudo, tumores que apresentaram aumento rápido do PSA ao diagnóstico costuma se associar a uma maior mortalidade e ter sua probabilidade de cura reduzida em intervalos de seguimento mais longo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2011).

Ante a tanta diversidade de recomendações, fica claro que existe a necessidade de novos estudos e debates na busca da formulação de princípios mais homogêneos para a medida preventiva em questão (GOMES *et al.*,2008).

4.3 Saúde do homem

Apesar das taxas de morbimortalidade masculinas adotarem uma relevância epidemiológica significativa, nota-se que a presença do homem nas unidades básicas de saúde é inferior quando comparado às mulheres. Alguns autores tem associado isso ao fato de que durante o processo de socialização dos homens o cuidado não é visto como uma atividade masculina (GOMES *et al.*,2007).

De acordo com Gomes et al (2008), mulheres e homens têm pensamentos e modos de agir diferentes porque seriam induzidos, pela sua cultura, a construir sua feminilidade ou masculinidade, ou seja, os indivíduos seriam incitados a se ajustar a estereótipos que os levariam a admitir normas dominantes de feminino ou masculino. Tais normas poderiam determinar sentimentos e comportamentos que os diferenciariam por gênero. Nessa perspectiva da construção social, o cuidar de si não seria um dos aspectos enquadrados ao modelo masculino, o que poderia explicar a possível indiferença dos homens com relação a essa prática.

Segundo Souza et al (2011), a masculinidade costuma ser utilizada como arcabouço para a formação da identidade, estabelecendo concepções a serem tomadas para que os homens sejam vistos como "machos" e, portanto, não serem contestados pelos seus semelhantes. O homem estaria então em contínua atividade de negação, em detrimento de sua autoafirmação. Negar tudo aquilo que é associado ao feminino o deixaria mais próximo da imagem ideal de ser homem. Esta rejeição contínua do que é tido como afeminado poderia justificar, em parte, a resistência e constrangimento que os homens apresentam ao realizar práticas de saúde como o toque retal. Essas práticas infringiriam o que se tem como masculino e a condição de homem ativo.

Procurar o serviço de saúde para realização de medidas preventivas poderia vincular ao homem à fraqueza, ao medo e a insegurança e, com isso, associá-lo ao que é tido como feminino. Essa associação acarretaria possíveis desconfianças quanto a sua masculinidade socialmente instituída e, portanto, a concepção de que ele não seria viril, invulnerável e forte (GOMES *et al.*,2007).

Além dessas características intrínsecas do homem e sua concepção de masculinidade, as políticas de saúde pública, no Brasil e no mundo, sempre voltaram sua atenção para mulheres e crianças, prejudicando ainda mais a assistência a saúde do homem. Segundo Moura et al (2014) os homens, tradicionalmente, não

têm suas especificidades reconhecidas, não compondo uma população habitualmente alvo das medidas assistenciais dos serviços de atenção primária. O uso dos serviços de saúde pelos homens costuma se condensar na assistência a agravos agudos, onde a procura por atendimento ocorre, em geral, em nível especializado de urgência ou emergência. Portanto, eles costumam adentrar os serviços de saúde apenas quando acometidos por intercorrências graves ou quando sua capacidade laborativa se encontra comprometida.

Diante deste quadro, o Ministério da Saúde instituiu, em 27 de agosto de 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), através da Portaria GM/MS nº 1944, orientando a elaboração de diretrizes e ações direcionadas fundamentalmente a atenção integral a saúde do homem, estimulando atividades de prevenção de doenças e promoção a saúde, como meios estratégicos de estímulo às mudanças comportamentais (MOURA et al.,2014)

5 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Através do diagnóstico situacional em saúde do nosso território pudemos notar uma baixa procura de indivíduos do sexo masculino pelos serviços da UBS. Ao se observar o registro de atendimentos da UBS ficava nítido a discrepância entre o número de atendimentos entre homens e mulheres, principalmente quando se tratava de atividades de prevenção em saúde.

Como o câncer de próstata é uma doença exclusiva do sexo masculino, com alta incidência e grande impacto na saúde do homem e em saúde pública, decidimos criar um plano de intervenção que buscasse aumentar a adesão dos homens ao rastreamento dessa neoplasia.

Muitos nós críticos são responsáveis por gerar e manter o problema exposto. Aqueles de maior relevância serão detalhados abaixo e em seguida as propostas de ação, para superá-los, serão estruturadas em tabelas.

No decorrer das atividades diárias da UBS Providência foi possível notar que a maioria dos usuários não compreendiam bem o que era o câncer de próstata e como seu diagnóstico, prevenção e tratamento poderiam ser realizados. A maioria é ciente da existência de um “tal exame de sangue” para se “fazer o diagnóstico” do câncer de próstata e principalmente do toque retal, porém, poucos sabem quando se deve iniciar a realização desses exames, qual a periodicidade eles devem ser refeitos ou mesmo se esses exames estariam disponíveis na unidade de saúde. Entretanto, não só os usuários se mostravam pouco entendidos do assunto. A maioria dos integrantes da equipe, principalmente as agentes de saúde, tinha apenas uma vaga idéia sobre a doença e seus métodos de prevenção secundária.

Em geral, a atenção da gestão municipal matem-se mais voltada para mulheres e crianças, a saúde do homem acaba passando algo que despercebida na atenção básica e, isto se mostra claro com desproporção com a qual a equipe é exigida a estimular as atividades voltadas a saúde da mulher, como a realização da mamografia, quando comparado as atividades voltadas ao sexo masculino. Isto justifica, em boa parte, o despreparo na abordagem da saúde do homem, incluindo a prevenção do câncer de próstata, que muitos da equipe apresentam.

É comum que os homens tenham o hábito de buscar a unidade de saúde apenas em situações de doença aguda ou para controle de doenças crônicas, como diabetes mellitus. Como são poucas as ocasiões em que eles procuram a unidade

com intuito de receber um atendimento com foco preventivo, a abrangência das atividades voltadas a saúde do homem ficam comprometidas.

Mesmo que não se esteja diante dos problemas já citados e que o usuário procure a unidade com a intensão de realizar o rastreamento, podemos nos encontrar impossibilitados de oferecê-lo. Muitas vezes o município não disponibiliza a realização do exame de PSA pelo Sistema Único de Saúde e/ou um profissional capacitado a realizar o exame de toque retal, o que compromete qualquer progresso em práticas de prevenção do câncer de próstata.

5.1 Plano Operativo Saber Mais

Operação	Aumentar o nível de informação da população sobre o câncer de próstata.
Produto esperado	Realização de palestras aos usuários.
Resultado esperado	Conscientização dos usuários quanto ao câncer de próstata.
Atores sociais	Equipe de saúde da família.
Recursos necessários	Sala de convenções, projetor multimídia, folhetos e folders educativos.
Recursos críticos	Políticos e organizacional – disponibilização do local e mobilização social em torno do câncer de próstata. Financeiro - para disponibilização de recursos audiovisuais como: folhetos e folders educativos.
Viabilidade	Controle dos recursos críticos: Equipe de saúde da família - motivação favorável. Secretaria de saúde – motivação favorável.
Responsáveis	Toda equipe de saúde da família, todavia, a realização das palestras em si, ficará a cargo do médico e enfermeira da unidade.
Cronograma	Palestras semestrais, sendo que no segundo semestre ela ocorra no início do mês de novembro
Gestão	Avaliação do nível de informação da população sobre o câncer de próstata 1 ano após o início do projeto.

5.2 Plano Operativo Equipe Ativa

Operação	Aumentar o nível de informação das agentes de saúde sobre o câncer de próstata.
Produto esperado	Realização de capacitação voltada as agentes de saúde.
Resultado esperado	Agentes capacitadas a abordar e incentivar os homens a realizar o rastreamento do câncer de próstata.
Atores sociais	Equipe de saúde da família.
Recursos necessários	Sala de convenções, projetor multimídia e textos.
Recursos críticos	Organizacionais - disponibilizar horário e local conveniente para realização das atividades. Financeiro - disponibilização de textos educativos.
Viabilidade	Controle dos recursos críticos: Equipe de saúde da família - motivação favorável Secretaria de saúde – motivação favorável
Responsáveis	Médico e enfermeira da unidade.
Cronograma	Realização de aulas teórico/práticas semanais durante o período de um mês além da programação anual de atividades de educação permanente.
Gestão	Avaliação do nível de informação das agentes de saúde sobre o câncer de próstata logo após a realização da capacitação.

5.3 Plano Operativo Homem na Atenção Básica

Operação	Aumentar o vínculo e a procura dos homens à UBS.
Produto esperado	Campanha de incentivo ao cuidado a saúde do homem. Ocorrerão atividades nas unidades de saúde e em uma rádio do município.
Resultado esperado	Maior procura dos homens as atividades de prevenção em saúde disponíveis na UBS.
Atores sociais	Equipe de saúde da família, secretaria municipal de saúde e setor de comunicação social.
Recursos necessários	Cognitivo – mais informação sobre o tema; elaboração e gestão da campanha. Político– mobilização social em torno da saúde do homem; articulação entre os setores da saúde.
Recursos críticos	Organizacional – para elaboração do conteúdo programático da campanha. Político – para se conseguir um espaço na rádio do município; aprovação do projeto. Financeiro – para financiar a campanha na rádio e adquirir os recursos audiovisuais como: folhetos e folders educativos.
Viabilidade	Controle dos recursos críticos: Equipe de saúde da família - motivação favorável Secretaria de saúde – motivação indiferente Setor de comunicação social -motivação indiferente
Responsáveis	Toda equipe de saúde da família
Cronograma	Será realizado durante o período de um mês
Gestão	Contabilização do número de atendimentos programados dos usuários do sexo masculino, comparando os valores de 6 meses antes e 6 meses após o início da campanha.

5.4 Plano Operativo Rastreamento Acessível

Operação	Facilitar o acesso às medidas de rastreamento do câncer de próstata.
Produto esperado	Programa de capacitação dos médicos da atenção básica para realização do exame de toque retal. Disponibilização gratuita de exames de PSA em número suficiente para cobrir a população alvo.
Resultado esperado	Aumentar a disponibilidade de recursos para realização do rastreio do câncer de próstata (PSA e toque retal).
Atores sociais	Equipe de saúde da família, Secretaria municipal de saúde e Conselho municipal de saúde
Recursos necessários	Sala de convenções, projetor multimídia e médico com proficiência na realização do toque retal(urologista).
Recursos críticos	Controle dos recursos críticos: Organizacional – para elaboração do conteúdo programático da capacitação. Político – aprovação do projeto; disponibilização do local; articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Financeiro – para financiar o aumento da oferta de exames e a realização da capacitação.
Viabilidade	Controle dos recursos críticos: Equipe de saúde da família - motivação favorável Secretaria municipal de saúde - motivação indiferente Conselho municipal de saúde - motivação indiferente
Responsáveis	Equipe de saúde da família
Cronograma	Dois meses para elaboração do projeto, um mês para sua revisão e entrega a secretaria de saúde.
Gestão	Avaliação do andamento da proposta na secretaria de saúde após a entrega do projeto. Após sua aprovação, fiscalizar sua implementação dentro dos prazos que forem determinados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da realização deste trabalho, foi possível notar que o grande aumento na incidência do câncer de próstata, nos últimos anos, tem atribuído a esta doença a condição de um importante problema de saúde pública, assim como, um agravo de relevante impacto socioeconômico sobre a população. Além disso, a indiferença histórica das políticas de saúde pública frente ao sexo masculino, juntamente das amarras culturais envolvidas na concepção da masculinidade, tem comprometido a abrangência e a qualidade das práticas de promoção e prevenção em saúde do homem.

Este projeto de intervenção é baseado em ações de cunho educativo direcionadas ao campo da saúde do homem e, em especial, à prevenção secundária do câncer de próstata. Tais ações, por sua vez, foram organizadas sob a forma de planos operativos, voltados à superação dos nós críticos que comprometem a execução apropriada das medidas de prevenção deste agravo. Através da realização de palestras, capacitações e campanhas, os planos operativos pretendem proporcionar uma maior conscientização dos homens a respeito do câncer de próstata, capacitar as agentes de saúde na abordagem dos usuários do sexo masculino, aumentar a procura dos homens às atividades preventivas disponíveis na UBS e ampliar a disponibilidade de recursos para a realização do rastreamento dessa neoplasia.

Espera-se que através deste plano de intervenção se consiga melhorar a qualidade e abrangência das práticas voltadas à saúde do homem. Que a partir de sua implementação, possa haver uma mudança de perspectiva da equipe frente a esta população, fazendo com que as atividades a ela dirigidas, tenham mais espaço na atenção básica. Em especial, espera-se que ocorra um aumento da aderência à realização do rastreamento e, com isso, se reduza o número de casos e a mortalidade associada ao diagnóstico tardio do câncer de próstata na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Providência, Pará de Minas- MG.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.124p. Disponível em:<<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>> Acesso 20 out. 2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico de 2010**. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/>> Acesso em: 20 out. 2014.

CALVETE, Antonio Carlos et al . Avaliação da extensão da neoplasia em câncer da próstata: valor do PSA, da percentagem de fragmentos positivos e da escala de Gleason. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 3, Sept. 2003 .

CASTRO, H.A. S.; LARED, W .; SHIGUEOKA, D. C.; MOURÃO, J. E.; AJZEN, S..Contribuição da densidade do PSA para predizer o câncer da próstata em pacientes com valores de PSA entre 2,6 e 10,0 ng/ml.**Radiol.Bras.** São Paulo, v. 44, n. 4, ago. 2011

DANGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia humana sistêmica e segmentar**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu. 2007.

DINI, L. I.; KOFF, W. J.Perfil do câncer de próstata no hospital de clínicas de Porto Alegre. **Rev.Assoc. Med.Bras.**, São Paulo, v.52, n.1, fev. 2006.

GOMES, R.; REBELLO, L. E. F.S.; ARAÚJO, F. C.; NASCIMENTO, E. F.A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Ciênc.saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n.1. 2008a.

GOMES, R. et al . As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, Dec. 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, Mar. 2007.

GONCALVES, Ivana Regina; PADOVANI, Carlos; POPIM, Regina Célia. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, Aug. 2008 .

HOFFMAN, R. M. *et al.*; Screening for prostate cancer. **UpToDate**.2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/online>>. Acesso 20 out. 2014.

JUNQUEIRA, L.C.U.; CARNEIRO, J. **Histologia Básica**. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MIRANDA,P. S. C.; CORTÊS, M. C. J. W.; MARTINS, M. E.; CHAVES, P. C.; SANTAROSA, R. C.. Práticas de diagnóstico precoce de câncer de próstata

entre professores da faculdade de medicina - UFMG. **Rev.Assoc. Med.Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 3, 2004.

MOURA, Erly Catarina de et al . Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, Fev. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRADE UROLOGIA. **Diretrizes de Câncer de Próstata**. Riode Janeiro: Sociedade Brasileira de Urologia, 2011. 92p. Disponível em: <http://sbues.org.br/diretrizes/cancer_prostata.pdf>. Acesso em 10 out. 2014.

SOUZA, Luccas Melo de; SILVA, Michelli Porto; PINHEIRO, Ingrid de Souza. Um toque na masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, v. 32, n. 1, Mar. 2011.