

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM

MÁRCIA OZEAS RODRIGUES

SAÚDE DO HOMEM: UM DESAFIO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE
PRÓSTATA DOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO
BAIRRO DE BOM PASTOR – NATAL/RN

NATAL/RN
2010

MÁRCIA OZEAS RODRIGUES

SAÚDE DO HOMEM: UM DESAFIO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE
PRÓSTATA DOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO
BAIRRO DE BOM PASTOR-NATAL/RN

O trabalho de conclusão de curso apresentada ao
Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense
para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte,
como requisito obrigatório para obtenção do Grau
de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Izete Soares da Silva Dantas Pereira
(Dra).

NATAL/RN
2010

RB-35.352

FARN
BIBLIOTECA
Nº Reg. M001809
31 / 01 / 2012

M
614-055.1
R614.5
2010
ex 01

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Rodrigues, Márcia Ozeas.

Saúde do homem: um desafio na prevenção do câncer de próstata dos usuários da Unidade Básicas de Saúde do bairro de Bom Pastor – Natal/RN / Márcia Ozeas Rodrigues. – Natal: FARN, 2010.
, xxf.

Orientador: Izete Soares da Silva Dantas Pereira (Dra.)

Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Papel do Enfermeiro – Monografia. 2. Saúde do homem – Monografia. 3. Câncer de Próstata - Prevenção – Monografia. I. Título.

MÁRCIA OZEAS RODRIGUES

O trabalho de conclusão de curso intitulado: SAÚDE DO HOMEM: UM DESAFIO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA DOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA SAÚDE DO BAIRRO DE BOM PASTOR NATAL/RN, apresentada pela aluna Márcia Ozeas Rodrigues como requisito obrigatório para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, foi considerada aprovada pela Banca Examinadora, abaixo designada.

Aprovado em: ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Izete Soares da Silva Dantas Pereira (Dra).
Orientadora
FARN

Prof^º Osvaldo de Góes Bay Junior (Msc).
Avaliador Interno
FARN

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado a vida, a saúde, a família, a educação e a oportunidade de fazer este trabalho. Agradeço também aos meus pais, ao meu irmão e aos meus amigos por estarem comigo neste momento.

Agradeço também a todos os meus professores, especialmente os que me ensinaram a importância da educação e a importância de ser um profissional ético e comprometido. Agradeço também aos meus colegas de curso por terem me apoiado e incentivado durante toda a minha jornada acadêmica. Agradeço também aos meus amigos por terem me incentivado a estudar e a não desistir. Agradeço também aos meus familiares por terem me incentivado a estudar e a não desistir.

Um agradecimento especial ao meu pai, Marcelo Pessoa Rodrigues, pelo incentivo, apoio e compreensão durante toda a minha jornada acadêmica. Agradeço também ao meu irmão, Alexandre, pelo incentivo e apoio. Agradeço também ao meu irmão, Lucas, pelo incentivo e apoio.

Agradeço também ao meu pai, Marcelo Pessoa Rodrigues, pelo incentivo, apoio e compreensão durante toda a minha jornada acadêmica. Agradeço também ao meu irmão, Alexandre, pelo incentivo e apoio. Agradeço também ao meu irmão, Lucas, pelo incentivo e apoio.

Agradeço também ao meu pai, Marcelo Pessoa Rodrigues, pelo incentivo, apoio e compreensão durante toda a minha jornada acadêmica. Agradeço também ao meu irmão, Alexandre, pelo incentivo e apoio. Agradeço também ao meu irmão, Lucas, pelo incentivo e apoio.

Agradeço também ao meu pai, Marcelo Pessoa Rodrigues, pelo incentivo, apoio e compreensão durante toda a minha jornada acadêmica. Agradeço também ao meu irmão, Alexandre, pelo incentivo e apoio. Agradeço também ao meu irmão, Lucas, pelo incentivo e apoio.

Agradeço também ao meu pai, Marcelo Pessoa Rodrigues, pelo incentivo, apoio e compreensão durante toda a minha jornada acadêmica. Agradeço também ao meu irmão, Alexandre, pelo incentivo e apoio. Agradeço também ao meu irmão, Lucas, pelo incentivo e apoio.

Agradeço também ao meu pai, Marcelo Pessoa Rodrigues, pelo incentivo, apoio e compreensão durante toda a minha jornada acadêmica. Agradeço também ao meu irmão, Alexandre, pelo incentivo e apoio. Agradeço também ao meu irmão, Lucas, pelo incentivo e apoio.

Agradeço também ao meu pai, Marcelo Pessoa Rodrigues, pelo incentivo, apoio e compreensão durante toda a minha jornada acadêmica. Agradeço também ao meu irmão, Alexandre, pelo incentivo e apoio. Agradeço também ao meu irmão, Lucas, pelo incentivo e apoio.

Agradeço também ao meu pai, Marcelo Pessoa Rodrigues, pelo incentivo, apoio e compreensão durante toda a minha jornada acadêmica. Agradeço também ao meu irmão, Alexandre, pelo incentivo e apoio. Agradeço também ao meu irmão, Lucas, pelo incentivo e apoio.

Agradeço também ao meu pai, Marcelo Pessoa Rodrigues, pelo incentivo, apoio e compreensão durante toda a minha jornada acadêmica. Agradeço também ao meu irmão, Alexandre, pelo incentivo e apoio. Agradeço também ao meu irmão, Lucas, pelo incentivo e apoio.

Agradeço também ao meu pai, Marcelo Pessoa Rodrigues, pelo incentivo, apoio e compreensão durante toda a minha jornada acadêmica. Agradeço também ao meu irmão, Alexandre, pelo incentivo e apoio. Agradeço também ao meu irmão, Lucas, pelo incentivo e apoio.

Agradeço também ao meu pai, Marcelo Pessoa Rodrigues, pelo incentivo, apoio e compreensão durante toda a minha jornada acadêmica. Agradeço também ao meu irmão, Alexandre, pelo incentivo e apoio. Agradeço também ao meu irmão, Lucas, pelo incentivo e apoio.

Agradeço também ao meu pai, Marcelo Pessoa Rodrigues, pelo incentivo, apoio e compreensão durante toda a minha jornada acadêmica. Agradeço também ao meu irmão, Alexandre, pelo incentivo e apoio. Agradeço também ao meu irmão, Lucas, pelo incentivo e apoio.

Agradeço também ao meu pai, Marcelo Pessoa Rodrigues, pelo incentivo, apoio e compreensão durante toda a minha jornada acadêmica. Agradeço também ao meu irmão, Alexandre, pelo incentivo e apoio. Agradeço também ao meu irmão, Lucas, pelo incentivo e apoio.

Agradeço também ao meu pai, Marcelo Pessoa Rodrigues, pelo incentivo, apoio e compreensão durante toda a minha jornada acadêmica. Agradeço também ao meu irmão, Alexandre, pelo incentivo e apoio. Agradeço também ao meu irmão, Lucas, pelo incentivo e apoio.

Agradeço também ao meu pai, Marcelo Pessoa Rodrigues, pelo incentivo, apoio e compreensão durante toda a minha jornada acadêmica. Agradeço também ao meu irmão, Alexandre, pelo incentivo e apoio. Agradeço também ao meu irmão, Lucas, pelo incentivo e apoio.

Agradeço também ao meu pai, Marcelo Pessoa Rodrigues, pelo incentivo, apoio e compreensão durante toda a minha jornada acadêmica. Agradeço também ao meu irmão, Alexandre, pelo incentivo e apoio. Agradeço também ao meu irmão, Lucas, pelo incentivo e apoio.

Agradeço também ao meu pai, Marcelo Pessoa Rodrigues, pelo incentivo, apoio e compreensão durante toda a minha jornada acadêmica. Agradeço também ao meu irmão, Alexandre, pelo incentivo e apoio. Agradeço também ao meu irmão, Lucas, pelo incentivo e apoio.

Dedico

Ao meu pai **Marcelo Pessoa Rodrigues** que vive na vida invisível, onde agente não pode ver, mas está sempre em meus pensamentos e dentro do meu coração. A minha amada mãe **Dilma Ozeas Rodrigues** que permitiu a realização neste sonho e ao meu noivo **Natanaelyle Randemberg** pelo companheirismo, compreensão, apoio e amor sincero neste tempo que dediquei a minha graduação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela força, coragem e vida, por se fonte inesgotável de luz que ilumina e guiam todos os meus passos todos os dias e este sempre presente em minha vida.

Quero agradecer a todos os meus familiares que me apoiaram e incentivaram nesta caminhada, especialmente com grande admiração, amor, respeito e por terem me concedido a vida, aos meus pais Marcelo Pessoa Rodrigues que foi meu melhor amigo, me apoio nas horas difíceis e vibrou com minhas vitórias e Dilma Ozeas Rodrigues que em nenhum momento mediu esforços para possibilitar minha formação, por toda confiança, sabedoria e por sempre esta ao meu lado. Devo minha vida a você e espero poder retribuir todo esse amor e atenção. Serei eternamente grata a vocês.

Um muitíssimo obrigado ao meu amado noivo Natanaelyle Randemberg, pela dedicação, carinho, atenção e principalmente o companheirismo, e por sempre estar ao meu lado, você e o meu porto seguro, onde me sinto protegida aos teus braços.

A minha querida prima Scheyla Fernandes pelo exemplo de vida, e por te me ajudado sempre que precisei.

A minha amada tia Dione Pessoa que faz parte da minha vida e que sempre vou lembrar com muito carinho por esta sempre ao meu lado, e por ter ajudado a chegar ate aqui.

A Débora Pessoa pelos incentivos e ajudas sempre que precisei.

Tenho enorme gratidão ao senhor Fernando Santos e Senhora Alzira Santos pela força nessa caminhada.

A Nadson Gutemberg meu cunhado pelo apoio e carinho durante toda a graduação.

Aos meus amigos de turma, agora de profissão, em especial Charles da Paz, Gisele Gurjão e Luana Zumba, vocês fazem parte de minha vida e que sempre vou lembrar com muito carinho, pois tornaram meus dias mais divertidos e alegres.

Um agradecimento especial a minha orientadora professora Dra. Izete Soares da Silva Dantas Pereira, pela oportunidade e ensinamentos transmitidos através de suas experiências de vida, sua enorme segurança em suas palavras e de seus conhecimentos, por acreditar em meus esforços, mostrando várias alternativas, sendo paciente com minhas preocupações, por conceder parte de seu precioso tempo. Mestre e amiga que soube orientar e direcionar a minha pesquisa. Quem a conhece a respeita, pela maravilhosa caminhada, sabe que suas lições de vida são lições de vida para todos nós. Você foi um presente de Deus, muito obrigada por

todas as orientações, pela atenção, dedicação, interesse de sua parte e principalmente ter construído este trabalho comigo, para que eu conseguisse realizar esta pesquisa tão desejada.

A professora e coordenadora Juçara Machado Sucar pelos ensinamentos e profissionalismo, pelo carinho e atenção sempre que precisei.

Aos mestres um agradecimento por compartilhar conhecimentos e com muita competência transmitirem lições acadêmicas, experiências de vida e orientações constantes e valiosas. Em especial: Alessandra Mussi, Danielle Souto de Medeiros, Everlane, Ketsia Medeiros, Germiniana, Liana Batista de Melo, Maria Cléia de O. Viana, Maria Lucia C. Nascimento, Neyla Bila Osvaldo Góes Bay Junior, Patricia Fonseca, Rasland e Sandra Michelle Bessa. Todos vocês fizeram parte de minha vida e que vou lembrar com muito carinho.

Aos preceptores das aulas prática por toda atenção, paciência em especial a Aniuska Coutinho, Raquel Trovão, Graça Nicolete e Luzineide Ferraz.

OS funcionários da FARN em especial, a Almir da Xerox, Iranildo e Heriberto, pela atenção e montagem de computadores e a Maria do Socorro da biblioteca.

RESPONSA

Quando se fala em sustentabilidade econômica, o primeiro conceito que vem à mente é o de lucro. Mas, quando se fala em sustentabilidade social, o conceito que vem à mente é o de bem-estar. Quando se fala em sustentabilidade ambiental, o conceito que vem à mente é o de preservação. Mas, quando se fala em sustentabilidade econômica, social e ambiental, o conceito que vem à mente é o de desenvolvimento sustentável. Este conceito foi definido pela Comissão Mundial sobre o Desenvolvimento Sustentável, criada em 1983, como "aquele que atende às necessidades do presente sem comprometer a capacidade das gerações futuras de atender às suas próprias necessidades". Este conceito é baseado em três pilares: econômico, social e ambiental. O pilar econômico refere-se ao crescimento econômico e à geração de empregos. O pilar social refere-se ao bem-estar social e à equidade. O pilar ambiental refere-se à preservação do meio ambiente e dos recursos naturais. O desenvolvimento sustentável é um conceito que busca integrar estes três pilares, de modo a garantir que o crescimento econômico não comprometa o bem-estar social e a preservação ambiental.

Tradução: [nome da pessoa] - [nome da instituição]

"Nunca deixe que lhe digam que não vale à pena acreditar no sonho que se tem ou que seus planos nunca vão dar certos ou que você nunca vai ser alguém..."

Renato Russo

RESUMO

Dentre as várias enfermidades existentes, o câncer constitui uma das doenças que vem aumentando na população, pois, embora seja conhecida há muitos séculos, somente nas últimas décadas essa enfermidade vem ganhando uma dimensão maior, passando a ser um evidente problema de Saúde Pública Mundial. No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens. Em valores absolutos é o sexto tipo mais comum no mundo e o mais prevalente no sexo masculino, representando cerca de 10% do total de cânceres. Este trabalho tem como objetivo investigar como estão as ações de prevenção do Câncer de próstata no bairro de Bom Pastor e quais as atividades desenvolvidas que possam estar contribuindo para a redução da morbi-mortalidade da população masculina. Foi utilizada uma abordagem descritiva de cunho transversal quali-quantitativa exploratória. A pesquisa foi desenvolvida no bairro de Bom Pastor e participaram 45 homens do sexo masculino, com faixa etária igual ou superior a 40 anos que frequentam e estão cadastrados na UBS de Bom Pastor. Os dados mostraram que essa população masculina pouco frequenta a UBS do bairro de Bom Pastor e a maioria não tem conhecimento de programas de ações de enfermagem. Conclui-se que embora os entrevistados demonstrem interesse pela temática, poucos pretendem realizar exames preventivos, consultas de enfermagem e consultas médicas. Estes aspectos contribuem para o aumento de novos casos de câncer de próstata sem o diagnóstico precoce. A falta de informações da população e o preconceito com o exame, também são aspectos a serem considerados nas ações de enfermagem. Portanto são necessárias ações educativas e preventivas, a fim de minimizar a o impacto da doença.

Palavras-chave: Saúde do homem, Câncer de Próstata, Prevenção.

ABSTRACT

Although cancer has been known for many centuries, only in the last decades it has gained a huge dimension and becoming a public health problem worldwide due to the large number of cases in population. In absolute value, prostate cancer is the sixth most prevalent type in the world and represents about 10% of all cancers. In Brazil it is the second most common disease in men. This work aims to investigate how the Prevention of Prostate Cancer Program is being developed on Bom Pastor neighborhood and the activities that might contribute to reduce morbi-mortality rates in male population. It was employed a descriptive exploratory cross-sectional study developed with qualitative and quantitative data analysis. The research was conducted in Bom Pastor neighborhood with 45 men less than 40 years who look for treatment and are registered at UBS. The data analysis showed the low frequency of male population to the Bom Pastor UBS and how the majority is not aware of the nursing action programs. Despite showing some interest for the subject, we conclude that a small number of interviewees intend to carry out preventive examinations, medical and nursing visits. These aspects contribute to increase new cases of prostate cancer without early diagnosis. The lack of information of the population and prejudice to the survey are also aspects to be considered in the nursing actions. Educational and preventive actions are necessary in order to minimize the impact of the disease.

Keywords: Menus Health. Prostate Cancer. Prevention.

LISTA DE SIGLAS

ESF- Estratégia de Saúde Família

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

ERD - Exame retal digital

HPB- Hiperplasia próstata benigna

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA - Instituto Nacional de Câncer

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PS- Posto de Saúde

PSA - Antígeno prostático específico

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

UBS - Unidade Básica de Saúde

LISTAS DE GRÁFICOS

Gráficos 1-Distribuição para o ano de 2010 dos tipos de câncer por regiões.....	28
Gráficos 2- Distribuição do local das entrevistas realizadas.....	46
Gráfico 3-Distribuição dos entrevistados segundo o nível de escolaridade.....	47
Gráfico 4-Distribuição dos entrevistados segundo a faixa etária e estado civil.....	48
Gráfico 5-Distribuição dos conhecimentos de algum programa para os homens no Posto de Saúde.....	49
Gráfico 6-Distribuição dos tipos de exames realizados.....	52
Gráfico 7-Frequência do exame preventivo do câncer de próstata realizado segundo os entrevistados.....	53
Gráfico 8- Distribuição dos entrevistados porque os homens não buscam a realização dos exames preventivos do câncer de próstata.....	54
Gráfico 9- Distribuição dos entrevistados, segundo a frequência dos homens na Unidade Básica de Saúde.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Estimativa do número de casos novos de câncer, segundo sexo, Brasil 2010.....	26
Tabela 2- Estimativa para o ano 2010 das taxas brutas de incidência por 1000.000 e de números de casos novos por câncer em homens, segundo localização primaria.....	26
Tabela 3- Estimativa para o ano de 2010 das taxas brutas de incidência por 1000.0000 e de números de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primaria na região do Nordeste.....	27
Tabela 4- Distribuição do conhecimento do significado de câncer de próstata.....	50
Tabela 5- Respostas dos entrevistados sobre onde adquiriram o conhecimento sobre o câncer de próstata.....	51
Tabela 6- Incidência do câncer de próstata, segundo o grau de parentesco.....	55

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 CÂNCER: ASPECTO HISTÓRICOS E CONCEITUAIS	19
3 MECANISMO DE DESENVOLVIMENTO DOS TUMORES CANCERÍGINOS	22
4 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER NO BRASIL	23
5 CONHECENDO O CÂNCER DE PRÓSTATA	27
5.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA	27
5.2 O QUE É E COMO SURGE O CÂNCER DE PRÓSTATA	27
5.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO CÂNCER DE PRÓSTATA	28
5.4 DETECÇÕES DO CÂNCER DE PRÓSTATA	29
5.5 DIAGNÓSTICOS DO CÂNCER DE PRÓSTATA	30
5.6 INFORMAÇÕES SOBRE O CÂNCER DE PRÓSTATA	31
5.6.1 Tratamento clínico	32
5.6.2 Tratamento cirúrgico	32
5.6.3 Radioterapia	34
5.6.4 Quimioterapia	36
5.6.5 Hormonioterapia	37
5.6.6 Cuidados paliativos	38
6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	39
6.1 ACOLHIMENTO DOS HOMENS PORTADORES DE CÂNCER DE PRÓSTATA	40
6.2 CUIDADOS PSICOSSOCIAIS	42
7 RESULTADOS E DISCUSSÕES	44
8 SUGESTÕES RECOMENDAÇÕES	55
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICES	62
ANEXOS	67

1 INTRODUÇÃO

Dentre as várias enfermidades existentes, o câncer constitui uma das doenças que vem aumentando na população, pois embora seja conhecida há muitos séculos, somente nas últimas décadas essa enfermidade vem ganhando uma dimensão maior, passando a ser um evidente problema de saúde pública mundial. No Brasil, estudos revelam que, a partir da década de 1960, as enfermidades infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de morte, dando lugar às doenças do aparelho circulatório e aos processos neoplásicos (LIMA, 2007).

O câncer é um dos principais problemas de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, com isso o número de casos de câncer tem aumentado de maneira considerável em todo o mundo, principalmente a partir do século passado configurando-se na atualidade, como um dos mais importantes problemas de saúde pública do mundo (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005, p.228).

No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens (atrás apenas do câncer de pele não-melanoma). Em valores absolutos é o sexto tipo mais comum no mundo e o mais prevalente no sexo masculino, representando cerca de 10% do total de cânceres. A taxa de incidência é cerca de seis vezes maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento. Mais do que qualquer outro tipo, é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. O aumento observado nas taxas de incidência no Brasil pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos (exames), pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida. Alguns desses tumores podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos e podendo levar à morte. A grande maioria, porém, cresce de forma tão lenta (leva cerca de 15 anos para atingir 1 cm³) que não chega a dar sinais durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem. A estimativa do Ministério da saúde para 2010, é de que haja 52.350 novos casos desse câncer. Foram registradas 11.478 mortes ocorridas em 2007 (BRASIL, 2010).

A identificação desse problema torna-se necessário programar medidas de prevenção e que possa estimular saúde da população masculina é necessário campanhas de prevenção do câncer de próstata.

Segundo Lima (2007) a identificação nos estágios iniciais das doenças crônicas pode reduzir as taxas de morbi-mortalidade, daí a importância de implementar medidas de

prevenção. Um fator importante são as campanhas de prevenção do câncer de colo uterino e mama. Entretanto, a prevenção de enfermidades específica do sexo masculino, como, por exemplo, o processo neoplásico que acomete a próstata, não é percebido nas estratégias de cuidados a saúde.

Porém a forma como é tratada a saúde do homem e a prevenção do câncer de próstata nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) mostram a necessidade de mudança, pois a utilização por parte da população masculina, dos serviços de Saúde, tem sido pouco significativa.

De acordo com Figueiredo (2005) é bastante disseminada a idéia de que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são serviços destinados quase sempre a mulheres, crianças, adolescentes e idosos. Em relação a pouca presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde, muitas são as suposições e/ou justificativas. Há duas vertentes: de um lado, associa-se a ausência dos homens nesses serviços a uma característica da identidade masculina relacionada a seu processo de socialização. Nesse caso, a identidade masculina estaria associada à desvalorização do auto-cuidado e à preocupação incipiente com a saúde. Por outro lado, afirma-se que, na verdade, os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais direta às suas demandas. Nesses lugares, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade.

Existem outras interpretações que reconhecem as UBS como causa da dificuldade do acesso dos homens aos Serviços de Saúde. Assim os homens sentiriam mais dificuldades para serem atendidos em virtude do "tempo perdido" na espera e por considerarem as UBS como um espaço feminilizado, freqüentado principalmente pelas mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres. Tal situação provocaria nos homens a sensação de não-pertencimento a esse espaço. Argumenta-se, ainda, que os homens não procuram as UBS porque estas não disponibilizam programas ou atividades direcionadas especificamente para a população masculina. Enfim, tudo isso indica que parece existir uma dificuldade de interação entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas de saúde das Unidades de Atenção Primária, embora sejam escassos estudos sobre essas questões na literatura (FIGUEIREDO, 2005).

A Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem, lançada dia 27 de agosto de 2009 tem como um dos objetivos facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde tem um plano dividido em nove eixos de ação a serem executados até 2011 prevê o aumento de até 570% dos recursos repassado às Unidades de Saúde por procedimentos urológicos e de planejamento familiar como vasectomia e a ampliação em até 20% no número

de ultrassonografias de próstata. Por meio dessa iniciativa, o governo federal quer que, pelo menos, 2,5 milhões de homens na faixa etária de 20 a 59 anos procurem o serviço de saúde ao menos uma vez por ano. Além de criar mecanismos para melhorar a assistência oferecida a essa população, a meta é promover uma mudança cultural (BRASIL, 2010).

A não adesão às medidas de saúde integral, por parte dos homens, leva ao aumento da incidência de morbi-mortalidade. Os números do Ministério da Saúde mostram que do total de mortes na faixa etária de 20 a 59 anos – população alvo da nova política -, 68% foram de homens. Ou seja, a cada três adultos que morrem no Brasil, dois são homens, aproximadamente. Os últimos dados de óbitos consideram o ano de 2005. Além disso, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que, embora a expectativa de vida dos homens tenha aumentado de 63,20 para 68,92 anos de 1991 para 2007, ela ainda se mantém 7,6 anos abaixo da média de expectativas de vida das mulheres (IBGE, 2005).

Na maioria das vezes, os homens recorrem aos serviços de saúde apenas quando a doença já está em fase avançada. Uma questão bastante apontada pelos homens para a não procura dos Serviços de Atenção Primária está ligada a sua posição de provedor. Alegam que o horário do funcionamento dos serviços de saúde coincide com o horário do trabalho. Não se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social, o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. Ainda que isso possa se constituir, em muitos casos, uma barreira importante, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias socioeconômicas, faz hoje parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho formal, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde. E com isso o homem tem dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer (BRASIL, 2010).

Segundo Gomes (2007) mostra mais uma justificativa da ausência dos homens ao serviço de saúde, seria o medo da descoberta de uma doença grave, levando em consideração que o não saber pode ser considerado um fator de "proteção" para os homens. Outro obstáculo apontado para o acesso dos homens a esses serviços é o fato de mostrar seu corpo perante o profissional de saúde, particularmente a região anal, no caso da prevenção ao câncer de próstata. Também é apontado como um fator que dificulta esse acesso a falta de Unidades específicas para o tratamento da saúde do homem.

Ramos (2007) afirma que a década de 1970 foi considerada o marco dos estudos norte-americanos acerca da temática "homem e saúde". Esses estudos traduziam um pensamento

exploratório tangenciado pela teoria e política feministas e conceitualmente pressupunham que a masculinidade tradicional produzia déficit de saúde.

A pesquisa sobre a saúde do homem, um desafio necessário na prevenção do câncer de próstata dos usuários da Unidade Básica de Saúde do bairro de Bom Pastor é de grande relevância, pois, apesar das ações de prevenção existentes do câncer de próstata, existe a necessidade de se buscar diminuir os índices apresentados, que ainda são muito elevados, em relação à epidemiologia de novos casos em todo o mundo, incluindo o Brasil.

Este trabalho teve como objetivo geral investigar como estão as ações de prevenção do câncer de próstata no bairro de Bom Pastor que possam estar contribuindo para a redução da morbi-mortalidade da população masculina e teve como objetivos específicos, traçar o perfil da população masculina que frequenta a Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro de Bom Pastor, conhecer os fatores que levam a população masculina a procurarem ou não a UBS do bairro de Bom Pastor, identificar os conhecimentos em relação ao câncer de próstata.

Trata-se de uma pesquisa descritiva de cunho transversal de abordagem quali-quantitativa exploratória, que se utilizou como técnica de instrumento de coleta de informação, um questionário contendo perguntas abertas, fechadas e mistas que buscam identificar o conhecimento da população masculina sobre a prevenção do câncer de próstata no bairro de Bom Pastor e a adesão desses homens na UBS. Foram aplicadas entrevistas individuais a quarenta e cinco pessoas da população masculina do bairro de Bom Pastor.

A pesquisa foi desenvolvida no bairro de Bom Pastor e a coleta dos dados ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2010 através de um instrumento constituído de perguntas abertas, fechadas e mistas, a ser respondido pelos sujeitos da pesquisa. O questionário foi submetido a um pré-teste, a fim de aprimorar a sua aplicabilidade e corrigir possíveis distorções.

O pré-teste foi realizado em duas ocasiões ocorridas no bairro de Bom Pastor, na primeira ocasião foi durante uma roda de conversa com um grupo de homens, realizada em uma marcenaria. A segunda ocasião também foi realizada durante uma roda de conversa, só que desta vez em um frigorífico. Após as rodas de conversas foram aplicados os questionários. Estes grupos de homens não foram selecionados a participar da pesquisa.

A entrevista foi realizada através do atendimento na UBS e de visitas domiciliares nas residências dos sujeitos selecionados (devido a pouca frequência de homens na UBS).

A população da amostra da pesquisa foi de acordo com o consolidado das famílias cadastradas na Unidade Básica de Saúde do bairro de Bom Pastor de 2010. Dos 1.722 homens foram retirados aqueles com idade igual ou acima de 40 anos e a disponibilidade deste

participar da investigação, dos quais totalizando 451 pessoas. Foi retirada uma amostra de 10%, perfazendo 45 homens. Os sujeitos selecionados que participaram da entrevista tiveram idade igual ou superior aos 40 anos e estão cadastrados na Unidade de Saúde da Família do bairro de Bom Pastor.

Mediante aos procedimentos éticos e legais da pesquisa, de acordo com as Diretrizes e Normas Reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos conforme a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi encaminhada para o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da UFRN. Que concedeu a aprovação para a realização da pesquisa, mediante o parecer nº 193/2010. A coleta de dados ocorreu no período de agosto e setembro de 2010, logo após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da UFRN.

Ao se iniciar as entrevistas os sujeitos foram verbalmente orientados sobre as finalidades e os principais objetivos da pesquisa. Através de um termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE), os entrevistados assinaram os seus acordos em participar.

Os dados foram guardados em local seguro e a divulgação destes resultados não identificarão os voluntários.

Os resultados desta pesquisa serão publicados unicamente para fins científicos, a fim de que possam ser analisados futuramente, caso haja necessidade. Os resultados obtidos foram tabulados, calculados, analisados e apresentados em forma de gráficos e tabelas. Em seguida foram discutidos com base na literatura consultada sobre a temática em questão e a Política Nacional da Saúde do homem.

O trabalho encontra-se dividido em sete itens. No primeiro faz-se uma introdução sobre câncer que é um dos principais problemas de saúde pública, seu aumento, fatores relacionados à dificuldade do acesso da população masculina na UBS, objetivos e metodologia utilizada na pesquisa. O segundo item aborda os aspectos históricos e conceituais do câncer no Brasil. O terceiro item mostra como se desenvolve o tumor. O quarto item apresenta dados epidemiológicos do câncer no Brasil incluindo em especial o câncer de próstata e sua distribuição por região. No quinto é detalhado o câncer de próstata, sua anatomia e fisiologia, como surge o câncer, sinais e sintomas, diagnósticos e informações gerais sobre tratamento. O Sexto fala da assistência de enfermagem. O sétimo apresenta os resultados e discussões com a utilização de tabelas e gráficos e por último apresentam-se as sugestões e recomendações, considerações finais, referências, anexos e apêndices.

2 CÂNCER: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

A compreensão da doença vem de longa data e os estudos das últimas décadas vêm facilitando o tratamento pelo advento de vários progressos no entendimento das células cancerígenas.

Kowalski e Sousa (2002) destacaram que a primeira referência ao câncer encontra-se no papiro de Elbers, datado de 1.550 a.C., em que havia o relato do uso de um unguento no tratamento da doença. Mais de um milênio depois, Hipócrates faz descrições sobre os cânceres de pele, mama, útero e órgãos internos.

Nas duas primeiras décadas do século passado, enquanto as endemias ocupavam a atenção as políticas de saúde no Brasil, o câncer começava a despontar nos países desenvolvidos entre as doenças de maior taxa de mortalidade. Os números ascendentes na Europa e nos Estados Unidos determinariam, em 1920, no governo Epitácio Pessoa, a inclusão de propostas para uma política anticâncer na legislação sanitária brasileira, surgindo entre cirurgiões a idéia de que quanto mais precoce o diagnóstico e tratamento, melhor o prognóstico do paciente. No período subsequente, expandiram-se iniciativas de controle ao câncer (INCA, 2010).

As primeiras publicações oficiais de mortalidade por câncer, pelo então Ministério de Educação e Saúde, datam de 1944, contendo dados referentes ao período de 1929 a 1932, das capitais do estado e constam do Anuário de Bioestatística (INCA, 2010).

Em 1937, foi criado o Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal (Rio de Janeiro), hoje Instituto Nacional do Câncer-INCA, vinculado ao Ministério da Saúde em 1990, após várias modificações estruturais e administrativas.

Segundo o INCA em 1987 foi criado o Programa de Oncologia- Pró-Onco, com objetivo de implementar, em caráter nacional, a associação de ações de controle do câncer de âmbito individual (diagnóstico e tratamento) àqueles de âmbito coletivo (prevenção e diagnóstico precoce). Em 1990, o Pró-Onco foi transferido para o INCA, agora como Coordenadoria de Controle ao Câncer.

Desde 1990, INCA e Pró-Onco têm tentado implantar um programa de Controle do Câncer contemplando as diversas áreas de sua implicação: prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, educação, informação e pesquisa.

O termo câncer tem sua etimologia no latim *cancer* e no grego *Karkinos*, que eram termos utilizados para designar o animal caranguejo. Fez-se uma correlação entre o animal e a

doença em função do seu aspecto agressivo e imprevisível, bem como do aspecto físico, com as veias partindo do centro como as patas do animal.

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. Esta doença pode acometer pessoas de ambos os sexos, em qualquer idade, de qualquer etnia, nascidas e vividas em qualquer época ou parte do mundo, ou seja, qualquer pessoa pode ser acometida por certo tipo de câncer em determinado momento da vida (INCA, 2010).

As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando inter-relacionadas. As causas externas referem-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de uma sociedade. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Os tumores podem ter início em diferentes tipos de células. Quando começam em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são denominadas carcinomas. Se o ponto de partida são os tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas. Outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes que são denominados de metástases. Se o ponto de partida são os tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas (INCA, 2010).

É uma doença que preocupa as autoridades em saúde do mundo inteiro, ocupa o segundo lugar como causa de mortes após as doenças cardiovasculares. Atentos a isso e às novas possibilidades de tratamento, o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto Nacional de Câncer (INCA) discutem um modelo para a Rede de Atenção Oncológica. Ela terá como finalidade a criação, a disseminação e a implantação de políticas e ações de atenção a pacientes com câncer. Até o fim do semestre, após discussões com estados e municípios, o governo definirá o funcionamento da rede.

O câncer foi considerado, durante muito tempo, uma doença terminal, porque as chances de cura, para boa parte dos pacientes, eram remotas. Isso mudou. A criação da Rede de Atenção Oncológica, que faz parte da Política Nacional de Atenção Oncológica, pretende reforçar a idéia de que se a doença é descoberta cedo, aumentam as probabilidades de cura. "Com a evolução das terapias e a detecção precoce, o câncer passa de uma doença terminal para uma doença crônica, com possibilidade de tratamento no sistema público de saúde", afirma o diretor-geral do Inca, Luiz Antônio Santini (BRASIL, 2010).

A Rede Nacional de Atenção Oncológica será viabilizada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde definirá as ações prioritárias e o Inca atuará como centro coordenador da política oncológica e na capacitação dos estados e municípios para que possam executar o atendimento. Cada estado definirá suas metas dentro dos objetivos traçados pelo governo federal e receberá os recursos proporcionais a essas metas para operacionalizar seu trabalho (BRASIL, 2010).

Os tipos de câncer podem surgir em qualquer parte do corpo, mas alguns órgãos são mais afetados do que outros. Entre os mais afetados estão pulmão, mama, colo do útero, próstata, cólon e reto (intestino grosso), pele, estômago, esôfago, medula óssea (leucemias) e cavidade oral (boca). Cada órgão, por sua vez, pode ser afetado por tipos diferenciados de tumor, menos ou mais agressivos (INCA, 2010).

De acordo com o INCA a prevenção do câncer nem sempre é possível, mas há fatores de risco que estão na origem de diferentes tipos de tumor. O principal é o tabagismo. O consumo de bebidas alcoólicas e de gorduras de origem animal, dieta pobre em fibras, vida sedentária e obesidade também devem ser evitadas para prevenir os tumores malignos. São raros os casos de câncer que se devem apenas a fatores hereditários.

O tratamento do câncer é feito por meio de uma ou várias modalidades combinadas. A radioterapia, quimioterapia e a principal é a cirurgia, que pode ser empregada em conjunto com radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea. O médico vai escolher o tratamento mais adequado de acordo com a localização, o tipo do câncer e a extensão da doença. Todas as modalidades de tratamento são oferecidas pelo SUS (INCA, 2010).

O tratamento do paciente com câncer tornou-se cada vez mais complexo e requer uma equipe multidisciplinar de profissionais, incluindo: cirurgiões oncologistas, oncologistas radioterapeutas, oncologistas clínicos, especialistas em cuidados paliativos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros. Por isso, estes tratamentos só devem ser realizados por pessoas adequadamente treinadas e hábeis na sua realização. (SPENCE, 2003).

O mais importante princípio que rege a conduta inicial para o tratamento de um paciente com câncer é definir primeiro os objetivos do tratamento clínico. Para os pacientes com doenças curáveis, os objetivos são melhorar e possivelmente prolongar a vida (com boa qualidade), (SPENCE, 2003).

3 MECANISMOS DE DESENVOLVIMENTO DOS TUMORES CANCERIGENOS

O corpo humano é todo formado por células que se organizam em tecidos e órgãos. As células normais se dividem, amadurecem e morrem, renovando-se a cada ciclo. O câncer se desenvolve quando células anormais deixam de seguir esse processo natural, sofrendo mutações que pode promover danos em um ou mais genes de uma única célula. Os genes são segmentos do DNA- sigla em inglês para ácido desoxirribonucleico, o reservatório das moléculas de informação genética- que controlam as funções normais da célula. Quando danificada, a célula se divide descontroladamente e produz novas células normais. Se falham o sistema de reparo e imunológico na tarefa de destruir e limitar essas células anormais, as novas vão se tornando cada vez mais anormais, eventualmente produzindo células cancerosas (INCA, 2006).

As células cancerosas rapidamente se dividem em comparação com as células normais e geralmente são bem desorganizadas, e com o passar do tempo, podem-se deslocar e se sobrepondo umas sobre as outras, formando uma massa de tecido denominada tumor. Todo esse processo, em que uma célula normal se torna um tumor maligno ou câncer, pode chegar a durar anos (BRASIL, 2006).

O termo “estádio” é usado para descrever a extensão do tumor ou a gravidade do câncer. No estágio inicial, a pessoa tem apenas um pequeno tumor maligno. No avanço, o tumor, maior já pode ter se espalhado para as áreas próximas (linfonodos) ou outras partes do corpo (metástase), que ocorrem quando as células cancerosas de um tumor se espalham para diferentes partes do corpo, formando tumores satélites, distantes do tumor original. Os médicos consideram para se determinar as chances de cura do câncer (prognóstico) dentre os vários fatores o tipo e o estágio do câncer (INCA, 2006).

4 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER NO BRASIL

Segunda uma estimativa do INCA (2009) nesse ano de 2010 serão quase meio milhão de novos casos de câncer no Brasil. O país terá 489.270 novos casos de câncer, quase 500 mil. Os cânceres mais comuns em todas as regiões do Brasil serão o de pele não melanoma, próstata e mama feminina. As informações fazem parte da Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil, produzida pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) uma vez a cada dois anos. A Estimativa é a principal ferramenta de planejamento e gestão da saúde pública na área oncológica. Fornece as informações necessárias para a elaboração das políticas públicas de saúde voltadas para o atendimento da população. A Estimativa do ano de 2010 valerá também para o ano de 2011. Em virtude disso que o câncer requer, cada vez mais, soluções pensadas e colocadas em prática coletivamente, com a participação de instituições governamentais e não-governamentais, universidades, centros de pesquisa e formadores de opinião.

Tabela 1: Estimativa do Número de casos novos de câncer, segundo sexo, Brasil 2010.

Homens: 182.830		Mulheres: 192.590	
Próstata 52.350		Mama Feminina 49.240	
Traquéia, Brônquios e Pulmão 17.800		Colo do útero 18.430	
Estômago 3.820		Cólon e reto 14.800	
Cólon e reto 13.310		Traquéia, Brônquios e Pulmão 9.830	
Cavidade Oral 10.330		Estômago 7.680	
Esôfago 7.890		Leucemias 4.340	
Leucemias 5.240		Cavidade Oral 3.790	
Pele Melanoma 2.960		Pele Melanoma 2.970	
Outras localizações 59.130		Esôfago 2.740	
Todas as neoplasias sem pele* 182.830		Outras localizações 78.770	
Todas as neoplasias 236.240		Todas as neoplasias sem pele* 192.590	
		Todas as neoplasias 253.030	

*Todas as neoplasias exceto pele não melanoma.

Fonte: Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil, MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação.

Conforme a tabela acima a estimativa de novos casos de câncer de próstata para o Brasil no ano de 2010 será de 52.350. Estes valores correspondem a um risco de 54 casos novos a cada 100 mil homens como mostrado na tabela abaixo.

Tabela 2: Estimativa para o ano 2010 das taxas brutas de incidência por 1000.000 e de números de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.

HOMENS				
Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	52.350	53,84	14.050	66,25
Traquéia, Brônquio e Pulmão	17.800	18,37	4.980	23,53
Estômago	13.820	14,25	3.490	16,48
Cólon e Reto	13.310	13,73	4.570	21,61
Cavidade Oral	10.330	10,64	2.920	13,74
Esôfago	7.890	8,12	1.610	7,37
Leucemias	5.240	5,40	1.440	6,84
Pele Melanoma	2.960	3,04	850	3,72
Outras Localizações	59.130	61,01	18.590	87,67
Subtotal	182.830	188,66	52.500	247,59
Pele não Melanoma	53.410	55,12	11.880	55,97
Todas as Neoplasias	236.240	243,77	64.380	303,50

Fonte: Instituto Nacional do Câncer/ Ministério da Saúde, 2010.

Diante desse cenário, fica clara a necessidade de continuidade em investimentos no desenvolvimento de ações abrangentes para o controle do câncer, nos diferentes níveis de atuação, como: na promoção da saúde, na detecção precoce, na assistência aos pacientes, na vigilância, na formação de recursos humanos, na comunicação e mobilização social, na pesquisa e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), (INCA/MS, 2010).

O aumento observado nas taxas de incidência segundo a localização primária o câncer de próstata se torna líder. Esse resultado mostra cada vez mais a importância de campanhas e ações que visam o diagnóstico precoce da doença em indivíduos sintomáticos e por ações de rastreamento, que é a aplicação de exames de prevenção para a detecção da doença em

indivíduos assintomáticos. A decisão do uso do rastreamento como uma estratégia de saúde pública deve se basear em evidências científicas de qualidade. No momento não existem evidências de que o rastreamento para o câncer da próstata identifique indivíduos que necessitam de tratamento ou de que esta prática reduza a mortalidade do câncer de próstata. Desta forma, o Instituto Nacional de Câncer não recomenda o rastreamento para o câncer da próstata (INCA, 2008).

Tabela 3: Estimativas para o ano 2010 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária na região do Nordeste.

HOMENS				
Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	11.570	43,77	3.010	55,45
Traquéia, Brônquio e Pulmão	2.380	9,05	820	15,48
Estômago	2.620	9,92	660	12,38
Cólon e Reto	1.310	4,98	500	9,44
Cavidade Oral	1.740	6,56	560	10,41
Esôfago	1.040	3,89	220	4,09
Leucemias	1.130	4,25	300	5,70
Pele Melanoma	270	1,04	120	1,74
Outras Localizações	3.870	14,64	3.280	60,80
Subtotal	25.930	98,07	9.470	175,53
Pele não Melanoma	14.600	55,22	2.770	51,35
Todas as Neoplasias	40.530	153,31	12.240	226,71

Fonte: Instituto Nacional do Câncer/ Ministério da Saúde, 2010.

O câncer de próstata é o sexto tipo de câncer mais comum no mundo, representando cerca de 10% do total de câncer, e estudos mostram que esse tipo de câncer são cerca de seis vezes maiores nos países desenvolvidos quando é realizado em comparação aos países em desenvolvimento.

Considerado o câncer da terceira idade, o câncer de próstata ocorre na grande maioria

dos casos, partir dos 65 anos, e vem aumentando, podendo ter sido influenciado especialmente em regiões onde o rastreamento através do teste Antígeno Prostático Específico (PSA) é comum. No Brasil, as taxas de incidência ao longo dos anos pode ser decorrente do aumento da expectativa de vida da população, da evolução dos métodos diagnósticos e da melhoria da qualidade dos sistemas de informação do país.

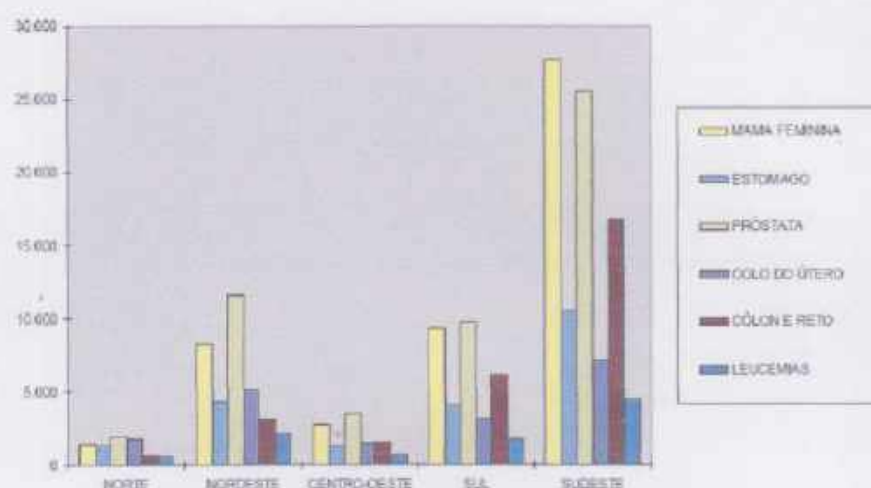


Gráfico 1: Distribuição para o ano 2010 dos tipos de câncer por regiões.

Fonte: Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil, MS/INCA.

Segundo o gráfico há maior exposição dos indivíduos a fatores de risco cancerígenos na região Sudeste, e tendo como fator dominante prevalecendo em números de casos nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sul o câncer de próstata. Com o recente envelhecimento da população de idosos, é possível identificar um aumento expressivo na prevalência do câncer, o que demanda, dos profissionais da saúde uma maior atenção, e adequação aos doentes.

A análise das taxas por regiões demonstra que o câncer de próstata vem se tornando o líder em quase todas as regiões e devem-se criar condições associadas para se equiparar esse crescimento da população e as medidas de controle da doença. O ritmo que acompanha o envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida não pode ser acompanhado do aumento da situação de agravamento de saúde da população.

Tendo que ser ressaltado a importância do câncer de próstata como problema de saúde pública no Brasil, evidenciando-se vários programas de atenção que contemplem um controle e assistência da saúde.

5 CONHECENDO O CÂNCER DE PRÓSTATA

O câncer de próstata é o mais comum em homens depois do câncer de pele diferente do melanoma, e a segunda causa mais comum de mortes por câncer em homens com mais de 55 anos de idade.

Para o INCA, (2010) sem considerar o câncer de pele não melanoma, o câncer de próstata será o tumor mais comum de Norte a Sul do Brasil. O segundo tipo mais frequente de câncer será o de pulmão, seguido de cólon e reto, estômago, cavidade oral, esôfago, leucemias e pele melanoma.

Apesar de os estudos mostrarem que os homens adoecem e morrem mais do que as mulheres, na Estimativa 2010 o número de casos novos de câncer é ligeiramente maior em mulheres do que em homens em função da população feminina ser mais numerosa do que a população masculina, especialmente nas faixas etárias mais avançadas (INCA, 2010).

5.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA

A próstata é um órgão exclusivo do aparelho reprodutor masculino. Está localizada abaixo da bexiga, na frente do reto. No homem adulto, a próstata tem o tamanho aproximado de uma ameixa, pesando cerca de 20 gramas. Ela envolve a uretra, que conduz para fora a urina que se acumula na bexiga. (SMELTER; BARE, 2006).

A próstata é uma glândula que faz parte do sistema reprodutor do homem, produzindo (secretando) um líquido que se junta à secreção da vesícula seminal para formar o sêmen (esperma) e auxiliar no transporte dos espermatozoides, produzidos nos testículos até a sua ejaculação durante o orgasmo. É também dentro dela que ocorre a transformação do principal hormônio masculino - a testosterona - em diidrotestosterona, que, por sua vez, é responsável pelo controle do crescimento dessa glândula.

5.2 O QUE É E COMO SURGE O CÂNCER DE PRÓSTATA

O câncer de próstata surge quando, por razões desconhecidas pela ciência, as células da próstata passam a se dividir e se multiplicar de forma desordenada, levando à formação de um tumor. Alguns desses tumores podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos do corpo e podendo levar à morte. Uma grande maioria, porém, cresce de forma tão lenta que não chega a dar sintomas durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem. (GUELER, 2002).

Na maioria dos casos, o tumor apresenta um crescimento lento e longo tempo de duplicação, levando cerca de 15 anos para atingir 1 cm³. Assim como em outros cânceres, a idade é um fator de risco importante, ganhando um significado especial no câncer da próstata, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumenta exponencialmente após a idade de 50 anos.

Já está comprovada que uma dieta rica em frutas, verduras, legumes, grãos e cereais integrais, e com menos gordura, principalmente as de origem animal, ajuda a diminuir o risco de câncer, como também de outras doenças crônicas não-transmissíveis. Nesse sentido, outros hábitos saudáveis também são recomendados, como fazer, no mínimo, 30 minutos diários de atividade física, manter o peso adequado à altura, diminuir o consumo de álcool e não fumar (INCA, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2010) O envelhecimento populacional é a principal causa de câncer em todo o mundo. A esperança de vida da população brasileira, que era de 62 anos em 1980, será de 76 anos, no ano de 2020. Quanto mais a população envelhecer, maior a probabilidade de desenvolver câncer. Além do envelhecimento, tabagismo, consumo de álcool, sedentarismo e ingestão de comidas gordurosas são considerados fatores de risco associados, assim como a exposição ao sol sem proteção.

Mostrando que o aumento da idade é um fator de risco importante para o câncer de próstata, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumentam significativamente após os 50 anos (INCA, 2010).

De acordo com INCA pai ou irmão com câncer de próstata antes dos 60 anos pode aumentar o risco de se ter a doença de 3 a 10 vezes comparado à população em geral, podendo refletir tanto fatores genéticos (hereditários) quanto hábitos alimentares ou estilo de vida de risco de algumas famílias.

5.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Os sinais e sintomas do câncer de próstata, em seus estágios iniciais, normalmente ou quase raramente produzem sintomas. Os sintomas que se desenvolvem devido à obstrução urinária acontecem tardiamente à doença. O câncer de próstata tende a variar em sua evolução. Quando a neoplasia é suficientemente grande para avançar sobre o colo vesical, ocorrem sinais e sintomas de obstrução urinária: dificuldade e frequência da micção, retenção urinária e tamanho e força diminuídos do jato urinário. Os outros sintomas podem incluir o sangue na urina ou sêmen e ejaculação dolorosa. A hematúria pode resultar quando o câncer

invade a uretra e/ou a bexiga. O câncer de próstata pode gerar metástase para ossos e linfonodos. Os sintomas relacionados com a metástase incluem dor nas costas, dor no quadril, desconforto perineal e retal, anemia, perda de peso, fraqueza, náuseas e oligúria. Infelizmente, esses sintomas podem ser as primeiras indicações do câncer de próstata. (SMELTZER, BARE, 2005).

O aumento observado nas taxas de incidência pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos, pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida do brasileiro (INCA, 2010).

Na maioria dos casos, o tumor apresenta um crescimento lento, de longo tempo de duplicação, levando cerca de 15 anos para atingir 1 cm³ e acometendo homens acima de 50 anos de idade (INCA, 2010).

5.4 DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE PRÓSTATA

A detecção precoce de um câncer é composta por ações que visam o diagnóstico precoce da doença em indivíduos sintomáticos e por ações de rastreamento, que é a aplicação de exames para a detecção da doença em indivíduos assintomáticos. A decisão do uso do rastreamento como uma estratégia de saúde pública deve se basear em evidências científicas de qualidade. No momento não existem evidências de que o rastreamento para o câncer da próstata identifique indivíduos que necessitam de tratamento ou de que esta prática reduza a mortalidade do câncer de próstata. Desta forma, o Instituto Nacional de Câncer não recomenda o rastreamento para o câncer da próstata e continuará acompanhando o debate científico sobre este tema, podendo rever esta posição quando estiverem disponíveis os resultados dos estudos multicêntricos em curso (INCA, 2010).

A detecção precoce do câncer baseia na seguinte premissa: quanto mais cedo o diagnóstico do câncer, maiores as chances de cura, a sobrevida e a qualidade de vida do paciente, além de mais favoráveis a relação efetividade e custo. O objetivo é a detecção precoce de lesões pré-cancerígenas ou do câncer quando ainda localizado no órgão de origem, sem invasão de tecidos vizinhos ou outras estruturas (INCA, 2006, p. 84).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), a detecção precoce de um câncer compreende duas diferentes estratégias: aquela destinada ao diagnóstico em pessoas que apresentam sinais iniciais da doença (diagnóstico precoce) e aquela, voltada para pessoas sem nenhum sintoma e aparentemente saudáveis (rastreamento). A decisão do uso do

rastreamento como estratégia de saúde pública deve se basear em evidências científicas de qualidade. No momento, não existem evidências de que o rastreamento para o câncer de próstata identifique homens que precisem de tratamento ou de que esta prática reduza a mortalidade pela doença. Desta forma, o Instituto Nacional de Câncer não recomenda o rastreamento para o câncer de próstata e continuará acompanhando o debate científico sobre este tema, podendo rever esta posição quando estiverem disponíveis os resultados dos estudos multicêntricos em curso.

Assim como em outros cânceres, a idade é um fator 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 (INCA, 2010).

História familiar de pai ou irmão com câncer da próstata antes dos 60 anos de idade pode aumentar o risco de câncer em 3 a 10 vezes em relação à população em geral, podendo refletir tanto fatores hereditários quanto hábitos alimentares ou estilo de vida de risco de algumas famílias (INCA, 2010).

A influência que a dieta pode exercer sobre a gênese do câncer ainda é incerta, não sendo conhecidos os exatos componentes ou através de quais mecanismos estes poderiam estar influenciando o desenvolvimento do câncer da próstata. Contudo, já está comprovado que uma dieta rica em frutas, verduras, legumes, grãos e cereais integrais, e com menos gordura, principalmente as de origem animal, não só pode ajudar a diminuir o risco de câncer, como também de outras doenças crônicas não transmissíveis (INCA, 2010).

5.5 DIAGNÓSTICO DO CÂNCER E PRÓSTATA

O diagnóstico de câncer de próstata deve ser detectado o mais precocemente possível, já que aumenta as chances de cura dos pacientes e evita que o tumor se espalhe para outras partes do corpo, favorecendo o prognóstico, recuperação e reabilitação. Para que ocorra é necessário que todo homem deva procurar um urologista para a realização de uma avaliação prostática que é realizada por meio de consultas preventivas.

Segundo Smeltzer e Bare (2005) Todo homem com mais de 40 anos de idade deve fazer os exames clínicos de prevenção, como parte de seu exame regular de saúde. E aqueles que possuírem antecedentes familiares de câncer de próstata deverão iniciar a prevenção a partir dos 40 anos de idade. Abaixo desta faixa etária, a ocorrência de câncer de próstata é rara.

Os exames e métodos de rastreamento disponíveis para detectar precoce do câncer de próstata atualmente são:

O PSA deve ser realizado anualmente, a partir dos 40 anos, que através de um exame de sangue, onde será medida a quantidade de antígeno prostático, quando muito elevado (em virtude da idade), pode indicar anormalidade no órgão, como também câncer de próstata.

Já o toque retal deverá ser feito uma vez por ano pelo médico urologista. É indolor e rápido, podendo revelar e indicar volume, consistência, tamanho, nódulos, formato da próstata, sensibilidade, a presença de alguma área irregular ou anormalidade, também detecta o câncer em homens que ainda apresentam níveis normais de PSA.

A biópsia deve ser realizada que é a retirada de uma amostra de tecido de várias partes da próstata para confirmar a doença e saber em que estágio ela se encontra. Este estadiamento da doença é o fator mais importante na escolha do tratamento.

Ultra-som transretal que está indicado para homens portadores de níveis elevados de PSA e achados anormais no toque retal, e detectam tumores pequenos ou localizados em áreas da próstata não alcançadas pelo toque retal.

Outros exames incluem a cintilografias ósseas para detectar a doença metastática, urografia excretora para detectar alterações causadas por obstrução ureteral, provas de função renal e tomografia computadorizada para identificar as metástases nos linfonodos pélvicos.

Alguns exames complementares podem ser realizados como:

- Creatinina: é importante no estudo da função renal. Estima-se que 10% dos portadores de Hiperplasia próstata benigna (HPB) evoluem com insuficiência renal.
- Exame de urina para verificar se o funcionamento renal já não foi comprometido pelo mal funcionamento da próstata.
- Outros exames com indicações específicas: Urofluxometria, Urodinâmica, Uretrocistoscopia, Uretrocistografia, Radiografia do tórax.

5.6 INFORMAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

O tratamento de portadores de câncer de próstata na maioria das vezes envolve uma abordagem multidisciplinar e depende principalmente do estágio da doença, do tipo do tumor, do estado geral de saúde do paciente e de acordo com a necessidade destes pacientes o médico pode optar para a realização das principais formas de tratamentos: Cirurgias, radioterapia, quimioterapia.

A aplicação de mais um dos métodos terapêuticos combinado visa obter índices maiores de cura, com perdas anatômicas menores e maior preservação da estética e da função dos órgãos comprometidos e menor toxicidade.

O tratamento do câncer de próstata deve ser individualizado para cada paciente levando-se em consideração a idade, o estadiamento do tumor, o grau histológico, o tamanho da próstata, as comorbidades, a expectativa de vida, os anseios do paciente e os recursos técnicos disponíveis.

5.6.1 Tratamento clínico

O tratamento de câncer da próstata depende do estágio clínico em que se encontra, requerendo uma estrutura qualificada, integrando assim equipes multidisciplinares. Para doença localizada, cirurgia, radioterapia, e até mesmo observação vigilante (em algumas situações especiais) podem ser oferecidos. Para doença localmente avançada, radioterapia ou cirurgia em combinação com tratamento hormonal tem sido utilizada. Para doença metastática (quando o tumor original já se espalhou para outras partes do corpo), o tratamento de eleição é a terapia hormonal. A escolha do tratamento mais adequado deve ser individualizada e definida após discutir os riscos e benefícios do tratamento com o seu médico (INCA, 2010).

5.6.2 Tratamento cirúrgico

A cirurgia é o tratamento de escolha para 90 - 95% dos casos de câncer localizado, mas também pode ter impacto no aumento de sobrevida em situações de doença avançada, é a conduta mais comum e o principal tratamento local, pode apresentar algumas complicações como: incontinência urinária, disfunção erétil, estenose de uretra ou colovesical, lesão de reto e as complicações decorrentes de cirurgias de grande porte.

Ao se realizar a cirurgia deve-se relatar aos pacientes e familiares todos os cuidados referentes aos princípios gerais da cirurgia e sobre as alterações fisiológicas e/ou mutilações que poderão advir do tratamento.

Segundo o INCA existem cuidados que são específicos para a cirurgia oncológica, tais como: incisão cirúrgica ampla e adequada, proteção da ferida operatória com campos secundários, realização de inventário minucioso de cavidades, laqueação das veias antes das artérias, dissecação centripeta da peça operatória, isolamento do tumor com compressas, manuseio cuidadoso da área afetada, cuidados para não se cortar o tecido tumoral, remoção

tumoral com margem de segurança, ressecção em bloco do tumor primário e das cadeias linfáticas, quando indicada; troca de luvas, de campos operatórios e de instrumental cirúrgico, após o tempo de ressecção tumoral, marcação com cliques metálicos, sempre que necessário, para orientar o campo de radioterapia pós-operatório, trocar de luvas no fechamento da ferida operatória.

A cirurgia de próstata ou prostatectomia é necessária, em ausência de uma alternativa menos agressiva em algumas situações como: para recuperar ou melhorar uma função perdida ou deteriorada que equivale a melhorar a qualidade de vida, para aumentar as possibilidades de duração da vida e cura do paciente,

Silvia e Aguilar (2001) afirmam que a cirurgia foi o primeiro tratamento aplicado no combate ao câncer e é utilizada com finalidade diagnóstica, de estadiamento, de cura ou radical, com intenção paliativa e intenção preventiva, onde são removidas total ou parcialmente as massas tumorais. Mostram que a cirurgia é o melhor tratamento inicial para vários tipos de câncer.

A maioria das cirurgias para câncer é feita como um planejamento cuidadoso ou procedimento calculado, com o diagnóstico feito, mesmo assim algumas cirurgias deixam efeitos prolongados como a impotência, incontinência urinária após cirurgia de câncer retal ou de próstata. Dependendo do paciente é necessário somente um curto período no hospital após a cirurgia, outros, duas a três semanas, às vezes mais. Alguns são capazes de retornar à vida normal quase imediatamente, enquanto outros podem levar alguns meses para se recuperar totalmente. Embora a maioria dos pacientes sinta algum desconforto no período imediatamente após a cirurgia, pode receber cuidados para o controle da dor.

Em situações de uma cirurgia de emergência feita por causa das complicações do câncer, os resultados da cirurgia, infelizmente tendem a ser piores. Isto porque estes tumores estão geralmente em estágio avançado e também porque a pessoa envolvida pode não estar em um estado de saúde.

O cirurgião de câncer é um profissional que está habituado com a anatomia de todas as partes do corpo e foi treinado para a realização de cirurgias em todos os sistemas orgânicos, e deve escolher o melhor momento para a realização da cirurgia, assim como se ela deve ser precedida ou seguida de outras formas de tratamento, como a quimioterapia e a radioterapia.

Além do treinamento em cirurgia geral, a especialização em cancerologia cirúrgica requer mais 3 anos de aprendizado em um hospital dedicado ao tratamento do câncer, onde o cirurgião interage diretamente com as outras especialidades afins desenvolvendo esta capacidade de julgamento. O cirurgião oncológico está habituado com eventuais

complicações e alterações que a própria doença e as outras formas de tratamento provocam no paciente com câncer e molda seu julgamento e técnica cirúrgica a esta realidade (BRASIL, 2009).

5.6.3 Radioterapia

A radioterapia é um método capaz de destruir células tumorais impedindo que elas aumentem, empregando feixe de radiações ionizantes. Uma dose pré-calculada de radiação é aplicada em pontos específicos do corpo onde existe tumor, com o intuito de destruí-lo ou reduzir seu tamanho e crescimento, isso durante um determinado tempo, a um volume de tecido que engloba o tumor, buscando erradicar todas as células tumorais, com o menor dano possível às células normais circunvizinhas, à custa das quais se fará a regeneração da área irradiada (BRASIL, 2010).

As radiações ionizantes são eletromagnéticas ou corpusculares e carregam energia. Ao interagirem com os tecidos, dão origem a elétrons rápidos que ionizam o meio e criam efeitos químicos como a hidrólise da água e a ruptura das cadeias de DNA. A morte celular pode ocorrer então por variados mecanismos, desde a inativação de sistemas vitais para a célula até sua incapacidade de reprodução. A resposta dos tecidos às radiações depende de diversos fatores, tais como a sensibilidade do tumor à radiação, sua localização e oxigenação, assim como a qualidade e a quantidade da radiação e o tempo total em que ela é administrada e para que o efeito biológico atinja maior número de células neoplásicas e a tolerância dos tecidos normais seja respeitada, a dose total de radiação a ser administrada é habitualmente fracionada em doses diárias iguais, pode variar, dependendo do tamanho e localização do tumor, dos resultados dos exames e do estado de saúde do paciente, isso quando se usa a terapia externa (INCA, 2010).

A radioterapia pode ser usada em combinação a quimioterapia para aumentar seu efeito.

É utilizado um aparelho chamado simulador, e durante o tratamento se define a posição que o paciente irá adotar durante todas as aplicações. O posicionamento deverá ser repetido exatamente, durante todo o tratamento posterior. Através de radiografias ou outros métodos de imagem, delimita-se a área a ser tratada. Estas áreas por onde a radiação penetra no organismo são chamadas de campos de radiação. É possível usar caso necessário, protetores de chumbo entre o aparelho e algumas partes do corpo, para proteger os tecidos e órgãos sadios.

As duas maneiras de utilizar radiação contra o câncer são: a teleterapia, que utiliza fonte externa de radiação com isótopos radioativos ou aceleradores lineares e a braquiterapia, que é o tratamento através de isótopos radioativos inseridos dentro do corpo do paciente.

A forma mais usada de tratamento é a radioterapia externa ou teleterapia. A radioterapia externa é geralmente realizada em uma sessão por dia, durante os cinco dias da semana. Durante as sessões do tratamento, o paciente é posicionado reproduzindo as condições da simulação, feita anteriormente. As aplicações podem ser realizadas com o aparelho em diversas posições, orientadas pelas marcas dos campos de radiação. Cada sessão demora de 5 a 20 minutos. O operador do aparelho de radioterapia controla a aplicação do lado de fora da sala, através de circuito fechado de TV (INCA 2008).

A radioterapia pode também apresentar riscos, em virtude de altas doses de radiação, podem atingir também os tecidos normais, causando os efeitos colaterais. Não são obrigatoriamente apresentados por todas as pessoas que fazem radioterapia, uma vez que dependem da forma que o organismo responde ao tratamento, e alguns pacientes podem apresentar efeitos colaterais mais severos enquanto outros podem mesmo não apresentar sintomas algum (BRASIL, 2009).

A intensidade dos efeitos depende da dose do tratamento, da parte do corpo tratada, da extensão da área irradiada, do tipo de radiação e do aparelho utilizado. Geralmente aparece na terceira semana de aplicação e desaparecem poucas semanas depois de terminado o tratamento, podendo durar mais tempo. Os efeitos indesejáveis mais frequentes são: cansaço, perda de apetite e dificuldade para ingerir alimentos, reação da pele (a pele que recebe radiação poderá coçar, ficar vermelha, irritada, queimada ou bronzeada, tornando-se seca e escamosa). A cirurgia e a quimioterapia podem contribuir para o agravamento destes efeitos.

Segundo o (INCA, 2010) os efeitos das radiações são bem tolerados, desde que sejam respeitados todos os princípios de dose total de tratamento e a aplicação fracionada. Os efeitos colaterais podem ser classificados em imediatos e tardios.

Os efeitos imediatos são observados nos tecidos que apresentam maior capacidade proliferativa, como as gônadas, a epiderme, as mucosas dos trato digestivo, urinário, genital, e a medula óssea. Eles ocorrem somente se estes tecidos estiverem incluídos no campo de irradiação e podem ser potencializados pela administração simultânea de quimioterápicos. Manifestam-se clinicamente por anovulação ou azoospermia, epitelites, mucosites e mielodepressão (leucopenia e plaquetopenia) e devem ser tratados sintomaticamente, pois geralmente são bem tolerados e reversíveis. Os efeitos tardios são raros e ocorrem quando as doses de tolerância dos tecidos normais são ultrapassadas. Os efeitos tardios manifestam-se

por atrofias e fibroses. As alterações de caráter genético e o desenvolvimento de outros tumores malignos são raramente observados.

De acordo com o (INCA, 2010) é indicado a radioterapia como um método de tratamento local e/ou regional que pode ser indicada de forma exclusiva ou associada aos outros métodos terapêuticos. Em combinação com a cirurgia, poderá ser pré-, per- ou pós-operatória. Também pode ser indicada antes, durante ou logo após a quimioterapia.

A radioterapia pode ser radical (ou curativa), quando se busca a cura total do tumor; remissiva, quando o objetivo é apenas a redução tumoral; profilática, quando se trata a doença em fase subclínica, isto é, não há volume tumoral presente, mas possíveis células neoplásicas dispersas.

5.6.4 Quimioterapia

A quimioterapia é o método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos. Quando aplicada ao câncer, a quimioterapia é chamada de quimioterapia antineoplásica. O primeiro quimioterápico antineoplásico foi desenvolvido a partir do gás mostarda, usado nas duas Guerras Mundiais como arma química. Após a exposição de soldados a este agente, observou-se que eles desenvolveram hipoplasia medular e linfóide, o que levou ao seu uso no tratamento dos linfomas malignos. A partir da publicação, em 1946, dos estudos clínicos feitos com o gás mostarda e das observações sobre os efeitos do ácido fólico em crianças com leucemias, verificou-se avanço crescente da quimioterapia antineoplásica. Atualmente, quimioterápicos mais ativos e menos tóxicos encontram-se disponíveis para uso na prática clínica. Os avanços verificados nas últimas décadas, na área da quimioterapia antineoplásica, têm facilitado consideravelmente a aplicação de outros tipos de tratamento de câncer e permitido maior número de curas (INCA, 2010).

Utiliza tratamento com medicamentos (drogas anti-neoplásicas) capazes de eliminar células tumorais. As células tumorais são anormais porque elas multiplicam-se sem controle e desordenadamente, ao contrário de células normais, que crescem e se multiplicam seguindo uma orientação precisa e previsível. A quimioterapia atua justamente em células que estão dividindo-se ativamente e desordenadamente, interferindo neste processo.

Os efeitos colaterais da quimioterapia segundo o Ministério da Saúde estão relacionados à destruição celular, resultando em anemia, diminuição da resistência a infecções, propensão a sangramentos, aftas, náuseas, vômitos, diarreia e perda do cabelo, e são hoje em dia bem conhecidos pelos médicos e podem ser prevenidos ou diminuir de

intensidade com orientação adequada. Nem todos os quimioterápicos causam todos estes efeitos indesejáveis, variando em intensidade de paciente para paciente.

5.6.5 Hormonioterapia

Inicialmente foi utilizada no tratamento do câncer de mama, sendo subsequente aplicada a outros tumores, que mostravam hormoniossensibilidade incontestável, como os carcinomas de endométrio e de próstata e os tumores tireoidianos iodocaptantes. Os critérios adotados, em caso de carcinoma mamário, eram o estado hormonal da paciente, indiretamente avaliado pela idade, e a distribuição predominante de metástases em ossos e partes moles.

Silva e Aguillar (2001) definem a Hormonioterapia como a manipulação do sistema endócrino para o tratamento de algumas neoplasias malignas hormônio-sensíveis. Quanto a sua finalidade pode ser curativa ou paliativa; pode ser aplicada isolada ou combinada, ter ação aditiva ou supressiva e ser executada na forma medicamentosa, actica ou cirúrgica.

Novos subsídios endocrinológicos para a hormonioterapia antitumoral foram trazidos pela determinação da dosagem de receptores celulares específicos para estrogênios e progesterona em amostras tumorais, pelo estabelecimento de clara relação entre positividade do receptor e resposta terapêutica e pelos avanços verificados no conhecimento das interações entre receptores hormonais e processos bioquímicos intracelulares. Este desenvolvimento da hormonioterapia aplicou-se principalmente aos casos de câncer de mama e de endométrio.

Raramente tem objetivo curativo quando usada isoladamente, é realizada uma associação, concomitante ou não, com a quimioterapia (câncer de mama e do sistema hemolinfopoético), com a cirurgia (câncer de endométrio) e com a radioterapia (câncer de próstata).

A supressão hormonal pode ser obtida por meio de procedimentos cirúrgicos (ooforectomia, orquiectomia, adrenalectomia, hipofisectomia) e com o emprego de radiações (ooforectomia e hipofisectomia actínicas). Os medicamentos utilizados na hormonioterapia têm como ação ou a supressão ou o aumento dos níveis de hormônios circulantes.

A hormonioterapia tem como finalidade impedir que as células malignas continuem a receber o hormônio que estimula o seu crescimento. Esse tratamento pode incluir o uso de drogas, que, modificam a forma de atuar desses hormônios.

Segundo a portaria nº 421, de 25 de agosto de 2010 do Ministério da Saúde em seu anexo descreve a autorização de quimioterapia/hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata.

5.6.6 Cuidados paliativos

Cuidado paliativo são os esforços despendidos no intuito de aliviar os sintomas associados à evolução final do câncer, promovendo o bem-estar do paciente, dignificando-lhe a fase terminal da doença e proporcionando conforto aos seus familiares.

Uma das necessidades estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em suas recomendações para prevenção e controle do câncer é a prestação de cuidados paliativos aos pacientes fora de terapia antitumoral específica. Cuidados paliativos são cuidados ativos totais prestados a pacientes e às suas famílias quando se estabelece que o doente já não se beneficiará de tratamento anti tumoral. Neste momento, o enfoque terapêutico é voltado para a qualidade de vida, o controle dos sintomas do doente e o alívio do sofrimento humano integrado pelo caráter trans, multi e interdisciplinar dos cuidados paliativos. A uma iniciativa de se criar e manter serviços de cuidados paliativos com a oferta de assistência domiciliar.

Tratar câncer não é tão simples assim, é necessário preocupar-se com o paciente, com a família, acompanhando de perto todos os problemas, sinais e sintomas existentes, controlando a doença e mantendo a pessoa confiante e segura (MONTEZELLO 2009, p.34).

É um estudo do tratamento de pacientes com doença muito avançada, nos quais o objetivo do tratamento é a qualidade de vida, quando uma equipe multidisciplinar, tendo como membros centrais médicos, enfermeiros, assistentes sociais, capelães, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, trata-se de tratamento paliativo, onde o tratamento não é curativo.

O tratamento paliativo se concentra nos pacientes com câncer, e tem como meta do atingir melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias.

6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Muitos dos profissionais dominam técnicas e tratamentos com alto desempenho, mas para que se possa ser um excelente profissional é necessário compreender e vivenciar as relações e as reações dos pacientes, de que modo se deva proceder para determinar casos que vão além de técnicas de enfermagem.

A capacidade de possuir recursos materiais e humanos dentro do ambiente profissional, de forma que o seja possível criar um grupo que se relacione positivamente, desenvolve a atividade prazerosa, apenas do convívio com limitações ou mesmo com a aproximação da morte.

Cuidar de um paciente com câncer de próstata é com campo cheio de desafios e recompensas. A relação enfermeira e paciente estimula a criatividade e compreensão, ajudando o paciente a enfrentar sua doença e principalmente o seu tratamento, e os possíveis efeitos colaterais do mesmo. Os efeitos colaterais do tratamento do câncer de próstata como, náusea, vômitos, perda de peso, a isso pode ainda se somar mutilações ou perda da função corporal. E os efeitos mais graves de cauda de sofrimento, como: depressão, desestruturação de sua imagem corporal, desadaptação às atividades cotidianas interrompendo a produtividade e conseqüentemente a diminuição da renda familiar, rejeição social, pode levar a crises relações interpessoais, diminuição da renda familiar nas pode levar ao paciente a não adesão ao tratamento. Por isso é necessário a importância da assistência de enfermagem e todas as equipes multidisciplinar, para minimizar os riscos de coerência e outras complicações.

São inúmeras as dificuldades em se cuidar de um portador de câncer de próstata, podendo provoca muitas vezes um desequilíbrio físico, mental e social. A busca por um profissional pela competência ética, educação e capacidade de enfrentamento, vem mostrar que o apoio emocional e social pode ajudar também os profissionais envolvidos nos cuidados de pacientes com diagnósticos de câncer de próstata.

O enfermeiro deve estar atento à doença, seu tratamento, e como o portador de câncer de próstata se encontra emocionalmente, sendo percebido em atitudes verbalizadas ou não, podendo oferecer um apoio mais efetivo e uma melhoria na qualidade de vida ao portador de câncer de próstata.

Algumas dificuldades com relação aos sentimentos enfrentados junto ao paciente com câncer pelos enfermeiros são os que vêm a falecer durante o tratamento, o contato ao se deparar com a fragilidade humana, a dificuldade em lidar com o sofrimento causado pela dor da morte representa um desafio para alguns dos profissionais de saúde. Pode-se gerar o

sentimento de impotência do profissional diante da fase terminal, que pode traduzir-se no seu abatimento, e não são todos os profissionais estão preparados para lidar nessa situação.

Os profissionais precisam entender os processos da morte e do morrer para estarem aptos a auxiliarem os pacientes terminais.

O enfermeiro esta presente ativamente em todo o processo, uma vez que atue na prevenção, diagnóstico e no decorrer do tratamento que geralmente e prolongado e debilitado. É de suma importância que o enfermeiro esteja atualizado e em constante aperfeiçoamento, para que possa treinar e orientar a equipe de enfermagem, pois são os profissionais que permanecem mais tempo com o paciente durante vários períodos de internação.

Assim sendo os pacientes em tratamentos de câncer de próstata deve ser constantemente avaliados pela enfermeira, ser atendido por uma equipe multidisciplinar, com implementações de conhecimentos técnico científico, que possam melhorar a qualidade e vida dos pacientes portadores de câncer de próstata. Além disso, devem ser estimulados a participarem de atividades do seu tratamento.

6.1 ACOLHIMENTO AOS HOMENS PORTADORES DE CÂNCER DE PRÓSTATA

Os cuidados com a forma de acolhimento pelos profissionais da saúde são essenciais, pode-se possibilita que a dor e o sofrimento sejam evitados, atenuados ou reforçados, Através de cuidados com a pessoa com o diagnóstico do câncer. O sofrimento é exacerbado pelo paciente, já que a doença é conhecida culturalmente, não só pelos pacientes, mas também pelos profissionais, como demonstra a aproximação do ser humano da morte.

Promover um equilíbrio naquele que está doente e em sua família, passando de um sentimento de medo para segurança, deve ser feito por quem está amplamente preparado, e que seja pela equipe de enfermagem. O medo e a insegurança jamais devem partir do profissional, que em alguns casos como uma estratégia se distanciam.

O enfermeiro é o profissional habilitado e disponível para apoiar e orientar o paciente e a família na vivência do processo de doença, tratamento e reabilitação, participar no planejamento e execução de ações preventivas e assistências do portador de câncer de próstata diante de seu diagnóstico.

Silva e Aguillar (2001) defendem que para cada uma das fases da assistência ao paciente portador de câncer existe espaço para atuação da enfermeira, onde esta pode contribuir com uma assistência de enfermagem específica enquanto promotora do cuidado, devendo preparar-se adquirindo conhecimentos na área e dispor-se a atuar dentro de uma das

fases, sem perder a visão do paciente como um todo, sua relação com o meio ambiente e a complexidade da assistência.

Algumas atividades desenvolvidas ao no acolhimento do paciente portador de câncer de próstata são o acompanhamento aos familiares, possibilitar atividades recreativas, leituras de livros, mensagens diárias a pacientes, comemorações de datas especiais, realizadas em visita aos apartamentos dos pacientes internados. Considera-se também o efeito multiplicador de cada pessoa, que aprende a interação e aplica em outras situações com grupos sociais em que se relaciona.

Dependendo da forma de acolhimento, pode-se gerar o abandono do tratamento ou atitudes submissas, por parte do paciente, devendo o acolhimento ser preparado e significativo em pequenas escolhas que podem significar a diferença entre o tratar ou desilusão. Acreditar no desenvolvimento pessoal do diálogo e da facilitação do acesso à informação do acolhimento.

O encontro entre o profissional de Saúde e o acolhido é um espaço onde ambos aprendem, e o acolhido vai ter conviver com sua doença a ter a capacidade de modificar a sua qualidade de vida sem se abater, assumindo o controle.

De acordo com a Prefeitura Municipal de Natal e Secretaria Municipal de Natal (2007) as ações de acolhimento e humanização poderiam ser melhoradas com relação à criação de uma rede de confiança e solidariedade entre as pessoas, com ênfase na integração das equipes de profissionais e entre esses e a população assistida. Esta rede gera uma onda de compromissos sociais pela saúde, operacionalizando os processos de trabalho e atendendo a demanda direcionada aos serviços de saúde. Atualmente, o modelo de articulação em rede demonstra a possibilidade de reunir parceiros (gestores, trabalhadores e usuários), trazendo-os para a formulação de planos, programas e ações as suas diversas visões, opiniões, interesses e contribuições.

A consciência da complexidade e da interdependência da produção da saúde e os reflexos da desigualdade nas condições de vida da população motivam a articulação de pessoas nessas redes de compromisso social, com o objetivo de conseguir melhores resultados para a saúde e o bem-estar da população. A atenção à saúde pressupõe uma complexa rede que exige mais do que uma simples ação solitária ou setorial. Na sua dimensão de bem estar físico, psíquico e social ela é necessariamente uma co-produção que tem de trabalhar com as oportunidades, com os agravos e com os fatores dos agravos. Portanto, é importante reconhecer o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

6.2 CUIDADOS PSICOSSOCIAIS

De acordo com Smeltzer e Bare (2005) os cuidados psicossociais devem fazer parte durante e após todas as sessões de quimioterapia, radioterapia ou cirurgia, pois os efeitos adversos podem afetar de maneira negativa o alto estima dos pacientes submetidos a esse procedimento, principalmente a sua sexualidade e seu bem-estar.

Um fator também altamente negativo é a combinação do estresse ao diagnóstico do câncer de próstata que inspira cuidados excessivos com relação ao risco de vida potencial pela família e muitas vezes o enfrentamento das situações não é a mais adequada, e assim as alterações ou dificuldades possuem um efeito devastador na qualidade de vida dos pacientes e, portanto, é preciso investir nas enfermeiras em incluí-la no planejamento da assistência a enfermagem à paciente com câncer de próstata.

O sofrimento emocional durante o tratamento é comum nesses pacientes, seja por motivo financeiro, por se encontrar ou dispenderem grande parte do tempo ao longo do convívio familiar ou não conseguirem manter suas atividades cotidianas. Nesse momento, é fundamental apoio e o ensino da enfermeira, para tanto algumas habilidades tornam-se o principal instrumento de trabalho da enfermeira com a comunicação, o encorajamento, o estímulo e o incentivo para a continuidade ao tratamento: em suma, promover a segurança e a autoconfiança do paciente durante todo o tratamento.

O câncer de próstata como sendo um problema de Saúde Pública que atinge milhares de homens anualmente em todo o mundo. Da descoberta até a possível cura, a família e o próprio paciente passam por grandes mudanças radicais na sua rotina e no ritmo familiar, ocorrendo um desgaste no padrão da qualidade de vida de todos. Essa existência de uma pessoa com processo neoplásico altera virtualmente todos os aspectos de vida do portador e de sua família. Para muitas pessoas receber as informações que alguém de sua família está com câncer de próstata, causa angústia e medo, já que esta doença a longo de sua história está inicialmente ligada à morte de muitas pessoas.

Uma contribuição que cada um pode dar é a formação de grupos de apoio entre os pacientes e seus familiares com os profissionais da saúde, sendo em grupos de auto-ajuda, exercendo os efeitos benéficos sobre os níveis de depressão e baixa-estima, produzindo uma sensação de bem estar psicológico. A maioria dos pacientes terá condições de encontrar dentro de si forças para enfrentar a doença e os tratamentos, relativamente, com pouco transtorno psicológico.

Assim, torna-se necessário que os pais estejam preparados para esta situação uma vês que passara por momentos difíceis, penerosos e desgastantes.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra constituiu-se de 45 homens que puderam através de suas respostas caracterizar os resultados das tabelas e gráficos. Verificou-se a necessidade de um processo de transformação nas ações e nos cuidados com a saúde da população masculina no bairro de Bom Pasto.

Apesar das dificuldades encontradas ao se deparar com a ausência da população masculina na UBS, e sendo necessário ir de encontro em suas residências através de visitas domiciliares, foi sempre tentado criar um vínculo ligando esta população aos serviços de Saúde, mostrando que um fator de grande potencial é o fortalecimento da qualidade do atendimento.

A Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 descreve, entre outras atribuições, que o enfermeiro da UBS dispõe de 40 horas semanais para: realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou demais espaços comunitários (escolas, associações, igrejas dentre outras), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade.

O resultado do questionário aplicado aos usuários da UBS foi tabulado, analisado e, posteriormente, formatado com auxílio do programa excel, programa este que ajudou com a formação dos gráficos e tabelas.

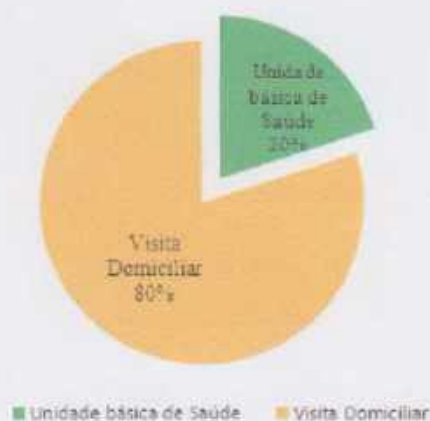


Gráfico 2 - Distribuição do local das entrevistas realizadas.

Fonte: Dados da pesquisa do autor.

O gráfico acima mostra o resultado dos locais das entrevistas, com a proporção de 20% (9 homens) realizados na Unidade Básica de Saúde e 80% (36 homens) na ocasião de visitas domiciliares em suas residências, e que estão cadastrados no posto de saúde. Quanto à profissão, as principais foram: aposentados, comerciantes, jardineiro, mecânico, motorista, vigilante, carpinteiro, pintor, eletricitista, pedreiro, marceneiro, servente, agricultor, vendedor e serviços gerais.

A pouca frequência dos homens no Posto de Saúde foi confirmada e mostra que é necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis. Segundo a Política Nacional da Saúde do Homem.

Percebe-se que a adesão da população masculina a UBS não corresponde a ofertada pelo serviço público, o que compromete o controle na assistência no prolongamento de um tratamento no futuro.

Fatores como quem acolhe na unidade e visitas domiciliares por agentes podem tentar diminuir essas discrepâncias, mas demonstram que mais ações de enfermagem têm que ser desenvolvidas especificamente para cada caso.

Alguns dos entrevistados alegam que uma das maiores dificuldades para marcação de consultas são as filas intermináveis, fato este que os leva a acordar muito cedo em virtude da distribuição de fichas para consultas, acarretando na perda de um dia de trabalho, o que dificulta a justificativa da ausência na empresa em que trabalham. Quando são consultados em algumas situações são encaminhados para especialistas e não resolvem através de uma única consulta.

As consultas realizadas na Unidade Básica de Saúde não priorizam serviços específicos para a população masculina no bairro de Bom Pastor, e nem fichas específicas para consultas de enfermagem para homens.

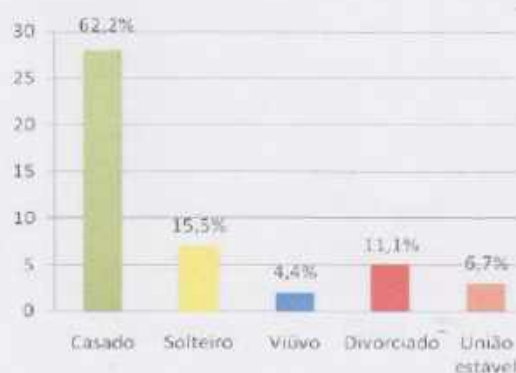


Gráfico 3: Distribuição dos entrevistados, segundo estado civil.

Fonte: Dados da pesquisa do autor.

Observando o gráfico acima com relação ao estado civil constata-se que 62,2% dos entrevistados são casados e 6,7% tem união estável, de acordo com o questionamento, observou-se que esses grupos são os que mais têm facilidade de acesso ao serviço de saúde, uma vez que o companheirismo da esposa assume o papel de cuidadora do marido, promovendo a adesão deste a UBS.

Os demais grupos, por não existir a figura feminina, ficam desfavorecidos com relação aos cuidados de sua saúde em relação à marcação de consultas, recebimento de resultados de exames, recebimento de medicamentos, companheirismo em todos os serviços prestados na UBS, principalmente motivação no acesso aos serviços de saúde.

A mulher também deve ser orientada quanto às patologias masculinas, pois pode ajudar no diagnóstico precoce, estimular o companheiro a procurar orientações médicas e acompanhar durante todos os exames.

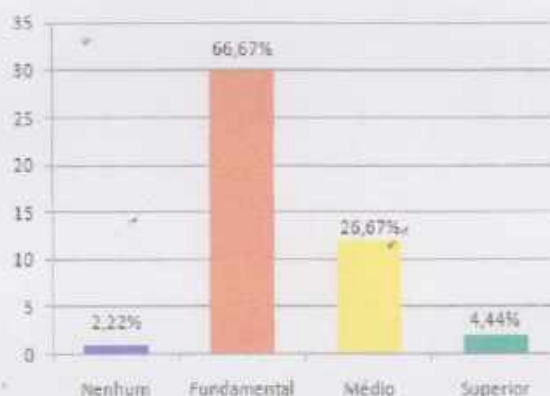


Gráfico 4 - Distribuição dos entrevistados segundo o nível de escolaridade

Fonte: Dados da pesquisa do autor.

Com relação ao gráfico segundo o nível de escolaridade observamos que 66,67% dos entrevistados possuem o nível fundamental e entende-se que o nível de escolaridade deve ser capaz de mostrar uma qualidade do entendimento sobre o agravo da doença e seus cuidados, e em consequência do nível fundamental poder ser um dos fatores do desconhecimento e da baixa procura pela UBS.

Esses níveis de escolaridade vão de encontro as suas profissões. Os entrevistados citaram como principais atividades laborais desenvolvidas: comerciantes, jardineiro,

mecânico, motorista, vigilante, carpinteiro, pintor, eletricista, pedreiro, marceneiro, servente, agricultor, vendedor e serviços gerais, aposentados e economista.

Quando questionados sobre não ter prosseguido nos estudos, explanavam as dificuldades do amadurecimento precoce, em ter que iniciar sua atividade profissional ainda na adolescência em virtude do casamento ou de filhos, ficando na posição de provedor.

O contexto de educação pode contribuir para a mudança dos padrões dessa população masculina, educando sobre a política nacional de atenção integral para promover a sua saúde, em todas as UBS.

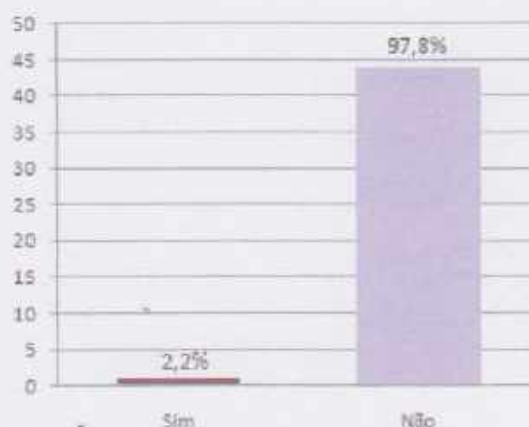


Gráfico 5- Distribuição dos conhecimentos de algum programa para os homens no posto de Saúde

Fonte: Dados da pesquisa do autor.

Ao serem questionados se conheciam algum programa no Posto de Saúde de seu bairro, somente 2,2 % responderam que sim e a grande totalidade 97,7 % afirmaram que não tinha nenhum conhecimento e nenhum programa que tratasse da saúde do homem.

Esse aspecto demonstra o quanto é necessário segundo os princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde para a população masculina, as informações e orientações, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos e das enfermidades do homem.

A população precisa de novas ações de enfermagem, que busquem atraí-los para que tomem conhecimento sobre as consultas de prevenção, pois como se constatou falta um programa e estratégias relacionados à saúde dos homens.

Tabela 4 - Distribuição do conhecimento do significado de câncer de próstata

Resposta dos entrevistados	Quantidade	%
Não sei explicar	20	44%
Doença que acontece na próstata	2	4%
Tumor maligno que desenvolve na próstata	2	4%
Doença que mata	2	4%
Câncer que dá nos homens	2	4%
Câncer no reto	2	4%
Caroço que nasce no pênis	1	2%
Câncer que dá na próstata e deixa o homem estéril	1	2%
Tumor maligno que desenvolve no homem depois dos 40 anos	1	2%
Caroço na próstata	1	2%
Doença que prejudica a saúde do homem	1	2%
Inflamação na bexiga e prende a urina do homem	1	2%
Doença que acontece nos testículos	1	2%
Doença que atinge todos os órgãos	1	2%
Inflamação nas costas	1	2%
Câncer que acontece no intestino	1	2%
Doença que deixa o homem sem urinar, e com muita dor	1	2%
Câncer que dá no nariz do homem	1	2%
Problema que dá no coração	1	2%
Inflamação na próstata	1	2%
Verme que dá no pé da barriga	1	2%
Total	45	100%

Fonte: Dados da Pesquisa autor.

Em relação ao conhecimento do câncer de próstata dos entrevistados, foi percebido que a maioria tem pouco ou nenhum conhecimento sobre a doença, ou seja, não conhecem quais são os fatores de risco para desenvolver o câncer de próstata. Podemos observar que ainda há existência de muitos conceitos errados do câncer de próstata por parte dos sujeitos selecionados da pesquisa.

Observou-se um enorme interesse desses homens em saber a respeito dessa doença. Portanto, acredita-se que se deva desenvolver atividades educativas visando um maior esclarecimento sobre este mal e, principalmente, sobre as medidas preventivas, pois essa desinformação é preocupante.

Conhecimento e exames preventivos podem ser decisivos para a detecção desta doença e nos seus princípios a Política Nacional da Saúde do Homem enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família.

Percebemos que embora a política esteja direcionada para esta população através de campanhas, falta mais ações estratégicas voltadas para a Saúde do homem que possam delimitar o desconhecimento e que forcem uma melhora nesta deficiência mostrada por 44% dos entrevistados.

Tabela 5 - Respostas dos entrevistados sobre onde adquiriram conhecimentos sobre o câncer de próstata.

Resposta dos entrevistados	Quantidade	%
TV	11	24,4%
Rádio	3	6,6%
Profissionais da Saúde	12	26%
Colegas e amigos de trabalho	19	42%
Total	45	100%

Fonte: Dados da Pesquisa autor.

Foi questionado onde os entrevistados adquiriram as informações sobre o conhecimento do câncer de próstata. A tabela 3 mostra que a maioria dos entrevistados adquiriu a partir de conversas informativas através dos colegas e amigos de trabalho 42%, com profissionais da saúde 26%, assistindo TV 24,4% e escutando rádio 6,6%.

Portanto destaca-se a importância de que campanhas educativas sejam mais realizadas juntamente com profissionais de Saúde, no intuito de fornecer folhetos explicativos, álbum seriado, cartazes, materiais ilustrativos e educativos tudo isso para facilitar a compreensão e conscientização da população masculina no bairro de Bom Pastor, como forma de prevenção e promoção à Saúde na precaução e controle do câncer de próstata.

Fica evidenciado que apesar de os profissionais da saúde terem medidas para o esclarecimento, a tabela 5 mostra que o usuário ainda se remete ao colega e amigos para

tomar conhecimento ao invés de procurar alguém habilitado. Esse dado é preocupante, haja vista a saúde preventiva ficar cada vez mais comprometida.



Gráfico 6 – Distribuição dos tipos de exames preventivos realizados.

Fonte: Dados da pesquisa do autor.

Quanto aos exames utilizados para a detecção precoce do câncer de próstata 57,8% nunca realizaram. Eles justificaram a falta de desconhecimento, o preconceito, o machismo, o descuido e o medo. 20% responderam que realizaram o PSA, enquanto 2,2% realizaram o toque retal, 6,7% realizaram PSA mais o toque retal e 13,3% realizaram PSA mais ultrassonografia.

Acredita-se que a população masculina acima dos 40 anos deva conhecer todos os aspectos inerentes sobre a prevenção da doença e os exames e fatores de riscos associados à patologia devam ser bem esclarecidos. Em relação ao diagnóstico, se faz alertar sobre seus diferentes tipos e importância da continuidade para que seja efetivo. Considera-se que o processo educativo é um fator inquestionável para o seguimento adequado do tratamento.

Em virtude do preconceito tem-se uma resistência na procura pela orientação médica, principalmente o urologista, o qual submeter-se aos exames preventivos de Câncer de próstata é “humilhante” na visão dos carentes de informações preventivas. Não se pode atingir uma proporção alta de homens que nunca realizaram um exame preventivo. Eles em sua maioria devem ser responsáveis e criar mecanismos de ações e reconhecer que gravíssimos problemas podem se tornar se não for alertado.

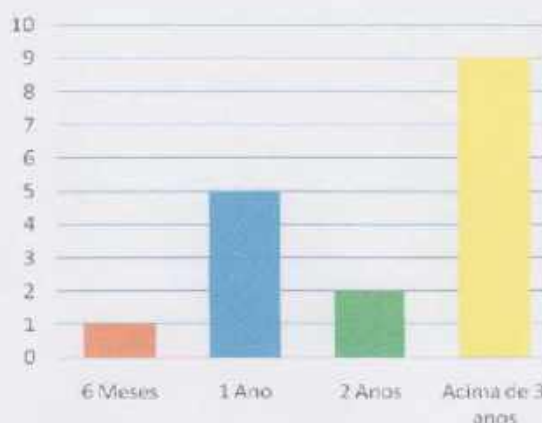


Gráfico 7– Frequência do exame preventivo do câncer de próstata

Fonte: Dados da pesquisa do autor.

A frequência com que os entrevistados realizam os exames preventivos do câncer de próstata apresentou valores significativos, na qual nove dos entrevistados que realizaram os exames somente o fazem com uma assiduidade acima de 3 anos, merecendo a orientação para que os homens façam o exame preventivo, uma vez ao ano.

É possível modificar determinados comportamentos, já que antigamente o único exame realizado para detectar alterações na próstata foi o toque retal que causa muito sofrimento associado e, atualmente, em relação aos exames, primeiramente, é feita a realização da análise de sangue e ocorrendo uma dosagem alta do PSA é que vai para o toque retal. Sabe-se que fazer esse exame anualmente ou duas vezes por ano diminui a chance de morrer por esse tipo de câncer.

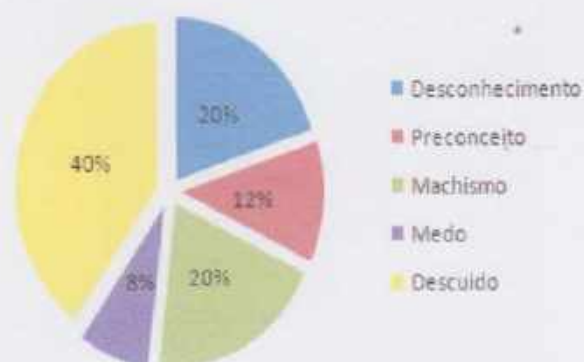


Gráfico 8 – Distribuição dos entrevistados porque os homens não buscam a realização dos exames preventivos do câncer de próstata.

Fonte: Dados da pesquisa do autor.

Com relação aos motivos que levam os homens a não buscarem a realização dos exames preventivos do câncer de próstata, conforme o gráfico acima se observa que a falta de conhecimento e o machismo predomina como um dos fatores mais amplamente vulnerável, e que se deve inicialmente trabalhar ações para que ele tenha como reconhecer as suas necessidades.

Nesse sentido todos da saúde e família envolvida possuem responsabilidades ou parcelas de responsabilidades, sendo necessária a formação de estratégias de saúde.

O machismo é o principal mecanismo causal da não realização dos exames e na vida cotidiana da prática na saúde pública é de fácil identificação, e o combate desse componente pode ser suficiente para grandes avanços na prevenção a partir da escolha de medidas certas de prevenção. Essa prudência deve ser combatida com ênfase nos fatores associados ao modo de vida e o ambiente domiciliar, que pode trazer bons resultados na redução da prevenção do câncer. A construção dessas ações passa necessariamente pela melhora das condições de conhecimento do contexto.



Gráfico 9 - Distribuição da frequência dos homens no Posto de Saúde.

Fonte: Dados da pesquisa do autor.

Em relação ao gráfico acima se pode observar:

- Dos entrevistados só 35,5% procuram o Posto de Saúde quando estão doentes, em virtude de apresentarem sintomas de febre, diarreia, náuseas dentre outras patologias, não associadas à promoção e prevenção da saúde;

- Cerca de 20% não frequentam levados por diversos fatores que podem ser destacados: o horário de funcionamento que coincide com a carga horária do seu trabalho, as dificuldades de marcação de consultas pelo SUS (Sistema Único de Saúde), falta de tempo, descuido;
- Já os que não frequentam uma vez ao ano ou uma vez ao mês, são em virtude de procurar nutricionista, imunização, consultórios odontológicos ou estão em tratamento clínico de tuberculose, hipertensão, diabetes e HIV.

Problemas causados na UBS em virtude dessa situação é uma demanda não absorvida ou que em determinadas situações, inicia o seu tratamento e não retorna mais, visto que 35,5% dos usuários procuram a UBS quando estão mais vulneráveis, e após melhorar não frequenta mais.

Tabela 6 - Incidência do câncer de próstata, segundo o grau de parentesco.

Incidência do câncer de próstata em sua família	
Sim	33%
Não	67%
Grau de parentesco	
Pai	47%
Irmão	20%
Tio	13%
Avô	13%
Outros	7%
Total	100%

Fonte: Dados da Pesquisa autor.

Em relação à incidência do câncer de próstata na família e grau de parentesco conforme a tabela 6 pode-se observar que 33% dos entrevistados responderam que tiveram casos de câncer de próstata em sua família e dentre os casos de incidência positivas 47% dos entrevistados têm antecedentes paternos, em seguida 20% de irmãos, 13% tios, e 13% avôs e segundo o (INCA, 2010) história familiar de pai ou irmão com câncer da próstata, antes dos 60 anos de idade, pode aumentar o risco de câncer em 3 a 10 vezes em relação à população em geral, podendo refletir tanto fatores hereditários quanto hábitos alimentares ou estilo de vida de risco de algumas famílias.

Uma vez identificada a doença na família pode-se acompanhar e realizar consultas de enfermagem com mais frequência. Conforme a Portaria nº 1.625 de 10 de julho de 2007, são atribuições específicas do enfermeiro das Equipes de Saúde da Família (ESFs) realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo MS, gestores estaduais, municipais ou do Distrito Federal.

O risco de câncer em determinada população depende diretamente das características biológicas juntamente com o comportamento do indivíduo, que se tem em consideração as condições sociais, ambientais e econômicas que os rodeiam.

8 SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

Diante dos resultados da pesquisa viu-se que é de grande relevância destacar as ações de prevenção, promoção e reabilitação a saúde para toda população masculina.

Procurar integrar o acesso dos homens a grupos de reuniões masculinas, disponibilizando equipamentos e matérias educativos ilustrativos que priorize a prevenção do câncer de próstata como, por exemplo, álbum, seriado, folhetos informativos; que venham a facilitar a conscientização da população masculina.

Ações e medidas de promoção de saúde dentro da UBS a população masculina, que sejam através de informações a respeito de tratamentos, tirando dúvidas, tanto para pacientes quanto para seus familiares, que possibilitem a multiplicação de informações a todos da comunidade, mesmo que não seja exatamente algo agradável.

Implementar campanhas educativas pelos profissionais da saúde, realizando orientações e informações sobre a prevenção masculina, além do Posto de Saúde em associações e escolas como o objetivo de multiplicar as pessoas envolvidas, de forma que a família também possa incentivar que toda a população masculina aumente a frequência na UBS e façam as consultas preventivas.

Analisar as situações dos cadastros de saúde dos homens acima de 40 anos, e dependendo da necessidade convida-los pelos agentes de saúde a realizarem consultas preventivas, em especial a de câncer de próstata.

Procurar criar dentro da UBS Programas e temas relacionados à população masculina, como por exemplo, prevenção do câncer de próstata, alcoolismo, violência, paternidade, infertilidade, disfunções sexuais (impotência sexual, ejaculação precoce, diminuição do libido), de forma a sensibilizar a população masculina sobre as questões de saúde do homem, e com isso, os homens possam perceber que a UBS também é um ambiente de espaço masculino e por sua vez os serviços de saúde reconheçam que os homens necessitem de cuidados.

Evoluir cada vez mais no sistema de informação, integrando os registros de câncer aos outros sistemas existentes, garantindo um monitoramento, avaliação e resultados que forem alcançados. O aprimoramento pelo aumento da qualidade e da disseminação das informações para os profissionais da saúde é de grande valor, permitindo o monitoramento das diversas condições de risco relacionadas a ocorrências do câncer. Após os registros dos casos pode-se avaliar mais rapidamente a qualidade da assistência e, também, serem feitas comparações com outras regiões do país e do mundo.

A situação da compreensão é essencial, onde pode definir investimentos em mais pesquisas de avaliação de determinado risco e suas ações efetivas de prevenção.

No campo de mobilização social pode-se articular, procurando romper os preconceitos com o empenho de ações integradas de educação, para que sejam alcançados os objetivos da redução dos casos de óbitos por câncer através da prevenção e para uma melhora da qualidade de vida dos pacientes.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para um bom sistema de atendimento oncológico é preciso habilitar os profissionais, aproveitar todas as oportunidades para esclarecer os envolvidos para que se possibilite que com sabedoria e segurança melhorar a saúde e, conseqüentemente, a vida daqueles envolvidos. Dessa forma, cria-se perspectiva reduzindo as limitações e sofrimentos desnecessários.

A formação acadêmica no curso superior de enfermagem deve garantir o perfil multiprofissional e proporcionar identidade profissional para agir em situações de imprevisibilidade, realidade a que estão sujeitos os profissionais enfermeiros nos serviços de saúde.

O impacto social e econômico para todos os envolvidos que a doença provoca são visivelmente elevados, podendo representar anos de vida perdidos, recursos destinados à detecção, diagnóstico e tratamento.

Durante o tratamento do câncer é necessário que o paciente faça a recuperação, já que a enfermeira nem sempre é possível de cura, que possam alcançar uma boa qualidade de vida apesar das limitações com que podem passar a conviver.

A promoção da saúde e do bem-estar se torna um compromisso, e para isso os profissionais devem apoiar e desenvolver a força existente dentro de cada doente, enfatizando, o potencial de cada um e não se restringindo às limitações.

A partir da elaboração de um plano assistencial de enfermagem individualizado embasado na literatura e direcionado ao caso em questão, obtém-se uma assistência de enfermagem melhor qualificada, capaz de proporcionar um melhor bem estar físico, psicológico e espiritual não só ao paciente como à sua família.

A ideia dos serviços de saúde como um espaço feminilizado precisa ser transformada de modo a incluir as necessidades de saúde dos homens. Isso não significa necessariamente apenas a mudança nos percentuais de trabalhadores homens e mulheres nesses serviços, nem muito menos a criação de serviços de saúde específicos para a população masculina. É claro que um maior número de profissionais de saúde do sexo masculino nesses serviços, principalmente na equipe de enfermagem, contribuiria para uma maior percepção de pertencimento dos homens nos postos de saúde. Porém, mais importante do que ter homens na assistência, é uma mudança da postura prática de todos os profissionais, sejam homens ou mulheres. É necessário que os profissionais de saúde tenham uma maior sensibilidade para as

interações entre as concepções de gênero e as demandas trazidas pelos homens no uso do serviço.

É necessário, em princípio, admitir que a constatação da ausência dos indivíduos do sexo masculino nas UBS não deve ser pensada exclusivamente como uma falta de responsabilidade dos homens com sua saúde nem especificamente como uma falha na organização dos modelos de atenção primária à saúde. Em vez disso, a ideia é compreender o problema no contexto de uma complexa teia de relações que envolvem três dimensões que interagem entre si, a saber: 1) os homens na qualidade de sujeitos confrontados com as diferentes dimensões da vida; 2) os serviços na maneira como eles se organizam para atender os usuários considerando suas particularidades; e 3) os vínculos estabelecidos entre os homens e os serviços e vice-versa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Municipal de saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à saúde do homem: (princípios e diretrizes), Brasília: 2008, p. 5-4.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br> >. Acessado em 08/03/2010.

_____. Ministério da Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Secretaria de política de Saúde/Departamento de atenção básica, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Registros do Câncer no Brasil e sua historia, São Paulo, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Insitituto Nacional do Câncer. Estimativas 2010. Disponível em < <HTTP://www.inca.gov.br/estimativa/2010/> >. Acesso em 12/09/2010.

_____. Ministério da Saúde. Cuidados paliativos em oncologia. Instituto Nacional do câncer: Controle de sintoma. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Resenha da luta contra o Câncer no Brasil: Documentário do serviço Nacional do câncer/ ministério da Saúde, 2ª Ed., Brasília, 2007.

BLUM,BILL; PICUS, JOEL. Câncer de próstata. In: **Washingtons Manual de Oncologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida. **Ensinando a cuidar da mulher do homem e do recém-nascido**. São Caetano do Sul: Yends.

FIGUEIREDO, W. A assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Revista Ciências saúde coletiva**, v. 10, n.1 p.105-109, Rio de Janeiro: 2005.

GOMES, R; NASCIMENTO, E, ARAUJO, F. porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde publica**. Rio de janeiro, v.23, n.3, p.565-574, mar.2007.

GUERRA, MR; MOURA, GALLO CV, MENDONÇA GAS. Risco de câncer: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista brasileira de cancerologia**, p.227-234, 2005.

Instituto Brasileiro de geografia e estatística, IBGE. Censo demográfico de conatagem de populacional para os anos intercensitária. Estimativas preliminares de totais populacionais estratificados por idade e sexo pelo MS/SE/DATASUS.

LIMA, F.C.A. et.al. Conhecimento dos trabalhadores de uma universidade privada sobre a prevenção do câncer de próstata. **Cogitare Enferm.** p.460-465, 2007.

MONTZELLO, Débora et.al. Um olhar bioética sobre autonomia do paciente oncológico em optar pelos cuidados paliativos. **Revista Enfermagem Brasil.** São Paulo, v.8, p. 33-38, Jan/fev, 2009.

ONCOLOGIA. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal e Saúde. (Re) desenhado a rede de Saúde na cidade do Natal, Secretaria Municipal de Saúde do Natal. _ Natal, RN, 2007, p. 12. Saúde publica_ Natal (RN). 2 Rede e Saúde_ Natal (RN) I titulo.

RIBEIRO, Mara, Andrea; OPARACZ, Valdirene; CULIBABA, Maura, Márcia, **O papel do enfermeiro com pacientes do câncer de próstata.**

SMELTZER, BARE. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgico.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.v.3

VIEIRA, Sonia; HOSSNE, William Saad. **Metodologia Científica para a área da saúde.** Rio de Janeiro: Campus, 2001.

GLOSSÁRIO

POSTO DE SAÚDE: Unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: Unidade para realização de atendimento de Atenção Básica e Integral a uma população de forma programada ou não nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Pode ou não oferecer: SADT e pronto atendimento 24 horas.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: É entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.



Liga de Ensino do Rio Grande do Norte

Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte

Curso de Enfermagem

RUA PREFEUITA ELIANE BARROS, nº: 2000- TIROL, NATAL-RN

CEP: 59014-540. FONE:/FAX: (84) 3215-2917/3215-2918 SITE: WWW.FARN.BR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Esclarecimentos

O Sr.:

Este é um convite para você participar da pesquisa que tem como título do Projeto: **“Saúde do homem um desafio necessário na prevenção do Câncer de Próstata no bairro de Bom Pastor- NATAL/RN”**. Coordenado pela professora Dr. Izete Soares da Silva Dantas Pereira.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

A pesquisa procura investigar o desenvolvimento do programa de prevenção do câncer de próstata no bairro de Bom Pastor e quais as atividades desenvolvidas que possam estar contribuindo para a redução da doença e da morte da população masculina. A pesquisa sobre a saúde do homem, um desafio necessário na prevenção do câncer de próstata no bairro de Bom Pastor é de grande relevância, pois, apesar das ações de prevenção existentes do câncer de próstata ainda apresenta índices muito elevados de casos em todo o mundo, incluindo o Brasil.

Caso aceite o convite, você será submetido a uma entrevista contendo algumas com o objetivo de identificar os seus conhecimentos sobre a prevenção do câncer de próstata.

Os riscos associados à participação nesta pesquisa são mínimos e em virtude da natureza da pesquisa consiste em inibição e/ou timidez em responder as perguntas do questionário.

Os benefícios em participar da pesquisa são a possibilidade de aumentar os conhecimentos e a discussão do tema na área de saúde do homem, contribuindo e para a prevenção da doença.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para professora Dra. Izete Soares da Silva Dantas Pereira, no endereço: FARN-Faculdade Natalense Para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – Coordenação do Curso de Enfermagem - Curso de Graduação em Enfermagem, Rua Prefeita Eliane Barros, 2000 – Tirol, Natal, RN, CEP: 59014-540. Fone/fax: (84) 3215-2917/3215-2918. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRN no endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Natal/RN ou pelo telefone (0xx84) 3215-3135.

Desde já agradecemos a disponibilidade em participar voluntariamente do estudo, e caso aceite participar solicitamos a sua confirmação neste documento.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, e concordo em participar voluntariamente da pesquisa tendo como título: **Saúde do homem: um desafio necessário na prevenção do Câncer de Próstata no bairro de Bom Pastor-NATAL/RN.**

Natal, ____ de ____ de 2010



Participante da Pesquisa

Impressão datiloscópica

Pesquisador responsável:

Dra. Izete Soares da Silva Dantas Pereira

FARN - Faculdade Natalense Para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte -
Coordenação do Curso de Enfermagem - Curso de Graduação em Enfermagem, Rua Prefeita
Eliane Barros, 2000 - Tirol, Natal, RN, CEP: 59014-540. Fone/fax: (84) 3215-2917/3215-
2918.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA UFRN

Endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Natal/RN ou pelo telefone
(0xx84) 3215-3135.



Liga de Ensino do Rio Grande do Norte

Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte Enfermagem

Curso em Enfermagem

Os dados obtidos serão utilizados como fonte de pesquisa para a elaboração da monografia: Saúde do homem: Um desafio necessário na prevenção do câncer de próstata do bairro de Bom Pastor.

Responsável: Márcia Ozeas Rodrigues.

Acadêmica do Curso de Enfermagem.

ENTREVISTA DE PESQUISA DE CAMPO PARA POPULAÇÃO MASCULINA

Data do preenchimento do Questionário: ----/----/----

Horário: ----:--

Entrevistado: -----

Idade: -----

Profissão: -----

Estado civil:

Casado () Solteiro () Divorciado () União Estável () Viúvo ()

Endereço: -----

Escolaridade:

Nenhuma () Fundamental () Médio () Superior ()

1. O senhor costuma a frequentar o Posto de Saúde de seu bairro?

Sim () 1 vez ao mês () 1 vez ao ano () Só quando esta doente

Não () Porque? -----

Caso frequente a Unidade Básica de Saúde procura o quê?

2. O senhor conhece algum programa na UBS que trate da Saúde do homem?

Sim () Qual? -----

Não ()

3. O senhor tem algum conhecimento da doença câncer de próstata?

Sim () Qual? _____

Não ()

Caso tenha algum conhecimento do câncer de próstata adquiriu aonde? _____

4. O senhor já realizou algum tipo de exame preventivo para diagnóstico de Câncer de Próstata?

Sim () Qual? _____

Não () Frequência? _____

5. O senhor tem algum familiar com esta doença?

Sim () Qual? _____

Não ()

6. Qual a sua sugestão para facilitar condições de acolhimento para a população masculina, no posto de Saúde de seu bairro?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO que significa essa sigla?

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa <<titulo>> que é coordenada por <<nome>>.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa procura <<objetivo e justificativa>>. Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: <<metodologia (Obs.: Incluir métodos alternativos, caso existam e informar sobre a possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo, caso pertinente.)>>. **O que significa essa sigla?**

Os riscos envolvidos com sua participação são: <<riscos>>, que serão minimizados através das seguintes providências: <<minimização dos riscos>>.

Você terá os seguintes benefícios ao participar da pesquisa: <<benefícios>>.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para <<responsável>>, no endereço <<endereço>> ou pelo telefone <<telefone>>.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no endereço <<endereço>> ou pelo telefone <<telefone>>.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa <<titulo>>.

Participante da pesquisa:

<<nome>>

<<assinatura>> O que significa essa sigla?

Pesquisador responsável:

<<nome>>

<<assinatura>>

<<endereço profissional>> <<fone>>

Comitê de ética e Pesquisa << endereço>> <<fone>>

Observações adicionais:

<<quando o estudo for com cooperação estrangeira; envolver armazenamento de material biológico, banco de dados ou remessa de material biológico para o exterior devem ser observadas as resoluções complementares. Cooperação estrangeira (Resolução: 292-99 CNS), Genética Humana (Resolução: 340-04 CNS) e Armazenamento de material biológico (Resolução 347-05, CNS). A UFRN irá regulamentar o gerenciamento de banco de material biológico e dado.



Ministério da Educação
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

FORMULÁRIO CEP-UFRN

1. DADOS CADASTRAIS

1.1	Nº Folha de Rosto (FR)		SISNEP
1.2	Nº Protocolo (a ser gerado no CEP-UFRN)		CEP-UFRN
1.3	CAAE (a ser gerado no CEP-UFRN)		SISNEP-CEP
1.4	Título do Projeto		
1.5	Finalidade da pesquisa	Monografia/TCC* () Mestrado () Doutorado () Outro tipo ()	

* TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Nome					
Endereço do trabalho					
Instituição					
Bairro		Cidade		CEP	
Estado		Telefone	()	Fax	()
e-mail		Cargo ou Função			

3. DEMAIS PESQUISADORES

Nome	Instituição	Assinatura

4. DADOS INSTITUCIONAIS DA PESQUISA

4.1 Instituição onde será realizada a pesquisa

4.2 Instituição (ões) sediadora (s) *(Instituição onde será (ão) recrutado(s) os sujeitos da Pesquisa).*

4.3 Instituição (ões) colaboradora(s) *(Instituição que colabora na parte experimental da pesquisa executando algum procedimento laboratorial, consultoria, entre outros).***5. DESCREVER A INFRA-ESTRUTURA ONDE SE PROCESSARÃO AS VÁRIAS ETAPAS DA PESQUISA.***Resolução CNS 196/96, item VI.2. h. (fornecer detalhes dos locais onde serão arrolados o sujeito da pesquisa).*

6. PERÍODO DO ARROLAMENTO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

	MÊS	ANO
Início		
Término		

7. SUJEITOS DA PESQUISA

Sujeitos adultos	Número
homens	
mulheres	
Grupos vulneráveis	
Total	

8. EXPOR AS RAZÕES PARA UTILIZAÇÃO DE GRUPOS VULNERÁVEIS.

9. INDICAR OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO PARA SELEÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.

10. ANALISAR OS RISCOS E BENEFÍCIOS, DECORRENTES DESSA PESQUISA, PARA O PARTICIPANTE.

11. DESCREVER OS PLANOS PARA O RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, E A FORMA DE OBTENÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE). *(Observar que crianças apesar de serem consideradas como grupos vulneráveis, também devem expressar sua vontade em participar da pesquisa, no limite de sua capacidade, incluindo a assinatura de TCLE para menores, escrito em linguagem acessível a faixa etária. Este último termo deve também conter a assinatura do responsável legal).*

12. IDENTIFICAR O PESQUISADOR QUE SERÁ RESPONSÁVEL PELA OBTENÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) E A INSTITUIÇÃO À QUAL PERTENCE.

13. IDENTIFICAR O TIPO DE MATERIAL E/OU INFORMAÇÃO A SER COLETADA E INDICAR COMO AS INFORMAÇÕES SERÃO OBTIDAS E AS PESSOAS RESPONSÁVEIS PELO PROCEDIMENTO. INDICAR TAMBÉM ONDE AS INFORMAÇÕES OBTIDAS SERÃO ARQUIVADAS (espécimes como sangue, esfregaços de tecidos, urina, etc; registros fisiológicos; questionários; consulta a registros ou prontuários).

14. ARMAZENAMENTO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS (tecidos, células, soro, plasma, DNA, RNA entre outros) E/OU INFORMAÇÕES (banco de dados).

14.1 Armazenamento de amostras biológicas

☐ sim ☐ não. Se sim, responder 14.2 e 14.3

14.2 Local de armazenamento:

14.3 Pessoa responsável pelo armazenamento

15. DESCREVER O PLANO ELABORADO PARA REALIZAR ALGUM TIPO DE RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO (observar a Resolução CNS Nº 196/96, a qual esclarece que essas são duas medidas de natureza diferentes e obrigatórias em todas as pesquisas com seres humanos e que precisam estar incluídas no TCLE)

16. A PESQUISA ENVOLVERÁ O USO DE ALGUM TIPO DE DROGA?

☐ Não ☐ Sim

* Em caso afirmativo, indicar:

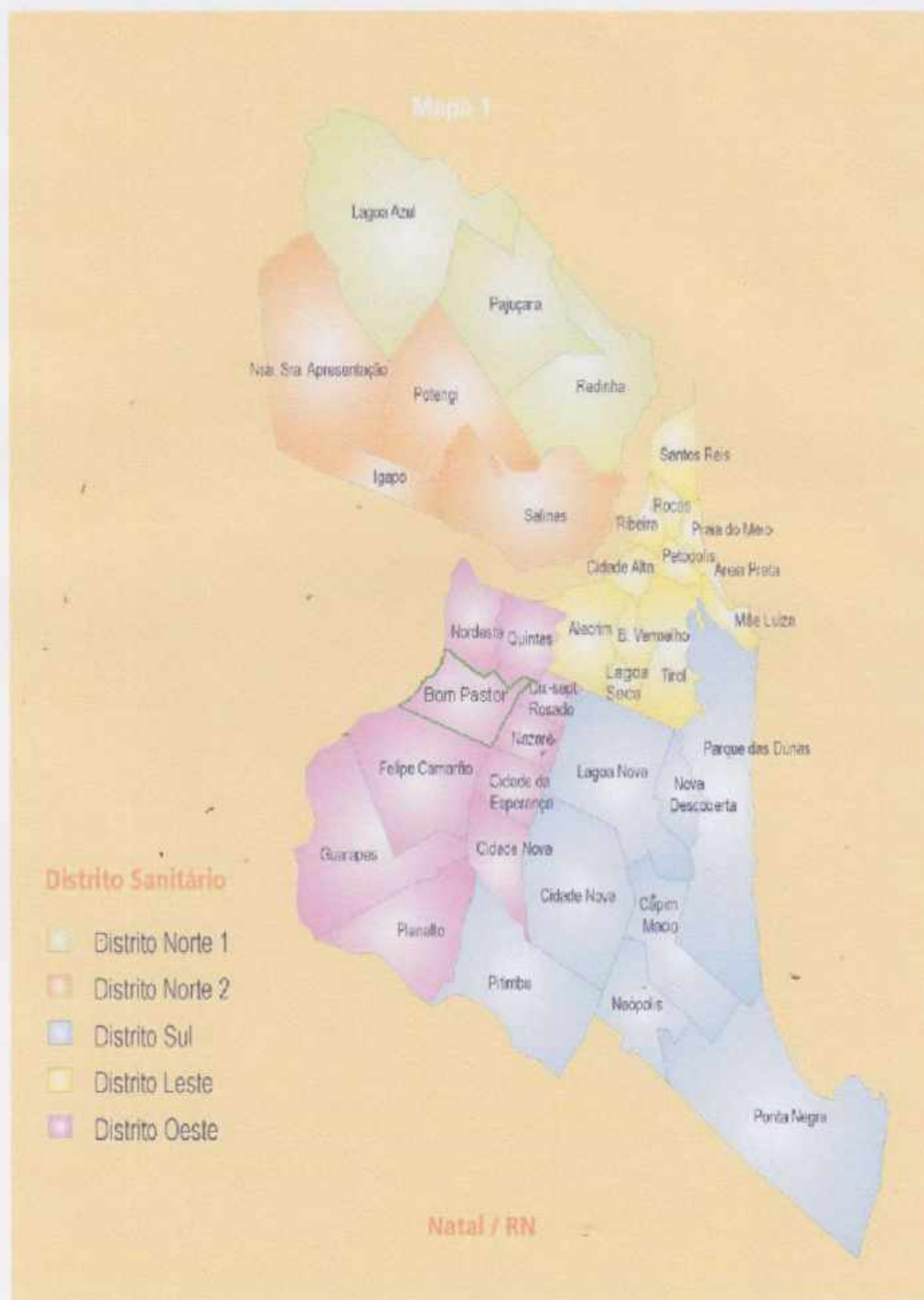
Nome	
Responsável Técnico:	
Número do Registro na ANVISA	

17. A PESQUISA UTILIZARÁ RADIOISÓTOPOS OU IRRADIAÇÃO?

☐ Sim ☐ Não - * Em caso afirmativo, indicar o tipo de droga, indicar o destino final dos resíduos gerados e indicar o pesquisador responsável, e o seu credenciamento junto ao Comissão Nacional de Energia Nuclear.

18. APRESENTAR, CLARA E SUCINTAMENTE, OS OBJETIVOS E AS HIPÓTESES A SEREM AVALIADOS NESTE PROJETO DE PESQUISA, (MÁXIMO 1 PÁGINA) (Lembrar que o pesquisador deverá indicar a razão pela qual usará seres humanos para testar as hipóteses do trabalho).

19. EXPLICITAR OS CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA CANCELAR, SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA ANTES DO PREVISTO NO CRONOGRAMA.





Anexo E

**LEGENDA**

LIMITE DO BAIRRO

ÁREA MILITAR

SEGURANÇA

+ EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

● ESCOLAS/CRECHES ESTADUAIS

● ESCOLAS/CRECHES MUNICIPAIS

CAMPOS E QUADRAS

▲ FEIRA LIVRE

◆ LAVANDERIA

◆ MERCADO

▲ PRAÇA





**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP**

Anexo F

PARECER Nº 193/2010

Prot. nº	073/10 CEP/UFRN
CAAE	0080.0.051.000-10
Projeto de Pesquisa	Saúde do homem: um desafio necessário na prevenção do câncer de próstata no Bairro de Bom Pastor.
Área de Conhecimento	4 - CIÊNCIAS DA SAÚDE 4.04 - Enfermagem
Pesquisador Responsável	Izete Soares da Silva Dantas Pereira
Instituição Onde Será Realizado	Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte - FARN
Instituição Sediadora	Unidade Saúde da Família do Bom Pastor
Nível de abrangência do Projeto	Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
Período de realização	Início - fev/2010 - Término - dez/2010 Arrolamento: Início - jul/2010 - Término - ago/2010
Revisão ética em	29 de julho de 2010

RELATO

1. RESUMO

O protocolo em análise refere-se a uma pesquisa exploratória que tem por meta investigar como está sendo desenvolvido o programa de prevenção de câncer de próstata no bairro de Bom Pastor, assim como investigar as atividades que estão contribuindo para a redução da morbimortalidade da população masculina.

De acordo com a literatura, o câncer de próstata no Brasil é o segundo tipo de câncer mais comum entre os homens. O aumento nas taxas de incidência pode ser justificado pela evolução dos métodos diagnósticos (exames), pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação e pelo aumento da expectativa de vida. Não obstante, a forma como é tratada a saúde do homem e a prevenção do câncer de próstata nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) parece estar contribuindo à baixa utilização por parte da população masculina desse serviço. Assim sendo, pesquisas sobre a saúde do homem junto às UBS é um passo necessário para estimular o cuidado com a saúde por parte da população masculina na prevenção do câncer de próstata.

2. ENTENDIMENTOS E PARECER

Considerando que as pendências expostas por este Comitê foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

3. ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em pesquisa (Brasília, 2002) e Res. 196/96 – CNS o pesquisador deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Res. 196/96 CNS – item IV.2d);

2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Res. 196/96 – CNS item III.3z);

3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p. 41);

4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final após conclusão da pesquisa (Manual Operacional para Comitês de ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.65).

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 03 de agosto de 2010.

Dulce Almeida

Coordenadora do CEP-UFRN



Selma Maria Bezerra Jerônimo

Vice-Coordenadora – CEP/UFRN

Anexo G

USF BOM PASTOR - 2408457

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		UF <u>RN</u>
MUNICÍPIO (nome) <u>NATAL</u>		MUNICÍPIO (código) <u>2408102</u>	SEGMENTO <u>041</u>
			ANO <u>2010</u>

CONSOLIDADO ANEXO DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS POR SEGMENTO TERRITORIAL

SEXO	FAIXA ETÁRIA	071	072	073	074	ÁREA					TOTAL
M	<1	14	18	10	12						54
	1-4	73	62	86	48						273
	5-6	87	58	75	34						254
	7-9	79	66	102	42						289
	10-14	137	159	155	82						533
	15-19	112	146	191	117						566
	20-39	317	494	652	432						1.895
	40-49	172	220	208	173						773
	50-59	79	131	118	81						409
	60 e mais	89	141	125	129						484
	SUB-TOTAL	1.163	1.495	1.722	1.150						5.530
F	<1	17	21	12	22						72
	1-4	82	77	94	59						312
	5-6	50	51	87	44						232
	7-9	63	87	111	62						323
	10-14	115	127	150	97						489
	15-19	130	148	166	132						576
	20-39	344	556	784	465						2.149
	40-49	146	231	267	166						810
	50-59	119	134	136	119						508
	60 e mais	108	198	188	208						702
	SUB-TOTAL	1.174	1.630	1.995	1.374						6.173
TOTAL		2.337	3.125	3.717	2.524						11.703

Famílias cadastradas	3.688	
Pessoas cadastradas	11.703	
Pessoas com cobertura de Plano de Saúde	408	03,48

Crianças de 7 - 14 anos	1.634	
Crianças de 7 - 14 anos na escola	1.620	99,14
Pessoas de 15 anos e mais	8.272	
Pessoas de 15 anos e mais alfabetizadas	7.825	88,19

Tijolo/Adobe	3.688	100
Taipa revestida	-	-
Taipa não revestida	-	-
Madeira	-	-
Material aproveitado	-	-
Outros	-	-
TOTAL	3.688	100
Coletado	3.674	99,62
Queimado/Enterrado	-	-
Céu aberto	14	0,37

TRATAMENTO DA ÁGUA	Nº	%
Filtração	714	19,36
Fervura	14	0,37
Cloração	18	0,48
Sem tratamento	2.942	79,77
ÁGUA TRATADA	Nº	%
Rede pública	3.688	100
Poço ou nascente	-	-
Outros	-	-
DESTINO DAS FEZES/URINA	Nº	%
Sistema de esgoto	1.737	47,09
Fossa	1.951	52,90
Céu aberto	-	-

OBS: ÁREAS 071 E 074 COM MICRO-ÁREAS SEM A.C.S.

 PREFEITURA DO NATAL Cidade de Natal	Relatório A2	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA			UF RN
MUNICÍPIO (nome) NATAL	MUNICÍPIO (código) 24188102	SEGMENTO 04	ÁREA 0073	ANO 200	

CONSOLIDADO ANUAL DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS POR ÁREA

SEXO	FAIXA ETÁRIA	MICROÁREA										TOTAL
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	
M	< 1	01	03	-	03	01	02					
	1 - 4	15	12	16	10	16	17					
	5 - 6	11	06	12	10	13	18					
	7 - 9	15	11	20	18	26	12					
	10 - 14	25	25	25	28	29	23					
	15 - 19	44	17	36	26	32	36					
	20 - 39	105	155	89	101	113	89					
	40 - 49	37	27	30	30	52	32					
	50 - 59	23	22	16	18	18	21					
	60 e mais	25	19	18	20	27	16					
	SUB-TOTAL	301	297	262	264	332	266					
F	< 1	01	04	-	02	02	03					
	1 - 4	22	12	28	09	10	13					
	5 - 6	13	09	11	12	20	22					
	7 - 9	17	12	23	15	24	20					
	10 - 14	22	16	34	18	33	27					
	15 - 19	27	26	25	20	29	39					
	20 - 39	109	194	113	106	155	105					
	40 - 49	44	43	39	44	56	41					
	50 - 59	26	23	19	20	28	20					
	60 e mais	27	30	28	35	44	24					
	SUB-TOTAL	308	369	322	281	401	314					
TOTAL		609	666	584	545	733	580					

	Nº	%
Famílias cadastradas	1.151	
Pessoas cadastradas	3.717	
Pessoas com cobertura de Plano de Saúde	93	2,51

	Nº	%
Crianças de 7 - 14 anos	518	
Crianças de 7 - 14 anos na escola	518	100
Pessoas de 15 anos e mais	2.835	
Pessoas de 15 anos e mais alfabetizadas	2.517	88,8

TIPO DE CASA	Nº	%
Tijolo/Adobe	1.151	100
Taipa revestida	-	-
Taipa não revestida	-	-
Madeira	-	-
Material aproveitado	-	-
Outros	-	-
ENERGIA ELÉTRICA	1.151	100
DESTINO DO LIXO	Nº	%
Coletado	1.151	100
Queimado/Enterrado	-	-
Céu aberto	-	-

TRATAMENTO DA ÁGUA	Nº	%
Filtração	121	10,5
Fervura	-	-
Cloração	-	-
Sem tratamento	1.030	89,5
ÁGUA UTILIZADA	Nº	%
Rede pública	1.151	100
Poço ou nascente	-	-
Outros	-	-
DESTINO DE FEZES/URINA	Nº	%
Sistema de esgoto	432	37,5
Fossa	719	62,5
Céu aberto	-	-

DOENÇAS OU CONDIÇÕES REFERIDAS		MICRO-ÁREA										TOTAL
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	
A	0 a 14 anos	—	—	—	—	—	—					—
B	15 anos e mais	—	—	—	—	04	—					04
C	TOTAL	—	—	—	—	04	—					04
C	0 a 14 anos	—	—	—	—	—	—					—
H	15 anos e mais	—	—	—	—	—	—					—
A	TOTAL	—	—	—	—	—	—					—
D	0 a 14 anos	—	—	—	01	—	—					01
B	15 anos e mais	—	04	—	05	10	01					20
T	TOTAL	—	04	—	06	10	01					21
D	0 a 14 anos	—	—	—	—	—	—					—
I	15 anos e mais	11	05	07	09	17	08					57
A	TOTAL	11	05	07	09	17	08					57
D	0 a 14 anos	—	—	—	—	—	—					—
M	15 anos e mais	—	—	—	01	09	—					10
E	TOTAL	—	—	—	01	09	—					10
E	0 a 14 anos	—	—	—	—	—	—					—
P	15 anos e mais	—	—	01	—	04	—					05
I	TOTAL	—	—	01	—	04	—					05
G	10 a 19 anos	—	—	—	—	—	01					01
E	20 anos e mais	04	02	02	02	03	04					17
S	TOTAL	04	02	02	02	03	05					18
H	0 a 14 anos	—	—	—	—	—	—					—
A	15 anos e mais	35	26	32	36	29	23					183
	TOTAL	35	26	32	36	29	23					183
H	0 a 14 anos	—	—	—	—	—	—					—
A	15 anos e mais	—	—	—	—	—	—					—
N	TOTAL	—	—	—	—	—	—					—
M	0 a 14 anos	—	—	—	—	—	—					—
A	15 anos e mais	—	—	—	—	—	—					—
L	TOTAL	—	—	—	—	—	—					—
T	0 a 14 anos	—	—	—	—	—	—					—
B	15 anos e mais	01	—	—	—	—	01					01
	TOTAL	01	—	—	—	—	01					01
	0 a 14 anos											
	15 anos e mais											
	TOTAL											
	0 a 14 anos											
	15 anos e mais											
	TOTAL											
	0 a 14 anos											
	15 anos e mais											
	TOTAL											
	0 a 14 anos											
	15 anos e mais											
	TOTAL											

TOTAL