

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

ELISANA AGUIAR VIEIRA

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

VITÓRIA
2013

ELISANA AGUIAR VIEIRA

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Trabalho de conclusão do Curso apresentado á Faculdade Católica Salesiano do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Professora. Msc. Claudia Curbani Vieira Manola.

VITÓRIA
2013

ELISANA AGUIAR VIEIRA

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/___, por:

Prof^a. Msc. Claudia Curbani Vieira Manola. FCSES
(Orientadora).

Prof. Msc. Tatiane Miranda. FCSES

Prof. Ilana Martins. FCSES

Para minha família,
Ao meu marido, pois sem vocês
Eu não poderia chegar até aqui.
Sei que esta vitória não se deu
Somente pela minha
Capacidade, mas porque ao
Meu lado caminha pessoas
Que acreditam em meu
Sucesso e sonhos.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus por estar sempre ao meu lado me dando força, sabedoria e persistência em alcançar meus objetivos.

Agradeço pelo amor e paciência da minha amada família, e do meu esposo querido e aos meus amigos por sempre estarem ao meu lado e acreditarem em mim.

A Capes, pela concessão da bolsa de estudos o que possibilitou o alcance da graduação em enfermagem.

À minha professora e orientadora Enf^a Msc. Claudia Curbani Vieira Manola por ter compartilhado comigo seus conhecimentos durante a elaboração deste trabalho com paciência e dedicação.

Agradecer à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, por tornar possível minha formação.

Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito... Não somos o que gostaríamos de ser. Não somos o que ainda iremos ser. Mas, graças á DEUS, não somos mais quem nós éramos.

(MARTINS, Luther King, Jr)

RESUMO

O objetivo deste estudo consiste em compreender a importância do enfermeiro na prevenção do câncer de próstata juntamente com a educação em saúde, descrevendo o homem enquanto gênero, entendendo o que é o câncer de próstata, analisando a política versus a saúde do homem e entender o papel do enfermeiro no PSF. A metodologia utilizada nesse estudo consiste em uma pesquisa bibliográfica compreendendo os anos de 1992 a 2013 em livros, teses, dissertações e revistas científicas que tenham como tema principal o câncer de próstata. Para o levantamento do estudo foram definidos fontes de pesquisa, como LILACS (Literatura Latino- Americana e do Caribe de Saúde em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), Revista Latino- americana de Enfermagem, REBEN (Revista Brasileira de Enfermagem), BIREME ou BVS (Biblioteca Virtual em saúde). Concluindo o estudo observa que a saúde do homem é um assunto que deve ser colocado em prática, com isso é necessário à conscientização e treinamento dos profissionais da área da saúde para implementação de ações e programas referentes à saúde masculina. Percebe-se a necessidade de se identificar os motivos que levam os homens a não procurarem os serviços de saúde seja por questões relacionadas ao machismo, fatores culturais, falta de tempo ou até fatores relacionados ao próprio sistema de saúde. E com isso proceder perante essa questão que tanto afeta o público masculino oferecendo uma pesquisa para a construção do saber teórico e conseqüentemente o prático. Sendo assim, a pesquisa se torna indissociável ao ensino, fazendo dela um instrumento de aprendizagem.

Palavras-chave: gênero, Câncer de próstata, masculinidade, saúde do homem, neoplasias malignas.

ABSTRACT

The aim of this study is to understand the importance of the nurse in the prevention of prostate cancer along with health education, describing the man as gender, understanding what is prostate cancer, analyzing policy versus human health and understand role of the nurse in the PSF. The methodology used in this study consists of a literature search including the years 1992 to 2013 in books, theses, dissertations and scientific journals that have as their main theme prostate cancer. To survey the study were defined research sources such as LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences Health), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), Latin American Journal of Nursing, REBEN (Brazilian Journal of Nursing), BIREME or VHL (Virtual health Library). Completing the study notes that human health is a subject that should be put in place, it is necessary to raise awareness and training of health professionals to implement initiatives and programs relating to men's health. Realizes the need to identify the reasons why men do not seek health services is for issues related to sexism, cultural factors, lack of time or to factors related to the health system. And with that proceeding before this issue that affects both the male offering a survey for the construction of theoretical and the practical consequence. Thus, the research becomes inseparable education, making it a tool for learning.

Keywords: gender, Prostate cancer, masculinity, men's health, malignancies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Mortalidade proporcional (%), segundo grupos de causas, 2010.....	22
Tabela 2- Estimativa de cancer em homens e mulheres segundo localização primária, no ano de 2012.....	30
Tabela 3 - Taxa de mortalidade por cancer, bruta e ajustada por idade, pelas populações mundial e brasileira, por 100.000 homens e mulheres, Brasil, entre 2000 e 2010	31
Tabela 4 - porcentagem da incidencia do cancer em homens e mulheres	32
Tabela 5 - Taxa de incidência anual de neoplasias malignas por 100.000 habitantes, por localização, segundo região e UF, no sexo masculino, 2010 e 2011.....	37
Tabela 6- Óbitos para neoplasias da próstata por faixa etária segundo região/ período de 2010.....	38

LISTA DE FIGURAS

Figura – 1 Diferenças entre células benignas e malignas	25
Figura – 2 Metástase.....	26
Figura – 3 Passo a passo do processo de carcinogênese	27
Figura – 4 Números de casos novos de câncer no mundo	29
Figura – 5 História natural das doenças	69

LISTA DE SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

ESF – Estratégia da Saúde da Família

PSF – Programa da Saúde da Família

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

INCA – Instituto Nacional do Câncer

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	Erro! Indicador não definido.
2.1	HOMEM EQUANTO GÊNERO	Erro! Indicador não definido.
2.1.1	Relação do gênero masculino com a saúde	Erro! Indicador não definido.
2.2	CÂNCER	23
2.2.1	Fisiopatologia do câncer	Erro! Indicador não definido.
2.2.2	Dados epidemiológicos do câncer no Brasil	28
2.3	ANATOMIA DA PRÓSTATA	34
2.3.1	Câncer de próstata	35
2.3.2	Dados epidemiológicos do câncer de próstata	36
2.3.3	Sinais e sintomas do câncer de próstata	39
2.3.4	Fatores de risco do cancer de próstata	40
2.3.5	Diagnóstico do câncer de próstata.....	41
2.4	POLITICA VERSUS A SAÚDE DO HOMEM.....	45
2.5	ESF – ESTRATEGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	50
2.5.1	Papel do enfermeiro na ESF.....	53
2.6	AÇÕES PREVENTIVAS E EDUCATIVAS	57
2.6.1	Prevenção e promoção do câncer de próstata.....	63
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
4	REFERÊNCIAS	78

1 INTRODUÇÃO

Com o decorrer dos tempos percebeu-se que a assistência à saúde privilegia as crianças, os adolescentes, a mulher e o idoso com ações de saúde, programas e estratégias específicas voltadas para eles, deixando de lado o homem. Culturalmente o homem é considerado um ser invulnerável que age como se não necessitasse dos serviços e estratégias de saúde, compreende-se então a importância de se organizar uma rede de saúde voltada para assistência da saúde do homem, com atendimento único a essa população mantendo sua a qualidade de vida (COUTO et al., 2010).

Desde o início da sua criação, o homem é visto pela sociedade sendo um homem forte, viril e invulnerável às doenças, influenciado pela sua cultura machista, por sua falta de zelo e comprometendo assim a sua família, sua vida social na qual gera problemas na economia do Brasil, por não cuidar de sua saúde que não é um problema só seu (ALVES et al., 2011).

A educação em saúde é entendida como uma prática transformadora, deve ser inerente a todas as ações de assistência ao homem, desenvolvidas pelas equipes de saúde atingindo usuários e familiares (CASATE; CORREA, 2005).

Segundo o mesmo autor a educação em saúde é considerada um excelente meio para conduzir os indivíduos às mudanças de hábitos e para aceitar novos valores, sendo um instrumento de educação e transformação social. Sempre que for necessário visar construir e reconstruir o conhecimento e a compreensão dos homens para a prevenção de agravos a sua saúde.

A atenção à saúde do homem deve estar voltada para o seu bem estar físico e mental, de modo que se estabeleça a prevenção de possíveis agravos à saúde. Na qual todo cidadão tem o direito de ter acesso à assistência de saúde e ao conhecimento sobre as doenças que afetam especificamente os homens (COSTA, 2003).

Na saúde pública o sexo masculino com as altas taxas de morbidade e mortalidade assume um peso significativo, verifica-se que existe uma ausência de homens nos serviços de atenção primária à saúde em comparação com as mulheres, na qual

para os homens não significa ser uma prática masculina a procura por esses serviços de saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Estudos anteriores relacionados ao tema, Couto e outros (2010) descrevem a importância em discutir a saúde do homem no contexto da saúde pública, com objetivo de reduzir as dificuldades ao acesso ao serviço e fortalecer o gênero como alvo de cuidados em saúde.

A discussão vem a evidenciar a necessidade de cuidar da saúde do homem e preservar a saúde desta população, criando ações e programas para expor aos homens as medidas para prevenção das doenças. Sendo pertinente inserir no meio de vida da população masculina a atenção primária à saúde com programas de prevenção e promoção da saúde, dado a importância de que o enfermeiro deve adquirir conhecimento necessário para intervir junto ao paciente e seus familiares, apoiando e estabelecendo metas para a assistência mais apropriada (DORNAS et al., 2008).

Existem diferenciados fatores que se transformam em obstáculos dificultando a prevenção de doenças na população como a falta de acesso à informação que mantém algumas crenças ultrapassadas e negativas, como por exemplo, a respeito do câncer e seu prognóstico. No sexo masculino prevalece o preconceito a respeito do câncer de próstata e seu exame preventivo, principalmente o toque retal (LERA et al., 2004).

O câncer de próstata é uma neoplasia que ocorre com grande frequência no sexo masculino, causando um grande número de óbitos. Vários são os fatores de risco que levam a esse agravo, embora exista um considerável número de casos, essa patologia pode ser prevenida principalmente quando diagnosticado precocemente. A principal forma de prevenção se dá pelo toque retal, indicado após os 45 anos e si detectados casos na família se indica fazer o exame aos 40 anos. O papel do enfermeiro se torna fundamental para a educação e para orientação juntamente com a população masculina, esclarecendo as possíveis dúvidas e incentivando a realização periódica do exame, contribuindo assim para a redução de exames (DORNAS et al., 2008).

De acordo com o mesmo autor é necessário encorajar os homens a realizarem com frequência o exame preventivo do câncer prostático, orientando-os sobre os fatores

de risco, ressaltando as vantagens de uma detecção precoce da doença. Dando ênfase a saúde dos homens e assim reduzindo a falta de rotinas nas unidades de saúde com estratégias voltadas para o homem tanto na saúde pública quanto nas redes privadas, favorecendo a detecção precoce do câncer, inclusive o da próstata, de um modo na qual esclareça as possíveis dúvidas geradas sobre a realização do exame, quebrando assim certas incertezas por parte dos homens em realizarem o toque retal.

A justificativa deste estudo consiste em adquirir conhecimentos a cerca da saúde do homem, devido existir uma carência de estudos relacionados a esse tema, sendo de extrema importância que o enfermeiro estabeleça ações de intervenção junto ao paciente e seus familiares. Dando ênfase à prevenção de doenças com atenção na prevenção das neoplasias malignas como, por exemplo, o câncer de próstata.

Conforme discutido o objetivo do trabalho consiste em compreender a importância do enfermeiro na prevenção do câncer de próstata. Para alcançar esse objetivo geral foram definidos alguns objetivos específicos como: Descrever o homem enquanto gênero, descrever o câncer de próstata, analisar a política versus saúde do homem, discutir o papel do enfermeiro no PSF e analisar a importância do enfermeiro na prevenção do câncer de próstata juntamente com a educação em saúde.

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica que é uma documentação indireta na qual se baseia em estudos já realizados, buscando adquirir o conhecimento prévio sobre o trabalho a ser elaborado. O mesmo autor ainda descreve que a pesquisa bibliográfica tem por finalidade colocar o pesquisador a par das informações de seu interesse, baseando-se em documentos atuais que estão disponíveis em estudos científicos, que são próprios para a elaboração do desenvolvimento de uma pesquisa científica (MARCONI; LAKATOS, 2011).

A pesquisa bibliográfica tem como base materiais já publicados, na qual se inclui material impresso, como livros, revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos. As principais publicações periódicas são os jornais e as revistas, sendo que atualmente, essas últimas são uma das mais importantes fontes bibliográficas em virtude da profundidade e elaboração com as quais os temas são tratados (GIL, 2010).

Para embasar o trabalho foram utilizados como principal fonte de pesquisa livros, artigos científicos disponíveis em bases online, como LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe de Saúde em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), Revista Latino-americana de Enfermagem, REBEN (Revista Brasileira de Enfermagem), BIREME ou BVS (Biblioteca Virtual em saúde). Também foram consultados os sítios do câncer, INCA (instituto nacional de câncer), sociedade brasileira de cancerologia e de urologia, além de documentos do Ministério de saúde. Foram utilizados os seguintes descritores: gênero, Câncer de próstata, masculinidade, saúde do homem, neoplasias malignas.

Para realização deste estudo, primeiro foi realizado uma busca literária na qual a amostra compreendeu a publicação de artigos em periódicos indexados, selecionados a partir de uma leitura prévia dos resumos, seguindo os seguintes critérios de inclusão: Os artigos são de periódicos indexados, pois são de fácil acesso para os pesquisadores, os artigos encontrados são todos escritos em língua portuguesa, compreendendo os anos de 1992 a 2013, em publicações como livros, teses, monografias, pesquisas e revistas científicas que tenham como tema principal a prevenção do câncer de próstata e a importância da assistência do enfermeiro ao paciente, dando ênfase a promoção da saúde e a prevenção dessa enfermidade.

A partir da amostra elaborada, foi realizada a leitura de todos os artigos, identificando as suas ideias chaves, a hierarquização dos principais resultados e a síntese dos resultados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HOMEM ENQUANTO GÊNERO

Gomes, Nascimento e Araujo (2007) destacam que a categoria gênero se refere aos atributos e as funções que são socialmente construídas, evidenciando as diferenças existente entre os sexos, masculino e feminino, de modo que a sofrem influencia das determinadas culturas envolvidas, caracterizando de acordo com a identidade e distinguindo a dimensão biológica da social.

Completando o raciocínio dos autores acima, Costa (2008), estabelece que as questões relacionadas ao gênero se iniciem no nascimento e se prolonga por toda a vida, evidenciando as desigualdades existentes entre os sexos femininos e masculinos por ser o gênero um produto de um processo pedagógico, e as diferenças são notadas principalmente quando se trata da sexualidade, da reprodução, da divisão sexual do trabalho e o âmbito público e cidadania.

Há inúmeras formas de trabalhar a construção de gênero na vida diária, sendo de maneira complexa ou não, as sociedades, entretanto, tendem a designar alguns tipos de papéis sociais aos homens, e algumas classes de papéis sociais para mulheres na percepção social dos sexos. Muitas vezes a conexão entre identidade de gênero e papel social de gênero se comportam socialmente de forma convencionalmente masculina ou feminina. Existem diferentes tipos de identidade que são produtos da sociedade e da história onde se constroi uma relação de poder na qual identifica quem você é (GOMES, 2003).

Machin e outros (2011, p. 4504) explica assim o gênero:

[...] toma-se a categoria gênero como construto que condiciona a percepção do mundo e (re) produz as distinções relativas ao masculino e ao feminino alimentando a ideia de pares em oposição. Estes pares podem ser entendidos como esquemas voltados à compreensão da ordem das coisas, funcionando no âmbito da percepção, do pensamento e da ação.

Culturalmente o homem e a mulher têm seu papel já estabelecido, mudando de acordo com a sociedade e o tempo. Esse papel começa a ser construído desde o nascimento da criança de acordo com a influência do meio, identificando-se primeiramente o sexo, se é feminino ou masculino. Desde então a sociedade

começa a se impor, de modo que o ensino se inicia dentro de casa com o pai, a mãe, com a família e a partir de certa idade a escola, mídia, sociedade em geral já influencia esses indivíduos com diferentes modos de agir, pensar, de sentir, de atuar (COSTA, 2008).

Continuando segundo o autor acima podemos constatar que os homens são diferentes das mulheres, na qual elas têm o seu papel de mãe, dona de casa, são passivas, sensíveis, frágeis, dependentes e conseqüentemente responsáveis pelo cuidado dos filhos e da casa. Diferente delas, os homens tem maior liberdade brincam em espaços abertos como em ruas, aprendem que pertencem ao grupo que tem poder, pois ninguém ordena a eles que façam serviços domésticos como, por exemplo, arrumar a casa, lavarem a louça são incentivados a serem independentes, fortes, valentes.

Dada à importância das identidades do homem e da mulher se nota que com a construção dos papéis de gênero se estipula uma dinâmica de relação e de poder que favorecia o homem, implicando consequência nos direitos sexuais e reprodutivos e da própria sexualidade das mulheres (COSTA, 2008).

Para o mesmo autor, a diferenciação social dentre elas a desigualdade do gênero que se processa no dia a dia de maneira imperceptível ocorre naturalmente pelas sociedades se alastrando em seu meio, sendo a educação social uma possibilidade de se extinguir essas diferenças que existem entre os sexos.

O homem tem a necessidade de ser visto tanto individual quanto dentro de sua cultura, pois a construção da masculinidade passa pela insatisfação da insegurança, do medo de ser impotente e da homossexualidade. Ser homem é receber o atestado de homem vindo de uma mulher, o que o assegura ser competente em satisfazê-la de maneira prazerosa (GOMES, 2003).

Comparando diversas sociedades verifica que homens e mulheres são modelados de acordo com as culturas presentes no seu meio de vida, de maneira muito variada. Sendo assim, a espécie humana é dependente da socialização, as condutas adquiridas pelos homens e pelas mulheres são provenientes da construção social do gênero (HEILBORN, 1997).

Primeiramente tem a necessidade de um programa de educação social que facilite o processo de reflexão na população da existência da desigualdade entre os sexos,

verificando como a abrangência dos mitos, das crenças e dos preconceitos exercem influencia sobre as pessoas trazendo consequências no âmbito social e pessoal. Sendo importante se comprometerem com as estratégias e ações para estabelecer mudanças necessárias em diminuir essas desigualdades, facilitando esse processo pedagógico que estabelece a reconstrução desses papéis, reduzindo o mito da superioridade masculina (COSTA, 2008).

Evidentemente de acordo com autor acima trabalhar gênero em um espaço específico como a escola possibilita a garantia de ações mais efetivas na reconstrução desse modelo implantado, construído e estruturado no desenvolvimento social que tanto tem prejudicado os homens e conseqüentemente as mulheres também. Existindo a chance de ampliar o debate, conhecendo as desigualdades entre as relações e o poder dos homens e das mulheres com isso agregando valores e refletindo a possibilidade da construção de novas relações.

Então se é pertinente focar a saúde do homem, com necessidade da assistência a saúde voltada para o público em geral. Pois a sociedade o encobre e restringe o seu acesso à saúde, por significar que seja um homem forte e invulnerável e não assumindo a necessidade de que precisa se cuidar, estando afastado dos serviços de saúde. Sendo então o homem diferenciado do gênero feminino, por a mulher estar sempre atenta aos cuidados a saúde, de maneira que estabeleça e adquira a promoção e a prevenção para manter a qualidade de vida (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

2.1.1 Relação do gênero masculino com a saúde

Os homens estão à disposição da própria invulnerabilidade, assumindo uma posição que evitam o contato com os espaços da saúde, sejam os consultórios médicos, sejam a atenção primária nas unidades de saúde pública. Se limitando à prevenção e ao autocuidado, sendo comum que restringem a procura de atendimento, permitindo que os casos se agravem e ocasionando maiores enfermidades e despesas para o sistema de saúde, intervindo nas fases mais avançadas das doenças (COSTA, 2008).

A identidade masculina estaria associada à desvalorização do autocuidado e à preocupação restrita com sua saúde. Visto que a presença masculina nas unidades de saúde com propósito de obter a prevenção doenças é pouco satisfatório, seja por motivos trabalhistas ou por preconceitos e até mesmo devido a diversos obstáculos culturais que os influenciam. O papel de provedor da família é atribuído ao homem que deixa a maior parte do gerenciamento da família para a mulher (COSTA; MIRANDA, 2008).

Machin e outros (2011, p. 4504) evidenciam que a saúde do homem esta diretamente ligada ao homem ser viril, invulnerável e forte:

[...] No tocante à saúde, os homens muitas vezes negam a existência de dor ou sofrimento, de vulnerabilidades, para reforçar a ideia de força do masculino demarcando a diferenciação com o feminino. Na socialização do masculino é preciso combater possíveis associações com a mulher sob a pena de ser assimilado, identificado e tratado como esta. Interessante considerar que este processo não se limita ao contexto de construção do tornar-se homem em contraposição ao feminino, mas é reatualizado constantemente por meio de provas de sua masculinidade inclusive entre seus pares [...].

Por muito tempo o homem foi considerado o provedor da família e a mulher sua fiel companheira induzida a cuidar do lar, dos seus filhos com dedicação e cuidar também da saúde do marido, sendo ele responsável por trabalhar e sustentar a casa. Considerando o fato de não poder faltar o trabalho o homem se justifica a não se cuidar, acarretando desta maneira agravos a sua saúde (SCHRAIBER et al., 2010).

Os homens por estarem associado ao sexo forte da família tem dificuldade em comunicar acerca dos problemas de saúde, por achar que expor o que sentem, a sociedade considere como sendo fracos. E por não procurar o auxílio de profissionais da saúde acabam comprometendo a sua saúde acarretando malefícios a sua saúde, (HEIBORN, 1997).

Continuando segundo pensamento de Heilborn (1997) culturalmente o homem foi criado para agir de modo que seus atos e atitudes não os comprometam demonstrando fragilidade, o que estabelece ser um dos motivos a não procurarem os serviços de saúde. Pois assim demonstraria que são vulneráveis, colocando dessa maneira sua masculinidade em risco, sendo incompatível com o que a sociedade idealiza de homem.

Aquino, Menezes e Amoedo (1992) são condizentes com Heiborn (1997), Gomes, Nascimento e Araujo (2007), quando relatam que o papel atribuído ao homem é de provedor, de sustento da casa e da proteção da família. Essa afirmativa faz com que este indivíduo do sexo masculino tenha limites a assistência à saúde, e pelo fato de ter resistência em procurar os serviços de saúde e ser diagnosticada alguma patologia que teria que ser tratada. Sendo comum esse sentimento nas pessoas, independente do sexo, por causar medo, ansiedade, em casos de doenças dificultando a prática do autocuidado.

O diferencial na questão de saúde entre os sexos é a existência da influência da dimensão biológica e dos determinantes de gênero. Esse diferencial se sobressai no sexo masculino por apresentar altos índices de mortalidade em todas as idades, esses agravos à saúde são determinados por fatores culturais e as sociais (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

Sendo visto que presença de homens nos setores de saúde na busca da atenção primária é altamente limitada, assumindo maior chance de adquirir uma doença ou morrerem precocemente, devido padecerem de péssimas condições de saúde. Percebe-se a necessidade de medidas preventivas no que se refere à promoção de saúde, por refletir dificuldades em manter um vínculo com a sociedade masculina, cabendo ao profissional de saúde estabelecer um meio de acesso ao homem (GOMES, 2003).

Por outro lado, Gomes, Nascimento e Araujo (2007) expõe que o atendimento oferecido pelos serviços de saúde coincide com os horários de trabalho tanto dos homens quanto das mulheres, o que se torna uma dificuldade a procura desse serviço para o ser promovido o cuidado. Desta forma, reduzindo a possibilidade da assistência à saúde pela demora de se obter uma consulta o que torna processo estressante e na maioria das vezes enfrentarem filas que acarretam a perda do dia de trabalho e não resolvem o problema numa única consulta.

Desde a década de 50 a falha no atendimento e na estrutura física, as longas filas e esperas para consultas, exames, problemas nas instalações e equipamentos são apontados como fatores desumanos dentro do ambiente hospitalar, sendo contraditórios ao cuidado humanizado causando um desgaste psíquico aos trabalhadores (CASATE; CORRÊA, 2005).

Gomes, Nascimento e Araujo (2007) evidenciam que à própria socialização dos homens impõem que a procura do cuidado não seja o foco essencial para o sexo masculino, não sendo prática no seu cotidiano manter a saúde, por serem consideradas fortes e invulneráveis às enfermidades e a todo o momento tendo que provar sua virilidade. No decorrer dos tempos, desde os anos 70 com os movimentos feministas e nos anos 80 com os movimentos dos gays, sendo esse o ideal de homem imposto pela sociedade.

Devido a influencia da sociedade, o sexo feminino desde cedo aprende o seu papel e seu dever, as tornando responsáveis em manter a saúde de sua família na busca incessante pelos cuidados na prevenção de doenças que possam abalar o seu cotidiano e de seus familiares (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Vale ressaltar que as principais causas que leva a falta do acesso aos serviços de saúde pelo sexo masculino são: as barreiras culturais, por serem considerados machistas, pelo serviço de saúde ser um espaço feminino, a falta de programas relacionados à saúde do homem essa gama de argumentos significa a falha da assistência aos homens (GOMES, 2003).

Gomes, Nascimento e Araujo (2007) consideram que a influência da sociedade sobre o sexo masculino justifica a falta de procura aos serviços de saúde e juntamente com outros fatores como, por exemplo, é a precariedade na oferta dos serviços de assistência a população masculina, diminuindo as chances de o homem ter acesso à atenção primária de saúde prevenindo as enfermidades.

De acordo com o autor acima, a influencia dos aspectos culturais faz com que o sexo masculino nas diferentes culturas segue padrões de oposição entre os gêneros. O que estabelece ao homem uma educação diferenciada a das mulheres, fazendo que a procura a assistência da saúde seja um fator irrelevante e desnecessário, pois os homens são estimulados a expor a sociedade sua invulnerabilidade.

Um conjunto de passos é articulado entre si para quebrar o paradigma do homem na busca do cuidado de sua saúde como: campanhas com maior ênfase no aspecto masculino, implementar trabalhos grupais para público jovem masculino em que possa propiciar discussão de gênero e sexualidade relacionados a prevenção de doenças e promoção de saúde. Torna-se importante exigir qualificações dos

profissionais de saúde, proporcionar diferentes formas de participação do sexo masculino nos programas de saúde, atribuir conhecimento para o homem acerca de problemas que possam acarretar a sua saúde, fazer com que reflita sobre a influencia que a cultura exerce na sua vida e desta forma mudando seu foco e objetivo em relação a sua saúde, implantar programas e estratégias de saúde voltadas para esse público (GOMES et al., 2008).

Gomes, Nascimento e Araujo (2007) relata ainda, uma sociedade a qual não é de costume o homem se preocupar com a sua saúde, na busca de serviços adequados, evitando dessa forma doenças que abalaria sua rotina do dia a dia e considerada então uma questão de extrema importância, independente do gênero podendo ser associada a uma preocupação de saúde pública.

A tendência do alto índice de mortalidade deve ser compreendida devido à crença do homem em ser invulnerável, percebe-se a necessidade da importância da informação sobre os malefícios dessas atitudes, por meio de ações preventivas, de promoção da saúde e de hábitos saudáveis (FACINA, 2011).

Em 2010, de acordo com as informações de mortalidade (Tabela 1), segundo o grupo de causas (CID 10), as neoplasias (tumores) representaram a segunda causa de óbito na população apresentando um valor de mais de 16,93%, com exceção das “Demais causas definidas”, o que representa mais de 20,0% do total de mortes ocorridas no país.

Tabela 1 - Mortalidade proporcional (%), segundo grupos de causas, 2010

Grupo de Causas	Proporção de óbitos (%)
TOTAL	100,00
Doenças infecciosas e parasitárias	4,62
Neoplasias	16,93
Doenças do aparelho circulatório	30,87
Doenças do aparelho respiratório	11,27
Afecções originadas no período perinatal	2,24
Causas externas	13,55
Demais causas definidas	20,53

Fonte: Ministério da Saúde/ SVS – Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM

Sendo necessário também que o enfermeiro perceba o impacto que o câncer pode ter na vida de uma pessoa, por ser associado à morte, desespero, medo e ser considerado um grave problema de saúde pública que atinge tantas pessoas. A atenção primária com ênfase na promoção da saúde e na prevenção dos agravos é o meio de intervenção imprescindível para a prevenção e o ser precocemente diagnosticado o câncer (BRANCO, 2005).

2.2 CÂNCER

O câncer teve seu primeiro registro por volta do ano de 1600 a. C. e descoberto os tumores pelos gregos no ano de 450 a. C. Quem utilizou pela primeira vez o termo câncer foi o grego Galeno, e tempos depois o grego Hipócrates utiliza o nome de carcino, às lesões cancerígenas. Desta forma a doença na idade média avança gradativamente de modo que na época pensava-se que a doença era causada por excesso de líquido excretado pelo fígado (GARAFOLO et al., 2004).

Historicamente, as neoplasias malignas são conhecidas desde civilizações egípcias, persas e até mesmo pelas indianas. Mas precisamente os estudiosos gregos que denominaram o câncer como sendo uma tumoração rígida que podia invadir os tecidos vizinhos. No século XVIII por mérito dos estudos científicos com o alcançar de novos conhecimentos sobre as células e a anatomia das patologias, verificou-se que o câncer constitui uma doença que pode se localizar em um determinado órgão. E após estudos, anos mais tarde, observou-se a capacidade de atingir outros órgãos seja através da corrente sanguínea ou linfática, sendo esse fenômeno denominado de metástase (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

No Egito antigo já tinha o conhecimento do câncer, percebendo-se então a sua existência há milênios. No século XVIII, na Europa teve registros de mortes ocasionadas pelo câncer, desde então, percebe o aumento da mortalidade por esse motivo. A industrialização no século XIX aumentou consideravelmente a mortalidade pelo câncer, o foco maior do câncer vem sendo encontrado em países subdesenvolvidos ou com poucos recursos financeiros. Mas nem sempre foi desta forma essa realidade, pois o câncer foi considerado uma doença dos países desenvolvidos que vêm mudando há aproximadamente quatro décadas (GARAFOLO et al., 2004).

2.2.1 Fisiopatologia do Câncer

Lopes, Iyeyasu e Castro (2008, p. 219), relatam a diferença entre a célula normal e a célula cancerígena:

A célula normal que compõe os órgãos e tecidos do corpo humano cumpre um ciclo vital: divide, amadurece e morre. Quando danificada, em geral por anormalidades em um ou mais de seus genes, divide-se de forma descontrolada e produz inúmeras células anormais. Se ocorrer falha do sistema imunológico em sua atividade de destruir as células anormais, um tumor maligno ou câncer se desenvolve. O câncer invade estruturas vizinhas e atinge outras partes do corpo por meio de suas metástases. Dessa forma, determina a destruição de órgãos e tecidos diversos e a morte de seu portador caso não receba tratamento adequado em momento propício.

O corpo humano se organiza em tecidos e órgãos, na qual são formados por células, essas células tem a capacidade de crescerem, multiplicarem de maneira natural e morrem, a cada ciclo se renovam. Já as células cancerígenas tomam esse espaço quando as células normais deixam de fazer esse ciclo, sofrem mutação danificando as células (INCA, 2012).

Segundo o INCA (BRASIL, 2012, p.18):

O crescimento das células cancerosas é diferente do crescimento das células normais. As células cancerosas, em vez de morrerem, continuam crescendo incontrolavelmente, formando outras novas células anormais. Diversos organismos vivos podem apresentar, em algum momento da vida, anormalidade no crescimento celular – as células se dividem de forma rápida, agressiva e incontrolável, espalhando-se para outras regiões do corpo – acarretando transtornos funcionais [...].

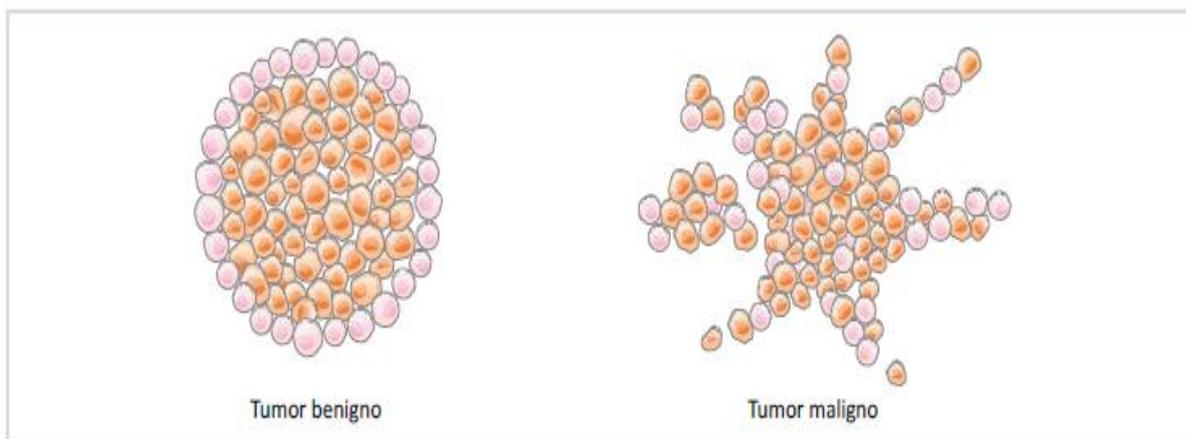
Câncer é uma palavra alarmante, o seu desenvolvimento envolve uma mudança na qualidade e no desenvolvimento da quantidade das células. Se tornando agressivas e destrutivas para o organismo, com sua capacidade de se alastrar e invadir os tecidos vizinhos. Essas células formam um clone e começam a proliferar de forma anormal, ao invadir esses tecidos ganham acesso aos vasos linfáticos e sanguíneos, disseminando o câncer para outras áreas do corpo ocorrendo então à metástase (SMELTZER et al., 2009).

Segundo Teixeira e Fonseca (2007), a diferenciação das células benignas e malignas se identifica por varias circunstâncias como, o modo do crescimento

celular, a capacidade de disseminação e destruição de outros tecidos dentre outros. Sendo as células cancerosas denominadas neoplasias malignas por terem o crescimento descontrolado e possuírem características invasivas. O câncer pode matar devido invadir órgãos normais de forma destrutiva, sendo considerada uma doença de crescimento descontrolado. Podendo ser denominado de neoplasia ou tumor maligno.

A seguir na figura 1 mostra a diferenciação das células benignas e malignas, na qual o crescimento das células benignas é de forma organizada e gradativo e as células malignas crescem descontroladamente, invadindo os tecidos vizinhos.

Figura 1 – Diferenças entre células benignas e malignas



Fonte: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf

Nas células neoplásicas o crescimento não segue a demanda fisiológica normal, devido ocorrer um crescimento celular descontrolado, de forma que as células perdem sua capacidade de regular o crescimento e de diferenciação celular (BOGLIOLO, 2004).

De acordo com Xavier e outros (2010), atualmente, as neoplasias ocasionam mutações celulares que podem comprometer o sistema orgânico por completo ou parte dele, assim, ocasionando aos tecidos e órgãos a forma crônica da doença. Sendo considerada uma das patologias com maior incidência.

Lopes, Iyeyasu e Castro (2008) relata que o câncer em sua forma avançada destrói células de tecidos e órgãos, acarretando ao individuo patologias que dependendo do tratamento inadequado poderá levar a morte.

Bogliolo (2004, p. 187) explica a seguir o termo câncer:

O termo câncer é a tradução latina da palavra grego carcinoma (de karkinos = crustáceo, caranguejo). Foi usada pela primeira vez pelo Galeno (aproximadamente 138-201 d.C) para indicar um tumor maligno de mama no qual as veias superficiais desse órgão eram túrgidas e ramificadas, lembrando as patas de um caranguejo. O termo generalizou-se e hoje é usado para indicar qualquer neoplasia maligna.

Lopes, Iyeyasu e Castro (2008, p. 15), já explica assim a transformação de uma célula normal em célula cancerosa:

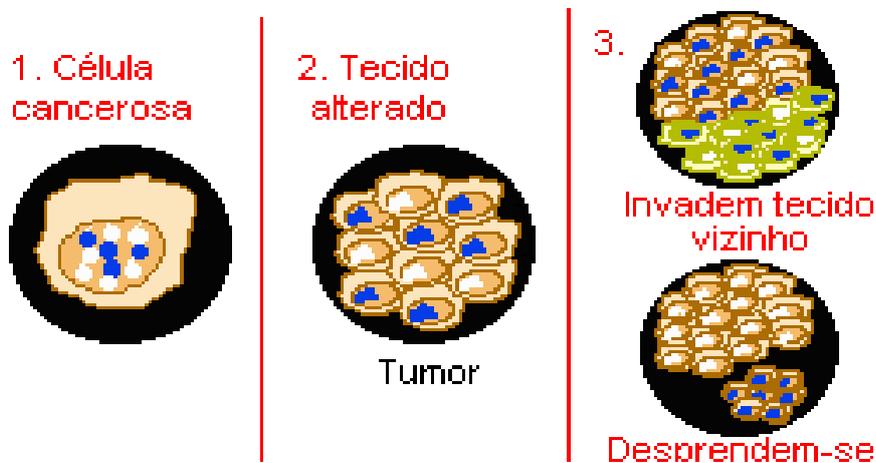
A transformação de uma célula normal em célula cancerosa requer a ocorrência de múltiplas alterações em seu material genético. Considera-se como mutações nas células somáticas a alteração mais frequente no processo de carcinogênese que afeta, principalmente, a expressão dos oncogenes e genes supressores de tumor, responsáveis pela proliferação e pelo desenvolvimento celular. Dessa forma, altera-se a regulação celular normal e as células passam a se dividir de forma autônoma, a crescer desordenadamente e a acumular células alteradas que formarão o tumor. Consequentemente, alterações nas propriedades adesivas dessas células fazem com que adquiram a habilidade de invadir tecidos adjacentes, bem como de formar metástases.

Explica-se a formação de metástase a partir de inúmeras interações entre as células malignas e tecidos corpo ainda intactos. Sendo que esse processo é complexo, por ocorrer à disseminação das células cancerosas de uma região do corpo envolvendo o seu deslocamento da massa tumoral original. Como também pela invasão dos vasos linfáticos ou sanguíneos. Desta forma a nova lesão, para formação da metástase ocorre a partir da primeira lesão, mas sem continuidade entre elas (BOGLIOLO, 2004).

Os principais mecanismos por onde as células cancerosas se disseminam são a linfa e o sangue. A disseminação através da circulação linfática ocorre por invasão ou pelo líquido intersticial que comunica com a linfa, ao penetrarem se alojam nos linfonodos. Já a hematogênica é a disseminação das células malignas através da corrente sanguínea esta diretamente ligada à vascularização do tumor. Sendo o meio através da linfa considerado o mais comum (SMELTEZER, 2009).

Observa-se na figura 2, a ocorrência da multiplicação das células cancerosas malignas, se tornando incontroláveis e agressivas ao organismo, determinando o acúmulo de células cancerosas de forma rápida, e com o avançar do seu estágio se desprendem do tumor e acaba por invadir tecidos vizinhos formando a metástase.

Figura 2 – Metástase



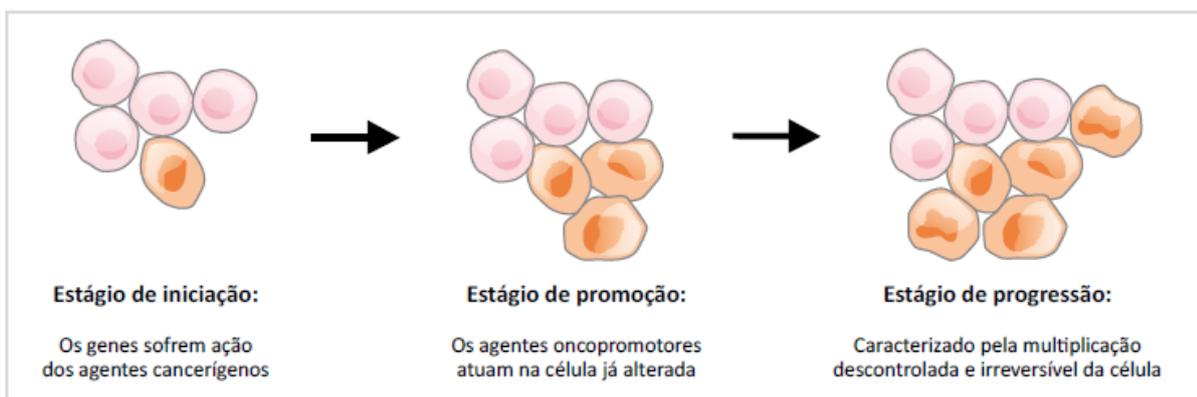
Fonte: Ministério da Saúde. INCA

Bogliolo (2004) divide a neoplasia em duas categorias a benigna e a maligna. Geralmente as neoplasias benignas não causam transtornos sérios, desta maneira não sendo letal ao hospedeiro. Ao contrário das neoplasias benignas que tem seu crescimento gradativo, as neoplasias malignas tem seu crescimento rápido, que leva o portador á óbito devido às perturbações causadas ao organismo.

De acordo com o INCA (BRASIL, 2012, p.22):

O processo de formação do câncer é chamado de carcinogênese ou oncogênese e, em geral, acontece lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa se prolifere e dê origem a um tumor visível. Os efeitos cumulativos de diferentes agentes cancerígenos ou carcinógenos são os responsáveis pelo início, promoção, progressão e inibição do tumor [...].

Figura 3 - Passo a passo do processo de carcinogênese.



Fonte: INCA, p. 24, 2012

Segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2002, p.22), os mecanismos básicos de desenvolvimento do câncer (carcinogênese):

Iniciação - exposição a um carcinógeno que interage com o DNA (material presente no núcleo das células que contêm as informações genéticas) provocando uma mutação permanente. Esta célula alterada pode ser destruída pelo sistema imunológico ou permanecer latente.

Promoção - geralmente desencadeada através da exposição prolongada a um agente promotor. A célula já iniciada se transforma ocorrendo o processo de carcinogênese.

Progressão - a célula transformada adquire as características de malignidade, como a capacidade de se estabelecer em outros órgãos (metástases).

De acordo com Lera e outros (2012), destaca-se que múltiplos fatores podem desencadear o câncer dentre eles são: predomínio em atividades industriais, o consumo de tabaco, poluição, etilismo e também pelo fato de estar concentrado em grandes centros o que favorece a exposição a fatores de risco ambientais. As neoplasias malignas constituem um grave problema de saúde pública, em decorrência do aumento de sua exposição a fatores de risco ambientais e de modificação de hábitos de vida.

2.2.2 Dados epidemiológicos do câncer no Brasil

Acredita-se que um dos fatores mais notáveis para o desenvolvimento de várias formas do câncer, entre a interação dos fatores endógenos e ambientais, seja a dieta feita de forma inadequada. Mas também sendo identificado desenvolvimento do câncer, devido ao consumo de tabaco, a obesidade, a exposição frequente a produtos do carvão e amianto, a vírus, bactérias, e outros parasitas (GARAFOLO, 2004).

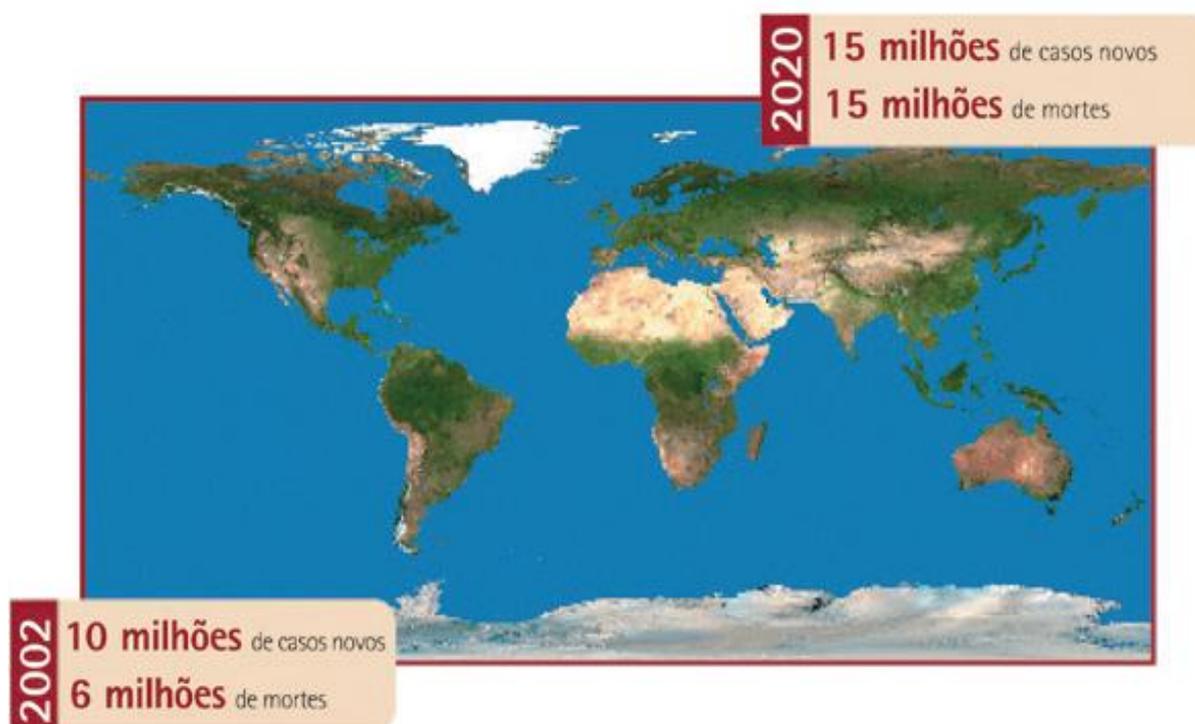
Segundo o INCA (2008), os casos novos do câncer tem acentuado aumento em todo o mundo, como no Brasil, crescendo em um ritmo que anda lado a lado com envelhecimento populacional devido ao aumento da expectativa de vida. A figura 4 mostra uma comparação entre os anos de 2002 e o de 2020 do acréscimo de novos casos de câncer.

Segundo estudos anteriores Guerra, Gallo e Mendonça (2005), consideram o câncer como um agravo de saúde pública tanto de países subdesenvolvidos como dos

desenvolvidos, por ter um aumento significativo de sua incidência em todo o mundo. Percebe-se a ocorrência de variados tipos de câncer com maior incidência, por exemplo, o câncer de próstata que acarreta tantos malefícios aos homens.

O câncer ao ser detectado tardiamente, acarreta tanto um problema social como um problema econômico, mas o seu prognóstico se diagnosticado precocemente pode ser considerado bom (JURBERG; GOUVEIA; BELISÁRIO, 2006).

Figura 4 - Números casos novos de câncer no mundo



Fonte: INCA (2006, p. 52)

De acordo com estudos Cervi, Hermsdorff e Ribeiro (2005, p. 408) “Os homens apresentaram maiores coeficientes de mortalidade por neoplasia quando comparados às mulheres [...]”.

Os riscos de morrer por câncer aumentam com a idade, pois os mais idosos acumulam, por um período de tempo mais longo, experiências potencialmente carcinogênicas, capazes de produzir disfunção celular e multiplicação atípica [...] (HALLAL; GOTLIEB; LATORRE, 2001, p. 169).

Cervi, Hermsdorff e Ribeiro (2005, p. 414), relatam que “[...] quando as neoplasias malignas são analisadas segundo o sexo, observa-se que as maiores incidências ocorrem entre os homens para câncer de pele (não melanoma), próstata, pulmão e estômago [...]”.

No cenário brasileiro, conforme descrito na tabela 2, se observa as neoplasias malignas que mais acometem os sexos masculino e feminino, bem como os locais de acometimento da doença, nos deixando cada vez mais preocupados com o impacto a saúde dos indivíduos.

Tabela 2 - Estimativa de câncer em homens e mulheres segundo localização primária, no ano 2012.

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	60.180	62,54	15.660	75,26	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	52.680	52,50	18.160	78,02
Colo do Útero	-	-	-	-	17.540	17,49	5.050	21,72
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.210	17,90	4.520	21,85	10.110	10,08	3.060	13,31
Cólon e Reto	14.180	14,75	4.860	23,24	15.960	15,94	5.850	25,27
Estômago	12.670	13,20	3.200	15,34	7.420	7,42	2.170	9,47
Cavidade Oral	9.990	10,41	2.760	13,34	4.180	4,18	1.130	4,92
Laringe	6.110	6,31	1.540	7,56	-	-	-	-
Bexiga	6.210	6,49	1.900	9,28	2.690	2,71	880	3,72
Esôfago	7.770	8,10	1.500	7,26	2.650	2,67	520	2,27
Ovário	-	-	-	-	6.190	6,17	2.220	9,53
Linfoma não Hodgkin	5.190	5,40	1.560	7,66	4.450	4,44	1.560	6,85
Glândula Tireoide	-	-	-	-	10.590	10,59	3.490	14,97
Sistema Nervoso Central	4.820	5,02	1.190	5,82	4.450	4,46	1.200	5,23
Leucemias	4.570	4,76	1.180	5,81	3.940	3,94	1.180	5,02
Corpo do Útero	-	-	-	-	4.520	4,53	1.700	7,39
Pele Melanoma	3.170	3,29	810	4,05	3.060	3,09	790	3,46
Outras Localizações	43.120	44,80	11.100	53,33	38.720	38,61	10.320	44,50
Subtotal	195.190	202,85	51.780	248,60	189.150	188,58	59.280	254,86
Pele não Melanoma	62.680	65,17	14.620	70,39	71.490	71,30	15.900	68,36
Todas as Neoplasias	257.870	267,99	66.400	318,79	260.640	259,86	75.180	323,22

Fonte: INCA, Ministério da Saúde - estimativas de incidência de câncer para o ano de 2012.

Segundo dados da tabela 2, a incidência do câncer no sexo masculino é de 257.870 casos e no sexo feminino de 260.640 casos avaliado por estado. O câncer de pele não melanoma em ambos os sexos atinge cerca de 130 mil casos novos, é o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata no sexo masculino com mais de 60.000 casos e no sexo feminino o câncer de mama atinge quase 53.000.

Os tumores mais incidentes no sexo masculino, analisados ainda a (tabela 2) excluindo-se o câncer de pele não melanoma, são os de próstata, traqueia, brônquio e pulmão, cólon e reto, e o estômago. No sexo feminino, destacam-se os tumores de mama, colo do útero, cólon e reto e a traqueia, brônquios e pulmão.

O câncer vem afetando pessoas de todas as idades sendo mais elevados os índices em homens devidos sua exposição maior do que as mulheres, aos agentes causadores da enfermidade. Vários tipos de câncer ocorrem com maior incidência em pessoas acima dos 50 anos (SMELTEZER, 2009).

Tabela 3 - Taxa de mortalidade por câncer, bruta e ajustada por idade, pelas populações mundial e brasileira, por 100.000 homens e mulheres, Brasil, entre 2000 e 2010.

Faixa Etária	Homens		Mulheres	
	Número de Óbitos	Taxa Específica	Número de Óbitos	Taxa Específica
00 a 04	4.358	4,70	3.657	4,09
05 a 09	3.950	4,15	3.053	3,32
10 a 14	3.880	3,95	3.143	3,29
15 a 19	5.789	5,76	4.011	4,05
20 a 29	13.606	7,61	12.916	7,13
30 a 39	23.248	15,84	35.157	22,82
40 a 49	72.445	63,05	85.102	69,26
50 a 59	152.221	198,09	132.980	158,35
60 a 69	212.075	449,83	158.498	290,07
70 a 79	221.326	885,23	163.872	516,89
80 ou mais	137.640	1.421,36	123.019	844,47
Idade Ignorada	466	-	272	-
Total	851.004	-	725.680	-
Tx. Bruta	-	86,32	-	71,21
Tx Padr. Mundial (1)	-	102,62	-	72,18
Tx Padr. BR (2)	-	87,90	-	62,52

Fonte: INCA/ MS/ SIM- Sistema de Informação sobre mortalidade

Na tabela 3 observa-se que entre os anos de 2000 e 2010 houve um aumento das taxas de mortalidade em decorrência do câncer no público masculino, principalmente no grupo acima dos 50 anos. Pesquisas apontam que a justificativa para o surgimento de novos casos estão relacionados a fatores internos e externos isto é desde fatores hereditários até aqueles relacionados a qualidade de vida dos indivíduos, não se descartando é claro, a sua exposição aos riscos.

Amorim e outros (2011) expõe que o câncer de próstata tem incidência diminuída antes dos 50 anos de idade e tem crescimento lento. A história natural do câncer é

pouco conhecida e dos 85% dos casos que são diagnosticados, os homens apresentam idade superior ou de 65 anos.

De acordo com o INCA (2012, p. 32):

Mais do que qualquer outro tipo, o câncer de próstata 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.

De acordo com o INCA (2012, p. 44) “o câncer é uma doença que pode acometer diversos órgãos do corpo. O órgão onde é diagnosticado o tumor é reconhecido como a localização primária da doença”.

Segundo a tabela 4 a seguir observa a distribuição dos dez tipos de câncer com maior incidência nos sexos femininos e masculinos, nesta estimativa o câncer de próstata alcança nos homens uma incidência de 30,8% e nas mulheres o câncer de mama atinge 27,9% dos casos não evidenciando o câncer de pele não melanoma.

Ainda observando a tabela 4 percebe-se que os cânceres de próstata, pulmão, estômago, cólon e reto e mama aparecem entre as cinco maiores causas de mortalidade por câncer na população brasileira dentre homens e mulheres.

Tabela 4 - Porcentagem de incidência do câncer em homens e mulheres

Localização primária	casos novos	percentual			Localização primária	casos novos	percentual		
Próstata	60.180	30,8%	Homens		Mama Feminina	52.680	27,9%		
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.210	8,8%			Mulheres		Colo do Útero	17.540	9,3%
Cólon e Reto	14.180	7,3%			Cólon e Reto	15.960	8,4%		
Estômago	12.670	6,5%			Glândula Tireoide	10.590	5,6%		
Cavidade Oral	9.990	5,1%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.110	5,3%		
Esôfago	7.770	4,0%			Estômago	7.420	3,9%		
Bexiga	6.210	3,2%			Ovário	6.190	3,3%		
Laringe	6.110	3,1%			Corpo do Útero	4.520	2,4%		
Linfoma não Hodgkin	5.190	2,7%			Sistema Nervoso Central	4.450	2,4%		
Sistema Nervoso Central	4.820	2,5%			Linfoma não Hodgkin	4.450	2,4%		

* Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10

Fonte: INCA, Ministério da Saúde - estimativas de incidência de cancer para o ano de 2012

O câncer de próstata no Brasil é um grave problema de saúde pública, devido suas altas taxas de mortalidade, fazendo com que tal morbidade ocupe o segundo lugar entre as neoplasias mais comuns entre a população masculina. Entretanto, nem sempre os profissionais que se voltam para prevenção do câncer estão devidamente preparados para lidar com aspectos envolvidos nessa prevenção, sejam aqueles que realizam o toque retal, como aqueles que deveriam planejar campanhas de prevenção (GOMES, 2003). Seguem abaixo dados que comprovam este fato:

Gráfico 1 - Taxas de mortalidade das 5 localizações primárias mais frequentes, por idade, pela população mundial, por 100.000 Homens, Brasil, entre 2000 e 2010.



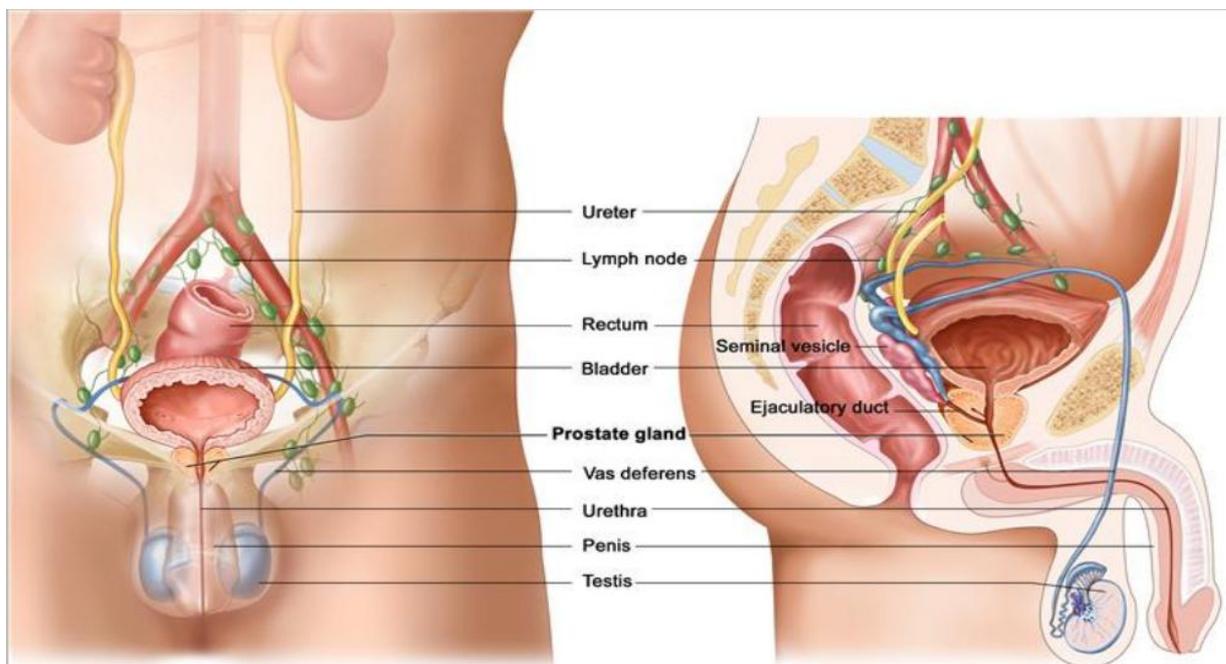
Fonte: INCA/ MS/ SIM- Sistema de Informação sobre mortalidade

Um das neoplasias consideradas preocupações de saúde, atualmente, é o câncer de próstata, devido o seu aumento de casos novos entre o sexo masculino, acarretando um problema de saúde pública por ter maior prevalência entre os idosos (RHODEN; AVERBECK, 2010).

2.3 ANATOMIA DA PRÓSTATA

Segundo o INCA (2008) a próstata é uma glândula do sistema produtor masculino e que se localiza na parte abaixo da bexiga e à frente do reto. Produz parte do sêmen, líquido espesso que contém os espermatozoides, liberado durante o ato sexual. Produzindo e armazenando o fluido seminal que forma o esperma juntando-se ao líquido que contém os espermatozoides provenientes dos testículos, a próstata envolve parte da uretra sendo responsável em carrear o sêmen e urina produzida para ser eliminada do organismo. Sendo reproduzido o desenho abaixo para melhor entendermos a localização da próstata e para que possamos entender os malefícios que possa ocorrer quando se altera a composição normal da anatomia.

Imagem 1 - Anatomia do sistema reprodutor e urinário masculino, evidenciando a próstata.



Fonte: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/prostate/Patient>

Tonon e Schoffen (2009, p.404) explicam a respeito da próstata:

A próstata é uma pequena glândula localizada na pelve masculina, cujo peso normal é aproximadamente 20g. Ela é responsável em produzir 40% a 50% dos fluidos que constituem o sêmen ou esperma, tendo uma função

biológica importante na fase reprodutora do homem, conferindo proteção e nutrientes fundamentais à sobrevivência dos espermatozoides.

De acordo com o mesmo autor acima, o crescimento da próstata esta associada ao avanço da idade, crescendo pouco até a puberdade, onde sofre a influencia dos hormônios masculinos como, por exemplo, a testosterona na qual na fase adulta a próstata atinge cerca de 20 g, próximo dos 20 anos de idade.

2.3.1 Câncer de próstata

Moscheta e Santos (2012, p.1226) relatam a dificuldade de prestar assistência ao homem devido os valores atribuídos pela sociedade:

Apesar de ser o tipo mais comum de câncer entre os homens, é também o mais difícil de ser discutido, limitando suas possibilidades de cuidado. Fatores socioculturais, incluindo os estereótipos de gênero, crenças e valores que definem o que é ser masculino, têm sido apontados como obstáculos na implementação de práticas de cuidado em saúde [...].

Com o decorrer dos anos e com aumento da expectativa de vida, surgem patologias associadas ao envelhecimento uma dessas doenças é o câncer de próstata, que se diagnosticado precocemente alcança um melhor prognostico. O câncer de próstata afeta com maior frequência homens acima dos 50 anos, assumindo cada vez uma dimensão maior, causando um impacto socioeconômico sobre a população e conseqüentemente sendo considerado um problema de Saúde Pública (RHODEN; AVERBECK, 2002).

Tonon e Schoffen (2009, p. 404) dizem a respeito do crescimento do câncer de próstata:

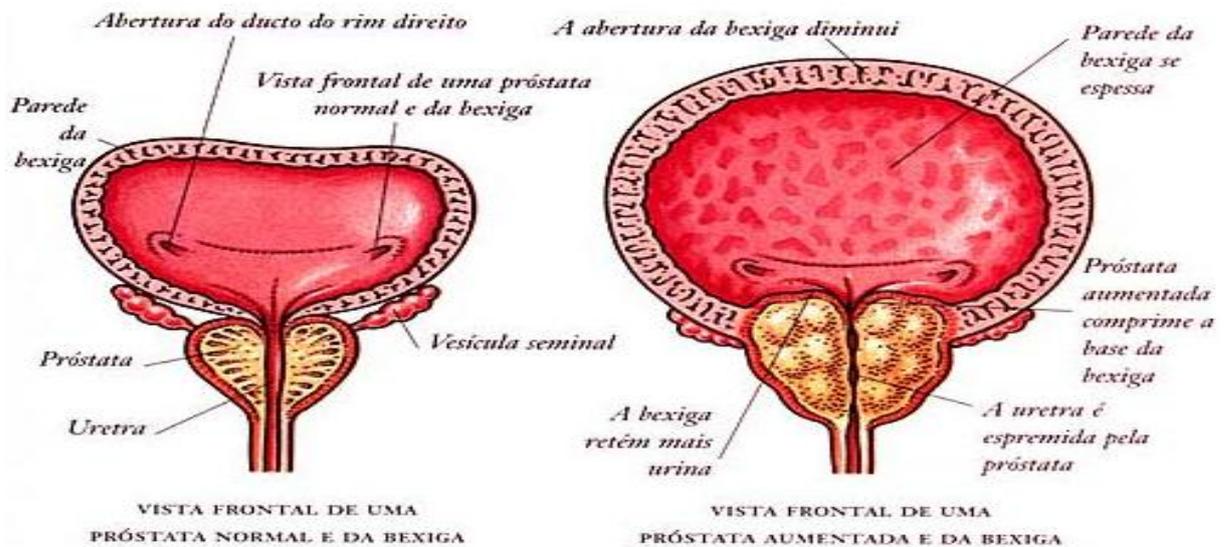
A velocidade de crescimento do câncer de próstata é lento, sendo necessário entre 4 a 10 anos para que uma célula produza um tumor de 1 cm, todavia, esse crescimento leva a próstata a atingir volumes de 60g ou mesmo de 100g[...] A próstata é uma pequena glândula localizada na pelve masculina, cujo peso normal é aproximadamente 20g[...].

O câncer de próstata pode ser um problema de saúde pública, devido assumir cada vez mais uma dimensão maior e de ser considerado de grande impacto sobre a população masculina. Desta maneira tem sido um problema socioeconômico de considerável importância devido ao aumento do seu surgimento, com o envelhecimento devido à expectativa de vida aumentar (DINI; KOFF, 2006).

INCA (2012, p.33) relata sobre o crescimento das células cancerígenas do câncer de próstata:

Alguns desses tumores podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos e podendo levar à morte. A 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.

Imagem 2 - comparação de uma próstata normal com uma próstata aumentada.



Fonte: <http://urogin.site.med.br/fmfiles/index.asp>

O câncer de próstata é uma enfermidade que quando se inicia nas células glandulares secretoras de sêmen recebe o nome de adenocarcinoma ou câncer glandular por se desenvolver em uma glândula do aparelho reprodutor masculino, a próstata. Assim as células glandulares sofrem mutações e ocorre uma proliferação anormal dessas células, que começam a se multiplicar de maneira desordenada, originando o tumor (GONÇALVES; PADOVANI e POPIM, 2008).

2.3.2 Dados epidemiológicos do câncer de próstata

Observa-se na tabela 5, o alto índice do câncer de próstata em todas as regiões do Brasil, alcançando o 2º lugar na incidência por neoplasias malignas que afetam o sexo masculino. Percebe-se a ocorrência das maiores taxas nas regiões Sul e Sudeste, e já nas regiões Norte e Nordeste observa as taxas mais baixas. As taxas da região Centro-Oeste apresentam um padrão intermediário, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada no mundo.

Tabela 5 - Taxa de incidência anual de neoplasias malignas por 100.000 habitantes, por localização, segundo região e UF, no Sexo masculino, 2010 e 2011.

Região e UF	Pulmão, traquéia e brônquios	Esôfago	Estômago	Côlon, junção retossigmoide, reto e ânus	Próstata	Lábio e cavidade oral	Melanoma maligno da pele	Outras neoplasias malignas da pele
Brasil	18,37	8,12	14,25	13,73	53,84	10,64	3,04	55,12
Região Norte	8,04	1,98	10,37	3,55	23,75	3,11	0,86	25,40
Rondônia	10,86	4,33	10,19	3,95	30,64	4,04	1,00	51,66
Acre	7,34	1,04	7,52	2,62	25,27	1,84	0,99	34,05
Amazonas	9,20	1,90	11,32	4,24	23,47	3,04	0,95	17,53
Roraima	10,04	2,07	10,41	3,33	30,59	3,01	2,21	33,45
Pará	6,55	1,53	10,82	3,36	17,91	3,17	0,79	22,41
Amapá	8,25	1,45	15,36	1,14	16,86	1,70	0,56	18,70
Tocantins	9,29	2,45	4,90	4,05	47,46	3,15	0,48	25,21
Região Nordeste	9,05	3,89	9,92	4,98	43,77	6,56	1,04	55,22
Maranhão	5,30	1,12	6,16	2,27	21,47	1,68	0,28	20,70
Piauí	8,72	2,78	5,88	4,32	44,11	3,59	0,94	66,84
Ceará	11,58	5,53	17,34	5,98	52,77	6,31	1,28	78,72
Rio Grande do Norte	10,97	4,37	12,36	6,79	48,19	7,64	1,27	81,65
Paraíba	7,30	4,38	10,46	4,62	43,69	8,43	1,02	73,68
Pernambuco	12,50	4,71	10,65	6,53	57,83	8,67	1,32	60,60
Alagoas	6,58	2,40	5,20	2,93	28,80	5,00	1,16	34,17
Sergipe	10,76	2,79	7,36	4,93	49,90	9,97	1,85	47,83
Bahia	7,56	4,18	8,40	4,95	41,44	7,42	0,90	46,35
Região Sudeste	21,36	9,74	16,62	19,35	62,37	14,20	3,52	52,73
Minas Gerais	14,47	10,27	12,75	10,33	52,95	8,63	2,15	34,81
Espírito Santo	18,09	12,05	19,72	11,97	57,03	13,41	2,82	53,30
Rio de Janeiro	26,75	9,31	16,09	22,92	77,27	18,89	2,85	68,25
São Paulo	22,94	9,45	18,38	22,94	61,84	15,19	4,48	55,51
Região Sul	34,55	15,82	18,98	21,27	69,41	13,79	7,24	84,50
Paraná	22,82	14,10	21,02	19,07	67,16	14,38	5,40	68,60
Santa Catarina	30,10	13,97	19,77	14,72	53,68	11,98	7,95	128,77
Rio Grande do Sul	48,33	18,50	16,58	27,07	80,40	14,25	8,61	74,92
Região Centro-Oeste	15,57	6,26	11,79	10,76	48,30	7,83	1,91	44,49
Mato Grosso do Sul	18,75	9,00	16,54	14,95	65,46	9,22	1,98	53,94
Mato Grosso	14,04	5,92	11,50	6,69	45,10	6,43	1,36	47,00
Goiás	15,29	5,81	9,95	10,27	44,47	7,84	1,85	43,03
Distrito Federal	15,07	5,12	12,02	13,04	45,05	8,20	2,67	35,62

Fonte: Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer - Inca
Nota: As estimativas do Inca atualmente são feitas a cada 2 anos, em função da estabilidade da ocorrência, com pouca variação anual; portanto, a taxa de incidência calculada é anual e os valores apresentados na tabela são válidos para o ano de 2010 e para o ano de 2011.

Fonte: Ministerio da saude/ Instituto Nacional do câncer

Verifica na tabela 5, nas regiões Sudeste e centro- oeste, por exemplo, o câncer de próstata é o mais incidente entre os homens, com um risco estimado respectivamente de 62 e 48 casos novos por 100 mil. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer também é o mais frequente nos homens das regiões Sul (84/ 100.000), Nordeste (55/ 100.000) e Norte (25/100.000).

O câncer de próstata pode ser um problema de saúde pública, devido assumir cada vez mais uma dimensão maior e de ser considerado de grande impacto sobre a

população masculina. Desta maneira tem sido um problema socioeconômico de considerável importância devido ao aumento do seu surgimento, com o envelhecimento devido à expectativa de vida aumentar (DINI; KOFF, 2006).

Tabela 6 - Óbitos para neoplasias da próstata por faixa etária segundo região/ período de 2010.

Região	0 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
TOTAL	13	2	63	567	2.123	4.536	5.473	12.777
Região Norte	-	-	4	41	103	194	215	557
Região Nordeste	5	1	17	123	508	1.149	1.638	3.441
Região Sudeste	5	1	28	274	974	1.984	2.336	5.602
Região Sul	3	-	10	86	389	900	916	2.304
Região Centro-Oeste	-	-	4	43	149	309	368	873

Fonte: Ministério da saúde SVS- sistema de informação sobre mortalidade- SIM

Percebe-se na interpretação da tabela 6, que com o avançar da idade os números de óbito por câncer de próstata só se eleva, fatores como a maior expectativa de vida e as campanhas feitas para a identificação da patologia são consideradas determinantes para o seu aumento. Desta maneira tem sido informado aos homens da existência da doença e de como se prevenir, deixando-os alerta para procurar o profissional da saúde e diagnosticar a patologia se necessário (PAIVA; MOTTA, 2010).

A incidência do câncer de próstata tem aumentado desde a década de 60, sendo uma doença com maior prevalência nos idosos. Constituindo assim uma preocupação de saúde, que em nível mundial é um problema, por ser considerado na população masculina um tipo câncer comum. Hoje, mundialmente sendo o câncer de próstata considerado uma das causas de óbito. A incidência no Brasil correspondeu a cada 54 casos novos para cada 100 mil homens, no ano de 2010. Devido ao aumento da expectativa de vida da população existe uma preocupação elevada com as novas incidências (MOSCHETA; SANTOS, 2012).

Justifica a elevação da incidência do câncer de próstata (GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008, p.1338):

[..]O aumento observado nas taxas de incidência do câncer de próstata 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. [..]A incidência do câncer de próstata em homens com idade superior a 50 anos é maior que 30%, aumentando progressivamente até aproximadamente 80% aos 80 anos.

O paciente com diagnóstico de câncer de próstata tem sua vida alterada devido enfrentamento das diferentes fases da doença, começando pelo diagnóstico, passando pelo tratamento e culminando com a reabilitação psicossocial. Sendo o que afeta em demasia o paciente é relacionar o câncer com a morte. E também por essa neoplasia estar localizada em uma posição anatômica que é responsável pelas funções sexuais do homem onde podem vir desencadear conflitos relacionados à sexualidade. Na fase de tratamento, desencadeia ao paciente uma esperança de ser curado ou pelo contrário causando medo e insegurança de não alcançar seu objetivo de cura (MOSCHETA; SANTOS, 2012).

2.3.3 Sinais e Sintomas do Câncer de Próstata

A evolução do câncer de próstata em sua fase inicial é considerada silenciosa, sendo uma fase assintomática em muitos pacientes e se apresentar sintomas é semelhante aos sintomas do crescimento benigno da próstata como a dificuldade de urinar, necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou à noite. Na fase avançada, pode provocar sintomas urinários ou, quando mais grave, infecção generalizada ou insuficiência renal. Com o avançar do câncer de próstata a doença se espalha para outras partes do corpo, sendo sintoma comum a dor ossea, geralmente atinge as vertebras, pelve ou costelas (INCA, 2008).

Estudo realizado por Gonçalves, Padovani e Popim (2008) mostra a distribuição do câncer de próstata segundo sintomatologia. Na qual se pesquisaram em maior parte homens com idade entre 64 anos a 73 anos, expresso no quadro os sintomas relatados por esses pacientes. Esses pacientes procuram o auxílio da saúde quando já preexistem os sintomas, citados no quadro 1 a seguir:

Quadro 1 - Frequência da sintomatologia no câncer de próstata

Frequência relativa a cada sintoma (%)	Sintomatologia
20,7	Jato urinário fraco
17,3	Nictúria
15	Exames de rotina/sem sintomas
10,3	Disúria
6,7	Dor à micção; dificuldade ao urinar
5,7	Perda urinária
5	Polaciúria
4,5	Poliúria; ardência miccional; retenção urinária; achado laboratorial
3,5	Dificuldade para iniciar a micção
2,3	Dor no escroto; hematória; perda de peso; verrugas no pênis
1,14	Dor em região lombar; dor supra pélvica; dor nas pernas ; dor no ventre; dor na região cervical; dor em fossa ilíaca; dor ao urinar; gotejamento terminal; obstrução urinária; jato demorado; crescimento lento e progressivo do testículo; oligúria; urgência miccional; diminuição do tempo de ereção; baixa da frequência miccional; intestino preso; evacuação com sangue; sensação de esvaziamento vesical; hesitação urinária)

Fonte: (GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008, p.)

O câncer de próstata altera função sexual dificultando a ereção peniana e a ejaculação a tornando dolorosa. Incluem a esses sintomas a polaciúria, nictúria e dificuldade em manter o jato contínuo de urina, com presença de hematuria e dor ao urinar, disfunção eretil (INCA, 2008).

2.3.4 Fatores de risco do câncer de próstata

O INCA (2012) informa que a idade é um fator para se desenvolver o câncer de próstata, que o diagnóstico no mundo dessa doença afeta pessoas com a idade superior ou equivalente à 65 anos de idade. Além desse fator, também são considerados fatores como histórico familiar, dieta, vida sedentária, obesidade, e a raça/etnia. Sendo que sua incidência é maior em homens negros do que em brancos em aproximadamente 1,6 vezes.

A idade se torna um marcador de risco importante não só no câncer de próstata como também em outros cânceres, devido aumentar tanto os casos novos como a mortalidade, mas precisamente após os 50 anos. Possuindo casos na família de

câncer antes dos 60 anos de idade se considera outro marcador de importância, pois o histórico familiar representa um aumento de 3 a 10 vezes em relação à população em geral (PAIVA; MOTTA, 2012).

De acordo com Medeiros, Menezes e Napoleão (2011, p.213):

A dieta alimentar também se torna fator de risco quando se tem relação positiva ao consumo aumentado de gorduras, carne vermelha e leite. Por outro lado, uma dieta rica em frutas, verduras, legumes, grãos e cereais integrais, e pobres em gordura, principalmente as de origem animal, não só ajuda a diminuir o risco de câncer, como também o risco de outras doenças crônicas não transmissíveis.

O histórico familiar vem a ser um risco devido à presença do câncer entre os membros da família aumentar os índices de incidência dessa doença que ao avançar da idade alcança os homens. Sendo que pai, irmão ou filho com essa moléstia é uma indicação para fazer o exame preventivo com certa frequência, uma vez ao ano (PAIVA; MOTTA, 2012).

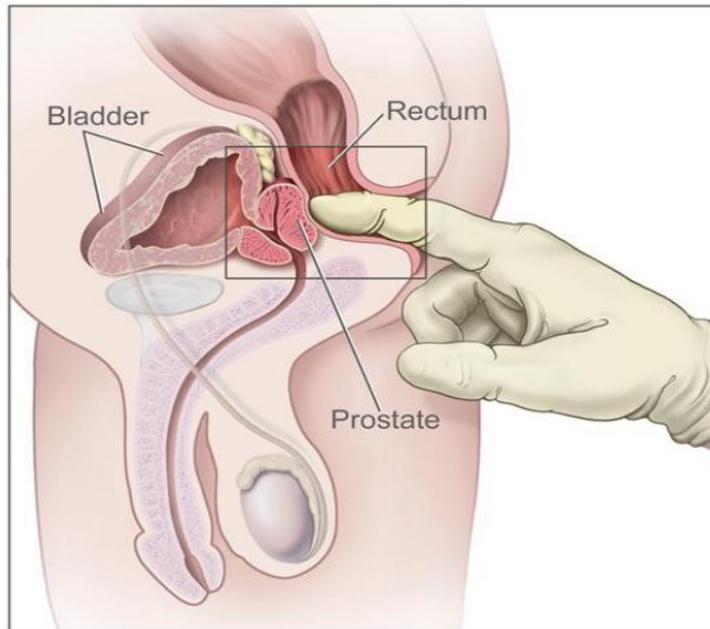
A raça também é fator a ser considerado, pois homens negros têm mais chances de adquirir o câncer de próstata do que homens de brancos, devendo ter uma atenção especial e fazerem o exame rotineiramente (MOSCHETA; SANTOS, 2012).

2.3.5 Diagnóstico do câncer de próstata

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cancerologia (BRASIL, 2009), o câncer de próstata acarreta ao homem malefícios por ser um tumor maligno, sendo mais comum e é considerada a segunda causa de morte na população masculina. Para o diagnóstico precoce são utilizados três métodos: o toque retal, a dosagem no sangue do antígeno prostático específico (PSA) e a biópsia da próstata.

Segundo Amorim e outros (2011), o toque retal é um método que possui algumas limitações por somente serem palpadas as porções posteriores e laterais da próstata e de modo que também existem as rejeições do exame feito por parte dos homens a ele subordinados. Este método é utilizado para verificar na próstata se a presença de nódulos, avaliando-se o tamanho, a consistência e forma. Podendo ser observado como é realizado o toque retal pelo especialista na imagem 3.

Imagem 3 - Exame do toque retal



Fonte: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/prostate/Patient>

Ainda segundo Amorim e outros (2011), o PSA que é um dos métodos utilizados para o diagnóstico do câncer de próstata, é uma glicoproteína originária na próstata, e sendo considerado um marcador biológico devido ter o seu nível elevado na corrente sanguínea em caso de algumas doenças da próstata. O antígeno prostático não produzido pela célula cancerosa, mas sim pelas células epiteliais da próstata, podendo estar alterado também devido outras patologias e desta forma resultando biópsias desnecessárias. Sendo o PSA é uma proteína secretada pela próstata, excluídas as causas benignas disso o seu aumento no sangue pode indicar a presença de câncer de próstata.

Guimarães (2004, p. 414), explica sobre a biópsia prostática:

A biópsia prostática constitui a única forma de diagnóstico definitivo de tumor. Preferencialmente, deve ser realizada com controle ultra-sonográfico transretal e por meio de agulha fina. A punção sempre deverá ser dirigida aos nódulos palpáveis ou identificada pela ultrassonografia transretal.

O câncer de próstata pode ser diagnosticado precocemente pelo toque retal e o PSA (antígeno prostático específico), anualmente após os 50 anos de idade ou até mesmo antes em caso se encontrar algum caso na família por ser fator de risco. O seu diagnóstico precoce, aumenta as chances de cura, aumentando a probabilidade do paciente em ter o tratamento com maior índice de satisfação (MIRANDA et al., 2004).

Na graduação histológica, comparam-se as células prostáticas normais com as células tumorais, quanto mais diferentes as células do câncer forem das células normais, o tumor será mais agressivo e sua disseminação será mais rápida. A graduação da escala do câncer de próstata varia de 1 a 5, com o grau 5 sendo a forma mais agressiva (BRASIL, 2002, p.13).

- Grau 1 – As células são, geralmente, uniformes e pequenas e formam glândulas regulares, com pouca variação de tamanho e forma, com bordos bem definidos, densamente agrupados, distribuídos homoganeamente e com muito pouco estroma entre si.
- Grau 2 – As células variam mais em tamanho e forma e as glândulas, ainda uniformes, mostram-se frouxamente agrupadas e com bordos irregulares.
- Grau 3 – As células variam ainda mais em tamanho e forma, constituindo glândulas muito pequenas, uniformes, anguladas ou alongadas, individualizadas e anarquicamente espalhadas pelo estroma. Podem formar também massas fusiformes ou papilíferas, com bordas lisas.
- Grau 4 - Muitas das células estão fusionadas em grandes massas amorfas ou formando glândulas irregulares, que são distribuídas anarquicamente, exibindo infiltração irregular e invadindo os tecidos adjacentes. As glândulas podem apresentar, ainda, células pálidas e grandes, com padrão hipernefróide.
- Grau 5 – Tumor anaplásico. A maioria das células estão agrupadas em grandes massas que invadem os órgãos e tecidos vizinhos. As massas de células podem exibir necrose central, com padrão de comedocarcinoma. Muitas vezes, a diferenciação glandular pode não existir: padrão de crescimento infiltrativo tipo cordonal ou de células soltas.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), é de grande valia que o diagnóstico seja precoce devido o câncer ainda ser localizado, para que se desenvolva um tratamento próprio. E desta maneira, não declinando rapidamente as possibilidades de cura da doença.

Segundo a OMS (organização mundial de saúde) para o Brasil, no ano de 2012, estimam-se 60.180 casos novos de câncer da próstata. Esses valores correspondem a um risco estimado de 62 casos novos a cada 100 mil homens. Sendo que nas regiões do Sudeste (78/100 mil) e Nordeste (43/100 mil), o câncer da próstata é o mais incidente entre os homens. Desde 2003, as neoplasias malignas constituem a segunda causa de morte na população.

De acordo com Faria (2012), com o passar dos anos, foi visto o câncer de diversas maneiras, como sendo uma doença incurável que adquire um grande problema social devido ser um problema de saúde pública. Que atinge muita a população de forma drástica quando não tratada a tempo por ter seu diagnóstico tardio. Devido

aos inúmeros óbitos pela doença se viu necessário uma tomada de decisão acerca do problema, pelos governos e pelas autoridades da área da saúde.

Contudo, segundo Souza, Silva e Pinheiro (2011), para a prevenção e a possível detecção do câncer de próstata, encontram-se diversas dificuldades como os aspectos sócios e os culturais. Como por exemplo, apesar das inúmeras campanhas feitas, a falta de informação à população é uma das dificuldades e as crenças sobre o câncer e seu prognóstico, o preconceito contra o exame preventivo e a carência de rotinas nos serviços para prevenir o Câncer de próstata, dentre outros. Então verifica a grande limitação de se prevenir essa doença, de forma que seja diagnosticada precocemente.

Considera então necessário que se diagnostique precocemente o câncer de próstata estabelecendo aumento nos investimentos para propiciar aos homens exames anuais de prevenção. Sendo necessário que se mobilize o sexo masculino para o controle do câncer no Brasil, rompendo as barreiras das crenças, preconceitos gerados a cerca da prevenção e que o câncer é o mesmo que morte (SOUZA; SILVA; PINHEIRO, 2011).

Segundo Medeiros, Menezes e Napoleão (2011), o enfermeiro tem com função da realização da consulta de enfermagem, estabelecendo a assistência adequada aos pacientes diagnosticados com o câncer de próstata. Esta função foi estabelecida pela legislação que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), para todas as áreas da assistência, tanto em instituições privadas como as públicas. Por ser o câncer reconhecido como um grave problema que merece a devida atenção da saúde pública, necessitando de ações para prevenção, diagnóstico e tratamento.

De acordo com Miranda e outros (2004), para um prognóstico melhor do câncer de próstata é necessário ter o conhecimento da patologia e proporcionar acesso aos serviços preventivos e de diagnósticos aos homens com essa necessidade, sendo considerada essencial para a prática preventiva. Ao se detectar a doença preventivamente em sua fase inicial, o diagnóstico será considerável uma chance de sucesso.

2.4 POLÍTICAS VERSUS A SAÚDE DO HOMEM

Segundo Ministério de Saúde (BRASIL, 1998) o Estado tem o dever de assegurar para todo cidadão brasileiro, direito de assistência á saúde por ser considerado importante para o bem estar da população. Fornecendo assistência adequada a todos, atingindo assim as pequenas porções da sociedade que ainda não foram beneficiados, como os homens e desta forma aperfeiçoando o poder de resolução dos problemas de saúde mais prevalentes.

Segundo a Lei 8.080 lançada em 19 de setembro de 1990, p.01. Fala que:

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Com o lançamento em 2009 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), pelo Governo Federal, obteve como propósito aumentar e estabelecer ao homem a oportunidade do acesso aos serviços de saúde, sendo que segundo o Ministério da Saúde essa estratégia de prevenção é considerada mais efetiva e segura.

Uma das estratégias adotadas pelo Ministério de Saúde (BRASIL, 1998), visando incrementar a resolubilidade dos serviços de saúde, é identificar a dar prioridade a ações básicas que possuam comprovada eficácia e que envolvam reduzida complexidade tecnológica no controle dos mais relevantes problemas de saúde.

No decorrer dos tempos, verificou-se que a saúde dos homens vem sendo acometida por varias doenças. Sendo necessário, quando se pensar em saúde da família, promover programas que contemplem a saúde do trabalhador, voltadas para o homem adulto. Assim, como existem programas para as crianças, adolescentes, para mulher e ao idoso. Podendo ofertar ao homem, um espaço onde ele se encontra, que seja familiar para atender suas expectativas e que seja levada ate ele questões especificas do homem. (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

De acordo com o Ministério de Saúde (BRASIL, 2008) serão adotadas medidas voltadas para assistência ao homem, expondo ações básicas para a assistência completa à saúde do homem, deve ser prestado esse serviço em toda a rede de saúde. Assim permitindo ao setor de saúde que realize suas atividades voltadas aos agravos de maior prevalência a saúde do homem, obtendo um impacto significativo sobre a sua ocorrência.

Promover a saúde significa criar uma política verdadeiramente de saúde publica através do fortalecimento da ação comunitária, na reorientação dos serviços e do desenvolvimento de um ambiente favorável á manutenção de saúde (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a PNAISH tem como propósito a qualificar a atenção primaria melhorando o atendimento da população masculina, garantindo a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis. Devido o sexo masculino ser mais vulnerável as doenças, com isso morrendo precocemente por patologias graves e crônicas, sendo consequência do seu uso restrito ao sistema de saúde e procurando ajuda só em casos em que o agravo já esta estabelecido.

Continuando, os homens são diferentes das mulheres não buscam o auxilio da atenção primária com certa frequência, não adotam comportamentos preventivos e, tão pouco, acessam aos serviços de saúde, o que os torna mais propensos a doenças e agravos, retardando assim o cuidado e ficando privado de uma atenção rápida e eficaz de saúde. Dessa maneira, em vez de buscar um atendimento que possa promover prevenção a saúde, procura um atendimento que se restringe a recuperação e tratamento de um agravo que já debilita a sua saúde.

De acordo com Gomes, Nascimento e Araujo (2007) para se adquirir qualidade no atendimento à saúde do homem faz-se necessária a inserção de alguns programas

educativos, que adota ações de caráter preventivo conscientizando a sociedade sobre a saúde do homem, utilizando todos os recursos cabíveis como o auxílio da mídia, de panfletos, palestras, e dentre outros. Esta política tem a finalidade de ampliar e facilitar os meios de acesso a ações de prevenção que concederam aos homens melhor assistência.

Ainda segundo o autor acima, vê a importância de enfatizar a existência de profissionais qualificados para esse atendimento e, além disso, que se ofereçam serviços com condições de infraestrutura física, de pessoal, com equipamentos e matérias suficientes para atender esse público, incrementando a assistência de qualidade.

De acordo com Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005) se torna necessário compreender que as barreiras socioculturais que envolvem o homem são importantes para possibilitar serviços à construção de estratégias com medidas que promova o acesso dos homens aos de atenção primária, assim como intervenção a saúde utilizando a prevenção e a promoção como ferramentas mais adequadas.

Sendo de grande valia que a mobilização do sexo masculino em lutar junto com o setor de saúde na conquista da garantia do direito social ao acesso a atenção primária de saúde, possibilitando ao homem conhecimento e direito da prevenção de agravos a saúde. Sendo que atualmente o conceito de masculinidade vem perdendo aquele espaço estabelecido pela sociedade e pela cultura, de ser o eixo que estabelece ao homem a não precisar de procura os serviços de saúde por serem homens viris, forte e invulnerável (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

Conforme o Ministério de Saúde (BRASIL, 2008), a PNAISH mediante a população masculina estabelece um recorte da faixa etária de 25 a 59 anos, sendo uma estratégia metodológica em que se possibilite problematizar a situação a ser enfrentada mais adiante na atenção especializada.

Apesar da globalização da tecnologia, que atinge a todas as idades sem distinção de sexo ou raça, percebe-se que o homem é mais vulnerável aos agravos, seja como autor, seja como vítima. Os adultos do sexo masculino são os que mais sofrem e demandam maior tempo de internação, por só procurarem assistência após adquirirem alguma doença (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

De acordo com o Ministério de saúde (BRASIL, 2008), para a construção da PNAISH, foram considerados alguns eixos metodológicos importantes, como o de assistência integral ao homem abrangendo a educação com o objetivo de provocar mudanças comportamentais, a promoção à saúde e oferecer qualidade de vida.

Continuando, o Ministério de Saúde (BRASIL, 2008), destaca que além dos homens irem menos aos postos de saúde para buscar a assistência a saúde, os profissionais de saúde devem criar meios para obter a participação desses homens também em seus locais coletivos de sociabilidade como, por exemplo, o seu ambiente de trabalho, nos locais de lazer ao praticam atividades físicas e outros. Assim oferecendo a ele maiores chances de prevenir agravos a saúde, com acesso à atenção primária de saúde mantendo a promoção e a prevenção da saúde.

O PNAISH tem como porta de entrada o SUS - Sistema Único de Saúde, fortalecendo o cuidado humanizado e qualificado, com estratégias envolvendo a saúde da família. Baseando nisso, percebe-se que todos integrantes da família receberá o auxílio necessário para manter a qualidade de vida, com a assistência adequada a cada integrante da família (OLIVEIRA, MARCON, 2007).

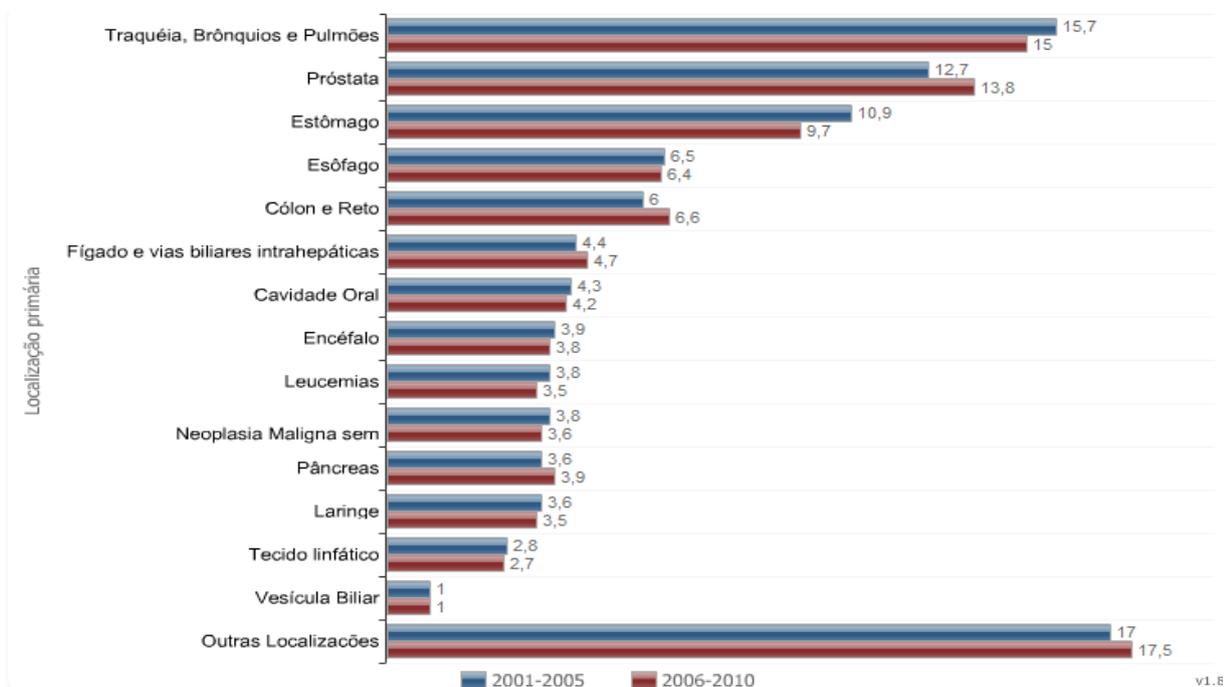
Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), deve também considerar que se ofereça qualidade de vida a todos e que tenham proteção, sendo necessário manter a população informada e orientada sobre a promoção da saúde e a prevenção de patologias que podem vir a afetar a saúde do homem e seus familiares, sendo necessário ter profissionais qualificados para estabelecer uma assistência adequada e que promova cuidados à saúde da população em geral.

De acordo com o Ministério de Saúde (BRASIL, 2000), investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos, evitando danos à saúde do homem.

Várias doenças acometem mais os homens, sendo que esta questão deve ser levada em conta no que tange a saúde da família, percebendo que existem vários programas incluindo a saúde da mulher e da criança, no entanto, poucas ações referentes à saúde do homem, havendo a necessidade de levantar assuntos voltados ao câncer de próstata, ações educativas relacionadas à assistência ao homem como o todo (LAURENTI; PRADO; DAVIDSON, 2005).

Gomes (2003) relata que o câncer de próstata no Brasil é um grave problema de saúde pública, devido às altas taxas de mortalidade, fazendo com que tal morbidade ocupe o segundo lugar entre as neoplasias mais comuns entre a população masculina. Entretanto, nem sempre os profissionais que se voltam para prevenção do câncer estão devidamente preparados para lidar com aspectos envolvidos nessa prevenção, sejam aqueles que realizam o toque retal, como aqueles que deveriam planejar campanhas de prevenção. Seguem abaixo dados que comprovam este fato:

Grafico 2 - Distribuição proporcional do total de mortes por câncer, segundo localização primaria do tumor, em Homens, Brasil, para os periodos entre 2001 – 2005 e 2006 – 2010.



Fonte: Ministerio da Saude / Sistema de Informação sobre mortalidade- SIM.

Ao analisarmos o gráfico 2 constatamos que uma das neoplasias malignas que mais atingem os homens é o que acomete a próstata, comparando os anos de 2001 a 2005 com os 2006 a 2010 verifica um acréscimo para os anos de 2006 a 2010 na sua incidência dentre os homens.

Embora existam tecnologias simples e de baixo custo para a prevenção e diagnóstico de estágios precoces do câncer de próstata, capaz de ser adotada a todos os sistemas de saúde, atualmente atingindo uma pequena parcela da

população masculina gerando um impacto negativo na saúde desses homens (ARONE; CUNHA, 2007).

A tecnologia deve estar a serviço do homem, especialmente presente para manter o bem estar, sendo dominada pelos profissionais, garantindo o uso seguro e eficaz, não gerando estresse para o profissional e o usuário, fazendo com que os valores humanitários se prevaleçam sobre as práticas assistenciais (ARONE; CUNHA, 2007).

De acordo com (Simões et. al, 2007, p. 440):

Percebe-se que há muitas falhas na organização do atendimento de saúde a serem apontadas. Por exemplo, as longas esperas e adiamentos de consultas e exames, a deficiência de instalações e equipamentos, a despersonalização, a falta de privacidade, a aglomeração, a falta de preparo psicológico e de informação, bem como a falta de ética por parte de alguns profissionais. Humanização do atendimento implica em transformações políticas, administrativas e subjetivas, necessitando da transformação do próprio modo de ver o usuário – de objeto passivo a sujeito; do necessitado de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta qualidade e segurança, prestado por trabalhadores responsáveis.

Estamos engatinhando em relação à saúde do homem, apesar da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem ter sido instituída em 2009. Vale discutir este tema junto à saúde do homem, pois a humanização é o ideal para termos um bom atendimento à saúde, independente de raça, credo ou sexo (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

A política implantada deve ser integrada a outra política já existente de modo a ser a atenção primária à porta de entrada da atenção à saúde. Tem como base a humanização e qualidade da atenção integral, considerando que o acesso da população masculina tenha resolução dos problemas e possuam o acompanhamento ideal pela equipe de saúde (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

2.5 ESF- ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

De acordo com Besen e outros (2007, p.58):

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início em meados de 1993, sendo regulamentado de fato em 1994, como uma estratégia do Ministério da

Saúde (MS) para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, visando estimular a implantação de um novo modelo de Atenção Primária que resolvesse a maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde.

Para melhor atender a Saúde da Família estabeleceu estratégias de reorientação do modelo assistencial, na qual houve a implantação nas unidades básicas de saúde equipes multiprofissionais que pudessem acolher a população de maneira geral. É designado para essas equipes uma área geográfica delimitada que possuem um número definido de famílias na qual adquirem responsabilidades em acompanharem e auxiliarem na assistência a saúde. As equipes atuam orientando as famílias com ações de promoção da saúde, prevenção doenças mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).

A ESF contribui para melhorar os indicadores de saúde e a qualidade de vida da população assistida, sendo a criação do vínculo entre a comunidade e os profissionais de saúde, o conhecimento, a responsabilidade juntamente com a participação social a maior garantia e ao mesmo tempo o maior desafio em estabelecer o fortalecimento da ESF (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009).

Por estabelecer vínculos com a população as equipes da ESF adquirem o compromisso de manter as comunidades informadas e facilita o acesso aos serviços de saúde com ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, intervindo em situações que exista a necessidade da especificidade no setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde da comunidade (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010).

Diante dessas considerações, o estabelecimento de vínculo entre a família e o profissional de saúde se mostra de extrema importância para que a população possa esclarecer seus medos e suas dúvidas. Desta maneira construindo um atendimento humanizado juntos com o homem. No entanto, os profissionais muitas vezes não se sentem preparados para dividir os mesmos espaços, o que dificulta o promover esse vínculo tão necessário à assistência prestada com qualidade (COSTA; MIRANDA, 2008).

No Sistema Único de Saúde a ESF vem ocupando um lugar em destaque por compartilhar dos seus princípios e diretrizes na busca de um atendimento à saúde humanizado, resolutivo e capaz de responder às necessidades sociais e de saúde da população (COSTA, 2008).

Um espaço privilegiado para desencadear as ações educativas é a atenção básica, sendo um cenário para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde dando ênfase as ações preventivas e a promoção da saúde. Sendo interessante enfatizar a proximidade da comunidade neste contexto o que facilita a atuação dos profissionais a desencadarem suas atividades (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).

O SUS como assistência à saúde deve ser contemplado de ações de caráter preventivo e curativo, estruturando as ações de saúde de forma que atinja a todos os cidadãos de forma igual. Estabelecendo pelos profissionais de saúde uma assistência de forma integral e continua aos indivíduos e para a coletividade. E neste contexto foram elaborados diversos programas em benefício da população com propostas e estratégias. Sendo um deles, o Programa Saúde da Família – PSF, hoje estratégia, que ocupa um lugar de destaque, pois é implantada em todas as regiões do país, pelo governo federal, promovendo mudanças na acessibilidade aos serviços de saúde, promovendo à participação social, fortalecendo desta forma a atenção primária como foco de assistência a saúde (COSTA, 2008).

A ESF valoriza as necessidades da saúde da população preocupando-se com a qualidade na formação dos profissionais desta forma capacitando-os para um melhor atendimento a comunidade, incorporando a busca de assistência ao cuidado e as praticas em saúde. Melhorando desta maneira, o acesso às ações de saúde para a população em geral, operando mudanças em prol de oferecer saúde para todos os membros da família (COSTA, 2008).

Costa (2008) a ESF sofre um acelerado processo de expansão, abrange dessa maneira um novo e promissor espaço para os profissionais de saúde no mercado de trabalho. No entanto, dentre as categorias de profissionais que foram privilegiadas em contemplar a equipe de trabalho na ESF, são a médica e a de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem), com o papel de desenvolver seu trabalho na comunidade e na Unidade Básica de Saúde da Família.

Segundo o autor acima, a equipe da ESF evidência a promoção do atendimento à população, contemplando atividades dentre elas as referentes às visitas domiciliares, manter internação domiciliar, participação em grupos comunitários, atendimento na unidade, educação em saúde, dentre outras.

2.5.1 Papel do Enfermeiro na ESF

Na saúde pública a enfermagem tem sido essencial para a assistência do indivíduo tanto no coletivo quanto individualmente, estabelecendo programas que envolvem o cuidado da saúde na comunidade, proporcionando qualidade de vida. Para que esse cuidado seja prestado com qualidade, será necessário que esses profissionais adquiram conhecimentos contínuos e sejam competentes para garantir uma assistência adequada (MARQUES; SILVA, 2004).

Os enfermeiros têm como competência promover e melhorar as relações interpessoais entre sua equipe, bem como treiná-los ou orientá-los, a estabelecer vínculo com o paciente, demonstrando a sua importância como base do cuidado e do trabalho em equipe. Da mesma maneira a instituição tem responsabilidade em estabelecer em seus funcionários esta interação (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009).

Ao enfermeiro se destaca tarefas diretamente relacionadas com sua atuação com o paciente, comando da equipe de enfermagem liderando e gerenciando os recursos humanos, físicos, materiais, financeiros, políticos e de informação para a prestação da assistência de enfermagem. Do enfermeiro são cobrado conhecimento, habilidades, atitude ideal e adequada para desempenhar suas tarefas e, acima de tudo, competência para que os membros de sua equipe tenham habilidades para executar as tarefas que lhes são destinadas (COSTA; MIRANDA, 2008).

A equipe de saúde tem como parte integrante a enfermeira que é uma profissional fundamental nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, sendo uma das responsáveis pela criação do vínculo entre os homens e os serviços. Dessa forma, é imprescindível que ela se integre às questões assistenciais com competência e capacidade, realizando um atendimento com resolução dos problemas e eficaz (MARQUES; SILVA, 2004).

A atuação da enfermeira na assistência é essencial para prevenir e minimizar doenças que podem vir a afetar a saúde da população, com o auxílio da promoção, prevenção e restauração da saúde através de consultas de enfermagem. A consulta de enfermagem é um espaço onde o homem pode expressar suas necessidades, expor suas dúvidas e resolver seus problemas, assim o profissional pode articular

com outros setores ou profissionais, sendo as intervenções com foco educativo. O profissional de enfermagem deve estar consciente de que a resolução dos problemas de saúde vai depender da complexidade e da gravidade da doença, da fase do desenvolvimento em que se encontra e das estruturas disponíveis para satisfazer as necessidades do paciente para que ele readquira o equilíbrio (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010).

A consulta de enfermagem, ao ser desenvolvido com a utilização de uma teoria e aplicado por meio do processo de enfermagem, proporciona ao profissional maior visibilidade de seu paciente, além de individualizar o cuidado prestado, uma vez que ele atende inúmeros pacientes com diferentes enfermidades e nas fases do desenvolvimento, começando no recém-nascido até o idoso (SANTOS; OLIVEIRA, 2004).

Torna-se imprescindível o conhecimento da enfermeira sobre as necessidades dos homens, a fim de prestar uma assistência à saúde com qualidade, principalmente quando esta embasada em uma teoria. A enfermeira capacitada tem o conhecimento das necessidades dos homens, sendo que as atitudes direcionadas e as intervenções prestadas aos homens podem ser facilitadas, pois proporcionar saúde ao homem e atender suas necessidades são direitos garantidos (COSTA, 2008).

O trabalho em saúde pública requer que o enfermeiro, prioritariamente, reconheça as limitações contidas nos serviços dos seus profissionais e, assim, possa planejar, programar e gerenciar ações voltadas para a melhoria desses serviços, proporcionando aperfeiçoamento técnico-científico que vise à promoção da saúde coletiva para atingir metas e objetivos condizentes com a realidade da população adscrita. Consequentemente, o enfermeiro é o responsável direto e indireto pelas ações referidas à equipe e funcionamento da USB, no que se refere às ações burocráticas, gerenciais e, principalmente, assistenciais (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).

A equipe de enfermagem da atenção básica de saúde deve ser proativa e conhecer a realidade da população pela qual é responsável, buscando identificar os problemas de saúde, elaborar planos para a resolução de problemas encontrados e executar as atividades planejadas de acordo com a atribuição de cada um dos profissionais, objetivando solucionar problemas de saúde de atenção básica. Mais

que isso, qualquer profissional da equipe de enfermagem envolvida na assistência, designado ou não para administrá-la, deve ter como base um conhecimento rico e atualizado, conscientizando-se sempre para a prestação de um atendimento humanizado, esclarecendo dúvidas, orientando sobre os possíveis agravos a saúde garantindo a participação dos homens na assistência primária com o intuito de alcançar ou ultrapassar as metas programadas (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).

Segundo Figueiredo e Tonini (2007) na ESF o enfermeiro tem mais autonomia e responsabilidade sendo seu trabalho mais valorizado e com maior visibilidade. Atuar na ESF se torna de extrema necessidade que o enfermeiro e os outros profissionais de saúde prestem assistência a todos os membros da família mantendo um cuidado contínuo e de forma integral.

Segundo Costa (2008) a ESF ampliou o espaço de trabalho, considerando promissor para os profissionais da área de saúde, como por exemplo, para o enfermeiro que assume responsabilidades como no desenvolvimento de atividades assistenciais, voltadas também para a educação e não menos importante às administrativas. Permitindo, no entanto, que ocorra a construção social da saúde, desenvolvendo meios para manter o vínculo com a comunidade e fazer o acolhimento dos usuários, buscando ações voltadas para o cuidado, promovendo à atenção as ilimitadas necessidades de saúde.

Entretanto, para o enfermeiro desempenhar tantas atividades com eficiência e responsabilidade, vem alcançando um lugar importante na ESF precisando ter clareza dos seus limites de atuação e de intervenção de enfermagem, sendo o autor de muitas mudanças no modelo assistencial, agindo por meio de uma prática humanizada e competente com novas práticas de assistência (COSTA, 2008).

O enfermeiro é considerado uma das principais competências no gerenciamento da assistência de enfermagem e ao desempenhar esta habilidade evidencia a importância da liderança estar aliada à prática da comunicação (SPAGNUOLO; PEREIRA, 2007).

No entanto, segundo o mesmo autor citado acima, cabe ao enfermeiro obter com sucesso sua liderança, mantendo como recurso a comunicação permitindo assim a realização de suas ações preventivas e educativas. Através do vínculo com o cliente,

a instituição, a equipe médica e o pessoal da enfermagem, oferecendo a melhoria da assistência prestada evidenciando a qualidade.

Cabe também ao enfermeiro à percepção de como adentrar o homem a atenção primária de saúde de modo que aumente a sua procura por cuidados a sua saúde. Estabelecendo dessa forma medidas de proteção e vencendo as dificuldades enfrentadas por essa população masculina, com medidas que evidencia a educação como o ponto chave para essa luta expondo aos homens o conhecimento de como se prevenirem as moléstias que afetam sua saúde. Percebe-se que o atual cenário da assistência a Saúde, propicia o distanciamento do homem na busca de assistência a sua saúde (SPAGNUOLO; PEREIRA, 2007).

Sendo o enfermeiro importante para o início da socialização dos homens a esses serviços de saúde através de reuniões voltadas apenas para estes e com temas direcionados, transpondo as barreiras atuais onde se vê praticamente profissionais do sexo feminino à frente desses programas. Estando também na sala de espera, sensibilizando essa classe as deixando mais a vontade, com isso aos poucos os mesmos já se sentiriam mais tranquilos a procurar esses serviços (COSTA, 2008).

A estratégia de trabalho propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para prestação de cuidados referidos a comunidade e os diferentes meios de assistência integral e continuo resolvendo os problemas acometidos a população (WEIRICH; TAVARES; SILVA, 2004).

Segundo os mesmos autores acima relatam ainda que para exercitarmos nossa profissão será sempre necessário respeitarmos o outro, respeitando seu ponto de vista de acordo com a sua cultura e abordando os meios cabíveis para a assistência prestada. A estratégia de trabalho propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para prestação de cuidados referidos a comunidade e os diferentes meios de assistência integral e continuo resolvendo os problemas acometidos a população.

O machismo é considerado um fator social que reina na sociedade prevalecendo como fator cultural influenciando nas decisões dos homens o que os prejudica nas escolhas e atitudes tomadas, pois impedem que procurem o setor de saúde. Exigindo responsabilidades dos setores de saúde apontando atividades para os

usuários do Sistema Único de Saúde com oportunidades de enfrentar essa crise e melhorar a qualidade de vida (FONSECA, 2008).

A educação das mulheres é diferente da educação oferecida aos homens, assim evidenciando o motivo do porque a não procura pela assistência a saúde. O aprendizado que os homens recebem desde criança os considera indivíduos fortes, o que torna incapazes de relatarem aos profissionais de saúde suas angústias e necessidades que necessitando de ajuda (FONSECA, 2008).

Segundo Branco (2005) para o enfermeiro é essencial assumir na prática a assistência de forma a complementar o cuidar em enfermagem, proporcionando ao indivíduo a educação em saúde que é de extrema importância para construção do conhecimento de como estabelecer a saúde, sendo esse trabalho realizado com dedicação e competência.

Conforme o autor acima, o elemento da equipe de saúde que permanece mais tempo em contato com o paciente é o enfermeiro conhecendo todas as suas limitações interagindo e implementando a educação em saúde, tendo como base a promoção da saúde e a prevenção das doenças.

2.6 AÇÕES PREVENTIVAS E EDUCATIVAS

De acordo com Gomes e outros (2008), as ações preventivas reduzem a incidência e a prevalência das doenças na população sendo consideradas intervenções dos profissionais da área da saúde para reduzir o surgimento de enfermidades. Que envolvem estratégias educativas para obter mudanças no estilo de vida, nos hábitos alimentares e até mesmo nos comportamentais.

Magalhães, Guimarães e Aguiar (2004) a educação tem como base o conhecimento e a interação entre enfermeiro e os educando, tornando o papel da enfermagem fundamental para a transmissão de informações, possibilitando à atualização e o enriquecimento dos homens perante a assistência prestada à saúde contribuindo ao seu autocuidado. A mesma autora ainda refere que dialogar com o paciente torna-se uma ação simples de transformação e construção de saberes.

É sabido que o cuidado de enfermagem é dirigido à promoção, manutenção e restauração da saúde; prevenção de doenças; e assistência às pessoas no sentido de contribuir para a sua reinserção na vida social. Todas essas

atividades são conseguidas através da educação para saúde, que tem o propósito levar a informação necessária ao cliente conduzindo-o ao autocuidado (MAGALHÃES; GUIMALHAES; AGUIAR, 2004, p. 116).

A educação a saúde da população é a base para o êxito das ações estabelecidas. O enfermeiro é um profissional com formação acadêmica direcionada para a educação do paciente, com habilidades para perceber quais estratégias de aprendizagem deve se utilizar junto à comunidade, visando, sobretudo á busca dos serviços de saúde pelo paciente, mesmo sem apresentar sinais e sintomas da doença e que esta busca seja de forma regular. Deve contribuir na formação e informações de profissionais promovendo atualização e educação continua do pessoal que atua nesses serviços (BACKES et al. , 2008).

O papel do enfermeiro é de fundamental importância, pois muitas vezes por falta de orientação e esclarecimento muitos homens apresentam certa resistência em realizarem o exame, sente medo, vergonha e desconhecem a importância da realização do toque retal para detecção precoce do câncer de próstata (MAGALHÃES; GUIMALHAES; AGUIAR, 2004).

O enfermeiro ou qualquer outro profissional da área da saúde deve elaborar programas de prevenção, onde deverão seguir os cinco princípios norteadores: identificação da população de risco, busca ativa, detecção (diagnostico precoce) e implementação de tratamento. A educação da população é a base para as ações e prevenções. O homem como principal beneficiário da prevenção do câncer de próstata deve ser esclarecido de como é feito a prevenção, como será realizado o exame. O enfermeiro capacitado pode atuar junto a equipe multiprofissional e ser um elo entre a população e o serviço de saúde (MAGALHÃES; GUIMALHAES; AGUIAR, 2004).

Backes e outros (2008) é condizente com os autores Marcon e Elsen (1999) em considera importante que o profissional de saúde esteja atento às mudanças ocorridas na sociedade, para que não perca seu olhar critico e atualizado. Mantendo uma educação transformadora, onde se diminuem as incidências de agravos acometidos aos homens e a população em geral. A ação educativa em saúde realizada por enfermeiros possibilita aos homens o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado.

O processo educativo em saúde abrange o conhecimento, o dialogo como pontos-chaves para expor aos usuários e familiares à construção e significado do autocuidado. Desta maneira, valorizando a compreensão da realidade vivenciada que promove responsabilidade e participação ativa na implementação de cuidados e melhorias da saúde (BACKES et al., 2008).

Sendo que essa responsabilidade é considerada um item essencial da promoção de saúde, por expor a população por meio da educação, os fatores de risco que afetam a saúde. Incluindo diferentes estratégias de atuação e a educação como instrumentos básicos para a promoção em saúde, criando na população um novo olhar onde percebe o peso imposto a sua saúde perante a sociedade (BACKES et al., 2008).

Portanto o autor acima relata que devem ser considerados os limites impostos pela cultura como ponto de partida para prática educativa, mas existe a necessidade de manter respeito pelo saber cultura de qualquer população independente dos seus ideais.

Figueiredo e Tonini (2007), a intervenção de enfermagem tem como objetivo ocasionar mudanças nos comportamentos masculinos, fazendo com que busquem apoio na atenção primária de saúde. O enfermeiro deve ser desencadeador de ações educativas onde saiba ensinar e também aprender junto com a população, estimulando debates para estimularem o aprendizado.

É importante que o sexo masculino conheça melhor o funcionamento do seu corpo, a anatomia, a fisiologia e as patologias que poderão acometê-lo, pois desta maneira pode-se intervir precocemente na busca medidas preventivas, na melhora da qualidade de vida desses homens (COSTA, 2003).

Continuando autor acima considera que o enfermeiro deve criar um vínculo com a população estabelecendo metas a serem cumpridas. Dando ênfase para o homem na qual necessita de melhor atenção à saúde na fase adulta, devido a pouca procura dos serviços de saúde, acaba ocasionando a sua saúde malefícios que se tornam fatores de risco levando ao adoecimento. Além dos malefícios a saúde a falta de procura a atenção primária traz a sociedade sobrecarga de gastos.

Programas de educação em saúde são comprovadamente de suma importância para a implantação de ações práticas educativas de prevenção de doenças em

geral, sobretudo no cotidiano dos membros das camadas menos abastadas e, por conseguinte menos esclarecidas da população. A educação em saúde é o campo da prática e do conhecimento do setor saúde que se tem ocupado diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer o cotidiano da população (COSTA, 2003).

A atenção primária é uma forma de estabelecer uma rotina para aperfeiçoar o tempo utilizado na assistência para controle das doenças e proporcionar ao paciente a prevenção. O enfermeiro deve perceber o paciente como um todo, sendo que a assistência prestada seja de qualidade e assim facilita o trabalho da equipe (FIGUEIREDO, 2007).

O cuidado com o homem promove uma ação reflexiva acerca dos valores e princípios que orientam o exercício profissional, além de tratamento e cuidado digno, solidário e afável, ao seu principal objetivo o doente como um ser fragilizado. A Humanização em Saúde é a recuperação do respeito ao ser humano, dando importância às circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano (COSTA, 2003).

O atendimento humanizado em saúde se ampara em princípios como: favorecer a criação dos espaços que valorizem a dignidade do profissional e do paciente. Busca a melhora do atendimento da demanda, sendo manifestado por usuários e trabalhadores do serviço, apoiando-se na integralidade da assistência bem como o envolvimento do paciente e a equidade (BACKES et al. , 2008).

Tem-se crescido a preocupação com o desempenho e utilização adequada dos serviços de saúde voltada para o sexo masculino, por isso a avaliação e o monitoramento da qualidade na assistência prestada tem sido alvo de muitas propostas e extenso estudo quanto à efetividade e eficácia da atenção, aumentando a preocupação desse cliente, potencializada pelo avanço tecnológico e aumento de intervenções biológicas (BACKES et al. , 2008).

O entendimento de uma assistência de qualidade, não deve se limitar como uma prática imposta, como direta e fragmentada, porque um processo desse cuidado presume um processo participativo e dinâmico, sem exclusão, fundamentado em relações horizontais e discursivas (COSTA, 2003).

O cuidado de qualidade se caracteriza por: um elevado grau de capacidade profissional e organizacional; uso eficiente dos recursos; diminuição de riscos de responsabilidade civil profissional e hospitalar, satisfação dos pacientes e de seus responsáveis, expectativa de retorno à comunidade, acessibilidade e equidade aos serviços de saúde bem como legitimidade à necessidade e opinião pública; padrões, indicadores e critérios que estimulam o desenvolvimento e aperfeiçoamento da qualidade do cuidado ao paciente no que se refere à execução e evolução dos resultados organizacionais (BACKES et al. , 2008).

A qualidade na assistência prestada pela enfermagem exige uma prática de desenvolvimento de técnicas, habilidades psicomotoras e conhecimento científico oferecendo segurança àquele que precisa de assistência, assim como o se emocionar, transformar, sonhar, imaginar, pesquisar, cuidar e ter criatividade em desenvolver estratégias que leva o homem a cuidar de sua saúde (COSTA, 2003).

Os desafios enfrentados pela enfermagem são numerosos, quando se trata da prática da assistência a saúde voltada para o homem. As instituições devem refletir sobre importância de implantar o cuidado em sua gestão e nos processos de trabalhos, a fim de superar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais assistenciais, como a desvalorização profissional, a falta de motivação, a carga pesada de trabalho, a convivência com o sofrimento, as atribuições excessivas, pois se torna impossível oferecer uma assistência de qualidade, quando a instituição não proporciona qualidade aos seus funcionários (SCHRAIBER, 2010).

Considera-se que a humanização é de extrema importância para a construção de uma assistência de qualidade, porém para que esta ocorra faz-se necessário melhor condição de trabalho para os profissionais que a executem (BARBOSA; SILVA, 2007).

Apesar das inúmeras mudanças e iniciativas que já ocorreram em todos esses anos, há necessidade de uma mudança na gestão, porque através desta gestão é possível oferecer aos profissionais uma melhor condição de trabalho, maior segurança, autonomia e motivação, estimulando-os a prestarem uma assistência de qualidade e com mais humanidade aos homens (MAGALHÃES; DUARTE, 2004)

Os enfermeiros têm como competência promover e melhorar as relações interpessoais entre sua equipe, bem como treiná-los ou orientá-los, a estabelecer

este vínculo com o paciente, demonstrando a sua importância como base do cuidado e do trabalho em equipe. Da mesma maneira a instituição tem responsabilidade em estabelecer em seus funcionários esta interação (SCHRAIBER, 2010).

Para garantir uma assistência de qualidade e humanizada, as instituições devem promover uma gestão participativa, capacitar os profissionais através da educação permanente, dar autonomia e valorizar os trabalhadores, desenvolver no profissional prazer em realizar suas atividades e lhe dar condições para realizá-las, deixar de focar as certificações, para se direcionar aos pacientes, familiares e profissionais, colocar o diálogo em prática, implementando a humanização integralmente, com todas as mudanças de gestão, estruturais e pessoais necessárias e analisar se o que está sendo oferecido é interpretado da mesma forma pelos clientes (BARBOSA; SILVA, 2007).

A Enfermagem, um grupo profissional bastante expressivo nessa área, tanto por sua participação na maioria dos processos, quanto pelo número de pessoas incluídas nele, precisa acompanhar essas tendências, para participar da construção de alternativas que respondam aos desafios de melhorar a oferta, qualidade e equidade dos serviços prestados à população (MAGALHÃES; DUARTE, 2004, p.408).

Por fim, entende-se que o primeiro passo é encarar escassez no cuidado com a assistência ao homem, em nossa atualidade e a distância que ainda há para alcançar a meta, bem como a necessidade de percorrê-la. Sabemos que essa caminhada é complexa e desafiadora, principalmente para os profissionais de enfermagem, porém não é impossível ou impraticável. Não se pode negar a importância do enfermeiro neste processo, como um profissional capaz de planejar e executar um cuidado humanizado, porém necessita do apoio da instituição onde trabalha para que a prática da humanização torne-se cotidiana e eficaz (BARBOSA; SILVA, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2008) ressalta que intervenções relativamente simples para cuidados os homens possibilitam uma grande redução na ocorrência do câncer de próstata. A prevenção câncer de próstata exige uma maior conscientização em relação à amplitude e gravidade do câncer, principalmente entre os homens. Essa tomada de consciência deve atingir a todos ambientes dos serviços de saúde, indo desde os gestores até os prestadores de

cuidados. Além disso, a comunidade deve ser informada e convencida de que a prevenção e o seu diagnóstico precoce podem resultar em benefícios importantes para a saúde dos homens.

2.6.1 Prevenção e a Promoção do câncer de próstata

Surgindo em 1974, no Canadá a Promoção da Saúde (PS) tem como propósito a diminuição dos custos relacionados ao tratamento de doenças e também devido às limitações de atenção a saúde oferecida a população. O termo promoção de saúde teve fortalecimento no ano de 1986, devido à primeira conferência internacional realizada em Ottawa, que se compreende de PS a possibilidade em proporcionar a comunidade os meios necessários para estabelecer controle e melhorar sua saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986). Refere-se na carta de Ottawa que a PS tem o objetivo de proporcionar igualdade na atenção a saúde, tanto para os homens e como para as mulheres com oportunidades de acesso a informações que os levem a qualidade de vida com melhor acesso a saúde.

Essa conferência de Ottawa e outras conferências realizadas criaram metas para o alcance de qualidade de vida ajudando países a reduzir as desigualdades e injustiças, contribuindo por meio dos avanços conceituais, ideológicos e também os políticos para a evolução de determinantes da saúde (CESTARI; ZAGO, 2005).

A enfermagem tem papel fundamental na prevenção do câncer de próstata, identificando as populações de alto risco, desenvolvendo ações de planejamento, controle e supervisão de programas de educação e prevenção, contribuindo para um diagnóstico precoce da doença (ANELLI et al., 2000).

No mundo atual, presenciamos inúmeras, rápidas e grandes transformações, nos diferentes campos, resultantes de mudanças demográficas, tecnológicas, políticas e ecológicas, num processo acelerado de globalização econômica. As grandes tendências atuais apontam para necessidade de mudanças no setor de Saúde, com adequação às transformações sociais (MAGALHÃES; DUARTE, 2004, p.408).

A assistência à saúde do homem é um processo amplo e complexo, que implica medidas promocionais, preventivas, terapêuticas e de interação com o homem, a família, os serviços de saúde e outros setores sociais. Nesse processo, emergem para o cuidado ao homem e família aspectos que perpassam as dimensões

epistemológicas, filosóficas e práticas dos conceitos assistência à saúde e cuidado. Na atenção básica à saúde do homem, as questões da humanização aparecem ligadas aos temas: acolhimento, cuidado integral e integralidade da assistência (BRAGA; SILVA, 2007).

Atualmente, as práticas de saúde estão passando por uma importante crise em sua história, em contraste com um expressivo desenvolvimento científico e tecnológico, elas vêm tendo sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações. As propostas de humanização da atenção à saúde, integralidade do cuidado à saúde, promoção à saúde, vigilância à saúde, assim como os princípios de qualidade, equidade, autonomia e direitos dos usuários, têm se configurado em estratégias para enfrentar criativamente a crise e construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde, particularmente no Brasil (COSTA; TEIXEIRA, 2012).

De acordo com Souza, Silva e Pinheiro (2011) na atenção à saúde do homem, o eixo norteador tem sido o acompanhamento do desenvolvimento, com ênfase em um cuidado integral e multiprofissional que possibilite a compreensão das necessidades e direitos do homem como indivíduo. Ressalte-se a responsabilidade dos profissionais de saúde em disponibilizar uma assistência à saúde qualificada e humanizada em todos os níveis de atenção.

OMS (BRASIL, 2008) estabelece o conceito de saúde não pelo fato de haver ausência da doença, mas como estabelecer o bem estar físico e mental do indivíduo. Então existe a necessidade de se promover na saúde pública, discussões englobando a saúde do homem, não só dando ênfase ao câncer de próstata, mas priorizando ações voltadas para a saúde em geral, fazendo com que as informações sejam abordadas de forma amadurecidas e claras, assim o homem compreende a importância da prevenção da saúde.

Sendo escassos programas voltados para a saúde do homem apresentam outros agravantes como falta de informação a respeito das doenças que acometem o homem, a população masculina em geral não costuma procurar com regularidade à assistência a saúde com propósito da realização de exames preventivos de rotina, possivelmente por não acharem que existe a necessidade de tais procedimentos. Ao contrário de boa parte das mulheres, que adquirem o hábito de frequentar consultórios ginecológicos quando, por exemplo, ao iniciarem sua atividade sexual.

Assim, entendemos que a ausência da implantação desses hábitos contribui para uma má qualidade de vida da população masculina (MARQUES; SILVA, 2004).

O processo educativo nas ações de assistência ao homem deve contar com a participação do paciente, dos familiares e da comunidade, bem como na busca ativa de casos e no diagnóstico precoce, prevenção desses agravos a saúde. Deve-se estimular a produção de matérias de apoio no nível local, com a participação dos usuários e das organizações comunitárias, que subsidiem o processo educativo nas ações de prevenção do câncer de próstata (SCHRAIBER, 2010).

Pode-se considerar que o sexo masculino precisa de ações educativas que promovam mudanças comportamentais, para o seu próprio benefício utilizando-se ferramentas como a promoção e a prevenção a saúde, para melhorar as condições de saúde da população. Também se é necessário considerar os fatores culturais que os rodeiam, por exemplo, se demonstrarem que precisa de atenção a saúde pode ser considerado fraco e feminino perante a sociedade (MARQUES; SILVA, 2004).

Marques e Silva (2004) e Schraiber (2010) são condizentes em relação às ações educativas proporciona ao homem o conhecimento em relação à saúde, devido perceber que exista uma necessidade em abordar a saúde do sexo masculino para estabelecer que a mudança no estilo de vida desses homens vida possa trazer benefícios.

A família em decorrência da velocidade das informações sobre as mudanças ocorridas no mundo se sobrecarrega com as acentuadas maneiras e formas de conhecimento, e diante deste contexto as famílias vão ganhando uma nova estruturação, mas não deixam de ser a unidade fundamental da sociedade (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

Desta maneira o profissional da área de saúde, com essa nova realidade, tem um papel fundamental de conhecer mais profundamente e inserir em seus cuidados a família em geral, contribuindo de maneira que a população receba a educação necessária e saiba identificar os fatores de risco a sua saúde (SCHRAIBER, 2010).

Família é, antes de tudo, um corpo social em que prevalece a rede de relações e de interações, que possui crenças que são manifestadas em um espaço cultural, e a sua saúde deve ser entendida no contexto das relações entre seus membros, tanto sadios como doentes, visto a influência da saúde do indivíduo no grupo familiar e vice-versa (OLIVEIRA; MARCON, 2007, p.66).

O profissional ao trabalhar com famílias deverá estar preparado a prestar assistência de maneira contínua e perceber o paciente como um todo e saber ouvir e assistir de maneira reflexiva, assim entendendo sua realidade, pois apesar dos vários problemas encontrados em meio à família, são prestados os cuidados necessários e alcançando assim a qualidade no atendimento (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

A produção científica tem apontado algumas características do que seria um trabalho com família, focalizando o mundo de suas interações, uma vez que são elas que sustentam e mantêm o núcleo familiar. Isso pressupõe que o profissional deve ter conhecimento dos conceitos de família, de saúde da família e de interação familiar (OLIVEIRA; MARCON, 2007, p.66).

Os objetivos do enfermeiro devem ser claros de modo que alcance as metas já estabelecidas para melhorar a assistência prestada sendo necessário que haja o domínio da teoria para que se sinta seguro a desenvolver a interação com a família. A linguagem utilizada para expor o conhecimento à população deve ser de fácil acesso e que todos compreendam, fornecendo um atendimento ágil e adequado (COSTA, 2008).

Considerado então importante definir os conceitos prevenção e promoção da saúde. Sendo que a prevenção origina-se do Latim significa, vir antes, tomar à dianteira. Significando o ato de prevenir-se, em se dispor-se previamente ou ter o conhecimento prévio. A prevenção compõe de ações com características primárias, reduzindo os fatores de risco dos indivíduos em adquirir qualquer doença que diminuam a qualidade de vida. Sendo importante a detecção precoce dessas patologias minimizando suas consequências, oferecendo a população uma vida saudável (CESTARI; ZAGO, 2005).

Cestari e Zago (2005. P. 219) diferencia os conceitos de prevenção e promoção:

A prevenção é definida por ações direcionadas a evitar o surgimento de doenças específicas, pelo controle de transmissão e redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Em contrapartida a promoção tem um conceito mais amplo que enfatiza a transformação das condições de vida e de trabalho, por meio de mudanças profundas na forma de articular e utilizar o conhecimento na construção das práticas da saúde visando aumentar a saúde e o bem estar geral.

A prevenção das doenças e a promoção da saúde estão associadas a fatores que envolvem a sociedade, tantos psicológicos como os ambientais e ainda culturais. Para a disseminação no meio da população em geral da prevenção se encontra diversas dificuldades como a limitação da falta de comunicação o que limita as

informações oferecidas para a comunidade, à cultura de cada povo também favorece a inexistência e dificulta a assistência primária à saúde (COSTA, 2008).

Deve se promover a assistência ao homem de forma acentuada, possibilitando o aumento de conhecimentos associados à assistência e, sendo necessário um atendimento com eficácia nos cuidados prestados. Anteriormente, por ser o homem considerado um membro da família que não tem acesso à assistência devido ao seu pouco conhecimento, sendo uma característica marcante desse grupo, não teve um lugar definido nos programas de saúde (TOFANI; VAZ, 2007).

Existe a necessidade de ter programas específicos voltados para a assistência ao homem e tem como característica fundamental reconhecê-lo como um todo em seu contexto biopsicossocial, considerando sua história de vida as singularidades desse período da vida nas diferentes inserções sociais. Esse tipo de atendimento tem como seu enfoque principal a promoção da saúde e a prevenção de agravos, através de medidas baseadas na atenção primária e secundária (Teixeira et al. , 2011).

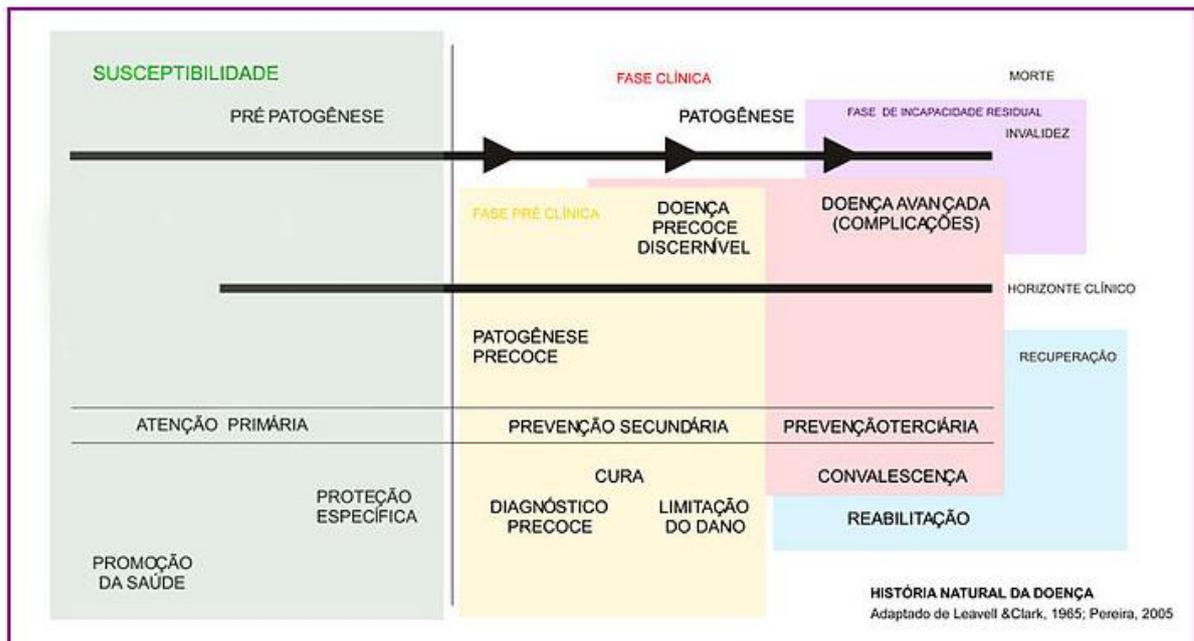
A prevenção pode ser feita nos períodos de pré-patogênese e patogênese. O conhecimento da história natural da doença favorece o domínio das ações preventivas necessárias. Se um dos fundamentos de prevenção é cortar elos, o conhecimento destes é fundamental para que se atinjam os objetivos colimados. Devem ser conhecidos os múltiplos fatores relacionados com o agente, o suscetível e o meio ambiente, e com a evolução da doença no acometido (ARAUJO; ASSUNÇÃO, 2004).

A figura 5 mostra o esquema do período de pré-patogênese, evidenciando a prevenção primária dando ênfase a inclusão da promoção da saúde e a proteção específica. Já o período da patogênese evidencia a prevenção secundária incluindo o diagnóstico, tratamento precoce e a limitação da invalidez. E a prevenção terciária consiste no ato de prevenir através de medidas destinadas à reabilitação do indivíduo. Estabelecendo um processo para reeducar e readaptar os indivíduos com problemas ou sequelas de doenças sendo exemplo de prevenção de nível terciário.

Como até o presente momento a história natural do câncer da próstata ainda não está bem estabelecida, não há evidências ou conhecimentos suficientes que permitam estabelecer estratégias para a prevenção deste tipo de câncer. Sendo

considerado desta maneira um dos maiores desafios à detecção precoce do câncer de próstata devido ao pouco conhecimento dos homens acerca dessa patologia (TOFANI; VAZ, 2007).

Figura 5 - Historia Natural das Doenças



Fonte: Leavell & Clark, 1965.

De acordo com Neugut (2000), o crescimento do tumor que tem como localização primária à próstata ocorre de forma gradativa na qual quando descoberto na maioria das vezes já se possui uma idade superior aos 60 anos. O problema ocorre quando esse tumor cresce descontroladamente de forma muito rápida causando manifestações que alteram a qualidade de vida do paciente.

Segundo Costa e Teixeira (2012), no ano de 1920, com relação ao câncer surgiram às primeiras ações educativas, devido preocupação dos médicos com o aumento dos índices da doença. Portanto, começaram então a elaborar pequenos panfletos orientando sobre a prevenção e o diagnóstico precoce, com o intuito de diminuir esses índices. Desta maneira distribuía em seus consultórios com o objetivo de prevenir, sendo essa prática, um meio de esclarecer aos homens a necessidade de se fazer exames preventivos periódicos.

A palavra câncer associa-se a vários sentimentos como o medo, sofrimento, receio de morte, tristeza, depressão auto-destruição, prevenção e o de solidariedade. Podendo ser evidenciado o porquê da resistência em de prevenir contra esse mal que afeta a saúde do homem (RAMOS; CARVALHO; MANGIACAVALLI, 2007).

Ainda segundo Costa e Teixeira (2012), um médico chamado Kroeff ingressou na saúde pública em 1919, como inspetor sanitário da Inspetoria da Lepra, Doenças Venéreas e do Câncer. Sua passagem por essa seção do Departamento Nacional de Saúde Pública concedeu-o uma atuação com ênfase na propaganda educativa sobre o controle do câncer. Sendo assim sua atuação no campo da cancerologia, fez com que conquistasse um importante papel às ações educativas e que levou à população a noção de que o câncer, se descoberto em sua fase inicial, poderia ser facilmente curado.

Em 1941, o Ministério da Educação e da Saúde criaram o Serviço Nacional de Câncer (SNC), que estava voltada para o controle desse mal que afeta de forma dramática a população. De modo que as atribuições relacionadas eram ações voltadas para a prevenção, para o controle e o tratamento, sendo feitas pesquisas relacionadas à doença (COSTA; TEIXEIRA, 2012).

De acordo com Costa e Teixeira (2012), as ações de controle da doença, hoje em dia são abordadas por meio da atenção primária, que nos permite a detecção precoce e o reestabelecimento da saúde, de modo que uma vida saudável não seja trajeto de moléstias, tem-se como base a prevenção, essas ações são de grande importância não só na divulgação do problema do câncer mais ainda na sua prevenção, e também no processo de fortalecimento institucional do Serviço Nacional do Câncer e para o campo da cancerologia.

Em oncologia encontra-se o termo prevenção classificado em níveis primário e secundário. A prevenção primária situa-se no período anterior à doença, incluindo medidas inespecíficas de proteção de indivíduos contra riscos e danos. Referem-se a toda e qualquer ação voltada para redução da exposição da população a fatores de risco da doença, tendo como objetivo reduzir a sua ocorrência, por meio da promoção da saúde e proteção específica (NEUGUT, 2000, p.93).

Deve ser enfatizada a prevenção, por ser constatado precocemente o câncer e sendo a atenção primária o meio mais fidedigno para promover essas ações de promoção e prevenção, considerando-se prioritário para a atenção e assistência de qualidade. Priorizando assim, as ações de prevenção no cuidado com saúde do

homem, enfatizando que é possível prevenir a maioria destas patologias que afetam o sexo masculino. No entanto, visto que as dificuldades de adesão dos indivíduos têm sido consideradas um obstáculo para a equipe assistencial. De modo que a procura pelos homens ao médico é pouca animadora, seja por imposição da sociedade ou devido à cultura (CESTARI; ZAGO, 2005).

De acordo com Neugut (2000, p. 95), explica a prevenção primária:

A prevenção primária destaca-se como a melhor alternativa quando comparada ao diagnóstico ou mesmo ao tratamento do câncer. Visto que apesar de sermos incapazes de mudar nossa predisposição genética, podemos ter a possibilidade de intervenção para prevenir exposições e os fatores causais do câncer.

Na prevenção secundária é feito o rastreamento do câncer, de forma que seja feita uma avaliação de indivíduos assintomáticos, com o objetivo de descobrir um câncer oculto e com sua detecção precoce pode ser estabelecido à cura com o tratamento precoce (CESTARI; ZAGO, 2005).

O Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata, instituído pela lei 10.289, em setembro de 2001, foi Caminhando na direção da implementação de diferentes órgãos públicos que tratam do assunto, coordenados pelo INCA. O INCA que é um órgão responsável pela política de prevenção e controle do câncer em geral, utilizando de todos os meios cabíveis para expor a população de como se prevenir o câncer de prostático (GOMES et al. , 2008).

Gomes (2003) relata sobre a importância de ser detectado precocemente o câncer de próstata, pois desta maneira aumentam-se as chances de cura. Desta maneira podendo ter como base as medidas preventivas, como o toque retal para avaliar a próstata. Essa medida de prevenção tem um baixo custo, mas não é muito aceita pelos homens, devida a falta de informações ou pelo medo de ser tocado, gerando constrangimento e acaba na recusa por parte do homem em fazer o uso dessa medida de prevenção.

Sendo relevante importante considerar que entre homens e mulheres, os homens são os mais vulneráveis as doenças e assim morrem precocemente, pois não procuram adequadamente a atenção básica de saúde como as mulheres. Deixando para procurar ajuda quando a doença esta em um ponto mais avançado, dando a entrada ao pronto atendimento pela atenção secundária. Sendo considera a saúde um ponto importante para a manutenção da qualidade de vida sendo interessante

destacar em pesquisas. Estabelecendo a necessidade de se conhecer com clareza os mecanismos de formação da célula tumoral pela perspectiva de utilização desses conhecimentos para melhorar a prevenção, o diagnóstico e que se estabeleça um prognóstico melhor (GOMES et al., 2008).

A avaliação da assistência ao homem é considerada um desafio para o enfermeiro que com competência e habilidade avalia e programa estratégias que preste cuidados à saúde da população em geral. A assistência de qualidade é considerada uma ferramenta que permitiu com que o enfermeiro conheça com um todo o paciente e avalie a eficácia da promoção e prevenção de doenças (SCHRAIBER et al., 2010).

O controle das doenças e a assistência adequada são imprescindíveis para proporcionar qualidade no atendimento e bem estar ao paciente e para isso deve dar importância ao ensino de qualidade prestada aos pacientes. Pois com a detecção precoce de doenças diminui as complicações secundárias como: aumento do tempo de internação, aumento dos custos e insatisfação do paciente (SANTOS; OLIVEIRA, 2004).

Para manter uma assistência de qualidade é necessário se ter um olhar apurado e que os profissionais de saúde desempenhem com eficácia o seu papel de cuidador. O enfermeiro tem a função de avaliar a necessidade do paciente e seu desconforto perante a enfermidade, sendo uma avaliação de maneira constante e intensa. O enfermeiro deve estar atento durante sua assistência mantendo a comunicação com paciente, incluindo o escutar, aceitar e interpretar e assim ajudando o paciente a conhecer a importância de se prevenir contra as doenças (WEIRICH; TAVARES; SILVA, 2004).

De acordo com Gomes, Nascimento, Araújo (2007) o sexo masculino está atribuído ao estigma de adulto machista, invulnerável, o que colocava em um estado de invisibilidade social, não conferindo ao homem a atenção primária à saúde. Sendo um indivíduo que considerado diferente que carrega consigo as marcas da alteridade que o distanciam do protótipo social de uma determinada cultura. Essas marcas delimitam, além do seu lugar, o seu espaço territorial, o seu estilo de vida, podendo, inclusive, lhe comprometer a conquista do benefício da saúde.

Atividades educativas devem priorizar os fatores de risco, as mudanças de hábitos e a promoção e adoção de medidas preventivas com ênfase no exame preventivo.

Quando bem planejadas e executadas com empenho, essas ações trazem bom resultado. Entretanto, é necessário que o profissional seja cauteloso, evitando generalizações perigosas que podem levar ao desenvolvimento de estereótipos, preconceitos e discriminações acerca das maneiras pelas quais as pessoas encaminham a sua vida no seu cotidiano. Um atendimento acolhedor contribui para facilitar, compreender e estabelecer um vínculo de confiança entre as usuárias do serviço de saúde e os profissionais (MACHIN, 2011).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da realização deste trabalho foi possível observar a escassez de materiais de pesquisa voltados para saúde do homem, percebendo ainda no atual cenário da Saúde o distanciamento do homem na busca da assistência à saúde, considerado interessante à necessidade de estudos que abordem o tema, estratégias específicas para os homens e ainda um treinamento para os profissionais de saúde para este campo de atuação. Sendo necessário que surge o interesse por estudar a temática mediante a pouca notoriedade e abordagem do assunto seja em artigos referentes ao tema, no local de trabalho como nos lugares de lazer do dia a dia.

Mediante aos estudos dos artigos utilizados para realização deste trabalho vê-se que a saúde do homem é um assunto que deve ser levado mais a sério. Com isso é necessário à conscientização dos serviços de saúde para programar ações e estratégias específicas à saúde do homem. Tentando descaracterizar o serviço de saúde como espaço feminino, já que portarias e leis já existem para serem colocadas em práticas.

Considerado uma característica importante o enfermeiro à frente dessas mudanças, iniciando uma socialização dos homens nesses serviços através de reuniões voltadas apenas para estes e com temas direcionados, transpondo as barreiras atuais onde se vê praticamente profissionais do sexo feminino à frente desses programas. Estando também na sala de espera, sensibilizando essa classe as deixando mais a vontade, com isso aos poucos os mesmos já se sentiriam mais tranquilos a procurar esses serviços.

Dessa maneira é necessário sensibilizar os profissionais quanto à importância de inclusão desse tema no cotidiano, como na grade curricular das escolas, percebendo a necessidade de treinar profissionais a ficarem aptos a falarem desses assuntos, pois trata de uma questão a se pensar, por ser um problema de saúde pública pelos altos índices de mortalidade que essa classe apresenta. Outra questão a se colocar em pauta seria quem treinaria essas pessoas, já que se trata de assunto novo e de tanta dificuldade para ser concretizado.

O homem é um ser inacabado e incompleto, segundo Freire por isso está sempre se educando. Nenhuma ação educativa pode prescindir de uma reflexão sobre o

homem e de uma análise sobre suas condições culturais. Não há educação fora da sociedade humana e não há homens isolados.

O conhecimento que provém da educação não se restringe à sala de aula, mas, sim, passa a ser um processo educativo contínuo que ocorre em qualquer momento, local, situação, com qualquer pessoa ou mediante diferentes estratégias, desde que a pessoa esteja aberta para tal.

Responder às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações é um desafio importante para o setor de saúde e demais setores sociais. Os temas humanização e cuidado em saúde vêm sendo abordados na literatura como construtos teóricos e práticos que embasam estratégias e propostas para enfrentar a reorganização das práticas de saúde.

Também o que se vê que a saúde do homem se encontra muito voltada na teoria. Esse fato leva a reflexão sobre a necessidade urgente de expandir a saúde do homem no atendimento a saúde. Comprova-se que os homens se mostram distantes na compreensão do seu eu como ser de possibilidades, vendo-se apenas como objeto para as equipes de saúde, deve proporcionar ao homem o conhecimento do seu corpo para que fique atento aos sinais e sintomas do câncer de próstata, para ser diagnosticado precocemente.

É dessa forma que esses homens estarão aptos a exigir uma assistência integral, na qual irão precisar de ajuda nas decisões a tomar, e não apenas que se trate ou se extirpe a parte doente do seu corpo. Os homens ratificaram o quanto o cuidar da saúde é pontual, e não integral.

Ao longo do estudo percebe-se a necessidade de assistir o homem com uma visão holística, como um todo dinâmico e integrado. Possibilitando uma abordagem que gera saúde e necessariamente uma qualidade de vida.

Os homens vivenciam em seu cotidiano situações que dificultam seu acesso ao exame de prevenção do câncer de próstata. A dificuldade na procura do atendimento está relacionada, entre outros, aos seguintes impedimentos: pela exposição de seu corpo a um profissional desconhecido, preconceito em relação ao exame, machismo, responsabilidade sobre o cuidado com a família, maior poder aquisitivo dentro de casa, o medo do resultado positivo para câncer, a desinformação sobre o exame, e por ser considerado pela sociedade um homem invulnerável, viril e forte.

Dessa forma, se considera relevante à educação permanente em saúde, atividades educativas junto aos homens, parcerias entre os serviços de saúde e as escolas a lidarem com essa temática e que possam promover a atenção para a prevenção do câncer de próstata. Que o governo priorize campanhas de esclarecimento acerca desse câncer que tanto afeta a saúde dos homens, para proporcionar a compreensão da necessidade dessa prevenção.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Railda Fernandes et al. Gênero e saúde: O cuidar do homem em debate. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 13, n. 3, dez. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 de maio de 2013.
- AMORIM, Vivian Mãe Schmidt Lima et al. Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, Fev.. 2011 . Disponível em; <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2012.
- ANELLI, Agnaldo et al. **Manual prático de condutas em oncologia clinica**. São Paulo, editora lemar, 2000, p.175-176.
- AQUINO, Estela M.L; MENEZES, Greice M.S; AMOEDO Marúcia B. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Revista de Saúde Publica**. São Paulo. 26 (3). 1992. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v26n3/11.pdf>. Acesso em 09 de abril de 2013.
- ARAÚJO, Maria Rizoneide Negreiros; ASSUNÇÃO, Raquel Silva. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 jan/fev;57(1):19-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n1/a04v57n1.pdf>. Acesso em: 12 de abril de 2013.
- ARONE, Evanisa Maria; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, Dec. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 maio de 2013.
- BACKES, Vânia Marli Schubert et al . Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 6, Dec. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 Maio de 2013.
- BARBOSA, Ingrid de Almeida; SILVA, Maria Júlia Paes. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, Oct. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 maio 2013.
- BESEN, Candice Boppré. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de educação em Saúde. **Saúde e Sociedade** v.16, n.1, p.57-68, jan-abr 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/06.pdf>. Acesso em: 13 de março de 2013.
- BOGLIOLO, Geraldo Brasileiro filho. **Patologia Geral**. Editora Guanabara. 3º edição. Rio de janeiro. 2004. Pg. 187.

BRAGA, Eliana Mara; SILVA, Maria Júlia Paes da. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 4, Dec. 2007 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Maio 2013.

BRANCO B. H. P; Isaura Maria. Prevenção do câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, 2005 Abr-Jun; 14(2):246-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a12v14n2.pdf>. Acesso em 24 de abril de 2013.

BRASIL. **Conselho Federal de Enfermagem**. Resolução Cofen-358/2009. [online]. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília-DF, 15 de outubro de 2009. Disponível em:

<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=10113§ionID=34>. Acesso em: 10 de out. de 2012.

BRASIL. **Lei nº 8.080, 19 de Setembro de 1990**. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em 12 de abril de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa nacional de controle do câncer da próstata**: documento de consenso. - Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_prostata.pdf. Acesso em: 16 de março de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev. **Câncer da próstata**: consenso - Rio de Janeiro: INCA, 2002.
http://www1.inca.gov.br/inca/relatorios/rel_2002/relatorioanual.pdf. Acesso em: 17 de março de 2013.

BRASIL. Resenha da luta contra o câncer no Brasil: **Documentário do serviço nacional de câncer**/ Ministério da saúde. 2º edição Brasília: ministério da saúde, 2007. p. 339 editora MS-OS serie 1: Historia da saúde no Brasil.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Cancerologia. **Câncer de próstata**. Disponível em: <http://www.sbcancer.org.br/home2/site/index.php?option=com_content&view=article&id=116:cancer-urologico&catid=2009&Itemid=123>. Acesso em: 12 de out. 2012.

CASATE, Juliana Cristina; CORREA, Adriana Katia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, Feb. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de março de 2013.

CERVI, Adriane; HERMSDORFF Helen Hermana Miranda; RIBEIRO, Rita de Cássia Lanes Tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, de 1980 a 2000. **Rev Bras Epidemiol** 2005; 8(4): 407-418. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v8n4/07.pdf>. Acesso em 11 de maio de 2013.

CESTARI, Maria Elisa Wotzasek; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 2, Apr. 2005 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2012.

COSTA, Manuela Castilho Coimbra; TEIXEIRA, Luiz Antonio. As campanhas educativas contra o câncer. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000500013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 Out. 2012.

COSTA, R. G. Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teorias da enfermagem; In: Concepção. **Rev. Estudos Feministas**. Universidade Federal de Campinas, 2008, p. 18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14961.pdf>. Acesso em 09 de abril de 2013.

COSTA, Roberta Kaliny de Souza; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 120-128, abril- junho. 2008. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/570/pdf>. Acesso em: 10 de abril de 2013.

COSTA, Rosely Gomes. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.20, n.1, jan./jun. 2003. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol20_n1_2003/vol20_n1_2003_7artigo_p79a92.pdf. Acesso em 26 de abril de 2013.

COUTO, M.T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.33, p.257-70, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a03v14n33.pdf>. Acesso em 26 de abril de 2013.

DICIONARIO Aurélio. Disponível em < <http://www.dicionariodoaurelio.com/>>. Acesso em 15 de março de 2013.

DINI, Leonardo I. ; KOFF, Walter J.. Perfil do câncer de próstata no hospital de clínicas de Porto Alegre. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 1, Fev. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000100018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 Out. 2012.

DORNAS, Maria C. Câncer de Próstata. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ Ano 7, Janeiro / Junho de 2008. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1337427623CAProst.pdf>. Acesso em: 24 de abril de 2013.

FACINA, Taís. Estimativa 2012 – Incidência de Câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**; 57(4): 557, 2011. Disponível em: http://www.inca.gov.br/Rbc/n_57/v04/pdf/13_resenha_estimativa2012_incidencia_de_cancer_no_brasil.pdf. Acesso em: 21 de outubro de 2012.

FARIA, Lina. As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. **Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000500005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 Out. 2012.

FELICIANO, Katia Virginia de Oliveira; KOVACS Maria Helena; SARINHO, Silvia Wanick. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**; 44(3):520-7, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v44n3/16.pdf>. Acesso em: 26 de abril de 2013.

FIGUEIREDO, Nebia Maria Almeida de; TONINI, Teresa. **SUS e PSF para enfermagem**: Prática para o cuidado em saúde coletiva. São Caetano do Sul, SP: Yendis editora, 2007.

FONSECA, Jorge Luiz Cardoso Lyra da. Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006) /. Tese **Doutorado em Saúde Pública — Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**, Fundação Oswaldo Cruz, Recife: 2008. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008fonseca-jlcl.pdf>. Acesso em 26 de abril de 2013.

GAROFOLO, Adriana et al . Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 4, Dec. 2004 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000400009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 out. 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, editora Atlas S.A., 5º edição, 2010, p. 29.

GOMES, Costa Rosely. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.20, n.1, jan./jun. 2003. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol20_n1_2003/vol20_n1_2003_7artigo_p79a92.pdf. Acesso em: 24 de abril de 2013.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (3):825-829, 2003; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17463.pdf>. Acesso em 09 de abril de 2013.

GOMES, Romeu et al . A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2012.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira; ARAÚJO, Fábio Carvalho. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, mar, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v23n3/15.pdf>. Acesso em: 09 de abril de 2013.

GONCALVES, Ivana Regina; PADOVANI, Carlos; POPIM, Regina Célia. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, Aug. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 de abril de 2013.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro; GALLO Cláudia Vitória de Moura; MENDONÇA Gulnar Azevedo e Silva. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2005; 51(3): 227-234. Disponível em: http://www.eteavare.com.br/arquivos/81_392.pdf. Acesso em: 10 de maio de 2013.

GUIMARAES, Jose Renan Q. **Manual de oncologia**. 1º edição são Paulo: BBS editora, p. 414, 2004.

HALLAL, Ana Luiza Curi; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Evolução da mortalidade por neoplasias malignas no Rio Grande do Sul, 1979-1995. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 4, n. 3, nov. 2001 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2001000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 maio 2013.

HEILBORN Maria Luiz. Gênero, Sexualidade e Saúde. **In: Saúde, Sexualidade e Reprodução - compartilhando responsabilidades**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, p. 101-110, 1997. Disponível em: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/804_808_Genero-Sexualidade-Saude.pdf. Acesso em: 23 de março de 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação ; organização Luiz Claudio Santos Thuler. – 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro : Inca, 129 p. 2012. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf. Acesso em 15 de maio de 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino- serviço./instituto nacional de câncer. 3º ed. Ver. Atual. amp. Rio de janeiro: INCA 2008 pg25.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho**/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Área de Vigilância do Câncer relacionado ao Trabalho e ao Ambiente ; organizadora Fátima Sueli Neto Ribeiro. – Rio de Janeiro : Inca, 2012. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/diretrizes_cancer_ocupa.pdf. Acesso em: 15 de Maio de 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. **Estimativa 2012**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=2>. Acesso em: 12 de out. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. **Incidência do câncer**. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/vigilancia/docs/Epi%202008/Incidência%20de%20Câncer%20no%20Brasil%20e%20no%20Mundo%20-%20Magnitude.pdfv>>. Acessado em: 12 de out. 2012.

JURBERG, Claudia; GOUVEIA, Maria Emmerick; BELISÁRIO Camila. Na mira do câncer: o papel da mídia brasileira. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2006; 52(2): 139-146. Disponível em: http://www.inca.gov.br/Rbc/n_52/v02/pdf/artigo3.pdf. Acesso em: 10 de maio de 2013.

LAURENTI R, Léa S.D. G; PRADO M.M.J. **Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina**. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>>. Acesso em 19 de outubro de 2012.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1): 35-46, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>. Acesso em: 10 de abril de 2013.

LERA, Andrea Thaumaturgo, et al. Prevalência do câncer em dois serviços públicos atendidos pela disciplina de Oncologia e Hematologia da Faculdade de Medicina da Fundação ABC (FMABC). São Paulo. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci>>. Acesso em: 11 de out. 2012.

LOPES, Ademar; IYAYASU, Hirofumi; CASTRO, Rosa Maria R.P.S. **Oncologia para graduação**. .2º edição. São Paulo. Tecmedd, 2008, p.504- 505.

MACHIN R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(11):4503-4512, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a23v16n11.pdf>. Acesso em: 21 de outubro de 2012.

MAGALHÃES Ana Maria Muller; DUARTE, Érica Rosalba Mallmann. Tendências gerenciais que podem levar a enfermagem a percorrer novos caminhos. **Revista**

brasileira enfermagem, Brasília (df) jul-ago;57(4):408-11, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a04.pdf>. Acesso em: 13 de maio de 2013.

MAGALHÃES, Cristiane Rocha; GUIMARÃES, Elaine da Costa; AGUIAR, Beatriz Gerbassi Costa. O papel do enfermeiro educador: ação educativa do enfermeiro no pré e pós operatório. **Revista de Pesquisa.**: cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, ano 8, n. 1/2, p. 115-119, 1./2. sem. 2004. Disponível em: <http://www.unirio.br/repef/arquivos/2004/12%202004.pdf>. Acesso em: 26 de abril de 2013.

MARCON, Sonia Silva; ELSEIN Ingrid. A enfermagem com um novo olhar... A necessidade de enxergar a família. **Fam. Saúde Desenv.** Curitiba, v.1, n.1/2, p.21-26, jan./dez. 1999. Disponível em: <http://www.fef.br/admin/arquivos/21/A%20enfermagem%20com%20um%20novo%20olhar...%20a%20necessidade%20de.pdf>. Acesso em: 21 de outubro de 2012.

MARCONI, M.A., LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica.** São Paulo: Atlas, 2010.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo, editora Atlas, 7ª edição, 2011, p 57.

MARQUES, Dalvani; SILVA, Eliete Maria. A enfermagem e o programa saúde da família: uma parceria de sucesso? **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 set/out; 57(5): 545-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a06v57n5.pdf>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2013.

MEDEIROS, Adriane Pinto de; MENEZES, Maria de Fátima Batalha de; NAPOLEAO, Anamaria Alves. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, Apr. 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 out. 2012.

MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro et al . Práticas de diagnóstico precoce de câncer de próstata entre professores da faculdade de medicina - UFMG. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 3, Sept. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000300033&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 Out. 2012.

MOSCHETA, Murilo dos Santos; SANTOS, Manoel Antônio dos. Grupos de apoio para homens com câncer de próstata: revisão integrativa da literatura. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, Maio de 2012. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 Out. 2012.

NEUGUT, AI. Prevenção primária. In: Love RR, editor. **Manual de oncologia clínica.** 6ª ed. São Paulo (SP): Fundação Oncocentro; 2000. p.93-102.

OLIVEIRA, Evangelina Xavier Gouveia de et al . Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, Fev. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em; 26 Out. 2012.

OLIVEIRA, Raquel Gusmão, MARCON. Sonia Silva Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev Esc Enferm. USP** 2007; 41(1):65-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a08.pdf>. Acesso em: 07 de maio de 2013.

PAIVA, Elenir Pereira de; MOTTA, Maria Catarina Salvador da; GRIEP, Rosane Harter. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, 2010 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Out. 2012.

PAULINO, Ivan; BEDIN, Livia perasol, PAULINO, Livia Valle. **Estratégia da família**. São Paulo: editora Ícone, 2009.

RAMOS, Conrado; João CARVALHO, Eduardo Coin de; MANGIACAVALLI, Maria Angélica da Silveira Corrêa. Impacto e (i)mobilização: um estudo sobre campanhas de prevenção ao câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(5):1387-1396, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v12n5/30.pdf>. Acesso em: 23 de abril.

RHODEN, Ernani Luis, AVERBECK Márcio Augusto. Câncer de próstata localizado. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 54 (1): 92-99, jan.-mar. 2010. Disponível em: http://amrigs.com.br/revista/54-01/20-488_cancer_de_prostata.pdf. Acesso em 20 de abril de 2013.

ROMERO, Dalia E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**. 7(4):777-794, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v7n4/14605.pdf>. Acesso em: 24 de abril de 2013.

SANTOS D.M. T et al. Humanização na Saúde: Enfoque na Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva** .Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/a09v16n3.pdf>>. Acesso em 20 de março de 2013.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; OLIVEIRA, Vera Lúcia Mendes. Consulta de enfermagem ao cliente transplantado cardíaco – impacto das ações educativas em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF) nov/dez;57(6):654-7, 2004. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a03.pdf>. Acesso em: 07 de abril de 2013.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al; Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26 (5): 961-970, mai, 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n5/18.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2013.

SILVA, Cheila Portela; DIAS, Maria Socorro de Araújo; RODRIGUES, Angelo Brito. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1): 1453-1462; 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a18v14s1.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2013.

SIMOES, Ana Lúcia de Assis; et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Revista Texto e Contexto - Enferm.** [online]. 2007, vol.16, n.3, pp. 439-444. ISSN 0104-07007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-07072007000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 de março de 2013.

SMELTZER, Suzanne C. et al. Brunner e Suddarth, **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. Rio de Janeiro, editora Guanabara koogan, 11° edição p. 320, 2009.

SOUZA, Luccas Melo de; SILVA, Michelli Porto; PINHEIRO, Ingrid de Souza. Um toque na masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, Mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 out. 2012.

SPAGNUOLO Regina Stella; PEREIRA Maria Lúcia Toralles. Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: Um estudo de revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. 12(6):1603-1610, 2007. Disponível em : <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n6/v12n6a19.pdf>. Acesso em: 19 de março de 2013.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; FONSECA, Cristina M. Oliveira. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: O INCA e o controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: ministério da saúde, p. 13, 1° edição. 2007.

TOFANI, Ana C. A.; VAZ, Cícero E. Câncer de próstata, sentimento de impotência e fracassos ante os cartões IV e VI do Rorschach. **Interam. j. psychol.**, Porto Alegre, v. 41, n. 2, ago. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902007000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 27 set. 2012.

TONON, Thiarles Cristian Aparecido; SCHOFFEN João Paulo Ferreira. Câncer de próstata: Uma revisão da literatura. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 3, p. 403-410, set./dez- ISSN 1983-1870, 2009. <Http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/articl>. Acesso em: 24 de abril de 2013.

WEIRICH, Claci Fátima; TAVARES, João Batista; SILVA, Klever Souza. O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p. 172-180, 2004. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/rt/context/819/946/3887?>. Acesso em: 03 de maio de 2013.

XAVIER, Antonia Tayana Franca et al . Análise de gênero para o adoecer de câncer. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, Dec. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Out. 2012.

_____. **DATASUS**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtuf.def> >. Acesso em 20 de outubro de 2012.

_____. **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_saude_homem.pdf >. Acesso em 20 de outubro de 2012.

_____. **Guia de elaboração e normalização de trabalhos acadêmicos e de pesquisa**. 4º ed. Vitória: FCSSES, 2013.

_____. **SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM**. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em 20 de fevereiro de 2013.

