



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE
ROGILDO VIEIRA MACHADO

AÇÃO EDUCATIVA DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO
DO CÂNCER DE PRÓSTATA

ARIQUEMES - RO

2011

Rogildo Vieira Machado

**AÇÃO EDUCATIVA DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO
DO CÂNCER DE PRÓSTATA**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, com requisito parcial à obtenção do título de bacharelado em Enfermagem.

Prof.^a Orientadora:

Prof^a Enf^a. Esp. Sonia Carvalho de Santana.

Ariquemes - RO

2011

ROGILDO VIEIRA MACHADO

**AÇÃO EDUCATIVA DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO
CÂNCER DE PRÓSTATA**

Monografia apresentada ao curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, com requisito parcial à obtenção do título de bacharelado em enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

**Prof.^a Orientador SONIA CARVALHO DE SANTANA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**Prof. LEANDRO JOSÉ RAMOS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**Prof.^a. SILVIA RODRIGUES TOLOMEOTTI
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

Ariquemes, 01 de julho de 2011.

Dedico a meus filhos: Willian, Hudson e principalmente ao Lucas que veio ao mundo junto com as turbulências deste curso,

A minha amada esposa Suzana que foi meu porto seguro quando parecia que as ondas dessa vida ia me afundar, me dando suporte quando eu achava que não ia conseguir.

A vocês que por muitas vezes não estive presente quando me solicitavam e dos quais perdi episódios importantes em sua vida.

A vocês, minha amada família, com muito amor, carinho, respeito e dedicação, pois conseguiram compreender a minha ausência, sendo de suma importância para a realização e término deste curso de graduação tão sonhado por mim.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é sempre uma grande bênção, em sinal de que nunca estive sozinho nesta jornada.

Agradeço:

A Deus, luz que ilumina todos os meus passos e palavras.

Aos meus pais, Anízio e Dilzete, que sempre estiveram presentes na minha vida, no meu coração e nunca duvidaram que eu pudesse alcançar esta vitória.

Aos meus irmãos, por sua compreensão e apoio incondicional.

Aos meus filhos William, Hudson, Lucas por compreenderem minhas ausências e por sempre terem uma palavra de carinho.

Aos professores e supervisores do curso de Enfermagem por sua colaboração e companheirismo.

A minha orientadora Sônia Carvalho, por toda sua paciência e compreensão nas minhas dificuldades que não foram poucas.

Aos meus colegas de classe que hoje são amigos e foram companheiros nesses quatro anos compartilhando do mesmo sonho, compartilhando das mesmas dificuldades e anseios.

*Por acaso, surpreendo-me no espelho: quem é esse que me olha, e
que é tão mais velho do que eu?
Porém, seu rosto é cada vez menos estranho...
Meu Deus, meu Deus, parece meu velho pai, que já morreu!*

Mario Quintana
(poeta gaúcho)

RESUMO

A próstata é uma glândula exócrina que constitui o sistema reprodutor masculino sendo assim, é susceptível a alterações intrínsecas que afetam a saúde do homem como o câncer de próstata, que continua sendo um dos mais importantes problemas de saúde a serem resolvidos mundialmente devido ao aumento no número de casos que afetam o homem durante a sua senilidade, enfatizando a importância da atuação do enfermeiro neste processo. O objetivo do presente trabalho se consiste em descrever a atuação do Programa Saúde da Família (PSF) na prevenção do câncer próstata através das condutas do enfermeiro. O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura através de fontes como: Biblioteca Virtual da Saúde, Scielo, Pubmed e manuais do ministério da saúde, utilizando os seguintes descritores: enfermagem, próstata e saúde do homem, sempre objetivando a atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de próstata. Concluiu-se que a atuação do profissional enfermeiro no PSF é essencial, visto que sua formação é humanista e envolve cuidado direto com o paciente nos três níveis de atendimento, sendo assim, o envelhecimento e a saúde do homem necessitam da atenção do profissional enfermeiro atuando de forma holística em seu atendimento, considerando cada detalhe e proximidade com este indivíduo, mantendo-o em seu ambiente familiar, assim, melhorando sua qualidade de vida.

Palavras – chaves: Enfermagem, Próstata e Saúde do Homem

ABSTRACT

The prostate is an exocrine gland that constitutes the male reproductive system and therefore it is susceptible to intrinsic changes that affect human health such as prostate cancer, which remains one of the most important health problems to be solved globally due to increased number of cases that affect the man in his old age, emphasizing the importance of nurses' actions in this process. The objective of this work is to describe to the Family Health Program (FHP) performance in the prostate cancer prevention through the nurse's behavior. The present work it is a literature review through sources such as: Virtual Health Library, Scielo, Pubmed and health ministry manual using the following descriptors: nursing, prostate and men's health, always aiming at the nurses' performance in the prostate cancer prevention. It was concluded that the performance of the professional nurse in the FHP is essential, since their formation is humanistic and involves direct patient care in three levels of care, so the aging men's health and needs the attention of the professional nurse acting in holistic form in their care, considering every detail and proximity to this individual, keeping it in their home environment, thus improving their quality of life.

Keywords: Nursing, Prostate and Men's Health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
HBP	Hipertrofia Benigna da Próstata
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PSA	Antígeno Prostático Específico
PSF	Programa de Saúde da Família
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 OBJETIVOS GERAIS.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 METODOLOGIA.....	15
3.1 ETAPA 1- SELEÇÃO DA TEMÁTICA E LEVANTAMENTO DO MATERIAL BIBLIOGRÁFICO PERTINENTE.....	15
3.1.2 Etapa 2 - Análise Interpretação dos Dados Encontrados na Literatura.....	15
3.1.3 Etapa 3 - Montagem da Revisão.....	15
4 REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1 O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO MASCULINA.....	16
5 FUNÇÕES PRIMÁRIAS DA PRÓSTATA.....	19
5.1 HIPERTROFIA BENIGNA DA PRÓSTATA (HBP).....	20
5.1.1 Sintomas.....	20
5.2 AVALIAÇÕES DOS SINTOMAS PROSTÁTICOS.....	20
6 AVALIAÇÃO HISTOPATOLÓGICA DO CÂNCER.....	22
6.1 ESCORE.....	22
6.1.1 Estadiamento Local do Tumor.....	26
7 O CÂNCER DE PRÓSTATA.....	23
7.1 TOQUE RETAL.....	25
7.2 EXAME DO PSA.....	26
7.3 ULTRASONOGRAFIA (TRANSRETAL OU ABDOMINAL).....	27
7.4 TOMOGRAFIA E RESSONÂNCIA NO CARCINOMA DE PRÓSTATA.....	27
8 OPÇÕES DE TRATAMENTO.....	27
9 PERFIL DO PACIENTE COM CÂNCER DE PRÓSTATA	29
10 PREVENÇÕES X PROMOÇÃO.....	29
11 O PLANO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM.....	30
12 AÇÕES DA ENFERMAGEM.....	31

12.1 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO.....	31
12.2 O ENFERMEIRO NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.....	33
12.3 O ACS NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.....	35
12.2.1 Consulta De Enfermagem.....	36
13PREVENÇÕES ATRAVÉS DA MUDANÇA NOS HÁBITOS ALIMENTARES.....	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	40

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Este aumento da expectativa média de vida sofre necessidades de acompanhamento específico que tenha em foco a qualidade de vida desta população, não considerando sua improdutividade, necessidades sociais e de saúde que se mostram crescente e maior do que as apresentadas nas demais classes. (Brasil, 2005).

Neste contexto a mudança estrutural desta população tem sido notada por autoridades de todos os setores. Tanto a transição demográfica quanto a epidemiológica aponta para mudanças no padrão social e econômico da população brasileira com substituição entre causa das mortalidades e deslocamento da carga de morbi-mortalidade. (LEITE et. al., 2010).

Mesmo sendo considerada baixa a letalidade das patologias crônicas degenerativas que acomete a população idosa, nota-se alto grau de incapacidade e dependência de programas sociais, que produzem gastos sócios sanitários aumentando significativamente com as necessidades que o envelhecimento venha causar. (FONTE, 2002).

Conseqüentemente o envelhecimento proporciona patologias específicas que tem surgido numa dimensão gradativa e crescente paralela ao envelhecimento. (DINI, 2002).

Segundo o instituto nacional do câncer (INCA), é esperada para o ano de 2010 e 2011 a ocorrência de 489.270 novos casos de câncer segundo o INCA, 52.350 desses casos serão no Brasil, sendo destes, 1960 na região norte e 270 no estado de Rondônia. (INCA 2011).

O câncer de próstata vem apresentando uma grande prevalência entre a população masculina idosa e tem se tornado um grande problema de saúde pública, portanto é importante considerar seu quadro de morbidade e planejamento do diagnóstico, controle e prevenção. (BRASIL, 2002).

A assistência e o cuidar estão diretamente relacionados à enfermagem, mesmo sabendo que estes termos já existiam antes mesmo que a enfermagem fosse reconhecida como profissão. (WALDOW, 2009).

A importância dos cuidados prestados pelo enfermeiro é destacada, uma vez que este profissional tem seu campo de atuação muito próximo ao paciente, desta forma percebe-se uma abordagem holística, observando as necessidades anseios e medos apresentados pelo mesmo durante o atendimento, trazendo conforto e melhor aceitação ao tratamento que lhe será proposto. (LIMA JUNIOR 2009; ZANCHETA, 1993; WALDOW, 2009).

Segundo, Conselho Regional de Enfermagem (COREN), além da assistência e do cuidado prestado pelo enfermeiro usando fundamentação teórica e técnicas apropriadas a cada situação e domínio de conhecimentos científicos, as ações do enfermeiro abrangem; orientação, planejamento, supervisão, execução e avaliação de todas as atividades de enfermagem prestadas à pacientes inserida neste contexto a enfermagem tem atuado efetivamente para mudar a realidade de saúde brasileira, sobretudo no que se refere a saúde e educação. (RODRIGUES, 2007).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994 após o programa de agente comunitário de saúde (PACS) com a intenção de operacionalizar um modelo técnico assistencial com base no Sistema Único de Saúde (SUS). (ERMEL, 2006).

Ao ser inserido na comunidade o PSF se aproxima da realidade local, focalizando melhor suas ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação de agravos implementados de forma individual, familiar ou coletivo. (LAURENTI et. al., 2005).

O PSF surgiu como uma proposta para valorização de uma atenção básica resolutive, este programa tem mostrado através de seus resultados positivos, grande avanço em nosso país, sua equipe multidisciplinar conta com a presença do enfermeiro que se faz essencial, pois segundo Magalhães, (2010) este profissional tem dois campos de atuação uma delas seria;

- A organização da unidade básica de saúde (UBS) E a coordenação das atividades de campo dos agentes comunitário de saúde (ACS);
- E a formação, capacitação, e educação permanente da equipe e comunidade. Suas atribuições são definidas pelo Decreto N° 94.406/87 e descritas no guia prático de PSF.

O câncer em todas as suas apresentações é causado em até 90% dos casos por fatores ambientais e estilo de vida, mostrando que a prevenção desta patologia é possível e depende das mudanças nos hábitos de alimentação e de viver, sendo que

a prevenção à partir da alimentação só pode ser indicada quando conhecidos os fatores que modificam a maquinaria celular e conhecidos os fatores metabólicos que à torna maligna. (SROUGI et. al., 2008).

Portanto, Anjo, (2004) relata que hábitos alimentares específicos e uma dieta permanente a base de frutas, verduras, legumes e cereais podem ser o princípio de um cuidado que influenciará na diminuição das chances de desenvolver a patologia evitando alimentos com alto teor de gordura trans e outras derivadas de animais.

Este estudo se justifica à medida que propõe discorrer sobre o papel da enfermagem na prevenção do câncer de próstata de forma a fomentar o processo de elaboração de estratégias educativo promocionais e afins.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Descrever a atuação do Programa Saúde da Família (PSF) na prevenção do câncer próstata através das condutas do enfermeiro.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Programar ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
- Trabalhar como equipe multiprofissional para atuar com a população masculina, abrangendo necessidades de saúde, e oferecendo temas diversos;
- Conscientizar a população masculina, levando-os a desenvolver hábitos de vida saudáveis que cooperem na prevenção do câncer de próstata;
- Estimular alimentação saudável como parâmetro na prevenção do câncer de próstata.

3 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica com recursos disponíveis citados posteriormente, e foram estabelecidas (três) etapas a serem efetivadas, a saber:

3.1.1 Etapa 1- Levantamento do material bibliográfico pertinente

Toda a estrutura foi desenvolvida através de uma abordagem bibliográfica, com base em material previamente elaborado por outros autores, constituído por livros, periódicos, artigos científicos, teses e dissertações disponibilizadas na biblioteca “Júlio Bordignon” da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA do Município de Ariquemes, Estado de Rondônia e na base de dados do *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Pubmed, manuais do ministério da saúde, Google acadêmico e em outras bases *on line* disponíveis através do descritores: enfermagem, próstata e saúde do homem.

3.1.2 Etapa 2 - Análise interpretação dos dados encontrados na literatura

A análise dos dados encontrados em literatura foi realizada através de seleção do material encontrado. Foi utilizado o conteúdo que mais se relacionava ao tema proposto e as condutas mais atuais desenvolvidas pelo profissional enfermeiro.

3.1.3 Etapa 3 - Montagem da Revisão

Para estruturação desta revisão selecionou-se material referente à educação continuada e permanente em enfermagem, à atuação do enfermeiro frente a essas práticas no âmbito hospitalar e em saúde pública, a metodologia da problematização e as atribuições do enfermeiro.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO MASCULINA

Até 2025, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Entre 1980 e 2000, a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. O aumento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país. Este aumento do número de anos de vida, no entanto, precisa ser acompanhado pela melhoria na saúde e na qualidade de vida, pois ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e sobre as particularidades do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social. (BRASIL, 2005).

Quando falamos em saúde do homem levanta-se uma proposta de trabalho em uma classe resistente a mudanças e que possui hábitos que tem aumentado seu índice de morbimortalidade inclusive por causas externas. O homem atual tem mantido características culturais que o levam a essa resistência, principalmente quando estas envolvem seus hábitos como espaço físico e seu pensamento crítico, mudando a sua visão do mundo e o levando a novas práticas que em troca de qualidade de vida irá exigir disposição deste indivíduo para buscar sua nova forma de viver. (MATHIAS, 2006).

Segundo Leite et al., (2010), a população masculina atual tem sofrido mudanças em sua estrutura, fato que se dá, pela transição demográfica onde tem acontecido um processo de alteração de uma situação com altas taxas de mortalidade e fecundidade para outra com baixas taxas desses indicadores, e transição epidemiológica que se refere às modificações em longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte. Estes indicadores caracterizam uma população específica e essa mudança estrutural, ocorre em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. No Brasil este processo engloba três mudanças básicas:

- Substituição entre as causas de morte, das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis;
- Deslocamento da maior carga de morbi-mortalidade de grupos mais jovens aos grupos mais idosos;

- Transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade (doenças crônicas) é dominante.

Esta mudança tem proporcionado um aumento progressivo e acentuado da população adulta e idosa assim como o aumento da morbi-mortalidade causada por doenças crônico-degenerativas e demais patologias relacionadas ao envelhecimento. (MATIAS, 2006).

Esta população forma uma faixa etária sujeita a diversos problemas de saúde, com isso pode-se esperar um aumento intenso de enfermidades crônicas todas elas com baixa letalidade e alto grau de incapacitação produzindo, assim, onerosos gastos numa área já tão carente de recursos. (VERAS, 1994 apud MORAES, 2010).

O envelhecimento da população masculina é uma questão de relevante na saúde pública, levando em conta a baixa adesão do homem nos programas de atenção básica, tornando-se um problema de saúde pública, pois o envelhecimento tem como consequência doenças específicas que se não diagnosticadas precocemente se tornam graves ou irreversíveis. Entre elas estão o diabetes mellitus, hipertensão, osteoporose e doenças que causam demência como Alzheimer e Parkinson e cânceres como o de próstata. (LIMA JUNIOR, 2009).

A alta taxa de absenteísmo da população masculina nos serviços de assistência básica de saúde faz com que este indivíduo busque por saúde curativa quando patologias já instaladas e crônicas mostram sintomas e impedem este indivíduo de desenvolver suas atividades rotineiras, diminuindo sua qualidade de vida e o bem estar da família que na maioria dos casos vivem da produção deste provedor. (GOMES, 2011).

No entanto é um desafio, pois os homens tendem a assumir comportamentos pouco saudáveis, gerando fatores de risco para o adoecimento. Devemos considerar fatores culturais como o modelo da masculinidade hegemônica, que tende a associar expressão de necessidades de saúde à demonstração de fraqueza e de feminilização, este modelo leva o homem a ter comportamentos opostos aos necessários para a prática de promoção em saúde, chegando a negar sua necessidade de saúde para manter a suposta força do gênero. (LEITE et. al., 2010).

Esse grupo necessita de ações educativas em saúde, tendo em vista que os homens apresentam taxas de mortalidade mais elevadas, quando comparado às mulheres. Entre as principais causas, estão doenças cardiovasculares, neoplasias

malignas, doenças isquêmicas do coração, além de causas externas como acidentes de trânsito e homicídios. (CHAIMOWICZ, 2009; apud LIMA JUNIOR, 2009).

Conforme Gomes (2003), o homem se assemelha à mulher anatomicamente em uma visão macroscópica da face corporal posterior do mesmo diferenciando-se em uma vista anterior. Isto pode levar o homem a ter medo tanto de ser tocado, pois a penetração simboliza um ato de invasão ao seu íntimo como também medo da dor e do desconforto que exames como o dígito digital possa causar.

Estes fatores, somados ao do homem ser, em algum caso provedor do lar afastam este dos serviços preventivos de saúde afirmando que suas necessidades não serão supridas em um único dia e que a falta no trabalho acarretará em prejuízos financeiros. (LEITE et. al., 2010).

Por este motivo atividades essenciais como, por exemplo, sua própria qualidade de vida se torna supérfluas, tornando baixa a adesão deste homem aos programas de saúde preventiva o que os leva a serem pouco inseridos nas políticas públicas de saúde. (GOMES, 2003).

Para Fonte (2002), a conscientização de que hoje o envelhecimento populacional conduz a necessidade de reavaliar critérios relativos aos custos sociais que sobrevêm do novo perfil da pirâmide etária. Trata-se de encontrar novas alternativas, por exemplo, para a questão do índice de dependência (contribuintes-não contribuintes), argumento que muito se utiliza para justificar a inviabilidade da previdência social. Sabe-se também, que os gastos sócios sanitários aumentam significativamente com a idade, portanto são algumas das questões que transformam o envelhecimento demográfico no objeto central das preocupações políticas e científicas. O debate atual tende a um enfoque alarmista, respaldado pelos aspectos potencialmente conflituosos gerados pela transição demográfica que, em resumo, são:

- Em nível mundial já é significativo o número de pessoas idosas e seu aumento proporcional em relação ao resto da população. Esta tendência é crescente, já que os índices de natalidade continuam baixando, fator primordial para o envelhecimento da população;
- Este fenômeno gera maiores demandas e, portanto, maiores custos ao sistema sócio sanitário, já que os velhos tendem a sofrer mais enfermidades crônicas;
- Este fenômeno põe em questão o atual modelo da previdência social;

- Há uma tendência de que exista uma pressão mais intensa da população idosa em torno dos sistemas de proteção social, uma vez que, o apoio informal à população idosa, declina, em face das mudanças ocorridas principalmente na estrutura familiar;
- Observa-se o aumento do desemprego estrutural e uma crescente dependência dos benefícios do sistema de proteção social por parte da população que apesar de estar economicamente ativa se encontra excluída do mercado de trabalho. (FONTE, 2002).

O processo de envelhecimento vem sendo estudado desde antes do início da era cristã. A partir do século XX foi diferenciado o termo geriatria de gerontologia sendo:

- a) Gerontologia: Ramo da ciência que estuda o envelhecimento e as múltiplas complicações que se somam a este processo;
- b) Geriatria: Ramo da medicina que trata dos aspectos médicos psicológicos e sociais da doença em idosos. (CORRER et. al., 2007).

5 FUNÇÕES PRIMÁRIAS DA PRÓSTATA

A Próstata é uma glândula que faz parte dos órgãos sexuais masculino envolvendo a porção inicial da uretra, tendo como função primária: promover a fertilidade e inseminação masculina, assim como produzir e guardar um dos fluídos que compõe o sêmen. (ARONI, 1993).

O mesmo autor ainda afirma que a próstata é a maior glândula existente no sistema reprodutor masculino. Sua secreção é viscosa e alcalina; tem por função neutralizar a acidez da urina residual acumulada na uretra e também a acidez natural da vagina, estimando-se que a produção basal do fluido prostático é de 20ml/d mesmo na ausência de ejaculação. (ARONI, 1993).

Como já estabelecido, a próstata é uma glândula fundamentalmente exócrina catalogada anatomicamente como glândula muscular, pela exuberante riqueza de tecido muscular liso de forma aproximadamente piramidal, situada na região perineal, em contato posterior e inferior com a bexiga urinária, bastante próxima ao

reto, pelo qual se pode praticar palpação digital prostática através da via retal com fins diagnósticos. (AVERBECK et. al., 2010).

Guarda uma estrita relação com a uretra, cercando-a na sua porção mais superior, de modo que as paredes da mesma se confundem com as estruturas prostáticas circunvalentes. A mesma glândula prostática passaria a constituir a própria parede da uretra superior ou, também designada prostática, de modo que a passagem de urina ou sêmen se realiza atravessando a glândula prostática, de maneira que os ductos ejaculatórios separam duas zonas da próstata, dorsal e ventral. (ARONI, 1993).

5.1 HIPERTROFIA BENIGNA DA PRÓSTATA (HBP)

Este processo se instala na chamada zona transicional da próstata, que esta situada em torno da uretra. Nesse local surge uma proliferação de nódulos formados por tecido glandular que variam em quantidade relativa e constituem os dois padrões histológicos dos quadros de HBP. (LIMA JUNIOR, 2009).

5.1.1 Sintomas

Os pacientes acometidos por HBP apresentam manifestações referidas como prostatismo, estas podem ser divididas em obstrutivas (esforço miccional, jato urinário fraco e interrompido e sensação de esvaziamento incompleto da bexiga) e irritativas (urgência, polaciúria, nictúria, incontinência urinária de urgência). (LIMA JUNIOR, 2009).

5.2 AVALIAÇÕES DOS SINTOMAS PROSTÁTICOS

De acordo com Averbeck (2010), para facilitar a decisão terapêutica e determinar o grau de severidade dos sintomas, vem sendo recomendada a tabela do "Escore Internacional de Sintomas Prostáticos" pela Sociedade Brasileira de Urologia, a seguir:

Sintomas (total de pontos)

0 a 7 – leve: (porém não deixe de fazer os exames preventivos)

8 a 19 - moderado: é conveniente submeter-se logo a exames para melhor avaliação

20 ou mais - grave: procure imediatamente um urologista.

Tabela 1 - Escore Internacional de Sintomas Prostáticos.(AVERBECK et. al., (2010).

No último mês	Nenhuma	Menos de 1 vez em 5	Menos da metade das vezes	Metade das vezes	Mais da metade das vezes	Quase sempre
1. Quantas vezes ficou a sensação de não esvaziar totalmente a bexiga?	0	1	2	3	4	5
2. Quantas vezes teve de urinar novamente menos de duas horas após ter urinado?	0	1	2	3	4	5
3. Quantas vezes observou que, ao urinar, parou e recomeçou várias vezes?	0	1	2	3	4	5
4. Quantas vezes observou que foi difícil conter a urina?	0	1	2	3	4	5
5. Quantas vezes observou que o jato urinário estava fraco?	0	1	2	3	4	5
6. Quantas vezes teve de fazer força para começar a urinar?	0	1	2	3	4	5
7. Quantas vezes, em média, teve de se levantar á noite para urinar?	0	1	2	3	4	5
Subtotais						

Fonte: Disponível em: <<http://uro.com.br/prostexto.htm>>

6 AVALIAÇÃO HISTOPATOLÓGICA DO CÂNCER

O diagnóstico do câncer de próstata é feito através de exames complementares e fundamentado pelo estudo histopatológico do tecido retirado da próstata a partir de biópsia ou cirurgia (prostatectomia) e que este deve ser indicado sempre que houver anormalidade no toque retal ou na dosagem do antígeno específico prostático PSA. A graduação utilizada é a do sistema de Gleason cujo objetivo é informar sobre a provável taxa de crescimento do tumor e sua tendência à disseminação, além de ajudar na determinação do melhor tratamento para o paciente.

Segundo Santos (2008), Gleason em sua graduação compara as células neoplásicas com as células prostáticas normais a partir desta comparação determina-se que, quanto maior o grau de diferença entre estas células maior será a agressividade do tumor e maior o seu poder de metástase.

Para a avaliação do grau de evolução da patologia usando a escala de Gleason, a coleta de material é feita a partir de uma amostra retirada por prostatectomia ou com métodos adequados fazendo uso de agulhas para a retirada do material. O resultado é feito por exame microscópico, sua pontuação pode variar de 2 a 10 sendo os valores de 2 a 4 resultados satisfatórios e de bom prognósticos, já os resultados de 5 a 10 mostram a patologia em estado agressivo e avançado respondendo mal às diferentes opções de tratamento esta mostra juntamente com a gravidade da patologia o tamanho do tumor e daí seu poder de metástase. (CALVETE et. al., 2003).

6.1 ESCORE

Na escala ou pontuação de Gleason é dada uma pontuação ao câncer de próstata baseada em sua aparência microscópica onde escores maiores estão associados a piores prognósticos, já que são dados a cânceres mais agressivos. (CORRÊA, 2006).

Grau 1 – As células, geralmente são uniformes, pequenas e formam glândulas regulares com pouca variação de tamanho e forma e com bordas bem

definidas, densamente agrupadas, distribuídas homoganeamente e com muito pouco estroma entre si;

Grau 2 – As células variam mais em tamanho e forma e as glândulas, ainda uniformes, mostram-se frouxamente agrupadas e com bordos irregulares;

Grau 3 – As células variam ainda mais em tamanho e forma, constituindo glândulas muito pequenas, uniformes, anguladas ou alongadas, individualizadas e anarquicamente espalhadas pelo estroma. Podem formar também massas fusiformes ou papilíferas, com bordas lisas;

Grau 4 - Muitas das células estão fusionadas em grandes massas amorfas ou formando glândulas irregulares, que são distribuídas anarquicamente, exibindo infiltração irregular e invadindo os tecidos adjacentes. As glândulas podem apresentar, ainda, células pálidas e grandes, com padrão hipernefróide;

Grau 5 – Tumor anaplásico, a maioria das células está agrupada em grandes massas que invadem os órgãos e tecidos vizinhos. As massas de células podem exibir necrose central, com padrão e com endocarcinoma. Muitas vezes, a diferenciação glandular pode não existir. Padrão de crescimento infiltrativo tipo cordonal ou de células soltas. (BRASIL, 2002).

Para se obter o escore total da classificação de Gleason, que varia de 2 a 10, o patologista gradua de 1 a 5 as duas áreas mais freqüentes do tumor e soma os resultados. Quanto mais baixo o escore de Gleason, melhor será o prognóstico do paciente. Escores entre 2 e 4 significam que o câncer provavelmente terá um crescimento lento. Escores intermediários, entre 5 e 7, podem significar um câncer de crescimento lento ou rápido e este crescimento vai depender de uma série de outros fatores, incluindo o tempo durante o qual o paciente tem o câncer. Escores do final da escala, entre 8 e 10, significam um câncer de crescimento muito rápido. (BRASIL, 2002)

Gleason de 2 a 4 – Existe cerca de 25% de chance de o câncer disseminar-se para fora da próstata em 10 anos, com dano em outros órgãos, afetando a sobrevida;

Gleason de 5 a 7 - existe cerca de 50% de chance de o câncer disseminar-se para fora da próstata em 10 anos, com dano em outros órgãos, afetando a sobrevida;

Gleason de 8 a 10 - existe cerca de 75% de chance de o câncer disseminar-se para fora da próstata em 10 anos, com dano em outros órgãos, afetando a sobrevivência. (SANTOS, 2008).

7 CÂNCER DE PRÓSTATA

O aumento da expectativa de vida da população idosa tem proporcionado patologias que estão fisiopatologicamente relacionadas ao envelhecimento (ex: câncer de próstata) e que podem ser tratadas, se detectadas precocemente. Essas têm surgido em uma dimensão gradativa e crescente tornando-se um problema de grande proporção à saúde pública e afetando todas as classes sociais. (DINI, 2002).

Estimativas do INCA (2011) de 2010 e 2011 apontam para a ocorrência de 489.270 novos casos de câncer. Sendo os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, os cânceres de próstata e de pulmão no sexo masculino e os cânceres de mama e do colo do útero no sexo feminino, este perfil acompanha o mesmo nível observado para a América Latina. Os casos consolidados para câncer de próstata serão de, 52.350, para o Brasil na região norte esse valor será de, 1.960, e no estado de Rondônia a estimativa é de 270 novos casos.

O câncer de próstata tem se apresentado como uma das patologias mais prevalentes na população masculina idosa e se estima que um em cada doze homens seja diagnosticado com a doença ao longo da vida, mesmo assim seu índice de mortalidade é relativamente baixo o que reflete em seu bom prognóstico. A incidência dessa doença aumenta com o passar dos anos tendo como prevalência 15% na sexta década de vida, 30% na sétima década de vida, 40% na oitava década de vida e 50% na nona década de vida. O diagnóstico e o tratamento precoce são estratégias essenciais para salvar vidas e diminuir custos ao país. (BRASIL, 2002).

Assim como em outros cânceres, a idade é um marcador de risco importante, ganhando um significado especial no câncer da próstata, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumentam exponencialmente após a idade de 50 anos. (RODRIGUÊS, 2009).

Como foi demonstrado, o câncer de próstata é notadamente reconhecido como um grande problema de saúde pública, dada sua importância no quadro de

morbi-mortalidade masculina já possuindo consenso entre órgãos oficiais sobre seu diagnóstico, controle e prevenção. (BRASIL, 2008).

A família é um fator importantíssimo no trajeto que o homem acometido por uma patologia oncológica percorrerá, partindo de seu diagnóstico, enfrentamento, aceitação, tratamento e período de recuperação até alcançar alta médica do tratamento. Visto que será um período longo com prognóstico nem sempre favoráveis, terá que haver mudanças no seu cotidiano de vida o que não irá afetar somente a rotina do homem doente, mas da família como um todo. A vivência dessa nova experiência exige novas definições e métodos de adaptação para que o enfrentamento se torne menos deprimente e os longos períodos de adaptação menos dolorosos. (BRASIL, 2002).

Como afirma Vieira (2008), ao ter um câncer de próstata diagnosticado o homem passa por inúmeros conflitos emocionais como medo da dor e da morte e dificuldade de manter uma postura por observar exigências sociais que são impostas ao homem como padrão machista. Outro fator que dificulta ainda mais a aceitação e a participação no tratamento é o fato do mesmo estar impossibilitado de exercer suas atividades o que causa ao homem sensação de impotência, invalidez e inferioridade.

Os fatores hereditários não estão diretamente ligados ao acometimento e desenvolvimento do câncer de próstata uma vez que este está ligado a fatores genéticos. Dados do INCA informam que estes casos são raros e não acomete familiares ou étnicos apesar de o fator genético exercer um importante papel na oncogênese. (BRASIL, 2002).

O desenvolvimento do câncer de próstata não está diretamente relacionada com a formação sócio-cultural do homem, porém, essa influência afeta diretamente na formação estrutural do ego de um indivíduo. Esta formação determinará a postura de enfrentamento que este homem irá tomar diante de situações como, por exemplo, a descoberta de um câncer de próstata. A boa adaptação psicossocial do homem à situação de doente está diretamente ligada às escolhas das estratégias de enfrentamento optadas pelo indivíduo. Em uma situação de estresse o organismo libera hormônios como resposta, principalmente a adrenalina, hormônio que tem ação constritora nos vasos sanguíneos, alterando o funcionamento dos glóbulos brancos que são responsáveis pela resposta imunológica do organismo. Esta alteração impede que os glóbulos brancos reconheçam e anulem as células

malignas mutantes as quais passam a se reproduzir livremente. Esse estresse vivido em situações repetidas e por longo prazo pode levar o organismo a sofrer alterações no seu sistema imunológico, o que possibilita o aparecimento e acelera o desenvolvimento de patologias. (GIANINI, 2007).

7.1 TOQUE RETAL

O toque retal é realizado pela introdução do dedo indicador do médico, lubrificado e enluvado no ânus do paciente com duração de 5 a 30 segundos sendo na maioria das vezes indolor. Esse exame fornece ao médico informações sobre o tamanho e a condição geral da próstata sendo o teste mais utilizado atualmente, apesar de suas limitações, uma vez que somente a porção posterior e lateral da próstata pode ser palpada, deixando 40% a 50% dos tumores fora de sua área de abrangência. (BRASIL, 2002).

As estimativas de sensibilidade variam entre 55% e 68%. O valor preditivo positivo é estimado entre 25% e 28%. Quando utilizado em associação à dosagem do antígeno prostático específico (PSA) com valores entre 1,5 ng/ml e 2,0 ng/ml, sua sensibilidade pode chegar a 95%, apesar da forma mais confiável de diagnosticar o câncer de próstata é o que apresenta maior índice de rejeição por parte dos utentes, isto se dá por vários fatores descritos a seguir. (BRASIL, 2002).

Segundo Gomes (2011) o toque digito digital mexe com características identitárias masculinas colocando em dúvida sua percepção sobre o que é ser homem, principalmente quando este se depara diante de outro homem para o exame, pois o toque retal é uma prática que pode suscitar no homem o medo de ser tocado na sua parte "posterior". O medo da dor, tanto física como simbólica, pode estar presente no imaginário masculino por temer ao desconhecido. O toque, que envolve penetração, pode ser tido como violação quase sempre associada à dor, mesmo que o homem não sinta a dor, no mínimo, experimenta o desconforto físico e psicológico de estar sendo tocado, numa parte interdita.

7.2 EXAME DO PSA

"*Prostate antigen specific*" (PSA) é uma glicoproteína produzida apenas no citoplasma de células da próstata (benignas ou malignas) e foi descoberta na

década de 80. O seu nível no sangue se correlaciona com o volume prostático e com o número de células malignas, sendo útil na detecção precoce do câncer, na avaliação da resposta ao tratamento, e para detectar recidivas. Dentre os pacientes com níveis elevados do PSA, aproximadamente 30% têm câncer de próstata, por outro lado, 25% dos pacientes com câncer (2% em estágio avançado), têm níveis normais de PSA. (IMUNOONCO, 2011).

A dosagem do PSA surgiu como teste promissor na detecção precoce do câncer da próstata, porém a relação custo-benefício deve ser cuidadosamente avaliada. A primeira dificuldade na avaliação da sensibilidade e especificidade do teste é a falta de consenso sobre o ponto de corte ideal e clinicamente significativo, com autores propondo valores que vão de 3 a 10 ng/ml. Considerando um ponto de corte em 4,0 ng/ml, a sensibilidade estimada varia de 35% a 71% e a especificidade de 63% a 91%. (BRASIL 2002).

7.3 ULTRASONOGRAFIA (TRANSRETAL OU ABDOMINAL)

Trata-se de um método não-invasivo realizado por via abdominal que permite avaliar as dimensões da próstata, resíduo urinário na bexiga e outras alterações do trato urinário não sua eficácia é inferior na detecção de pequenos tumores fato pelo qual se torna fundamenta. (SADI et. al., 2006).

O exame por via trans-retal, onde poderão ser diagnosticados tumores não evidenciados pelo toque retal, tem importância cada vez maior nos programa de detecção precoce, estadiamento e segmento do câncer estabelecido. (SADI et. al., 2006).

Brentani (1998) relata que entre os tumores encontrados na próstata, sua grande maioria são adenocarcinomas ou sarcomas, sendo o ultimo mais raros, mas que podem aparecer em qualquer idade sendo com mais freqüência na primeira e segunda década de vida.

Em crianças tem sido diagnosticado com mais freqüência o sarcoma do tipo rabdomiossarcoma, tumor que acomete principalmente o tecido mole na infância, e correspondem à metade dos casos dos sarcomas dessa faixa etária. Constituem 3,5% dos cânceres detectados em crianças com idade inferior aos 14 anos e 2% dos casos diagnosticados na faixa de 15 a 19 anos. (FERMAN et. al., 2006).

7.4 TOMOGRAFIA E RESSONÂNCIA NO CARCINOMA DE PRÓSTATA

São exames que dão diagnósticos a partir de imagens com uso de contraste intravenoso ou não, seu principal papel não é o especificamente o diagnóstico, mas o estadiamento não sendo estes dois métodos tão eficazes na diferenciação entre hiperplasia prostática benigna e câncer de próstata. No estadiamento pode determinar; A extensão extra prostática, O comprometimento da gordura, vesículas seminais, bases da bexiga e invasão do reto bem como a evolução da doença e determinação de metástase. (BRENTANI, 1998).

8 OPÇÕES DE TRATAMENTO

A Política Nacional de Atenção Oncológica garante o atendimento integral a qualquer doente com câncer, por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Este é o nível da atenção capacitado para determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar a qualidade dos serviços de assistência oncológica, conforme a Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005.(GESTÃO, 2011).

Segundo dados do INCA até 2010 existiam 276 hospitais habilitados no tratamento do câncer. Todos os estados brasileiros têm pelo menos um hospital referência habilitado em oncologia, onde o paciente de câncer encontrará desde um exame até cirurgias mais complexas.com novas medidas governamentais o numero de atendimentos tende a aumentar proporcionando novas opções de tratamento e cura. (INCA, 2011).

No modelo biomédico. “O modelo de tratar, em que predomina uma orientação mais instrumental, resultou, em grande parte, de exigências de conhecimentos decorrentes do desenvolvimento da técnica médica, relacionada, sobretudo, com procedimentos de diagnóstico e terapêutico” (CESTARI, 2005). Com as novas tecnologias cirúrgicas, quimioterapia, radioterapia, e a hormonioterapia. Os tratamentos têm proporcionado grande melhora nas taxas de sobrevida e melhorado consideravelmente a qualidade de vida dos pacientes que passam por esses tratamentos, mas é essencial que haja mudanças em todo seu estilo de vida e sejam feitos, diagnóstico precoce, tratamentos eficazes com cirurgias menos invasivas e

mutiladoras, para que o câncer de próstata seja visto como uma patologia possível de ser prevenida e seja mantida sobre controle. (ARONE, 1993).

Segundo Gianini, (2007), o tratamento altera a qualidade da sexualidade do homem e sua vivência. Esta complicação aumenta quando levamos em consideração suas limitações físicas a diminuição da capacidade de ereção, cansaço e fadiga ao menor esforço. A retirada cirúrgica dos testículos orquiectomia bilateral usada no tratamento para inibir o crescimento do tumor diminuindo a produção de testosterona, é uma opção de tratamento que tem se mostrado muito eficaz, mas tem como consequência interferência na ejaculação.

Através da lei nº 1948/96 que foi aprovada por observar a importância do envelhecimento populacional foi estipulada a idade de 60 anos e mais, para uma pessoa ser considerada idosa, esta lei também tem por finalidade assegurar direitos sociais que venham a garantir que a promoção da autonomia, sua integração e participação efetiva na sociedade, permitindo que o mesmo exerça sua cidadania. (RODRIGUES, 2007).

9 PERFIL DO PACIENTE COM CÂNCER DE PRÓSTATA

Segundo Santos (2008) alguns grupos estão mais suscetíveis ao câncer de próstata como; Trabalhadores com longas jornadas, carga excessiva de trabalho, tempo prolongado de exposição ao sol e exposição a produtos químicos entre outros, sendo que o grupo de trabalhadores com estas características é composto principalmente por indivíduos de classe baixa e média baixa. O mesmo autor ainda afirma que a prevalência do câncer de próstata se apresenta elevado em pacientes da raça negra e homens entre 70 e 79 anos.

Percebe-se que o câncer de próstata representa um agravo importante na população masculina idosa demandando ampliação de intervenções educativas na prevenção e detecção precoce sabendo-se que a falta de conhecimento sobre o significado, sintomas e forma de diagnóstico esta diretamente ligada ao déficit de instrução escolar. (PAIXÃO, 2010).

10 PREVENÇÕES X PROMOÇÃO

Há muitas décadas tem-se o conceito de que um câncer diagnosticado em seu estágio inicial mostra chances maiores de ser curado e menores de seqüelas. O tratamento para cânceres iniciais é menos agressivo e deixa potencialmente menos seqüelas do que aqueles cânceres em estágios avançados (GIANINI, 2007).

Segundo Waldow,(2009), a prevenção em saúde pública é a ciência e a arte de evitar doença, prolongar a vida e desenvolver saúde física e mental.

A prevenção do câncer da próstata visa diminuir a incidência da doença e portanto, a morbi-mortalidade, por mudanças nos fatores ambientais e no estilo de vida que influenciam a ocorrência e a progressão deste tipo de câncer. (MATHIAS, 2006).

O conhecimento atual mostra que a maioria dos cânceres é causada ou promovida pelo estilo de vida e por fatores ambientais em 90% dos casos, e que somente uma fração é de origem genética. Portanto torna-se evidente que, em princípio, a prevenção é possível para a maior parte dos cânceres. (BRASIL, 2008).

O câncer de próstata vem se fazendo freqüente em meio à população masculina idosa que a cada ano aumenta e se mantém ativa entre a sociedade. Cabe ao profissional de saúde saber até onde este homem está informado para cuidar de sua saúde, realizar exames rotineiros no tempo hábil e manter a prevenção de patologias como o câncer de próstata para que seja diagnosticado o mais precocemente possível, facilitando seu tratamento e melhorando o prognóstico deste paciente. Sabendo que a prevenção é a forma mais segura que existe de evitar o desenvolvimento desta patologia e tratar a mesma com grandes chances de cura com tratamentos como a prostatectomia onde é feita a retirada total ou parcial do órgão alvo (próstata) com chance de cura de até 90%. (BRASIL, 2002).

11 O PLANO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM

Parceiro na atenção a saúde do homem a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) veio somar na luta contra o absenteísmo presente com relação ao homem nos planos de assistência a saúde preventiva.

Levando em consideração que, a população masculina apresenta altos índices de morbi-mortalidade. Esses marcadores têm mostrado a realidade dos problemas que a saúde pública, enfrenta, pois vão se apresentar como resposta nas demandas dos hospitais no atendimento a saúde secundária e terciária com patologias já instaladas ou com desenvolvimento avançado. Este tipo de atendimento piora seu prognóstico, e diminui as chances de cura tornando o tratamento a este cliente extenso e oneroso aos cofres públicos. (BRASIL, 2009).

Até o ano de 2009 não havia uma linha de atendimento a população masculina população esta que tem crescido e se mantido ativa em suas atividades cotidianas. Também não havia a visão de gestores em saúde de formar profissionais de saúde com conhecimento específico para prestar atendimento a esta população. (LIMA JUNIOR, 2009).

A partir da portaria nº1944 de 2009 com a instituição do PNAISH no âmbito do SUS esses horizontes poderão ser atingidos, promovendo a esta população melhorias das condições de saúde que ira contribuir de modo efetivo na redução da morbi-mortalidade e da mortalidade dessa população pó meio de enfrentamento racional dos fatores de risco mediante a facilitação do acesso as ações e aos serviços de assistência integral a saúde considerando os princípios da equidade universalidade e humanização visando garantir promoção e proteção aos direitos do homem observando preceitos éticos e suas peculiaridades e preservando seu aspecto sociocultural. (BRASIL, 2008).

O envolvimento da família e da comunidade nas orientações é fator importante na implementação do PNAISH uma vez que este atendimento será feito através da atenção básica com foco voltado para a estratégia saúde da família com acesso facilitado e específico a esta população visando a promoção, a prevenção a proteção, ao tratamento e a recuperação dos agravos e a reabilitação demonstram que o atendimento é prestado em todos os níveis e irão refletir na família, comunidade e até mesmo na sociedade em que vive tornando mais fácil a mudança nos paradigmas no que concerne a visão da população masculina em relação a sua saúde e de sua família.(RODRIGUÊS, 2007).

12 AÇÕES DA ENFERMAGEM

12.1 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO

O termo assistência possui sua origem no latim seu significado é (“ajuda”) ou ato ou efeito de proteger, amparar e auxiliar. O vocábulo cuidado, também de origem latina (“pensado, preparado, refletido”) exprime por seu turno aprimoramento aplicação na execução (se refere qualquer atividade ou trabalho com perfeição). (RODRIGUES, 2009).

Rodrigues (2009) relata que possível afirmar que a assistência e os cuidados prestados pelo enfermeiro constituem um conjunto de esforços transpessoais direcionados a patologias já instaladas ou com desenvolvimento avançado piorando seu prognóstico, diminuindo as chances de cura tornando o tratamento a este cliente extenso e oneroso aos cofres públicos. (BRASIL, 2008).

Auxiliar o ser humano e obter o autoconhecimento, autocontrole e a autocura. Dessa forma protegendo, promovendo e preservando sua existência.

Ao tratar do assunto, é importante que se tenha clara a noção de que a assistência e os cuidados com o paciente oncológico não são de domínio exclusivo de um só membro da equipe, mas de uma equipe multidisciplinar onde serão abordados todos os assuntos pertinentes a situação do indivíduo assistido. Nesses esforços, as ações do enfermeiro abrangem orientação, planejamento, supervisão, execução e avaliação de todas as atividades de enfermagem a esses pacientes. (LIMA JUNIOR, 2009).

Segundo Zanchetta 1993, o avanço da enfermagem nos cuidados em cancerologia foi notado a partir de 1973 com ações da sociedade americana do câncer que já notava o fracasso da luta de enfermeiros ao tentar compor equipes preparadas para planejar o controle e tratamento do câncer. A contribuição da enfermagem até então teria sido mínima e sua capacidade subestimada por organizações, associações e profissionais médicos.

Segundo caderno de legislação do COREN-RO em sua 7ª edição é a atuação livre do enfermeiro no que se refere ao trabalho em prevenção do câncer, tem base na legislação vigente que dá direito de atuação normatizando o exercício pleno das funções do enfermeiro enquanto profissional que é referido no decreto nº94.406 de

080/06/1987 , vem a regulamentar a lei nº7.498 de 25/06/1986 quando dispõe sobre a atuação da enfermagem e cita sua incumbência privativa em: (RONDONIA , 2011p18-20).

Alínea c: Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

Alínea e: Consulta de enfermagem;

Alínea f: Prescrição da assistência de enfermagem;

No mesmo artigo parágrafo 2º fala da incumbência do enfermeiro como integrante da equipe de saúde:

Alínea c: Prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

Alínea n: Participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde particularmente nos programas de educação continuada;

Alínea q: Participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada a assistência de saúde; [...] .

12.2 O ENFERMEIRO NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

A literatura retrata que não há outros fatores de pré disposição estabelecidas para a doença a não ser a idade. O homem não é afastado da prevenção somente pelo déficit de informação a respeito dos riscos que a falta da prevenção pode causar, mas pelo fato de ser um procedimento que mexe com o seu imaginário. (LOPES et. al., 2007).

Sabe-se que os níveis de saúde de uma determinada população não são exclusivos somente das políticas de saúde, pois para eles contribuem fatores biológicos, genéticos, condições do meio ambiente, incluindo o do trabalho, assim como os estilos de vida saudáveis e não saudáveis adotados pelos indivíduos dessa população. Todavia principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil, constituem em fator social de grande relevância quando se pensam em justiça, equidade e inclusão social. (CARVALHO 2008).

O ministério da saúde brasileiro na intenção de operacionalizar um modelo técnico-assistencial com base nos princípios do sistema único de saúde (SUS) propõe, em 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta surge como uma estratégia para a reorganização da disponibilização de cuidados, que tem como objetivo reorientar a prática da assistência centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. (ERMEL, 2006)

Sabendo que este trabalho é voltado a um novo modelo de assistência, que busca a territorialização e adscrição da clientela, levando o trabalho das equipes a ser desenvolvido em território definido podendo assim ter público alvo e um trabalho voltado às suas necessidades, sendo observando, classe social, faixa etária e gênero, e prestando a assistência ao homem através das ESF o mais próxima possível da sua realidade sem que o mesmo saia de seu ambiente, comunidade e território. (ERMEL, 2006).

Relatos de Ermel, (2006) ainda enfatizam que o enfermeiro tem dois campos de atuação uma delas seria a organização da unidade básica de saúde e a outra tão importante como a primeira é a formação, capacitação e educação permanente, ainda aponta a responsabilidade de organização do processo de trabalho do agente comunitário de saúde como uma função de extrema importância e de competência do profissional enfermeiro, pois de modo geral suas atribuições são definidas dentro

deste programa que segundo o guia pratico programa saúde da família 2002 são elas;

- realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada;
- realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão;
- planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a unidade de saúde da família (USF);
- executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;
- no nível de suas competências, executarem assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio;
- aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;
- organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc.;
- supervisionar e coordenar ações para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

A enfermagem está diretamente ligada a esta mudança de realidade que a saúde esta vivendo, sobretudo, no que se relaciona a saúde e educação para a vida, tem atuado efetivamente e contribuído na abordagem ao idoso e suas peculiaridades e no processo de envelhecimento isto inclui independência, autonomia, capacidade funcional, avaliação cognitiva, engajamento social, qualidade de vida, promoção da saúde e prevenção de doenças e outros aspectos prioritários da terceira idade. (LEITE et. al., 2010).

No que se refere na senilidade sua atuação educativa tem se voltado a condições crônicas de saúde, urgência e emergência, atenção em domicilio ao idoso e cuidadores familiares entre outros. (RODRIGUÊS, 2007).

No campo de pesquisa científica a enfermagem tem se destacado e propiciado relevante contribuição no que se refere ao cumprimento da política nacional do idoso (PNI), PNAISH e demais planos de assistência dirigidos ao homem em suas fases da vida. (RODRIGUES, 2007).

12.3 O ACS NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

A equipe multidisciplinar também é composta pelo agente comunitário de saúde este profissional deve morar na comunidade e estar vinculado à UBSF que atende a comunidade. Este profissional é alguém que se destaca na comunidade, pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança que exerce. O ACS forma um elo entre o programa e a comunidade. O fato de estar em contato permanente com as famílias, facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. Da mesma forma se torna um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: O do saber científico e o do saber popular. Este profissional teve suas atividades regulamentadas como profissão a partir da lei nº 10.507/2002, e o Decreto nº 3.189/1999, que fixa as diretrizes para o exercício de suas atividades são as seguintes; (BRASIL, 2011).

- Realizar mapeamento de sua área;
- Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;
- Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- Identificar área de risco;
- Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário;
- Realizar ações e atividades, no nível de suas competências, na áreas prioritárias da Atenção Básicas;
- Realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
- Estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;
- Desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- Promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras;

- Traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites;
- Identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possa ser potencializados pela equipe. (BRASIL, 2011).

12.2.1 Consulta de Enfermagem

Para que a assistência de enfermagem seja feita a essa classe de forma eficaz, é preciso que sejam observados os princípios básicos do SUS sendo elas a universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde. Para que seja desenvolvida uma assistência de excelência e qualidade é inserida ao atendimento a prática de consulta de enfermagem. Observando o assunto contido no (PAD-COFEN nº18/80) onde relata que é atividade do enfermeiro, por dominar métodos técnicos e científicos, para identificar situações de saúde doença nos três níveis inclusive no terciário onde os pacientes diagnosticados com tumor oncótico são submetidos a tratamentos com quimioterápicos e anti-neoplásicos e o enfermeiro pode prescrever medicações dentro dos programas específicos além de programar medidas de enfermagem que venham a contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do individuo família e comunidade. (COFEN 159/1993).

A enfermagem é uma profissão comprometida com o cuidado do ser humano em todo o processo de viver e morrer. Isto inclui dentre as varias fases da vida a velhice, fase marcada por preconceitos e tabus estendendo-se esse comprometimento a sua família e comunidade. (GARCEZ, 2008).

Dentro deste conceito vemos as formas de prestar cuidado a esta classe buscando sempre a qualidade necessária a pacientes tão delicados. Dentre elas encontramos como a mais organizada a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), nesta forma de trabalho temos ações que irão compor o cuidado de enfermagem, suas ações são planejadas sistematicamente e de forma organizada. Este e sem duvida um instrumento de trabalho específico da enfermagem expressa à organização da assistência e reflete a visão de um cliente visto de forma integral, sendo sua responsabilidade e execução atividade privativa do enfermeiro. (LOPES et. al., 2007).

Os principais diagnósticos de enfermagem encontrados para pacientes que se enquadram nestes cuidados estão indicados a seguir a partir de seu título:

- Alterações sensorial-perceptivas: dor;
- Alterações sensorial-perceptivas: auditiva;
- Déficit no volume de líquidos;
- Dentição alterada;
- Alteração na mucosa oral;
- Deglutição prejudicada;
- Alteração na nutrição: menos do que o corpo necessita;
- Distúrbio no padrão do sono;
- Fadiga;
- Mobilidade física prejudicada;
- Alteração na eliminação urinária;
- Constipação;
- Integridade da pele prejudicada;
- Isolamento social;
- Comunicação prejudicada;
- Ansiedade;
- Processos familiares alterados;
- Déficit nas atividades de lazer;
- Potencial para o aumento do bem-estar espiritual.

Percebe-se que saber intervir em face aos diagnósticos requer do enfermeiro conhecimento e habilidades específicas, como: capacidade empática, envolvimento emocional e social e respeito pelo ser humano idoso. (LOPES et. al., 2007).

Haja vista que a consulta de enfermagem compõem, histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem somada à autorização dada ao enfermeiro para solicitação de exames pela resolução COFEN 195/1997. O que é caracterizado como serviço complementar no tratamento, embasados pela metodologia assistencial de enfermagem que realizará as consultas, prescrição e solicitação de exames sempre baseado no processo de enfermagem direcionado a pacientes oncológicos em seu tratamento específico. (COREN, 2011).

A enfermagem por sua atuação tem a oportunidade de desempenhar a difícil tarefa de promover a inclusão social assunto tão abordado nos dias atuais, conscientização do idoso sobre os seus direitos e ao mesmo tempo fazer com que todos respeitem esses direitos, atitude essa que pode ser aplicada ao idoso ajudando a exercer a cidadania garantindo-lhe sua autonomia e independência e valorizando sua capacidade potencial de decisão e ação. (CIELO, 2009).

Inserida neste contexto, a enfermagem tem atuado efetivamente para mudar esta realidade, sobretudo no referido à saúde e educação onde tem contribuído na abordagem do cuidado em aspectos do processo de envelhecimento (capacidade funcional, independência e autonomia, fragilidade, avaliação cognitiva, engajamento social, qualidade de vida, promoção de saúde, prevenção de doenças, entre outros); e da senilidade (condições crônicas de saúde, situações de urgências e emergências, atenção domiciliar, entre outros). (RODRIGUES 2007).

13 PREVENÇÕES ATRAVÉS DA MUDANÇA NOS HÁBITOS ALIMENTARES

A prevenção do câncer da próstata através da alimentação saudável não pode ser indicada de forma eficiente, porque os fatores que modificam a maquinaria celular e não se sabe ao certo se a torna maligna ou não. (SROUGI et. al., 2008).

Hábitos alimentares específicos talvez possam até reduzir os riscos de câncer da próstata. Nesse sentido, se recomendada alimentação com baixo teor de gorduras trans e principalmente derivadas de animais uma vez que nos países que adotam esse hábito a incidência da doença é baixa. (SROUGI et. al., 2008).

A alimentação saudável é notada em diversos países com sua cultura ou tradição adotada propositalmente para preservar a saúde de seu povo e aceita de forma racional, uma boa alimentação deve exercer um efeito metabólico ou fisiológico que contribua para a saúde física e para a redução do risco de desenvolvimento de doenças crônicas como o câncer de próstata. (ANJO, 2004).

Isto se relaciona com o que diz Anjo, (2004) quando observa a alimentação dos esquimós baseada em peixes e produtos ricos em ômega 3 e 6, assim como os franceses que fazem auto consumo de vinho não apresentam índice elevado de cardiopatias. Os orientais, devido ao consumo de soja, que contém fito estrogênio,

apresentam pouco índice de câncer estes índices são comprovados por dados epidemiológicos.

Os fitoquímicos, substâncias encontradas em frutas e verduras que podem ser ingeridas diariamente em aceitáveis quantidades, mostram potencial para modificar o metabolismo humano de maneira a prevenir complicações cardíacas, se tornando também favorável à prevenção do câncer da próstata. (CESTARI, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da pesquisa bibliográfica realizada, percebe-se que; O envelhecimento da população masculina e seu aumento gradativo são notórios visto que apontam para uma mudança demográfica e epidemiológica.

As patologias inerentes a população idosa e principalmente a masculina são uma realidade que já é notado em todas as classes sociais não podendo passar por despercebido as autoridades responsáveis.

Esta é uma nova modalidade populacional que cresce a níveis alarmantes e segundo dados do IBGE até 2025 chegará a um total de 15% da população brasileira. Para acompanhar as necessidades de saúde dessa clientela é importante que profissionais de saúde de todas as classes busquem por qualificação para atuar junto ao idoso fazendo um atendimento segundo os princípios da universalidade, integralidade, equidade e os princípios da descentralização da regionalização que são princípios básicos do SUS, preservando sua identidade do paciente e fatores relacionados à sua cultura.

A atuação do enfermeiro na comunidade através da ESF proporcioná a este homem idoso além de comodidade, segurança e leva o profissional para dentro de sua realidade, isto facilita o planejamento das ações e a implementação da assistência a este paciente e da à certeza de que os resultados esperados serão alcançados.

Como as demais patologias, que estão presentes na vida do homem idoso o câncer de próstata também aparece em índices alarmantes, para manter a prevenção através de hábitos de vida saudável e exames preventivos é importante que seja feito um trabalho prolongado de conscientização. O profissional de

enfermagem mais do que componente da equipe multidisciplinar, tem que ser um amigo em quem este cliente e familiares podem confiar.

Manter este homem no seio da família e incluir as ações de promoção da saúde é uma forma de assegurar a continuidade das ações propostas, oferecendo ao paciente, qualidade e segurança no atendimento o que resultara em uma melhor aceitação as ações de prevenção de doenças degenerativas e crônicas como o câncer de próstata.

REFERÊNCIAS

<www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/.../0000000853>. Acesso em 22 de junho de 2011.

ANJO, Douglas Faria Corrêa. Alimentos Funcionais em Angiologia e Cirurgia Vasculuar. **Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculuar**, v. 3, n.2, : 2004. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/.../saudelegis/.../2009/prt1944_27_08_2009.html>. Acesso em: 15/05/2011.

ARALDI, C. T., ARMILIATO, N. **GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA EM MEIO AMBIENTE (GEMA) E VALEOLOGIA**. Concórdia-SC, 2005

ARONE, Evanisa Maria; PHILIPPI, Maria Lucia dos santos. **Enfermagem Médico - Cirúrgica Aplicada ao sistema reprodutor masculino**. São Paulo: editora SENAC, 1993.

AVERBECK, M. A. *et al.* Diagnóstico e Tratamento da Hiperplasia Benigna da Próstata. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, out.-dez. 2010. Disponível em: <www.amrigs.org.br/revista/54-04/021-519_diagnostico.pdf>. Acesso em: 10/05/2011.

BRASIL 2011. **Guia prático do Programa Saúde da Família PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**. Disponível em: <dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos%5Cguia_psf1.pdf> acesso dia 22/05/2011

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008. 488 p.

BRASIL, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem O Mundo da Saúde, **Rev Latino-am Enfermagem**. São Paulo: jan-fev. 2006. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/.../politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em 13 de junho de 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico**. 2. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2007. 168 p.

BRASIL. Ministerio da Saude - 2001 - Brasil. Ministerio da Saude disponível em <dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos%5Cguia_psf1.pdf> acesso em 28 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Bases Técnicas da Oncologia**. Ministério da Saúde, 11. ed. Brasil: agosto de 2011. Disponível em: Disponível em: <www.redecancer.org.br/wps/wcm/.../Manual+Oncologia+2010.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_da_prostata.pdf>. Acesso em 23 de outubro de 2010.

BRENTANI, M. M et al. **Diagnóstico por imagem Bases da oncologia**. São Paulo: LEMAR, 1998.

RONDONIA, Conselho Regional de Enfermagem de. **Caderno de Legislação ético e responsabilidade: enf ao alc de todos**. Porto velho: coren-RO 2011.

CALVETE A. C. 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**. 2003. Disponível em: <http://www.uromedic.com.br/sua_saude/psa.htm>. Acesso em: 26 de abril de 2011.

CARVALHO P. A. Orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde, **Revista Bioética** 2008 16 (1): 25 - 39 25 disponível em <revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/.../56> acesso em 25 de junho de 2011

CARVALHO, E. C., TONANI, M. BARBOSA, J. S. Ações de enfermagem para combate ao câncer desenvolvidas em unidades básicas de saúde de um município do estado de São Paulo **Revista Brasileira de Cancerologia** 2005; 51(4): 297-

303 disponível em <www.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/artigo3.pdf> Acesso em 23 de novembro de 2011

CESTARI M. E. W., ZAGO, M. M. F. A prevenção do câncer e a promoção da saúde um desafio para o século XXI. **Rev. Brasileira de enfermagem**, 2005 mar-abr;58(2):218-21. Disponível em <bases.bireme.br/cgi-bin/.../online/?...p... -> acesso em 10/05/2011

CESTARI, M. E. W. **A influência da cultura no comportamento de prevenção do câncer**. 2005. 167 p. Dissertação de Mestrado-Programa Interinstitucional USP/ UEL/ UNOPAR, Londrina, 2005. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-10052005-112100/publico/Cestari_MEW.pdf. Acesso em 13 outubro de 2010.

CESTARI. M. E. W, ZAGO, M. M. F. A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. **REBEn Rev Bras Enferm**. 2005 mar-abr; v. 58, n.2, p. 218-21.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 172p.

CORRÊA, L. A., BENDHACK, M. L., SOUZA, A. A. O., SABANEEFF, J. Câncer de Próstata: Fatores Prognósticos, **Sociedade Brasileira de Urologia**, 2006 Disponível em: Disponível em: <www.projetodiretrizes.org.br/5_volume/08-CancerProgn.pdf>.

CORRER C. J., PONTAROLO R., FERREIRA L. C., BAPTISTÃO S. A. M. Riscos de Problemas Relacionados com Medicamentos em Pacientes de uma Instituição Geriátrica. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas** vol. 43, n. 1, Curitiba: jan./mar., 2007. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/rbcf/v43n1/06.pdf >.

DINI, L. I. **Perfil do câncer de próstata em um programa de rastreamento na cidade de Porto Alegre**. Dissertação de mestrado <<http://hdl.handle.net/10183/12629>> Porto Alegre, 2002.

Disponível em: <<http://ribeiroalves.blogspot.com>>. Acesso em 26/06/2011>.

Disponível em:http://www.imunoonco.com.br/modulos/noticia/index_noticia.php?caso=2&npost=49. Acesso em 29/06/2011

ERMEL, R. C; FRACOLLI, L. A. O Trabalho das Enfermeiras no Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, Marília - SP, 2006. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em 13 de junho de 2011.

FERMAN, S. E, et al. O Diagnóstico Tardio do Rabdomiossarcoma. **Rev. Pediatria.** São Paulo: 2006. Disponível em: Disponível em: <http://74.125.155.132/scholar?q=cache:1KrlJZ-8wd8J:scholar.google.com/+Diagn%C3%B3stico+Tardio+do+Rabdomiossarcoma+em+Pediatria&hl=pt-BR&as_sdt=0,5>. Acesso em: 25/04/2011

FONTE, I. B. **Diretrizes Internacionais para o Envelhecimento e suas Conseqüências no Conceito de Velhice Trabalho.** XII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de novembro de 2002. Disponível em: <www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/p48.pdf >. Acesso em: 19 de abril de 2011.

GARCEZ, R. M. (trad.). **Diagnóstico de Enfermagem de Nanda: definições e classificação.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

GIANINI, M. M. S. **Câncer e Gênero: Enfrentamento da Doença,** Universidade Católica de São Paulo, 2007. Disponível em <www.psicologia.com.pt>. Acesso em 18 de junho de 2011.

GOMES, R. **Sexualidade Masculina e Saúde do Homem: Proposta para uma Discussão 2011.** Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Coordenação de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira, **Fiocruz.** Rio de Janeiro, RJ. 2011. Disponível em:

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **Ministério da Saúde.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <www.inca.gov.br>. Acesso em: 11 de maio de 2011.

LAURENTI, R., JORGE, M. H. P. M., GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva,** São Paulo: 2005. Disponível em; <www.scielosp.org/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf >. Acesso em 23 de abril de 2011.

LEITE D. F. *et al.* A influência de um Programa de Educação na Saúde do Homem O Mundo da Saúde, **Rev Latino-am Enfermagem,** jan-fev. São Paulo: 2010. Disponível em: <www.saocamilosp.br/.../mundo_saude/74/06_original_influencia.pdf>. Acesso em 16 de abril de 2011.

LIMA JUNIOR, E. A.; LIMA, H. S. Promoção da Saúde Masculina Na Atenção Básica. **Pesquisa em Foco,** v. 17, n.2, p. 32-41, 2009. Disponível

em:<ppg.revistas.uema.br/index.php/PESQUISA_EM.../224>
Acesso em 19 de maio de 2011.

LOPES, F. L. *et al.* Diagnóstico de Enfermagem em Idosos Residentes em Uma Instituição de Longa Permanência (ILP), **Ciência Cuidado e Saúde** 2007 jan - mar; v. 6, n. 1 p 59-67 disponível em:
<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewArticle/4974>>. Acesso em 23 de junho de 2011.

MAGALHÃES C. R., GUIMARÃES, G. E. C., AGUIAR, B. G. C. O papel do enfermeiro cuidador: ação educativa do enfermeiro no pré e pós-operatório **Cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, ano 8, n. 1/2, p. 115-119, 1./2. Sem.2004

MATHIAS, T. A. F., JORGE, M. H. P. M., ANDRADE, O. G. Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região sul do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 14, n. 1, fev. 2006. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 de abril de 2011.

PAIXÃO, M. R. P *et al.* Câncer de próstata: estudo da prevenção à luz da saúde do homem **cuid. fundam. online** 2010.out/dez.2(ED.SUPL.):661-663 disponível em <www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/.../108...> acesso em 28 de junho de 2011.

RODRIGUES, I. G. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto **Os significados do trabalho em equipe de cuidados paliativos oncológicos domiciliar: um estudo etnográfico**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem Ribeirão Preto 2009.

RODRIGUES, R. A. P. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a Contribuição da Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Jul-Set; Disponível em: <www.scielo.br/pdf/a21v16n3.pdf>. Acesso em 24 de junho de 2011.

SADI, M. V *et al.* Câncer de próstata localizado: progressão bioquímica (PSA) após tratamento. **rev. sociedade brasileira de urologia**. junho / 2006. Disponível em <www.projetodiretrizes.org.br/6_volume/08-CancerostLocalPro.pdf> acesso em 30 de junho de 2011.

SANTOS, A. M. R. **Sobrevida e fatores prognósticos em uma coorte hospitalar de pacientes com câncer de próstata localizado UERJ / REDESIRIUS / C B C**. Dissertação de Mestrado – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro: 2008.

SCRIBD, 2011. Disponível em <<http://pt.scribd.com/doc/2373761/Evolucao-Historica-da-Enfermagem> acesso em 21/10/2010>. Acesso em 10 de junho de 2011.

SROUGI, M. et al. Doenças da próstata. **Rev Med, São Paulo**: 2008 jul.-set.; 87(3): 166-77. São Paulo, 2008.

VIEIRA, L. J. E. S et al . Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, fev. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 de junho 2011.

WALDOW, V. R. Reflexões sobre Educação em Enfermagem: ênfase em um Ensino Centrado no Cuidado. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: 2009. Disponível em: <www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/182a188.pdf > Acesso em: 15 de junho de 2011.

WHO. World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: 2005. Disponível em: Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em 23 de maio 2011.

ZANCHETTA, M. S. **Enfermagem em cancerologia: propriedades e objetivos assistencial**. Rio de Janeiro: Tijuca REVINTER, 1993.