



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

CÁSSIA MESSIAS LEITE

**CÂNCER DE PRÓSTATA: FATORES QUE
INTERFEREM NA ADESÃO AO EXAME PREVENTIVO**

ARIQUEMES - RO

2014

Cássia Messias Leite

**CÂNCER DE PRÓSTATA: FATORES QUE
INTERFEREM NA ADESÃO AO EXAME PREVENTIVO**

Trabalho apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA como requisito à obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem.

Prof. Orientador. Esp. Gustavo Barbosa Framil.

Ariquemes - RO

2014

Cássia Messias Leite

CÂNCER DE PRÓSTATA: FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO EXAME PREVENTIVO

Trabalho apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, como requisito à obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Orientador Esp. Gustavo Barbosa Framil
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Prof. Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Prof. Esp. Silvia Michelly Rossetto
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Ariquemes, 01 de dezembro de 2014

*A Deus, pois sem ele na minha
jornada nada disso seria possível.*

*Aos meus pais: José Cláudio
Leite e Adélice Messias dos Santos
Leite, por me ensinarem a ser uma
pessoa honesta, digna por ter o amor
deles e por nunca me fazerem
desistir dos meus sonhos.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a DEUS por ter guiado meus passos durante essa trajetória e por ser sempre minha fortaleza.

Em especial a toda minha família que sempre apoiou minha decisão e por nunca deixar me desistir dos meus sonhos.

Agradeço a DEUS pela turma que colocou em meu caminho nesta jornada de estudo. Pessoas especiais que durante essa jornada passamos momentos de alegria e tristeza por provarem ser pessoas do bem e sempre me ajudaram nos momentos mais difíceis.

Em particular quero agradecer a três pessoas que durante essa etapa em minha vida tive a oportunidade de conhecê-los. *Gelsieli Ferreti* e *Renata Silva Almeida*, pelas conversas, pelo carinho, alegria e raiva que me fizeram passar e por fazerem parte da minha história. Em particular o Enfermeiro *José Carlos da Silva Junior* por não medir esforço em me ajudar, ensinar e criticar quando estava errada.

A verdadeira medida de um homem não se vê na forma como se comporta em momentos de conforto e conveniência, mas em como se mantém em tempos de controvérsia e desafio.

Martin Luther King Jr.

RESUMO

A próstata é um órgão que compõem o sistema reprodutor masculino, tendo como principal função a promoção de fertilidade. Na medida em que os homens vão envelhecendo, a próstata tem tendência de aumentar de tamanho sendo susceptível a várias alterações intrínsecas afetando, assim, a saúde do homem. Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica tendo como principal objetivo destacar os principais fatores que interferem na adesão do exame preventivo de próstata. O câncer de próstata, continua sendo uns dos principais problemas de saúde pública. Mundialmente os novos números de casos de diagnóstico de neoplasia prostática são de aproximadamente 543 mil casos por ano, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Este aumento de casos pode estar relacionado aos homens não procurarem os serviços de saúde, ao horário de seus trabalhos coincidirem com os mesmos horários de funcionamento dos serviços de saúde e a resistência ao toque retal que pode estar caracterizada a meros preconceitos. Isso torna esse estudo de grande importância e de interesse indiscutível, pois, além de se tratar sobre um assunto de prevalência efetiva, induz á reflexão sobre o modo de como está sendo encarada esta realidade. Baseado em pesquisas, conclui-se que uma das principais barreiras para chegar a detecção precoce do câncer de próstata está relacionada ao constrangimento, desinformação, receio, medo e o preconceito masculino em realizar os exames toque retal e dosagem de Prostate Antigen Specific (PSA).

Palavras-chave: Saúde do Homem; Neoplasia da Próstata; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

The prostate is an organ that composes the male reproductive system, with the primary function of promoting fertility. Insofar as men get older, the prostate tends to increase in size and is susceptible to various intrinsic changes thus affecting the man's health. This is a literature review with the main objective to highlight the main factors that influence adherence to preventive prostate exam. The prostate cancer remains the major public health problems each. Worldwide new numbers diagnosed cases of prostate cancer are approximately 543 000 cases per year, in both developed and developing countries. This increase in cases may be due to men not seeking health services at the time of their work coincide with the same hours of operation of health services and the rectal touch resistance that can be characterized mere prejudices. This makes the study of great importance and undeniable interest because, along with being on a matter of actual prevalence, induces reflection on how this is being perceived reality. Based on research, it is concluded that a major barrier to arrive early detection of prostate cancer is related to embarrassment, misinformation, fear, fear and prejudice in the male performing the rectal touch exam and Prostate Antigen Specific dosage (PSA).

Keywords: Men's health; prostate cancer; nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01- Escore Internacional de Sintomas Prostáticos	19
Quadro 02- Sistema de Gleason	22
Quadro 03- Classificação de Gleason	23

LISTA DE ABREVEATURA E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Câncer de Próstata
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
MS	Ministério da Saúde
PAP	Fosfatase Ácida Prostática
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PSA	Antígeno Prostático Específico
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidades de Atenção Primária a Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 METODOLOGIA	14
4 REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1 SISTEMA REPRODUTOR MASCULINO	15
4.2 CÂNCER DE PRÓSTATA	17
4.2.1 HIPERTROFIA BENIGNA DA PRÓSTATA	18
4.3 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA	20
4.4 DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE PRÓSTATA	21
4.4.1 ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)	21
4.4.2 TOQUE RETAL	22
4.4.3 AVALIAÇÃO HISTOPATOLÓGICA DO CÂNCER	22
4.5 TRATAMENTO	24
4.6 PROGRAMA SAÚDE DO HOMEM	24
4.7 FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO EXAME PREVENTIVO	26
4.7.1 DEFICIÊNCIA DE INFORMAÇÃO SOBRE EXAME PREVENTIVO	26
4.7.2 DIFICULDADE DO USUÁRIO NA BUSCA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	27
4.7.3 MITO/MEDO	28
4.7.4 PREOCUPAÇÃO E ANSIEDADE	29
4.7.5 VERGONHA, CONSTRANGIMENTO E NERVOSISMO	29
4.8 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34

INTRODUÇÃO

Câncer é uma patologia de procedência multifatorial, sendo que sete milhões de pessoas morrem desta patologia anualmente. Resultante de vários fatores ambientais e genético, constituindo, assim, um importante problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Refere-se a um conjunto de diversas enfermidades que ocorre o crescimento desordenado das células invadindo, assim, tecidos e órgãos. (GOLDMAN, 2005).

Dentre as morbidades que mais acometem pessoas do sexo masculino pode-se destacar o Câncer de Próstata (CAP), os indivíduos de terceira idade pertencem à faixa etária com maior incidência desses casos. Nos últimos anos, estimativas apontam cerca de 1,5 milhões de novos casos. As etiologias de CAP atualmente não são bem conhecidas, acredita-se que possa existir uma maior incidência dessa neoplasia nos homens que têm parentescos de primeiro grau acometido por essa patologia. (BRASIL, 2011).

O sistema público de saúde tem disponibilizado à população masculina o exame de prevenção do câncer de próstata; o antígeno prostático específico (PSA). Entretanto, merece enfatizar que a demanda ainda é muito pequena, possivelmente isso ocorre devido os homens não apresentarem hábito de procurar os serviços de saúde, nem mesmo com vigência de queixas. Esse procedimento preventivo é bloqueado pelo baixo índice de educação da população a respeito desta prevenção. (MEDEIROS; MENEZES; NAPOLEAO, 2011).

A prevenção consiste na detecção precoce dessa enfermidade. Neste contexto é essencial estabelecer estratégias assistenciais e atividades educativas para esse público alvo. (VIEIRA et al., 2008). Baseado nisso, o Ministério da Saúde criou em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). O principal papel do enfermeiro neste programa é ajudar a ampliar o acesso dos homens às informações sobre a neoplasia de próstata, contribuindo para o enfrentamento racional dos fatores de risco. Estratégias como: educação em saúde em todos os níveis da sociedade, promoção e prevenção aos indivíduos e grupos, a geração de opinião pública, apoio e estímulo à formulação de leis que

permitam monitorar a ocorrência de casos, podem colaborar para a redução da morbidade e mortalidade da população masculina. (BRASIL, 2008).

O principal elemento nessa política destaca-se a educação, o enfermeiro está capacitado para promover essas estratégias na promoção da saúde tendo fundamentos científicos para melhorar a qualidade e a manutenção da vida do homem, relacionado à prevenção do CAP, obtendo essa melhora através das orientações, fazendo que esse público comece a mudar seu pensamento para que, assim, os mesmos busquem sem receio, medidas saudáveis necessárias para conservação da vida. (BRASIL, 2009).

Baseado a isso esse estudo tem como ênfase destacar quais os fatores que interferem no exame preventivo de próstata, enfatizando a importância do enfermeiro na atenção básica relacionado a saúde do homem. Essa atenção carece ser ampla tanto quanto relacionada à mulher, em outros termos esta enfermidade precisa ser discutida, respeitada e analisada pelo enfermeiro quanto o câncer cérvico-uterina e de mama. (WANDSCHEER, 2009).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Destacar os principais fatores que interferem na adesão do exame preventivo de próstata.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Abordar a fisiologia e a anatomia do sistema reprodutor masculino;
- Descrever o câncer de próstata;
- Discorrer sobre Programa de Saúde do Homem;
- Destacar fatores que interferem na adesão ao exame preventivo;
- Enfatizar a atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de próstata.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica de caráter descritivo. As estratégias de busca foram as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que compreende a Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine (MEDLINE) e Literatura Latino-americana (LILACS). Foram utilizados ainda, manuais do Ministério da Saúde e o acervo da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. O período de elaboração do estudo ocorreu no mês agosto de 2013 a novembro de 2014. Os critérios de inclusão para revisão bibliográfica foram os periódicos publicados entre os anos de 1998 a 2014 e escritos em línguas nacionais e internacionais acessados na íntegra que estavam coerentes com o tema da pesquisa.

Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) eleitos foram: Saúde do Homem, Neoplasia da Próstata, Cuidados de Enfermagem.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 SISTEMA REPRODUTOR MASCULINO

O corpo humano é formado por um sistema de órgãos que trabalha de forma harmoniosa com o objetivo de realizar a manutenção da vida. Todo o trabalho metabólico realizado pelos órgãos corpóreos resulta em uma atividade frenética de milhões de células que sentem, respiram, digerem, secretam e trocas várias informações entre si, desta forma, a morfofisiológica celular reflete em última análise, no funcionamento dos diversos órgãos e sistemas biológicos, como por exemplo, o sistema reprodutor. (STOFFEL, 2008).

O sistema reprodutor vai muito além das suas características específicas de seu funcionamento, envolvem acima de tudo emoções, sentimentos através da sexualidade que está existente no ser humano em todos os momentos de sua vida. (ROVERATTI, 2012).

Em relação ao sistema reprodutor masculino destacamos os principais órgãos que o compõem, sendo a bolsa escrotal, testículos, epidídimo, ductos deferentes, vesículas seminais, glândulas bulbouretrais, próstata, uretra e pênis. Como demonstra a figura abaixo:

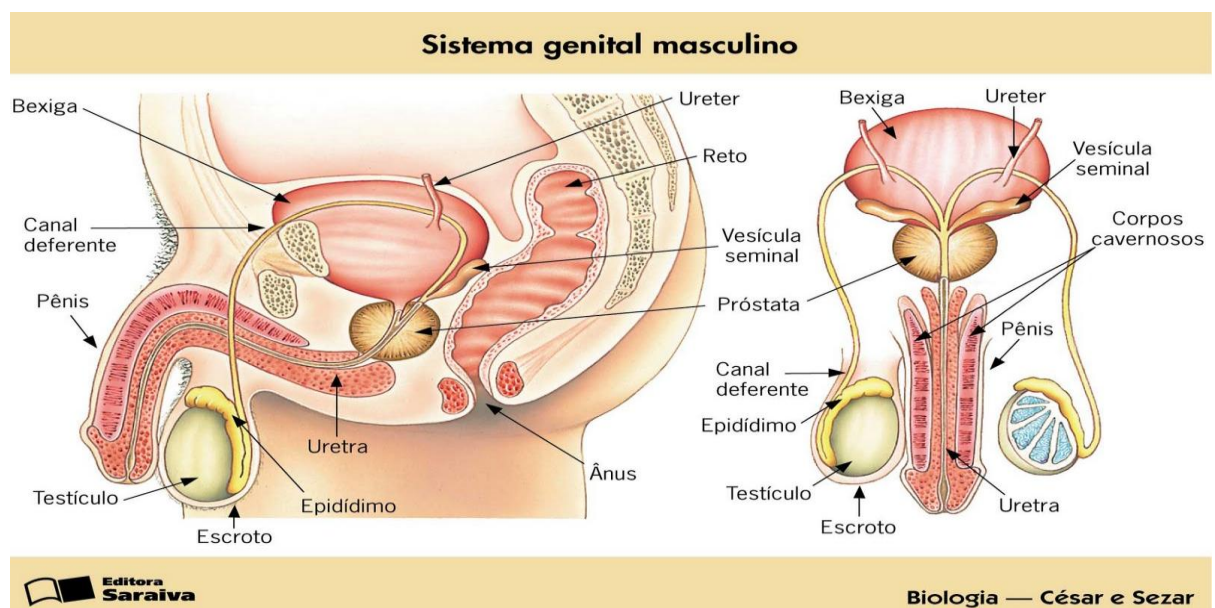


Figura 01- Sistema Genital Masculino
 Fonte: Silva e Sezar, 2003

A bolsa escrotal esta localizada abaixo do pênis, possui forma de um saco de pele que envolve os testículos, sua função é de protegê-los mantendo os com sua temperatura adequada. Os testículos são responsáveis pela produção e armazenamento dos espermatozoides e pela produção da testosterona que é o hormônio masculino. (DANGELO, 2011).

O epidídimo consiste em um delgado ducto, responsável pelo armazenamento dos espermatozoides e para o seu amadurecimento, após serem produzidos pelos testículos. Já os ductos deferentes, são dois tubos que saem dos testículos e sobem para o abdome, pelos quais os espermatozoides percorrem dos testículos até a vesícula seminal. Os ductos deferentes provenientes de cada testículo se unem abaixo da bexiga formando o ducto ejaculados que desemboca na uretra. (DIDIO; LEAO; DIDIO, 2002).

As vesículas seminais são duas glândulas encontradas abaixo da bexiga, tendo como função de produzir o líquido seminal, que é responsável em nutrir os espermatozoides e que compõem o esperma. As glândulas bulbouretrais localizam-se de cada lado da uretra, cuja função é produzir uma secreção que faz parte do esperma. (SOUZA, 2001).

A próstata é uma glândula que envolve a porção inicial da uretra, tendo como principal papel promover a fertilidade e inseminação masculina, deste modo, produz e guarda os fluidos que compõe o sêmen. É estabelecida como a maior glândula existente no sistema reprodutor masculino, tendo como principal função de neutralizar a acidez da urina residual acumulada na uretra e também a acidez natural da vagina, estimando-se que a produção basal dos fluidos prostáticos é de 20 ml/d, até mesmo na ausência de ejaculação. A uretra constitui em um canal que sai da bexiga e passa por dentro do pênis. Sua função é conduzir a urina e o esperma à parte externa do corpo. No momento da ejaculação, um músculo situado próximo a bexiga fecha a passagem da urina, por isso nunca sai urina e esperma ao mesmo tempo. (ROVERATTI, 2012).

O pênis é constituído por duas partes: o corpo e a glande. A glande é a cabeça do pênis que é recoberta por uma pele, o prepúcio. O pênis exerce duas funções: a função urinária e a função sexual reprodutiva. (DANGELO, 2011).

4.2 CÂNCER DE PRÓSTATA

O corpo humano é composto por bilhões de células que normalmente funcionam em perfeita harmonia. A maioria das células tem um tempo de vida limitado, no qual cerca de milhões de novas células são produzidas para substituir aquelas que sofrerem a lise. (RESS, 2001). A perda desse controle de divisão leva o excesso de células resultando em um tumor ou câncer.

Câncer é a “doença da célula”, que causa desvio do seu comportamento normal. A palavra originou-se do grego *Karkinos*, que significa caranguejo, relatada pela primeira vez pelo Aristóteles que é considerado o pai da medicina. O CAP não é uma patologia nova, segundo os pesquisadores o primeiro caso foi detectado em múmias egípcias cerca de 3 mil anos antes de Cristo. (BRASIL, 2012).

O câncer descreve uma classe de doenças caracterizada pelo crescimento descontrolado de células aberrantes. o câncer é a segunda doença que provoca mais mortes. o câncer pode surgir em decorrência de uma ampla série de agentes que sensibilizam as células ou que podem constituir a causa de uma sequência de eventos, ou ainda, contribuir diretamente para isso. “A via comum final praticamente em todos os casos consiste numa mutação genética celular, que converte uma célula bem comportada do corpo em uma destrutiva que não responde aos controles e equilíbrios habituais de um grupo normal de células”. (GOLDMAN, 2005).

O câncer ocorre quando as alterações genéticas (mutações) interferem no mecanismo normal do controle do crescimento celular. Estas mutações podem ser adquiridas ou herdadas durante a vida, como resultados de processo endógeno ou da exposição a uma variedade de fatores ambientais tais como químicos radiológicos ou vírus oncogênicos. (BRENTANI, 1998).

O CAP é uma doença de evolução lenta, atinge em maior escala os homens com idade acima de 50 anos. Suas etiologias, atualmente, não são bem conhecidas, acredita-se que possa existir uma maior incidência dessa neoplasia nos homens que têm parentescos de primeiro grau acometido dessa patologia. (VIEIRA et al., 2008).

Assim como em outros cânceres, a idade é um marcador de risco muito importante, ganhando um significado especial no câncer de próstata, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumenta exponencialmente após a idade de 50 anos. História familiar de pai ou irmão com essa neoplasia antes de 60 anos de idade é outro marcador de mera importância, podendo aumentar o risco de desenvolver essa enfermidade de 3 a 10 vezes em relação à população geral. (BRASIL, 2002).

Outros fatores que podem colaborar para o aumento de câncer de próstata, além da idade e do gênero destacam: etnia/raça, herança genética, hábitos alimentares inadequados, uso de álcool e tabaco, sedentarismo, obesidade e situação socioeconômica. (SIMIÃO; RAMOS, 2012).

O CAP é aproximadamente duas vezes mais comum em homens negros se comparados aos brancos. Os estadunidenses, jamaicanos, e caribenhos ou indivíduos com ascendência africana apresentam altas taxas de incidência desta neoplasia no mundo, o que pode ser atribuído, em parte, à hereditariedade cerca de 5 a 10%. Este fator pode estar relacionado as diferença entre negros e brancos em razão ao estilo de vida ou fatores associados à detecção da doença. (BRASIL, 2014).

A neoplasia da próstata ocorre quando as suas próprias células passam a se dividir e se multiplicar de forma desorganizada, originando, assim, um tumor que pode evoluir ligeiramente, atingindo-se outros órgãos (metástase), podendo levar a óbito. A maioria dessa enfermidade pode crescer de forma lenta, que não chegam apresentar nem sintomas durante sua evolução. (VIEIRA; POMPEO; LUCON, 2005).

4.2.1 HIPERTROFIA BENIGNA DA PRÓSTATA

Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP) consistem em umas das patologias mais frequentes em homens a partir de 50 anos, aumentando sua prevalência com o avançar da idade. (FONSECA; PALMAS, 2010). Os sinais mais comuns relacionados a essa doença destaca-se: Hematúria, Poliúria á noite, Jato Urinário Fraco, Dor ou Queimação ao Urinar, Obstrução da Próstata, Retenção Urinária Aguda/Crônica, Infecções Urinárias frequentemente, Insuficiência Renal em casos mais avançados. (RIBEIRO; OPARACZ; CULIBABA, 2006).

Segundo Fonseca e Palmas (2010), a melhor maneira de avaliar o sintoma ocasionado pela HBP citado anteriormente é por meio de um quadro de Escore Internacional de Sintomas Prostáticos, desenvolvida pela Sociedade Brasileira de Urologia, demonstrado logo abaixo:

Escore Internacional de Sintomas Prostáticos						
No último Mês	Nenhuma	Menos de 1 vez em 5	Menos de 1/2 das vezes	Metade das vezes	Mais de 1/2 das vezes	Quase Sempre
1.Quantas vezes ficou com a sensação de não esvaziar a bexiga ?	0	1	2	3	4	5
2.Quantas vezes teve de urinar menos de duas horas?	0	1	2	3	4	5
3.Quantas vezes notou que ao urinar, parou e recomeçou várias vezes?	0	1	2	3	4	5
4.Quantas vezes observou que foi difícil de conter a urina?	0	1	2	3	4	5
5.Quantas vezes notou que o jato urinário estava fraco?	0	1	2	3	4	5
6.Quantas vezes teve de fazer força para 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
Total dos Sintomas						

Fonte: Fonseca e Palmas 2010

Quadro 01- Escore Internacional de Sintomas Prostáticos

O quadro utilizado consiste em várias perguntas e pontuações que vão de zero a cinco, depois de respondido as sete perguntas obtém-se um valor.

- 0 a 7- leve: realizar mesmo assim o exame preventivo.
- 8 A 19- moderado: convém o paciente a submete-se ao exame mais específico o PSA para melhor avaliação.
- 20 ou mais- Grave: procurar imediatamente um atendimento médico.

4.3 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA

As neoplasias são responsáveis por cerca de 13% de todas as causas de óbito. Mundialmente, cerca de sete milhões de pessoas morrem anualmente desta patologia. No homem as principais etiologias de morte relacionada a câncer estão ligadas a pulmão, próstata e estômago. (BRASIL, 2008).

Em relação ao câncer de próstata dados estatísticos demonstram atualmente, que o mesmo, é o sexto tipo de neoplasia mais comum mundialmente, representando aproximadamente 10% do total de câncer.

A mortalidade nesta neoplasia é relativamente baixa, o que reflete no bom diagnóstico precoce. Nos países desenvolvidos a sobrevida média estimada em cinco anos é de 64%, podendo ter uma variação de 22 a 79%, enquanto nos países em desenvolvimento a sobrevida média é de 41% podendo ter uma variação de 39 a 43%. Em relação a media mundial é de 58%. (BRASIL, 2005).

Mundialmente os novos números de casos de diagnóstico da neoplasia de próstata é de aproximadamente 543 mil casos por ano, o que representa cerca de 15,3% de todos os casos incidentes de câncer em países desenvolvidos e 4,3% em países em desenvolvimento. (BRASIL, 2011). Em 2012, as taxas de incidência estipulada no Brasil relacionada a essa neoplasia por 100 mil habitantes foi de 60.180 mil novos casos, já em 2014 este índice subiu para 68.800 mil novos casos. No estado de Rondônia a incidência de CAP em 2014 destacou 300 novos casos, sendo destes 70 novos casos em Porto- Velho- RO até no meio do ano. (BRASIL, 2014).

O principal fator de risco estabelecido para o desenvolvimento da neoplasia de próstata é a idade. Aproximadamente 62% dos casos diagnosticados no mundo em homens com 65 anos ou mais. Com o aumento da expectativa de vida mundial, é estimulado que os novos casos desta enfermidade aumentem cerca de 60% até o ano de 2015. (BRASIL, 2014).

4.4 DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

A fosfatase ácida prostática (PAP) foi o primeiro marcador tumoral a ser utilizado na neoplasia de próstata. Porém, este marcador possui algumas limitações, mostrando-se elevado somente nos estágios mais avançados do CaP, não sendo de muita utilidade nos estágios iniciais. Outras desvantagens é que seu valor pode elevar-se diante de outras situações tais como: na doença de Paget, osteoporose, hiperparatireoidismo e hiperplasia prostática. Outro obstáculo de utilizá-lo é o aparecimento deste marcador em outras neoplasias. (ALMEIDA, 2007). Após o surgimento do antígeno prostático específico (PSA) como marcador para o câncer de próstata, o uso da PAP caiu em desuso. Hoje os principais instrumentos utilizados para diagnosticar a neoplasia prostática além do PSA, incluem o toque retal ou digital e a avaliação histopatológica.

4.4.1 ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)

A utilização do método PSA para rastrear o câncer de próstata é uma prática concretizada mundialmente. Ultimamente alguns estudos epidemiológicos demonstraram uma redução significativa na mortalidade por esta patologia de mais de 20%, com a utilização do PSA. (BAROUKI, 2011).

O PSA é uma protease produzida pelo epitélio da próstata, tendo como função de solubilizar o esperma depois da ejaculação. O exame é o marcador mais autêntico para detectar e monitorar esta neoplasia. O nível mais aceitável para o limite superior da normalidade desse antígeno é de 4ng/ml. O exame deve ser coletado de preferência com 4 horas de jejum, na ausência de infecção do trato urinário e evitando na véspera manipulações prostáticas. Quando há alguma alteração pode estar relacionado a outras patologias como, por exemplo, a prostatite, não necessariamente a essa enfermidade. (BRASIL, 2004).

4.4.2 TOQUE RETAL

O toque retal ou digital é o teste mais utilizado ultimamente, embora exista suas limitações, uma vez que apenas a porção posterior e lateral da próstata podem ser apalpadas, deixando 40% a 50% dos tumores fora do alcance. (BRASIL, 2002).

O toque retal é realizado pela introdução do dedo indicador do médico urologista, lubrificado e enluvado no ânus do paciente com duração de 5 a 30 segundos, sendo nas maiorias das vezes indolor. Em condições anormais, apresenta-se lisa e elástica, dando a sensação de comprimir a ponta do nariz. É indicativo para neoplasia quando há presença de massas ou próstata dura. (ABREU et al., 2013).

A aderência ao exame de toque retal mostra que, quando os homens obtêm um resultado negativo num primeiro exame, apenas 63% voltam a fazer um segundo exame, contra 22% num terceiro exame. (PAIVA; MOTTA; GRIEP, 2011).

4.4.3 AVALIAÇÃO HISTOPATOLÓGICA DO CÂNCER

Em relação ao diagnóstico de CAP destacamos o exame Histopatológico do tecido obtido pela biópsia da próstata. Este exame tem como objetivo de fornecer informação relacionado à graduação histológica do Sistema de Gleason, cuja função é de informar a provável taxa de crescimento do tumor e sua disseminação, através da comparação das células neoplásicas com as células prostáticas normais. (BRASIL, 2009). Quanto mais diferentes das células normais forem das células neoplásicas, mais invasivo será o tumor e mais rápida a sua disseminação. A escala de graduação do CAP varia de um a cinco, sendo o grau um o menos agressivo e o grau cinco o mais agressivos, como explanado no quadro abaixo. (BRASIL, 2002):

Sistema de Gleason	
Grau 1	As células são comumente iguais e pequenas, com pouca variação do tamanho e forma, com bordas bem definidas.
Grau 2	As células variam mais em tamanho e forma e as glândulas, ainda uniformes, aparecem frouxamente aglomeradas e com bordas irregulares.

Grau 3	As células tornam-se cada vez mais alteradas em relação à forma e tamanho, constituindo glândulas muito pequenas, uniformes e alongadas, individualizadas e cada vez mais espalhadas pelo estroma.
Grau 4	Maiorias das células estão fusionando em grandes massas amorfas ou formando glândulas irregulares, que são disseminadas anarquicamente, apresentando infiltração e invadindo os tecidos adjacentes. As glândulas podem apresentar ainda, células pálidas e grandes, com padrão hipernefróide.
Grau 5	Tumor anaplásico. As células podem apresentar-se agrupadas podendo atingir tecidos vizinhos. A massa das células pode apresentar necrose central.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (2002).

Quadro 02- Sistema de Gleason

Para se obter o escore total da classificação de Gleason, que varia de 2 a 10, o patologista gradua de um a cinco as duas áreas mais frequentes do tumor e soma os resultados, como explana o quadro abaixo:

Classificação de Gleason	Resultado
Gleason de 2 a 4	Existe cerca de 25% de chance de a neoplasia disseminar-se para fora da próstata em 10 anos, afetando outros órgãos
Gleason de 5 a 7	Apresenta cerca de 50% de chance de a neoplasia disseminar-se para fora da próstata em 10 anos, afetando outros órgãos
Gleason de 8 a 10	Existe cerca de 75% de chance de o câncer disseminar-se para fora da próstata em 10 anos, afetando outros órgãos.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (2005).

Quadro 3-Classificação de Gleason

Quanto mais baixo o escore, melhor será o prognóstico do paciente. Escores entre duas e quatro significam que a neoplasia possivelmente apresentará um crescimento lento. Escores entre cinco e sete, podem significar câncer de desenvolvimento lento ou rápido, porém depende de uma série de outros fatores tanto ambientais, químicos e físicos, incluindo o tempo que o paciente tem a

neoplasia. Escores do final da escala, entre oito e dez, significam uma neoplasia com crescimento muito rápido. (ABREU et al., 2013).

]

4.5 TRATAMENTO

O tratamento da neoplasia prostática deve ser individualizado para cada paciente, levando sempre em consideração a idade do paciente, aos estágios do tumor, tamanho da próstata, expectativa de vida, aos anseios e medos do pacientes e aos recursos e materiais técnicos disponíveis. (BRUNNER; SUDDARTH, 2006).

O Instituto Nacional de Câncer (2008) instituiu os principais tratamentos relacionados a essa enfermidade, nos quais destacamos:

- Cirurgia Radical (Prostatovesicuclectomia Radical): utilizada em tumores localizados em situações anatômicas favoráveis, sendo considerada uma modalidade muito importante na cura, porém possui pouca eficácia em tumores disseminados.
- Radioterapia: utilizado em tumores que costumam voltar após as cirurgias, podendo causar lesões nas células próximas ao tumor. A quantidade de aplicação depende do tamanho do tumor.
- Quimioterapia: Utilizam-se medicamentos que ocasiona danos às células, são utilizados vários tipos de drogas antineoplásicas. Sua utilização pode ocorrer após a deficiência dos tratamentos citado acima.

4.6 PROGRAMA SAÚDE DO HOMEM

Muitos problemas poderiam ser evitados caso os homens realizassem com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, o sofrimento físico e emocional do paciente/família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas. (BRASIL, 2008).

Fundamentados destes princípios o Ministério da Saúde (MS), através da Portaria nº 1.944, de agosto de 2009, estabeleceu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que teve como objetivo de melhorar a qualidade da saúde da população brasileira, colaborando assim, de modo efetivo na diminuição da morbidade e da mortalidade

desse grupo, facilitando o acesso para os mesmos nas ações de serviços público de saúde. (BRASIL, 2009).

A implementação dessa política deverá acontecer de forma integral às demais políticas existentes, de forma hierarquizada, dando prioridade à atenção primária, tendo como porta de entrada o Sistema de Saúde. Esse programa tem como princípios a humanização/qualidade, enfatizando também a promoção o respeito à ética aos direitos do homem, respeitando suas crenças e suas particularidades socioculturais. Essa política abrange varias áreas de saúde do homem, como: adolescência, violência, álcool, tabagismo, deficiência, velhice e tumores. (NADIA; FAVORITO, 2007).

Segundo o MS (2009), para estabelecer esses princípios de humanização e da qualidade da atenção integral, devem estabelecer os seguintes critérios:

- Acesso da população masculina aos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede, possibilitando a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe de saúde;
- Informar e orientar à população masculina, aos familiares e comunidade sobre a promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos e das enfermidades relacionado à saúde do homem;
- Ter vínculo com diversas áreas do governo, setor privado, sociedade, compondo redes de compromissos e corresponsabilidade quanto á saúde e a qualidade de vida desse público alvo;
- Capacitação precoce dessa população, através de atividades de prevenção primária, sobre as principais doenças ocorridas no sexo masculino;
- Capacitação dos profissionais de saúde para atendimento do homem.

O processo de avaliação da implantação e implementação dessa Política deverá acontecer de acordo com as pactuações realizadas pela três esferas governamentais, baseado no monitoramento dos indicadores do Pacto pela Vida, a ser realizado pelo conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (BRASIL, 2008).

Essa avaliação tem como finalidade essencial atender as dimensões dos princípios e diretrizes dessa política, buscando verificar sua efetividade.

4.7 FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO EXAME PREVENTIVO

A deficiência da informação, preconceito ao toque retal e PSA, inexistência de procedimentos específicos e sensíveis que possuem capacidade de detectarem a neoplasia na fase microscópica e a dificuldade de implantação de rotinas e serviços públicos de saúde são alguns dos fatores que podem interferir na adesão do exame preventivo da próstata. (LIMA et al., 2007). Outros fatores que se destacam intervindo no exame preventivo são:

4.7.1 DEFICIÊNCIA DE INFORMAÇÃO SOBRE EXAME PREVENTIVO

A falta de informação e/ou a informação incorreta sobre a neoplasia de próstata refletem falsas credences, dificultando uma adesão consistente aos exames de detecção precoce. A desinformação atinge com maior intensidade a população masculina com menor nível de escolaridade e poder socioeconômico. (Gomes, 2008).

Em 2011 Vieira e Gonçalves realizou uma pesquisa na cidade de Massambará, distrito do município de Vassouras. Os sujeitos da pesquisa foram os homens das Zonas Rural e Urbana do município de Vassouras-Rio de Janeiro. Participaram 20 homens entre a faixa etária de 50 a 65 anos de idade, sendo 10 (50%) moradores da zona rural e 10 (50%) da zona urbana. Dos entrevistados, 9 (45%) de sujeitos da faixa etária dos 50 (cinquenta) anos tem o primeiro grau completo e 11 (55%) dos entrevistados relatam não ter o primeiro grau completo. Tal realidade fez com que houvesse uma maior dificuldade quanto ao entendimento da pesquisa, conseqüentemente as respostas e até mesmo os cuidados com a saúde em relação à pesquisa.

Segundo os autores que realizaram a pesquisa os conhecimentos dos sujeitos da área rurais foram insatisfatórios. Praticamente nenhum deles teve algum conhecimento e os que relataram era algo muito vago. É importante ressaltar, que deve ser dar uma importância maior a este grupo, demandando ações educativas, já que ao longo de décadas o cuidado com a saúde do homem no Brasil praticamente não existia.

4.7.2 DIFICULDADE DO USUÁRIO NA BUSCA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Diversas metodologias comparativas, relacionadas entre homens e mulheres, comprovam que o sexo masculino é mais vulneráveis às enfermidades. Essa vulnerabilidade está relacionada aos homens que não buscam os serviços de saúde, pois muitos agravos poderiam ser evitados, caso esse público realizasse eventualmente, medidas de prevenção primária.(OLIVEIRA, 2012).

Uma explicação destacada pelo sexo masculino para não procurar os serviços de saúde, está relacionado ao horário de seus serviços coincidirem com os mesmo horários de funcionamento dos serviços de saúde. Alegam também, a dificuldade de ter acesso aos serviços de saúde para marcar consultas, onde os mesmo não têm paciência de enfrentar filas intermináveis, atrapalhando, assim, sua jornada de trabalho. Outro fator destacado por esse grupo é a falta de recursos financeiros para conseguir uma consulta nos serviço de saúde privado ou para ter acesso aos exames complementares. (GOMES et al., 2008).

Outra justificativa para a pouca presença masculina nos serviços desse nível, é em relação de que o homem não se preocupa com sua saúde e desvaloriza o autocuidado. Resumido a isto, os homens optam por soluções mais rápidas e objetivas para seus problemas de saúde, buscando lugares como farmácias e prontos-socorros, onde alcançam resultados mais práticos e com maior facilidade no atendimento. (NETO; GUIMARÃES, 2013).

Para Baasch (2007), os homens acreditam que saúde é a ausência de doenças, metáfora que demonstra claramente a na forma como eles utilizam os serviços de saúde o fazendo mediante de demandas emergenciais e curativas. Já Gomes et al. (2011), abordam em sua pesquisa que o sexo masculino só procura atendimento de saúde com a finalidade de tratar de doenças, não se interessando por ações educativas e preventivas, o que confirma uma tendência predominadora do modelo curativo no perfil de utilização dos serviços.

Uma pesquisa realizada por Paiva, Motta e Griep (2011) com 160 homens, com idade entre 50 e 80 anos, constatou que cerca de 15% dos entrevistado relataram que umas das principais barreiras relacionado a não adesão do exame preventivo está vinculado ao médico nunca solicitar o exame preventivo.

Para autores citado acima esse fato representa perda de oportunidade de prevenção para saúde pública. Além disso, esse resultado poderia estar associado

ao fato de muitos homens não se sentirem com o direito de requerer o exame preventivo, durante as consultas médicas. Portanto, oportunidades de detecção de uma doença, cuja prevenção é essencial, podem estar sendo perdidas no serviço de saúde, uma vez que os homens, que vão ao mesmo, saem sem que seja solicitado o exame.

Já para Carrara, Russo, Faro (2009), isso ocorre porque geralmente eles não são ouvidos nos consultórios, pela falta de postura de alguns profissionais de saúde e as consultas de curta duração não permitindo o homem se expressar.

4.7.3 MITO/MEDO

Muitos mitos a respeito do câncer estão pautados nas crenças originadas no século XIX. Neste período, acreditava-se que o câncer de próstata era uma doença sexualmente transmissível, cujo ideológico era explanada devido às deformidades impostas pelo tumor que era semelhante às lesões ocasionadas por doenças venéreas. Entre os mitos presentes na atualidade, está associado ao toque retal provocaria a dor. A resistência a este exame pode estar caracterizado a meros preconceitos. Na raiz desses preconceitos, dentro de outros aspectos, a ignorância se destaca em pensar que o toque retal provocaria algum tipo de desconforto. Independentemente do fato de haver ou não dor, a preocupação desse público com a dor parecem ignorar a dimensão subjetiva do problema, reduzindo-o apenas a sua dimensão física. (GOMES, 2002).

Baseado nesta discussão Gomes (2003), procurou aprofundar sobre esta questão de medo e dor relacionado ao exame. O mesmo considera que o toque retal é uma técnica que pode provocar no homem o medo de ser tocado na sua parte “inferior”, podendo esse medo se desdobrar em outros medos. Mesmo que o homem não sinta dor, no mínimo desconforto físico e psicológico de estar sendo tocado, numa parte íntima.

Outro ponto destacado pelo autor é o medo relacionado à possível ereção que pode surgir a partir do toque e ser vista como indicador de prazer. Para os homens a ereção representa prazer, eles não conseguem compreender que a ereção pode ser apenas uma reação fisiológica.

Para Santos (2006) o medo dos homens em realizar os exames preventivos de próstata está vinculado ao diagnóstico, pois os mesmos tem uma percepção que

essa enfermidade pode trazer consequências, como por exemplo, a disfunção erétil, afetando, assim, sua vida sexual.

4.7.4 PREOCUPAÇÃO E ANSIEDADE

Segundo Oliveira (2012) os homens mostram preocupação e ansiedade quanto à realização do toque retal, e do possível diagnóstico de câncer de próstata, havendo maior intensificação desses sentimentos, quando há presença de sinais e sintomas relacionados ao desenvolvido desta enfermidade. Estes sentimentos podem estar relacionados pelo fato da patologia ameaçar sua identidade masculina, ocorrendo nestes indivíduos conflitos psicológico/emocionais, onde os mesmos não conseguem manter o relacionamento afetivo, amoroso, sexual e entre outras atividades do seu cotidiano.

4.7.5 VERGONHA, CONSTRANGIMENTO E NERVOSISMO.

Outro fato que contribui para falta de cuidado dos homens com a sua saúde é a vergonha de ficar exposto diante do profissional de saúde. Para Aguiar et al. (2014), essa justificativa, na visão dos homens, está associada a um sinal de fraqueza . Possivelmente, essa vergonha se associa à falta de hábito de se expor ao profissional de saúde.

Segundo o autor citado acima, o sentimento de vergonha e constrangimento está relacionado ao exame que será realizado e pela presença de acompanhante (irmão ou esposa) contra vontade dele ou a falta da maneira do médico de intervir na sua privacidade. É garantida ao paciente, a individualidade, a privacidade, o respeito de seus valores religiosos, éticos e culturais. A presença de acompanhante só será permitida se o cliente aceitar nas suas consultas médicas.

Estes sentimentos estão mais associados à primeira experiência do exame, a falta de informação sobre este tema e pela explicação médica sobre como será realizado o procedimento. (GOMES, 2003).

Outro dado a ser salientado é que os homens podem apresentar frente ao exame digital constrangimento porque tal procedimento “viola” os preceitos masculinos, em sua condição de ser ativo. Deste modo o homem que realiza o

exame poderia estar conspirando contra sua masculinidade. Percebe-se que ainda existem muitos mitos em relação às questões subjetivas envolvidas no toque retal e, para desmitificá-las, demandará tempo para que novas pesquisas que enfoquem o assunto sejam realizadas. (PAIVA; MOTTA; GRIEP, 2011).

Em relação ao nervosismo predomina mais quando há alguma alteração do exame PSA e do toque retal, podendo também estar relacionados aos fatores descritos acima. (BRASIL, 2012).

4.8 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

A atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS) compreende um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. As Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS) representam uma porta de entrada importante para o sistema de atenção a saúde no Brasil, e respondem por um grande número de consultas e outros procedimentos. (STARFIELD, 2002).

Um dos principais problemas de saúde do homem está vinculado ao câncer de próstata, entretanto existe possibilidade de detecção precoce nesta neoplasia. Neste contexto, torna-se essencial o estabelecimento de estratégias assistenciais e de atividades educativas constantes e persistentes direcionadas ao público masculino. (PAIVA; MOTTA; GRIEP, 2010).

Todo contato com pacientes do sexo masculino nos serviços de saúde devem ser considerados oportunos no que diz a respeito ao exame de rastreamento desta neoplasia. Um estudo realizado por Amorim (2011) revelou uma maior prevalência da realização do exame de detecção da neoplasia prostática entre os homens que passaram por consulta odontológica nos últimos anos, episódio que provavelmente esteja relacionado à entrada deste grupo nas localidades de atendimento a saúde, onde os mesmos recebem orientações diretas ou indiretas dos profissionais. Assim, torna-se de grande relevância a avaliação do conhecimento do homem a respeito dos exames de rastreamento do câncer de próstata. Os homens devem ser informados pelos serviços de saúde a respeito dos riscos e dos benefícios da realização destes exames.

O enfermeiro se destaca como educador entre os profissionais da área da saúde, pois possui vivência com o processo educativo desde o tempo acadêmico. A

enfermagem em si apresenta como metas o cuidado e o ensino, atuando junto aos pacientes, buscando mudanças de comportamento e possibilitando a promoção da saúde. O enfermeiro na promoção de saúde relacionado ao tema deste estudo destaca-se na exposição e divulgação desse tema através de campanhas e palestras, levando em consideração as percepções, crenças, níveis de informação dos homens para que se possam traçar estratégias educativas no sentido de melhor orientá-los, com vistas à adesão aos hábitos preventivos do câncer de próstata. (PAIVA; MOTTA; GRIEP, 2010).

Em relação à consulta de enfermagem a mesma é considerada uma ação de interatividade entre o enfermeiro e o paciente, sendo uma atividade independente que proporciona melhoria da qualidade de vida, por meio de uma abordagem contextualizada e participativa. Essa interação tem como objetivo de promover à saúde, prevenir doenças e limitar danos. (ROL, 2009).

O enfermeiro na consulta de enfermagem precisa desenvolver suas habilidades de comunicação, saber ouvir e dialogar, além de demonstrar interesse pelo ser humano, seu estilo de vida e sua relação com a família e a comunidade. A abordagem dos homens na consulta de enfermagem pode contribuir para a identificação de fatores de risco, sinais e sintomas de possíveis alterações que auxiliam na motivação do homem quanto ao exame de rastreamento e conseqüentemente, colaboram com a prevenção. (VIEIRA et al., 2008).

Uma das práticas desenvolvidas pelos enfermeiros durante o cuidado com o homem são as visitas domiciliar, sendo fundamentais por aproximarem o profissional com a realidade de vida do cliente. A visita permite ao visitador o reconhecimento do espaço físico, das necessidades reais apresentadas e possíveis soluções que a comunidade pode oferecer. Os enfermeiros devem funcionar como detetives analisando a população que ali habita e os fatores que podem indicar intervenções. (NETO; GUIMARÃES, 2013).

Vários problemas podem ser encontrados na prevenção da neoplasia de próstata, que podem estar relacionadas principalmente a falta de conscientização, preconceito em relação aos exames preventivos e a deficiência dos serviços de saúde pública. (VIEIRA et al., 2008).

Para Goldman (2005), o enfermeiro possui competências técnicas suficientes para proporcionar todo tipo de conhecimento relacionado à saúde dos

homens e sensibiliza-los quanto à prevenção de doenças e a manutenção de sua saúde.

O enfermeiro não deve perder a oportunidade de abordar os homens, aproveitando as situações cotidianas da assistência de enfermagem, na perspectiva da promoção da saúde e detecção precoce de agravos, no sentido de orientá-los sobre os fatores de risco e medidas de prevenção relativas ao câncer de próstata, além de identificar a presença ou não destes fatores e buscar sinais e sintomas que possam indicar alterações relacionadas. (Goldman, 2005).

A assistência de enfermagem na prevenção primária do câncer de próstata deve estar pautada na realidade do paciente. O enfermeiro deverá fornecer aos homens informações sobre os agravos que essa enfermidade pode ocasionar. Devidos as dificuldades dos homens em procurar os serviços de saúde, a enfermagem deve planejar e avaliar a assistência oferecida para esse público alvo, visando sempre alcançar o bem-estar e manutenção da saúde dessa população. Deve ser direcionada a encorajá-lo à participação nas atividades, estabelecendo as metas mútuas à aprendizagem e oferecendo informações a fim de que possam entender os efeitos dos problemas de saúde. (VIEIRA et al., 2008).

Em uma sociedade de plena transformação, a promoção em saúde segundo Buss (2000) apud Leite et al., (2009), adquire um importante papel socioeconômico e cultural, pois a população do sexo masculino, com sobrecarga das atividades diárias acaba renegando a qualidade da própria vida.

Segundo o autor citado acima os programas de educação em saúde podem ser utilizados como estratégia para reduzir o absenteísmo e a mudança no estilo de vida desse público alvo, que apresentam baixa adesão e estão poucos inseridos em políticas públicas de saúde. Outro ponto destacado pelo autor, é que a promoção em saúde poderia ser realizada também no local de trabalho da população masculina, pois o mesmo tem se mostrado um espaço propício para o desenvolvimento de programas de educação em saúde, pois, a partir desta estratégia simples este grupo alvo estaria mais informado sobre esta doença, por ser um lugar onde os mesmo passam a maioria do seu tempo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das principais barreiras para chegar à detecção precoce do CAP esta relacionada ao constrangimento, desinformação, receio, medo e o preconceito masculino em realizar o exame toque retal e dosagem de PSA. Cabe enfatizar que o PSA e o toque retal são ações preventivas de baixo custo, mesmo sendo de baixo custo acaba deixando os homens desestimulados, fazendo com que os mesmos deixem de lado a realização da prevenção do câncer de próstata.

Neste contexto, a atuação do enfermeiro na prevenção de câncer de próstata é de suma importância. Cabe o enfermeiro trabalhar junto com sua equipe, métodos que diminuem a ocorrência desta neoplasia, esclarecendo os sinais e sintomas, os meios de prevenção, entre outras informações. O enfermeiro é o elo fundamental para a prevenção do câncer de próstata, a sua atuação é de promover mudança no comportamento do cliente.

É necessário que este profissional desenvolva estratégias gerando impacto social em saúde nas comunidades para, assim, ter resultados significativos na redução dos índices de hospitalização e morbimortalidade pela doença. Realizar campanhas educativas, levando em consideração seus valores éticos, níveis de conhecimento, com o objetivo de traçar estratégias educativas no sentido de melhor orientá-los, com vistas à adesão aos hábitos preventivos do câncer de próstata.

Portanto, cabem aos profissionais de saúde, principalmente ao enfermeiro colocar as práticas de ações educativas que problematizem essa neoplasia, fazendo com que sejam disponibilizados meios e técnicas que possam orientar essa população quanto a essa doença, e deste modo, desempenhe de forma satisfatória o seu papel enquanto cuidador e educador, pois agindo nesse princípio estará atuando na redução do diagnóstico tardio da neoplasia de próstata.

REFERÊNCIAS

ABREU, A. S.; CRUZ, A. C. A.; CORTEZ, E. A.; PEREIRA, S. P.; NASCIMENTO, R. M. S. Strategies for the prevention of prostate câncer. **Rev. pesq: cuid.fundam.** online 2013. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a33v13n6.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a33v13n6.pdf)>. Acesso em: 14 abr. 2014.

AGUIAR, C. G.; ROCHA, J. F. D.; CARNEIRO, J. A.; COSTA, F. M. Interferências socioculturais e institucionais no acesso do homem aos serviços de atenção primária à saúde. **Rev. da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 1, p. 381-390, 2014. Disponível em: <[http://www.revistas.unincor.br/index.php/ revista_unincor/article/view/1383/pdf_122](http://www.revistas.unincor.br/index.php/revista_unincor/article/view/1383/pdf_122)>. Acesso em: 26 ago. 2014.

ALMEIDA, J. R. C. Marcadores tumorais: Revisão de literatura. **Rev. Brasileira de Cancerologia** 2007; 53(3): 305-316. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v03/pdf/revisao1.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2014.

AMORIM, V. M. S. L.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; GOLDBAUM, M.; CARANDINA, L.; ALVES, M. C. G. P. Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 347-356, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/16.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2014.

BAASCH, M. S. A percepção de homens da comunidade do alto aririú sobre seus cuidados em saúde. 2007. 57f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2007. **Rev. da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, v. 12, n. 1, p. 381-390, jan./jul. 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2014.

BAROUKI, M. P. E. Rastreamento do câncer de próstata em homens acima de 50 anos através do exame diagnóstico de PSA. **Rev. Eletrônica Gestão & Saúde** ISSN:1982-4785, 2011. Disponível em: <gestoesaude.unb.br/index.php/gestoesaude/article/download/142/pdf>. Acesso em: 28 fev. 2014.

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: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_da_prostata.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2013.

_____. **Estimativa 2006:** Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/versaofinal.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2013.

_____. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf>. Acesso em: 15 out. 2013.

_____. **Estimativas 2012.** Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/tabelaestados.asp?uf=br>>. Acesso em: 15 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2005:** Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. **Estimativa 2012:** Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa_2012_2111.pdf>. Acesso em: 25 out. 2013.

_____. **Estimativa 2014:** Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro de 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acesso em: 05 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. PNAISH – **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem.pdf>. Acesso em: 12 out. 2013.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Documento a ser apresentado à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) com as contribuições do Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde. Brasília, maio de 2009. Disponível em: <www.brazil.org.br>. Acesso em: 13 jul. 2013.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. **Rev. ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação ; organização Luiz Claudio Santos Thuler. – 2. ed. rev. e atual. – Rio de**

Janeiro : Inca, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf>. Acesso em: 31 out. 2013.

_____. Programa nacional controle do câncer da próstata: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2002. **Rev. Enferm UNISA**. 2012; 13(1): 13-20. Disponível em: <www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/.../2012-1-02.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2014.

BRENTANI, M, M. **Bases da oncologia**. São Paulo: LEMAR- Livraria e Editoria Marina,1998.

BRUNNER, L. S; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ª ed.; vol. 3 Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, 2006.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Rev. Ciênc Saúde Coletiva**. 2000; 5(1): 163-77. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reflinks.php?>>. Acesso em: 05 set. 2014.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política da atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [3]: 659-678, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a06v19n3.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2014

DANGELO, J. G. **Anatomia humana sistêmica e segmentar**- 3 ed. Revista-São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

FONSECA, J. F.; PALMAS A. S. Urologia em Medicina Familiar: **HBP – Sintomas e impacto na qualidade de vida**. Associação Portuguesa de Urologia. Julho 2010. Disponível em: <http://www.apurologia.pt/medicina_familiar/hbp.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2014.

DIDIO, L. J. A.; LEO, P. P.; DIDIO, L. J. A. Sistema genital masculino. **Tratado de Anatomia Sistêmica e Aplicada**, 2002.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. **Pesquisa social: teoria e método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes; 2002. p. 67-80. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/26.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2013.

GOMES, R. **Sexualidade masculina e saúde do homem**: proposta para uma discussão. Ver. C. S. Col, 2003; 8 (3): 825-29. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/26.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2013.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; REBELLO, L. E. F. S.; ARAÚJO, F. C. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Rev.Ciênc saúde coletiva**. 2008. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/246/1/arranhaduras%20masculinidade%20discussao%20toque.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2014.

GOMES, R.; MOREIRA, M. C. N.; NASCIMENTO, E. F.; REBELLO, L. E. F. S.; COUTO, M. T.; SCRAIBER, L. B. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Rev.Ciênc. saúde coletiva**, v.16, suppl.1, p. 983-992. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a33v13n6.pdf>>. Acesso em: 14 abr.2014.

GOLDMAN, L. **Cecil Tratado de Medicina Interna**. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevire Ltda,2005.186p.

LEITE, D. F.; FERREIRA, I. M^a. G.; SOUZA, M^a. S.; NUNES, V.S.; CASTRO, P. R. **A influência de um programa de educação na saúde do homem**. Trabalho apresentado em forma de pôster, no IV Congresso Brasileiro de Reabilitação, realizado no Expo Center Norte, junho de 2009 com o tema central: Gestão da Saúde no Brasil – Questão de Cidadania. Disponível em: <http://saocamilos-sp.br/pdf/mundo_saude/74/06_original_influencia.pdf>. Acesso em: 05 set. 2014.

LIMA, A. C. F.; SILVA, K. V. M.; CAETANO, J. A.; ANDRADE, L. M. Conhecimento dos trabalhadores de uma universidade privada sobre a prevenção de câncer de próstata. **Rev. Cogitare Enferm**. p. 460-465, out/dez. 2007. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3783.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2014.

MEDEIROS, A. P.; MENEZES, M. F. B.; NAPOLEAO, A. A. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. **Rev. bras. enferm**. vol. 64, n.2, pp. 385-388. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em: 26 ago. 2014.

NARDIA, G. S.; FAVORITO L. Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil, **International Braz J Urol**, v. 33, p. 1-7, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ibju/v34n5/v34n5a07.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.

NETO, F. R.; GUIMARÃES, X. Trabalho do enfermeiro na atenção à saúde do homem no território da estratégia saúde da família. **Rev. Gestão e Saúde**, v. 4, n. 1, p. pag. 1741-1756, 2013. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/313>>. Acesso em: 26 ago. 2014.

OLIVEIRA, J. P. D. Exame preventivo do câncer de próstata: impressões e sentimentos. **Rev. Enferm UNISA**. 2012; 13(1): 13-20. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-1-02.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2014.

PAIVA, E. P. P.; MOTTA, M. C. S.; GRIEP, R. H. **Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 88-93, 2010. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/Trabalhos/Elenir_Pereira_de_Paiva.pdf>. Acesso em: 15 out. 2013.

PAIVA, E. P.; MOTTA, M^a. C. S.; GRIEP, R. H. Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer de próstata. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 19(1):[08 telas] jan-fev 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_11.pdf>. Acesso em 30 nov. 2014.

RESS, G. G. **Rev. Isto é: guia da Saúde Familiar: Câncer**. São Paulo: Editora três, 2001.

RIBEIRO, A. M.; OPARACZ, V.; CULIBABA, M. M. O Papel do Enfermeiro com Pacientes Portadores do Câncer de Próstata. Curitiba – Paraná, 2006. **Rev. Científica do ITPAC**, Araguaína, v.5, n.1, Pub.3, Janeiro 2012. Disponível em: <<http://www.itpac.br/hotsite/revista/artigos/51/3.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2013.

ROL, S. **A visita domiciliar como ação para promoção da saúde da família: um estudo crítico sobre as ações do enfermeiro** [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009. Disponível em: <rescac.com.br/rescac/index.php/ojs/article/download/23/26>. Acesso em: 24 mar. 2014.

ROVERATTI, D. S. **Guia da Sexualidade-** reedição ampliada e ilustrada/ Dagmar Santos Roveratti –São Paulo- SP, 2012-454p.

SANTOS, R. B. **Homens com câncer de próstata: um estudo da sexualidade á luz da perspectiva heideggeriana**. Dissertação apresenta á Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/ USP-Derp. Psicologia e Orientação. Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: <www.teses.usp.br>. Acesso em: 17 out. 2013.

SILVA, J. C. SEZA. S. **Biologia**- volume único. 3. ed.reform.- São Paulo: Saraiva, 2003. Disponível em:<<http://www.google.com.br/imgres>>. Acesso em: dia 17 out. 2013.

SIMIÃO, F. K; RAMOS, R. M. **A Importância da prevenção do câncer de próstata e o papel do profissional de enfermagem**. Artigo apresentado no IV Seminário de Pesquisas e TCC da FUG no semestre 2012-2. Disponível em: <<http://fug.edu.br/2010/pdf/tcc/A%20IMPORTANCIA%20DA%20PREVENCAO.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2014.

SOUZA, R. R. **Anatomia Humana**- primeira edição brasileira. Editora Manole Ltda- São Paulo, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://unesdoc.unesco.org/images. por.pdf](http://unesdoc.unesco.org/images/por.pdf)>. Acesso em: 24 out.2014.

STOFFEL, D. V. Produção didática pedagógica: **unidade didática sistema reprodutor feminino e masculino: sexualidade em discussão**. Secretaria de Estado da Educação Superintendência da Educação Departamento de Políticas e Programas Educacionais Coordenação Estadual do PDE Toledo – PR, 2008. Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2355-6.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2014.

VIEIRA, L. J. E. S.; SANTOS, Z. M^a. S. A.; LANDIM, F. L. P.; CAETANO, J.A.; NETA, C. A. S. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 145-152, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/18.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2013.

VIEIRA, A. C. O. A.; POMPEO, A. C. L.; LUCON, A. M.Repercussões da comunicação do diagnóstico de câncer da próstata na sexualidade masculina. **Rev. Brasileira de Medicina**. P. 10-14, 2005. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/bis/pdfs/bis_v14_1.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2013.

VIEIRA, E. S.; GONÇALVES, S. J. C. A Percepção dos Trabalhadores da Zona Rural e Urbana em Relação ao Toque Retal como Medida de Prevenção do Câncer de Próstata. **Revista Pró-univer SUS**, Vassouras, v. 2, n. 1/jun., 2011. Disponível em: <http://www.uss.br/pages/revistas/revista_prouniversus/V2N12011/pdf/001_A_Percepcao_Trabalhadores.pdf>. Acesso em nov. 2014.

WANDSCHEER, L. **Melhoria da rede pública de saúde ajudaria evitar câncer de próstata.** 2009. Disponível em: <<http://www.diariodasaude.com.br/news>>. Acesso em: 14 jul.2013.