



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**GEYSSE DE PAIVA LUZ**

**PARA ALÉM DO NOVEMBRO AZUL:  
A ATUAÇÃO DA UBS NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE PRÓSTATA**

**MOSSORÓ**

**2022**

GEYSSE DE PAIVA LUZ

PARA ALÉM DO NOVEMBRO AZUL:  
A ATUAÇÃO DA UBS NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, como requisito para obtenção de título de Enfermeiro.

ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Lucineire  
Lopes de Oliveira

MOSSORÓ

2022

© Todos os direitos estão reservados a Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade do (a) autor (a), sendo o mesmo, passível de sanções administrativas ou penais, caso sejam infringidas as leis que regulamentam a Propriedade Intelectual, respectivamente, Patentes: Lei nº 9.279/1996 e Direitos Autorais: Lei nº 9.610/1998. A mesma poderá servir de base literária para novas pesquisas, desde que a obra e seu (a) respectivo (a) autor (a) sejam devidamente citados e mencionados os seus créditos bibliográficos.

### Catálogo da Publicação na Fonte.

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

L979p Luz, Geysse de Paiva

Para além do novembro azul: a atuação da UBS na detecção precoce do câncer de próstata. / Geysse de Paiva Luz. - Mossoró, 2022.

74p.

Orientador(a): Profa. Dra. Lucineire Lopes de Oliveira.  
Monografia (Graduação em Enfermagem).  
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Equipe de Assistência ao Paciente. 3. Neoplasias da Próstata. 4. Saúde do Homem. I. Oliveira, Lucineire Lopes de. II. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. III. Título.

O serviço de Geração Automática de Ficha Catalográfica para Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC's) foi desenvolvido pela Diretoria de Informatização (DINF), sob orientação dos bibliotecários do SIB-UERN, para ser adaptado às necessidades da comunidade acadêmica UERN.

GEYSSE DE PAIVA LUZ

PARA ALÉM DO NOVEMBRO AZUL:  
A ATUAÇÃO DA UBS NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, como requisito para obtenção de título de Enfermeiro.

Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

**Banca Examinadora**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lucineire Lopes de Oliveira (Orientadora)  
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN

---

Jussara Rodrigues de Alcântara  
Enfermeira e Residente da Residência Multiprofissional UERN

---

Ma. Adriana Maria Alves  
Enfermeira da Atenção Básica

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente à Deus por sempre ser abrigo e ter me concedido resiliência e saúde ao longo desta graduação.

Ao meu pai Renato Luz, eterno herói e incentivador que acreditou sempre no meu potencial e foi e será sempre meu maior exemplo de dedicação e amor. Gratidão eterna pela benção de sua existência e anos compartilhados neste plano. Amor ultrapassa todos os limites universais.

A minha mãe Juvanir Paiva, minha grande inspiração e amiga. A admiração e orgulho de tê-la comigo, sua força e proteção me trouxeram até aqui. Minha professora predileta, gratidão por lutar por mim, seremos eternamente uma pela outra.

Aos meus tios Vanda e Nini e prima Cristiane, por me acolherem desde o início da vida e com o início do tão sonhado curso, gratidão por todo cuidado e auxílio. Corações imensos e minha segunda casa, orgulho de tê-los como base.

Aos meus familiares, por todo amor, conselhos, apoio financeiro e sobretudo emocional que me permitiram chegar até este momento. Minha base e minha eterna prioridade.

As enfermeiras Cleide, Djanira e Lucilene, pelo direcionamento e acolhimento. Exemplos de profissionais e humanidade, minhas inspirações. Eterna gratidão.

Aos profissionais do HRTM que colaboraram compartilhando experiências e instruindo minha atuação, admiração pela dedicação e humanização na assistência.

A minha orientadora que desde o princípio foi docente e grande apoio, admiração extensa à sua pessoa em todas as esferas. Eterna gratidão, lhe guardo no peito com todo carinho.

Aos professores que compartilharam saberes, conselhos e contribuíram no meu caminho, minha gratidão e admiração. Grandes profissionais e exemplos.

Aos meus amigos que foram meu colo, conselheiros e contribuíram para a continuidade do caminho. Gratidão aos permanentes e novos.

E, por fim, a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho.

## RESUMO

O cenário do envelhecimento populacional reforça a necessidade de funcionalidade dos serviços de assistência à saúde, a fim de garantir o direito ao acesso e acompanhamento previsto na legislação nacional e nas diretrizes dos cuidados. A equipe profissional da atenção básica dentre os diferentes níveis, atua como responsável pelo acolhimento do usuário e encaminhamento resolutivo conforme as necessidades advindas do processo de envelhecimento ou de adoecimentos como o surgimento de neoplasias. Em consonância com o conceito de qualidade de vida do homem, é que o presente trabalho se propõe a compreender qual a percepção dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) sobre a detecção precoce do câncer de próstata. O núcleo central do trabalho reside na identificação do que os profissionais das UBS do município de Mossoró pensam sobre o tema e como atuam. Para chegar a essas respostas realizou-se uma investigação de abordagem qualitativa e caráter exploratório e descritivo, a qual voltou-se para médicos, enfermeiros e assistentes sociais de cinco Unidades Básicas de Saúde de Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil. Para a coleta de dados aplicou-se a entrevista semi estruturada norteada por um roteiro contendo seis questões inerentes à temática. As informações produzidas foram submetidas à técnica de análise do conteúdo de Bardin, que deu origem a categorias temáticas para a discussão acerca da abordagem realizada pelas equipes ao passo que esta impacta na procura dos serviços de saúde pelo público masculino, exigindo que os profissionais estejam preparados e capacitados de forma que os programas de saúde possam cumprir seus objetivos de promoção e prevenção eficaz.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente. Neoplasias da Próstata. Saúde do Homem.

## **ABSTRACT**

The scenario of population aging reinforces the need for functionality of health care services in order to guarantee the right to access and follow-up provided for in national legislation and care guidelines. The professional team of primary care, among the different levels, acts as responsible for the user's reception and resolute referral according to the needs arising from the aging process or illnesses such as the emergence of neoplasms. In line with the concept of quality of life of men, this paper aims to understand the perception of professionals of the Basic Health Units (UBS) about the early detection of prostate cancer. The central core of the work lies in the identification of what UBS professionals in the municipality of Mossoró think about the theme and how they act. To reach these answers, a qualitative and exploratory and descriptive approach was carried out, which turned to physicians, nurses and social workers from five Basic Health Units of Mossoró, Rio Grande do Norte, Brazil. For data collection, the semi-structured interview was based on a script containing six questions inherent to the theme. The information produced was submitted to Bardin's content analysis technique, which gave rise to thematic categories for the discussion about the approach performed by the teams, while it impacts the search for health services by the male public, requiring professionals to be prepared and trained so that health programs can meet their objectives of promotion and effective prevention.

**KEYWORDS:** Primary Health Care. Patient Assistance Team. Prostate Neoplasms. Men's health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ERD	Exame Retal Digital
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>14</b>
2.1 Objetivo geral .....	14
2.2 Objetivos específicos .....	14
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>14</b>
3.1 Tipo de pesquisa .....	14
3.2 Universo e amostra da pesquisa .....	15
3.3 Lócus da pesquisa .....	16
3.4 Etapas da coleta de dados .....	17
3.5 Análise dos dados .....	19
3.6 Aspectos éticos da pesquisa .....	20
<b>4 PARA ALÉM DO NOVEMBRO AZUL</b> .....	<b>22</b>
4.1 O câncer de próstata: aspectos clínicos e epidemiológicos .....	22
4.2 Rede de Atenção ao câncer de próstata .....	32
4.3 A atenção básica e sua atuação nos casos de câncer de próstata .....	38
4.4 A enfermagem e sua importância na detecção precoce do câncer de próstata .....	43
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>47</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>63</b>
<b>GLOSSÁRIO</b> .....	<b>70</b>
<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SOBRE A ATUAÇÃO DO- PROFISSIONAL ACERCA DO CÂNCER PRÓSTATA NA UBS</b> .....	<b>71</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	<b>72</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os idosos, como sujeitos detentores de saberes ao longo de suas vivências, possuem as potencialidades da transmissão de saberes, inspiração para os familiares mais novos, contudo, o processo do envelhecimento traz consigo fragilidades físicas e psíquicas que suscitam a importância da atuação do setor de serviços, em especial o setor saúde.

A rede de serviços carece de articulação e funcionalidade dos diferentes níveis de atenção, em especial da Atenção Primária, uma vez que a partir das equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) é possível acolher e encaminhar os sujeitos para os serviços especializados conforme as necessidades de cada caso de adoecimento que acomete a pessoa idosa.

O perfil da sociedade varia conforme determinado tempo histórico e, nesse sentido, têm-se a percepção do crescente envelhecimento populacional, ou seja, o aumento de sujeitos com idade a partir dos 60 anos segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). São mais de 28 milhões de pessoas no Brasil dentro dessa faixa etária, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2019), e demonstra-se a expectativa de que tal valor, correspondente a 13% do total, siga crescendo e, possivelmente, dobre conforme as estimativas.

Os idosos compõem uma parcela significativa da população conforme os levantamentos realizados, bem como as projeções, o que revela a importância de refletir e investigar sobre a organização da rede de serviços que estes sujeitos percorrem, a fim de assegurar resolutividade e com isso garantir o bem-estar e os tratamentos necessários em tempo hábil. Consoante a este apontamento, a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS (2019) traz em seu relatório o envelhecimento crescente na América Latina, uma vez que as estimativas apontam para o crescimento sequencial de 14,6% para 18% na próxima década e seguintes quase 25% até 2050.

Aliando-se os números expostos ao aumento da expectativa de vida, espera-se uma maior consideração das necessidades próprias do processo de envelhecimento, bem como de maior investimento em tecnologias de cuidado à saúde dos sujeitos com conseqüente raciocínio crítico para efetividade e humanização na assistência (ARAÚJO *et al.*, 2017). Propõe-se pensar que dentre as fragilidades que acometem os idosos, o câncer corresponde a um grupo de doenças em que ao afetar

determinada parte do corpo, células anormais crescem descontroladamente com potencial de se disseminarem para outros tecidos (BRAZ, 2018).

Diante do comprometimento fisiológico com a redução de funcionalidade dos sistemas, à medida que os anos se passam o risco cresce proporcionalmente. Para tanto, fatores sociais tais como tabu ao autocuidado bem como socioeconômicos que dificultem a acessibilidade e continuidade, somam-se e corroboram para a notoriedade das neoplasias sobretudo para a população masculina, a qual é afetada por tais fatores citados (MODESTO *et al.*, 2017).

Com estimativas crescentes, o câncer pode ser considerado como um problema de saúde pública em vista da relevância notável pelos números apresentados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). Os dados direcionam que se espera a cada ano do triênio 2020-2022, um total de 625 mil casos novos, com maior incidência para o câncer de pele não melanoma, seguido pelos cânceres de mama e próstata, estes últimos com valores próximos (BRASIL, 2019).

À luz de Francisco *et al.* (2020), o câncer de próstata mostra-se como o mais prevalente nos homens idosos, destacando-se mais do que o câncer de pele e o câncer de intestino. Aliando-se à pesquisa de Wakiuchi *et al.* (2016), considerar os fatores de risco, culmina em reconhecer principalmente a idade, logo, têm-se o risco acompanhando o processo de envelhecimento.

Salienta-se, no entanto, a alta taxa de cura em função do diagnóstico precoce e o início do tratamento, os quais são possíveis com a realização do exame Toque Retal Digital (TRD). O TRD é indicado a partir de 45 anos para todos os homens, justamente por possibilitar ao examinador avaliar o tamanho, formato e consistência da próstata. Contudo, considera-se realizar antecipadamente aos 40 anos, nos casos com outras variáveis como o histórico familiar de câncer ou origem afrodescendente (BIONDO *et al.*, 2020).

Os alicerces legais propõem a efetivação dos serviços de saúde e dentre eles, destaca-se a atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) justamente por se mostrar como a porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nesse ínterim, enquadra-se como facilitadora do acesso aos cuidados com a pessoa idosa, pela abordagem inicial próxima ao domicílio do usuário e pela detecção de fatores de riscos ou adoecimento em curso. Conseqüentemente, as equipes atuantes nesse nível merecem notoriedade por implementar ações e coordenar o fluxo de usuários idosos dentro do sistema de saúde (BRASIL, 2014; COELHO, 2019).

A inexorável atuação da APS sobre as esferas do cuidado: promover, prevenir, assistir e intervir, é reforçada por Biondo *et al.* (2020), uma vez que as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), ao abordarem os fatores ambientais, bem como os fatores de risco, por meio de ações de incentivo à alimentação saudável, prática de atividade física, manutenção do peso corporal com atenção à porcentagem de gordura, assim como, as taxas de colesterol e triglicérides, estímulo à cessação do tabagismo e do consumo de bebidas alcóolicas, consolidam o papel preventivo a esse tipo de patologia.

Ressalta-se, ainda, o papel educativo, o qual prolonga-se para a assistência e decisão de intervenções, dado que o diálogo com a população é capaz de disseminar esclarecimentos e combater o estigma masculino. Isso através do desenvolvimento de campanhas em que os principais sinais e sintomas de alerta sejam orientados aos homens, tais como presença de sangue na urina, jato urinário diminuído e a necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou à noite (BIONDO *et al.*, 2020).

O estudo dos pesquisadores Francisco *et al.* (2020) contribui com a discussão, uma vez que traz o aumento da proporção de idosos na população, o que implica em esperar que um número maior de indivíduos idosos seja diagnosticado com câncer. Os profissionais das UBS, nesse ínterim, podem favorecer para que a detecção precoce do câncer de próstata seja alcançada e auxiliar na adesão dessa população à realização de exames e investigação diagnóstica, o que conseqüentemente permite a identificação precoce do câncer de próstata e direcionamento dessa população para o tratamento específico (BIONDO *et al.*, 2020).

Baseando-se em Oliveira *et al.* (2019), em contraste com a instauração da Política Nacional do Homem, visando facilitar e ampliar o acesso desses indivíduos aos serviços de saúde, depara-se na realidade com o forte preconceito para a busca e realização do TRD da próstata. Como também, com o preparo insuficiente dos profissionais em saúde para o reconhecimento e atendimento das demandas masculinas, o que demonstra a necessidade da inclusão da temática da saúde do homem nos currículos de formação universitária, tornando uma pauta de Educação Permanente em Saúde, em especial dos enfermeiros, pela proximidade com os usuários cotidianamente dentro das unidades.

A escolha desta temática originou-se a partir da curiosidade da autora sobre as percepções dos profissionais, visto que futuramente a pesquisadora almeja atuar na assistência. As vivências ao longo da graduação permitiram a observação de que

apesar dos avanços em alguns aspectos e algumas campanhas incentivadas e desenvolvidas durante o ano, a população masculina ainda se mantém distante dos serviços de atenção primária, culminando na dificuldade de prevenção dos agravos à saúde, como o exemplo do câncer de próstata. Por sua vez, a literatura pesquisada corrobora tal interesse, bem como, aponta certo distanciamento das UBS no que se refere à promoção da saúde do homem.

Pressupõe-se que o envelhecimento populacional repercute no município de Mossoró, o que demanda maior atenção, capacitação profissional e articulação dos serviços dentro da rede de saúde para atender às fragilidades desencadeadas pelo câncer de próstata. Desse modo, faz-se necessária a realização da pesquisa junto aos profissionais das UBS do município. Porquanto, acredita-se que muitas dúvidas e dificuldades na funcionalidade da rede ainda permeiam a atuação das equipes, mediante inseguranças, não unanimidade para estabelecer o rastreamento, e a reduzida procura pelos homens idosos aos serviços. Além disso, esses saberes são indispensáveis para os profissionais atuantes na APS e em toda a RAS.

Nesse sentido, julga-se que esta pesquisa venha a contribuir para a Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), sobretudo, para a Faculdade de Enfermagem (FAEN), uma vez que suscitará discussões referentes ao tema em destaque, contribuindo, ainda, para a elaboração de outros estudos científicos referente à Saúde Pública, Saúde do Homem e ao Câncer. Os resultados poderão ser dados válidos para o debate de propostas das equipes de saúde junto à comunidade, possibilitando aproximar a população dos serviços de saúde preventivos, assim como, motivá-los a exercer a corresponsabilidade pelo cuidado com a própria saúde, incentivando sempre a prevenção de agravos.

Espera-se que esta pesquisa com a literatura científica esclarecendo os obstáculos que impedem a adesão dos homens aos serviços da saúde, o que dificulta a assistência e a prevenção da patologia. Considerando a seriedade dessa problemática, bem como a necessidade de assistir a saúde do homem de modo integral, questiona-se: Qual a percepção de profissionais de Unidades Básicas de Saúde sobre a detecção precoce do câncer de próstata?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Compreender a percepção de profissionais de Unidades Básicas de Saúde de Mossoró sobre a detecção precoce do câncer de próstata.

## **2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar o câncer de próstata em seus aspectos clínicos e epidemiológicos.
- Compreender o funcionamento da rede de atenção ao câncer de próstata.
- Esquematizar a Atenção Básica e sua atuação nos casos de câncer de próstata.
- Demonstrar a importância da prática da Enfermagem dentro das Unidades de Saúde na detecção precoce do câncer de próstata.
- Verificar as percepções dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde de Mossoró quanto à abordagem para a detecção precoce.

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 Tipo de pesquisa**

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa e caráter descritivo que foi realizado com os enfermeiros, os médicos e os assistentes sociais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de diferentes regiões no município de Mossoró. Nesse sentido, o estudo de caso, tal como explicado por Gil (2017) é um tipo de pesquisa em que apesar do planejamento flexível direciona-se pela definição das unidades-caso, seleção dos casos, elaboração de protocolo, coleta e posterior análise dos dados.

Fonseca (2002) traz que o estudo de caso visa conhecer o como e o porquê de uma determinada situação que se supõe ser única em muitos aspectos profundamente, a fim de descobrir o que há nela de mais essencial e característico, revelando conforme a percepção própria sem intervir sobre o objeto. A proposta de pesquisa, ainda se assemelha à abordagem qualitativa, pois conforme Minayo (2001, p.14), esta trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A pesquisa torna-se qualitativa ao passo que focaliza a compressão da atuação da equipe das UBS na detecção precoce do câncer de próstata, buscando concentrar-

se nas percepções relatadas pelos profissionais enfermeiros, médicos e assistentes das unidades. O estudo possui caráter exploratório em virtude de proporcionar maior familiaridade, permitindo criar hipóteses ou deixar o problema mais explícito. Dessa forma, caracteriza-se ainda como descritiva, uma vez que busca descrever a atuação das unidades municipais para esclarecer qualquer eventual dúvida e para isso, este tipo de estudo exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar, a fim de descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (GIL, 2011).

### **3.2 Universo e amostra da pesquisa**

O universo da pesquisa correspondeu aos profissionais que trabalham nas cinco Unidades Básicas de Saúde selecionadas no município de Mossoró, justamente, corroborando com o entendimento de Lakatos e Marconi (2010, p. 223), de que o universo ou população da pesquisa corresponde ao “conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum”.

Desse modo, dentre as diversas equipes atuantes, selecionou-se as cinco unidades: UBS Dr. José Leão, UBS Enfa. Conchita Escóssia Ciarlini, UBS Dr. Epitácio da Costa Carvalho, Centro Clínico Evangélico e a UBS Dr. Ildone Cavalcante de Freitas para o direcionamento da pesquisa.

A seleção das UBS deu-se em função do espaço geográfico para abranger diferentes regiões e obter um quantitativo considerável, permitindo a aparição de diferentes percepções que são próprias de cada bairro. Contatou-se a Secretaria Municipal de Saúde para obter acesso a informações sobre o quantitativo de profissionais enfermeiros, médicos e assistentes sociais das unidades previamente selecionadas, uma vez que estes compõem a amostra do estudo.

A amostragem ao fazer parte de uma pesquisa qualitativa não se baseia em critério numérico, mas fundamenta-se em abranger a totalidade do problema nas múltiplas dimensões, ao passo que se detém a abrangência dos atores sociais, da seleção dos participantes e das condições desta seleção (MINAYO, p. 5, 2017).

Considera-se que a amostragem é do tipo não probabilística dependente da saturação dos dados, ou seja, é determinada assim que já se tem informações ricas e suficientes para compor uma investigação científica, pode-se ocorrer a suspensão da coleta de dados, a qual é considerada finita (GUERRA, 2014).

A amostra de pesquisa refere-se à quantidade de pessoas que participaram da pesquisa concedendo informações para responder a problemática levantada, mediante os critérios de inclusão e exclusão. Diante disso, optou-se por englobar os profissionais: enfermeiro; médico; e assistente social que estivessem atuantes na UBS durante o período da pesquisa, bem como com disponibilidade de tempo.

Ademais, incluiu-se aqueles que confirmassem a participação com as assinaturas dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLEs) e a manifestação do interesse em continuar durante o período de coleta dos dados.

Os critérios de exclusão, por outro lado, se estruturaram em dispensar sujeitos que recusassem a participar ou que não respondessem ao contato da pesquisadora para agendamento e confirmação da entrevista após 3 tentativas virtuais e 2 visitas pessoalmente nas unidades.

Além disso, excluiu-se aqueles que mesmo após retirada de dúvidas de forma clara, não soubessem responder às questões deixando de fornecer informações importantes para o objetivo do estudo. Por fim, não participaram indivíduos de outras profissões ou caso estivessem em condições psicológicas que não permitissem contemplar os questionamentos da pesquisa.

Após a aprovação da Secretaria Municipal, realizou-se visitas presenciais a cada unidade selecionada a fim de se obter os contatos telefônicos ou e-mail de todos profissionais daquela instituição. Esperou-se, assim, o recebimento das respostas e a constatação de quais profissionais estariam interessados e aptos segundo os critérios de inclusão.

Nesse caminho, teve-se a perspectiva da participação de 1 enfermeiro, 1 médico e 1 assistente social, totalizando 3 profissionais de cada uma das UBS. Ao refletir ainda na impossibilidade de que se tenha o quantitativo previsto, visou-se que fosse atingido o mínimo total de 10 profissionais dos diferentes bairros com vistas a uma maior investigação e comparação das realidades dos diferentes locais.

### **3.3 Lócus da pesquisa**

O local do estudo teve como base as cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), buscando captar as percepções dos profissionais sobre a dinâmica dos serviços, comparando-os. Estas instituições foram visitadas presencialmente ou de forma virtual a depender da demanda relatada pelos prováveis participantes, as instituições: UBS Dr. José Leão, localizada no bairro Alto da Conceição; UBS Enfa. Conchita Escóssia

Ciarlini, localizada no bairro Abolição II; UBS Dr. Epitácio da Costa Carvalho, localizada no bairro Presidente Costa e Silva; Centro Clínico Evangélico, localizado no bairro Centro; e a UBS Dr. Ildone Cavalcante de Freitas, existente no bairro Barrocas do município de Mossoró.

O convite foi enviado pelos e-mails informados ou por mensagens do aplicativo *WhatsApp* para os números telefônicos cedidos pelos próprios profissionais, dessa forma se visou permitir a tomada de decisão do local mais apropriado e disponível para o participante. Nesse sentido, o convite deixava claro a existência do livre arbítrio para a escolha de uma das duas opções para a realização das entrevistas: seja pela ida à unidade com o diálogo em uma sala reservada ou através da plataforma virtual do *Google Meet*, com o envio de link pelo *WhatsApp*.

### **3.4 Etapas da coleta de dados**

A coleta de dados deu-se inicialmente com o envio do convite para os e-mails dos profissionais disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O convite foi criado pela pesquisadora em arquivo atrativo no site Canva, o qual contém a temática, objetivos, descrição da metodologia e a importância da contribuição dos entrevistados.

O documento continha as fontes de contato telefônico para que aqueles interessados pudessem retornar a decisão e que a partir de um resultado positivo, se realizaria o envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em formato editável para assinaturas digitais ou entrega em mãos no dia agendado para as entrevistas.

Após o retorno das respostas pelo e-mail ou telefone pessoal da autora, a entrevista com cada profissional foi agendada e acordada para ter duração limite de 20 minutos, visando maior objetividade nas respostas e maior disponibilidade de todos os envolvidos. Nesse sentido, optou-se pela realização de entrevistas de forma presencial mesmo com maior exposição e risco aumentado para a contaminação durante a pandemia pelo Vírus SARS-CoV-2.

Conforme se verificou nas justificativas relatadas pela amostra do presente estudo, a forma presencial além de visar menor intercorrências por problemas técnicos ou cansaço mental para mais uma forma de encontro a que os profissionais são submetidos, permite maior aproximação entre todos e garante que dúvidas sejam retiradas instantaneamente

A entrevista segundo Minayo (2008 apud GUERRA, 2014) é uma oportunidade de conversa face a face, utilizada para “mapear e compreender o mundo da vida dos respondentes”, ou seja, ela fornece dados básicos para “uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações” em relação aos atores sociais e contextos sociais específicos. Ao passo que durante a investigação seguiu-se um roteiro de perguntas mistas, fechadas e abertas permitindo que os profissionais se sentissem à vontade para detalhar mais determinados tópicos que achem necessário, a mesma enquadra-se como semiestruturada.

Segundo Minayo (2008 apud GUERRA, 2014), os instrumentos de trabalho na pesquisa qualitativa permitem uma mediação entre o marco teórico-metodológico e a realidade empírica. Nesse sentido, a coleta valoriza a fala dos sujeitos, pois a mesma “é reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos” (MINAYO, 2008, p. 204 apud GUERRA, 2014). O modelo adotado foi semiestruturado, uma vez que se tem a organização de um roteiro de perguntas sobre o tema, mas permite também que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo como os desdobramentos do tema principal.

Os participantes foram informados quanto aos objetivos e benefícios propostos acerca da compreensão do papel importante da UBS para sensibilização masculina e detecção precoce do câncer de próstata, bem como o quanto a contribuição com o estudo pode trazer mais visibilidade para a temática. Quanto aos riscos na participação, elencou-se o possível constrangimento ao falar sobre o local de trabalho ou o desconforto quanto a não estar ciente dos conhecimentos sobre a temática, ou atuante dos conhecimentos

Todas as medidas tomadas estavam alicerçadas no objetivo de minimizá-los, uma vez que a aplicação dos formulários ocorreu em ambiente privativo, confortável, escolhido pelo participante desde a sala na unidade em questão ou no quarto vazio e pessoal da pesquisadora. Realizou-se a orientação ética adequada quanto aos objetivos da entrevista e em mesmo passo abordou-se que a qualquer momento seria possível e assegurada a desistência, caso assim solicitado. Buscou-se ainda rever os tópicos principais do TCLE relacionados à pesquisa novamente, a fim da confirmação de adequada compreensão e segurança ao entrevistado em questão.

Ocorreu o questionamento quanto à autorização prévia para o uso de gravador para captar as falas. A privacidade e segurança foram asseguradas com a repetição de que as informações seriam transcritas para um documento Word criado e

armazenado junto aos áudios das gravações em uma pasta da pesquisa no computador pessoal da pesquisadora, o qual é protegido por senha. Ao passo que houve a concordância, as gravações foram feitas para a posterior transcrição e com isso, se possibilitou a análise das informações coletadas.

### **3.5 Análise dos dados**

Os dados analisados posteriormente foram visualizados mediante a análise temática, como uma técnica da análise de conteúdo, uma vez que para Bardin (1979, p. 42) este tipo de análise envolve um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens.

Compartilhando da mesma compreensão, Minayo (2004 p. 203) aponta por sua vez que as técnicas de análise, organizam-se como: expressão; relações; temática; e a enunciação. A presente pesquisa voltou-se para a abordagem temática e esta se fundamentou na conclusão de Minayo (2002; p. 208) que engloba as seguintes fases que foram cumpridas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A pré-análise trata de organizar o material conforme os objetivos e as questões que surjam no estudo e a partir disso, se estabelece a unidade de registro, a unidade de contexto, os trechos significativos e as categorias. O conteúdo das entrevistas nesse sentido foi organizado após a verificação atenta da transcrição e identificação dos documentos de Word para cada entrevista. Realizou-se leitura do material, permitindo o contato com sua estrutura e com isso, são estabelecidas as orientações para a análise e impressões sobre a mensagem do material, como posto por Gomes (2002, p.76).

O material após organizado e avaliado superficialmente passou para ser explorado, uma vez que já se definiu o passo a passo anteriormente, nesse sentido se torna uma etapa longa já que pode se ter a necessidade de repetir a leitura. A exploração por sua vez, possibilitou o tratamento dos resultados que foram organizados em documentos nomeados por cada categoria profissional e separados em pasta exclusiva para cada UBS estudada.

Por conseguinte, ocorreu a classificação do material em categorias descritas mediante a organização das informações que mostraram conexões e relações entre

si, as quais podem despertar novas interpretações e explicações. A categorização deu-se concomitantemente com o início das entrevistas buscando que além das categorias, também surgissem novidades sobre a temática. Nessa perspectiva, em consonância com André e Lüdke (1986, p. 49 apud BARTELMÉBS, 2013) efetuou-se análise explicativa do conteúdo para que, por sua vez, produzisse a codificação e tabulação permitindo a análise estatística dos dados.

Em consonância com Gomes (2002, p.76), os dados foram interpretados a partir dos princípios de um tratamento quantitativo. As quantidades desses dados conforme elucidado por Flick (2013) representam a prévia seleção das partes de cada entrevista que são mais relevantes para responder o questionamento da pesquisa, agrupando respostas semelhantes e resumindo para determinados tópicos que surjam a partir das entrevistas. O ponto chave desta fase, foi considerar as informações estatísticas ao mesmo passo que se analisa as ideologias e determinações dos fenômenos.

O estudo seguiu a afirmação de Gomes (2002, p.76), para que a partir do manuseio qualificado dessa técnica de tratamento de dados, sucedesse a distinção entre as intuições e as hipóteses. Com isso, tornou-se viável que as interpretações fossem qualificadas e transformadas em definitivas, ou seja, superação do senso comum e alcance de um nível de conhecimento mais aprofundado. A partir do cumprimento das etapas sequenciais da análise de conteúdo, considerou-se que foi possível alcançar o objetivo geral da pesquisa.

### **3.6 Aspectos éticos da pesquisa**

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP/UERN), via site Plataforma Brasil. Com isso, foi realizada após a aprovação com parecer de numeração 5.157.372. Salieta-se que o estudo se estruturou em respeito aos preceitos éticos definidos pelas resoluções Nº 466 de 12 de dezembro de 2012, a qual aponta para as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ademais, também está de acordo com a resolução Nº 510 de 7 de abril de 2016 do Ministério da Saúde que traz as normas aplicáveis às Ciências Humanas e Sociais do Conselho Nacional de Saúde.

Buscou-se ao longo de todas as fases garantir o respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, o contínuo esclarecimento e assistência ao

participante quando necessário. Nesse sentido, assegurou-se a permanência da confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, ao passo que se possibilitou a decisão particular sobre divulgação da identidade e quais são, dentre as informações fornecidas, as que podem ser tratadas de forma pública. A pesquisa visou assegurar que a desistência em qualquer parte da pesquisa fosse garantida e esclarecida aos participantes uma vez que não haveria penalização alguma, assim como o espaço aberto para diálogo, questionamentos e retiradas de dúvidas.

Disponibilizou-se o acesso aos resultados da pesquisa bem como a informação do endereço, e-mail e contato telefônico, dos responsáveis pela pesquisa. Saliu-se ainda que o participante sempre que solicitasse, teria acesso ao registro do consentimento como também, receberia uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e receberia uma breve explicação sobre o que é o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), bem como endereço, e-mail e contato telefônico do CEP local e, quando for o caso, da CONEP.

Buscou-se garantir as condições adequadas em respeito aos princípios da bioética descritos nas resoluções como: das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros (SANTOS, 2018). Além disso, a fundamentação da bioética também visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, fundamentando-se nessas considerações, os participantes foram assegurados mediante o detalhamento dos objetivos e métodos desta pesquisa, apresentados tanto no convite feito via e-mail ou mensagem via WhatsApp, como também no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) encaminhado da mesma forma, individualmente.

Concomitante com o dito nas resoluções supracitadas, o documento do TCLE deveria conter, obrigatoriamente: esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ ou a interrupção da pesquisa (SANTOS, 2018; BRASIL, 2012). Ademais, reforçou-se que a privacidade dos nomes dos profissionais seria garantida, uma vez que estes foram identificados numericamente a partir da ordem de confirmação para participar com a devolutiva de mensagens pelo WhatsApp, em caso de impossibilidade de recebimento do documento assinado.

Cabe salientar que em situação de desistência da participação, os profissionais tiveram a autonomia e decisão respeitados, assim como apesar da busca pela segurança e controle de fatores que podem prejudicar, havendo situação de um participante viesse a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a assistência e a buscar indenização (SANTOS, 2018; BRASIL, 2012).

## **4 PARA ALÉM DO NOVEMBRO AZUL**

### **4.1 O Câncer de Próstata: aspectos clínicos e epidemiológicos**

Conforme a literatura, o câncer refere-se a uma das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) de grande impacto na saúde pública justamente por abranger um grupo heterogêneo de tipos responsáveis por mutações genéticas. As alterações ocorrem em diferentes estruturas corporais e de múltiplas possibilidades de manifestação e desfecho clínico. A fisiopatologia das neoplasias, desse modo, apresenta-se com reprodução celular excessiva e descontrolada, o que possibilita comportamento agressivo e invasão de tecidos em menor e maior grau, a partir de tipo histológico, expressão de receptores específicos e o estadiamento da patologia (CARVALHO *et al.*, 2017).

À luz de Pereira *et al.* (2021), dentre os diferentes tipos, o câncer pode afetar a próstata, a qual representa uma glândula sexual acessória masculina e se localiza entre a bexiga e o reto. Sabe-se que essa estrutura é responsável por secretar um líquido composto por enzimas proteolíticas, dentre elas o antígeno prostático específico (PSA) assim como diferentes tipos de substâncias. Tais elementos são fundamentais na produção de energia e proteção dos espermatozoides, garantindo a sobrevivência destes personagens importantes para a reprodução humana.

A relevância da patologia mostra-se nos números, visto que no ano de 2018 foi o segundo mais incidente na população masculina, após o câncer de pele não melanoma, já que o câncer de próstata contabilizou 1,3 milhão de acometidos em todo o mundo (BRAY, 2018). Em linhas semelhantes, os dados de Faria (2020, p. 78) apresentam o crescimento contínuo de casos no Brasil durante o período de 2009 a 2018, com o total de 265.483 casos novos, sendo que, destes, 31.527 ocorreram em 2017, representando 11,88% do número total de casos registrados ao longo de 10 anos.

Notou-se, entretanto, um declínio somente no ano de 2018, apresentando uma queda apenas de 9,65% de novos casos, comparando-se ao ano anterior (FARIA *et al.*, 2020, p. 79). Corroborando a este alerta, o INCA (2019) estimou a nível do Brasil, aproximadamente 65 mil casos novos em cada ano do triênio 2020-2022, o que corresponde a 29,2% do total. Tal conjuntura equivale a um risco estimado de 62,95 ocorrências para cada 100 mil homens. Diante disso, cabe refletir sobre o impacto da patologia na organização gerencial e assistencial do sistema de saúde, bem como, na saúde dos homens brasileiros em aspectos emocionais, físicos e financeiros pelo deslocamento ao longo dos serviços e realização de exames e procedimentos.

A Sociedade Brasileira de Urologia - SBU (2021) reforça essa percepção, uma vez que segundo os dados obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), a mortalidade por este tipo de câncer aumentou cerca de 10% em cinco anos, subindo de 14.542 (2015) para 16.033 (2019). Desse modo, apesar do crescimento lento em relação aos outros tipos de câncer, este apresenta o risco de progressão com complicações sistêmicas e dados que fundamentam a necessidade de saber e conseguir identificar precocemente, a fim de prestar assistência em tempo hábil e de forma efetiva, garantindo resultados de tratamento mais satisfatórios.

Em relação à distribuição total do número de casos por cada região, observou-se a ausência de um padrão bem definido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Assim, a comparação de dados torna-se dificultosa ao passo que não se consegue analisar os números de casos por habitantes, assim como a distribuição total de números de casos a fim de uma melhor verificação em paralelo com outras fontes. Contudo, a partir das informações possíveis, se visualiza que nos últimos 10 anos a região Nordeste é a segunda maior em incidência com 58.950 casos, correspondendo a 22,20% do total de casos (FARIA *et al.*, 2020, p. 81).

Atrás somente da região Sudeste com 138.659 casos, ou seja, 52,23%, é plausível refletir acerca dos bastidores desses números que abrangem as desigualdades regionais brasileiras. Dessa forma, ao se alicerçar no dito por Santos (2018) tal resultado reflete as distinções na expectativa de vida, condições socioeconômicas, como ainda no tocante ao acesso dos serviços de saúde (FARIA *et al.*, 2020, p. 81). Os dados compõem uma base importante de notoriedade da patologia, de modo que em posse dos mesmos, faz-se exequível verificar o contraste com fatores externos como a pandemia pelo SARS-Cov-2.

A saúde mundial foi afetada pela Covid-19 com alta transmissibilidade e agressividade, constatadas pelas evidências científicas desde 2020 e dessa maneira, a nível estadual não foi diferente. Os dados relatados por Costa *et al.* (2022) apontam para a redução de casos no Rio Grande do Norte a partir do segundo semestre de 2019 e decréscimo contínuo de 2020 para 2021. Distante de uma perspectiva positiva para uma despreocupação com a temática, na verdade se demonstra a realidade vivenciada com a transformação do percurso adequado a ser percorrido, ao passo que compreende a fase em que se priorizou a quarentena com mais firmeza e cautela.

O remodelamento na organização dos serviços, assim, demandou implementar as medidas de segurança, tais quais o distanciamento social com uso de máscaras e atendimento prioritário a fim de evitar exposição da população como um todo e em especial, a população de risco como os sujeitos com doenças crônicas, particularmente o câncer. Por isso, a queda ainda discreta dos casos potiguares expressa que muitas consultas foram marcadas, adiadas ou canceladas, com o conseqüente prolongamento do diagnóstico precoce de muitos homens. Portanto, tal contexto explicado por autores como Costa *et al.* (2022), se visualiza nos quadros que seguem abaixo:

**Quadro 1. Referente aos casos do estado do Rio Grande do Norte antes da pandemia**

Faixa Etária/Período	60 anos %	61 anos %	62 anos %	63 anos %	64 anos %	TOTAL
Set. 2018- Fev. 2019	14 casos 28,57%	9 casos 18,36%	12 casos 24,48%	9 casos 18,36%	5 casos 10,20%	<b>49 casos</b>
Março 2019-Agosto 2019	4 casos 11,11%	8 casos 22,22%	10 casos 27,77%	7 casos 19,44%	7 casos 19,44%	<b>36 casos</b>
Set. 2019 – Fev. 2020	9 casos 31,03%	9 casos 31,03%	8 casos 27,58%	9 casos 31,03%	12 casos 41,37%	<b>29 casos</b>

FONTE: Costa *et al.*, 2022, p. 4

**Quadro 2. Referente aos casos do estado do Rio Grande do Norte desde o início da pandemia**

Faixa Etária/Período	60 anos %	61 anos %	62 anos %	63 anos %	64 anos %	TOTAL
Março 2020-Agosto 2020	5 casos 21,73%	4 casos 17,39%	3 casos 13,04%	7 casos 30,43%	4 casos 17,39%	<b>23 casos</b>
Setembro 2020-Fev. 2021	7 casos 19,44%	7 casos 19,44%	6 casos 16,66%	10 casos 27,77%	6 casos 16,66%	<b>36 casos</b>
Março 2021-Agosto 2021	4 casos 12,12%	4 casos 12,12%	7 casos 21,21%	3 casos 9,09%	15 casos 45,45%	<b>33 casos</b>

FONTE: Costa *et al.*, 2022, p. 4

O estudo de Costa *et al.* (2022) ainda traz que o aspecto mais notável foi a redução na ida às consultas que antes se visualizava como um entrave burocrático pela demora de conseguir uma vaga, a partir do novo contexto mais caótico e pandêmico, diminuiu quase pela metade. Diante desta compreensão, torna-se imperioso estabelecer protocolos que garantam a segurança desses atendimentos ambulatoriais e o seguimento terapêutico para a prevenção do câncer de próstata, tal como preconizado pelos fundamentos legais e explicitado com os dados. Além disso, reflete-se acerca das diversas complicações futuras para pacientes, bem como para os prestadores de serviços de saúde, pelo aumento de custos para o sistema, visto que tempo é essencial para um tratamento menos invasivo, doloroso e com melhores resultados.

Ao passo que se afunila, o alicerce epidemiológico da Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer (LMECC) mostra que entre os anos de 2016 a 2020, 582 casos da doença foram diagnosticados e tratados. Dentre a totalidade, apurou-se que em 2018 obteve-se o maior registro de casos com a marca de 141, seguido de 2019 com 122 pacientes e no ano seguinte, reduzindo para a contagem de 98 homens. No entanto, a instituição ressalta que o número de 2020 poderia ser maior em virtude da consolidação dos dados que ainda não está completa (MESQUITA, 2021). A SBU, em 2021, divulgou que conforme os dados do SIM a mortalidade aumentou cerca de 10% em cinco anos, subindo de 14.542 no ano de 2015, para 16.033 em 2019.

A Coordenadoria do Registro Hospital (CRH) ainda divulgou que em Mossoró o número de óbitos com a doença como causa básica, ultrapassou os últimos tempos, visto que teve compilação de 148 mortes. O levantamento da Liga revela que 2016 foi o ano com menor resultado, correspondente a 19 perdas. Sequencialmente, entre os anos de 2017 a 2019, notou-se variabilidade com redução, haja vista que em 2017 foram 31 casos, 34 em 2018 e 29 em 2019. Por conseguinte, em 2020 morreram 35 homens devido às complicações desta patologia (MESQUITA, 2021).

Entretanto, apesar do avanço técnico-científico nas pesquisas e da notória importância epidemiológica, ainda pouco se conhece sobre as causas e certezas acerca dos fatores de risco envolvidos (RUTHS, 2022). A etiologia é desconhecida, ao passo que como um tipo de câncer, trata-se de uma patologia multifatorial com variáveis que contribuem no desenvolvimento e na progressão ou na direção do tratamento com bom prognóstico, ou para a inexistência da doença. Conforme Moiran (2019, p. 119), a enfermidade apresenta alta incidência e crescimento lento com

resposta elevada ao tratamento hormonal. Além disso, o estudo se fundamenta também na compreensão da histologia única com heterogeneidade clínica que tanto pode manifestar-se sem grande repercussão, quanto ocasionar o falecimento rapidamente.

Nessa perspectiva, o câncer de próstata mostra-se importante objeto de estudo ao passo que é encarado como uma neoplasia maligna de multiplicação celular lenta com manifestação dos sintomas nos estágios mais avançados. Já os sintomas pré-clínicos, quando presentes, englobam a disúria<sup>1</sup>, polaciúria<sup>2</sup>, queixas da bexiga urinária. À medida em que avança pode surgir a disseminação local do tumor com consequente hematúria<sup>3</sup>, caso a bexiga seja invadida ou obstrução da uretra (BRAVO *et al.*, 2022; KRÜGER; CAVALCANTI, 2018). Ademais, segundo Santos *et al.* (2017) há chances de afetar ossos, ocasionar fraturas patológicas ou expressões neurológicas como a astenia.

O processo cancerígeno afeta não só o tecido com multiplicação celular, como também pode desencadear metástases capazes de invadir órgãos e estruturas adjuntas com potencialidade de disseminação corporal através dos sistemas linfático e sanguíneo (PEREIRA *et al.*, 2021). Salienta-se, assim, que a patologia se mostra a partir de alterações clínicas pelas queixas dos usuários ao chegar aos serviços de saúde, bem como a partir de alterações na dosagem do PSA ou deformações perceptíveis ao toque retal (BRAVO *et al.*, 2022). Diante disso, as literaturas apontam para a soma de fatores que podem favorecer o aparecimento, os quais variam desde predisposição genética atrelada ao histórico familiar com parentes, sobretudo em primeiro grau (DAMIÃO, 2015).

Dentre a rede de variáveis, observa-se unanimidade nas pesquisas em apontar a influência da idade, tornando-se o fator de risco principal. Estudiosos como Bravo *et al.* (2022), reforçam tal máxima uma vez que com o processo do envelhecimento a redução da potencialidade fisiológica vem a contribuir para desordens e alterações celulares. Autores como Santos *et al.* (2017) e Czorny *et al.* (2017) são exemplos de

---

<sup>1</sup> Disúria. Do latim *dysuria*. Dificuldade ao urinar com a presença de sensação dolorosa. (Disúria.: In: **Dicio**. Dicionário Online de Português. Porto: 7 graus, 2022).

<sup>2</sup> Polaciúria. Do grego *pollukys* "muitas vezes"; *ouron* "urina"; ia. Eliminação muito frequente de micções (urina). (Polaciúria.: In: **Dicio**. Dicionário Online de Português. Porto: 7 graus, 2022).

<sup>3</sup> Hematúria. Do grego *haima* "sangue"; *ouron* "urina"; ia. Fluxo de sangue pela uretra. (Hematúria.: In: **Dicio**. Dicionário Online de Português. Porto: 7 graus, 2022).

tal fundamentação, ao passo que ambos expõem evidências sobre a existência de faixa etária de risco a qual corresponde aos maiores de 65 anos.

A realidade potiguar confirma esse vínculo haja vista que se tem registro do maior número de casos em 10 anos por homens a partir dos 50 anos, sendo que as idades de 60 a 69 anos foram responsáveis pela maioria, com 101.430 (38,21%) casos. Em passos semelhantes, dados obtidos pela LMECC divulgam que se teve alto quantitativo de casos entre os 70 a 74 anos com a confirmação da doença no período de cinco anos, bem como apresenta que houve 110 notificações de homens com mais de 80 anos no município de Mossoró. Assim, apesar da possibilidade de atingir outras idades, as comprovações demonstram que em relação à malignidade, esta é claramente inferior à progressão nos sujeitos mais velhos (MESQUITA, 2021?).

Os resultados da análise da liga mossoroense estão em consonância com esta base científica, visto que descortinam as outras faixas etárias correspondentes a menos de 100 casos. Nessa perspectiva, visualiza-se que até o período de 2020 houve confirmação de 9 casos com idades entre 45 a 49 anos e que ao aumentar a faixa etária, os algarismos também se elevam haja vista os 16 homens de 50 a 54 anos. Outrossim, foram computados 47 casos com intervalo entre 55 a 59 anos e que sequencialmente, evoluiu para 96 diagnósticos dos sujeitos de 65 a 69 anos (LMECC, 2020).

Identificou-se no entanto o grupo vencedor do pódio com 150 indivíduos ao passo que equivale aos indivíduos com 70 a 74 anos, enquanto que a medalha de prata ficou para a ocorrência de 110 notificações dos sujeitos com mais de 80 anos (LMECC, 2020). Relaciona-se amplamente o crescimento das taxas de incidência no país com o envelhecimento populacional progressivo notável também em escala mundial, todavia é possível justificar similarmente devido ao aumento na expectativa de vida, a evolução técnico-científica dos métodos diagnósticos, da mesma forma que a atualização e melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país (LMECC, 2020).

Diante de tal cenário, visualiza-se a associação comprovada entre a genética, idade e história familiar, contudo, ainda há outros elementos envolvidos em investigação, tais como o tabagismo, excesso de gordura corporal e fatores hormonais, ambientais e ocupacionais (RUTHS, 2022). Ainda se apresentam lacunas em sua fundamentação, visto que diferentes manifestações e alterações celulares são observadas, sem uma sequência igual às outras. Segundo estudiosos como Moiran

(2019), também se associa ao histórico familiar visto que existem elucidações notáveis para o provável vínculo entre a hereditariedade familiar em parentes de 1º grau. Em linha semelhante, considerações científicas mostram o risco relativo e a razão de chances de ocorrência de câncer de próstata (RUTHS, 2022).

Outro fator genético indicado decorre da afrodescendência, tal como descrito na porção norte do continente americano em que há diferença clara entre a incidência e mortalidade, haja vista que são respectivamente maiores cerca de 3 e 2,4 vezes entre homens da raça negra e branca (PERNAR *et al.*, 2018, apud FARIA *et al.*, 2020, p. 80). Dess *et al* (2019) ainda mostra que o backstage, cenário por trás dessa conexão decorreria das distintas condições socioeconômicas e dos acessos aos serviços de saúde implicados para o diagnóstico dos sujeitos.

Neste estudo de coorte nos EUA, conforme exposto por Dess *et al.* (2019), demonstrou-se que independentemente da cor, se os indivíduos obtiverem acesso igualitário e tratamento adequado do mesmo estágio de neoplasia maligna da próstata não-metastático, a mortalidade seria comparável. Sob outra perspectiva, pesquisas focalizadas na América-Latina realizadas por Tourinho-Barbosa, Pompeo e Glina (2016) direcionam para o conflito dos dados. Enquanto que alguns tratam de maior prevalência na população negra, outros indicam a não identificação de uma diferença significativa (apud FARIA, 2020, p. 80).

Obtém-se, dessa forma, a notória necessidade de ampliar e aprofundar as investigações a fim de explicar tais disparidades, visto que segundo o DATASUS, os brancos e os pardos alcançaram juntos mais de 70% dos casos de neoplasia maligna da próstata em 10 anos, com 102.638 (38,66%) e 89.519 (33,72%), respectivamente (apud FARIA *et al.*, 2020, p. 80). Cabe salientar, contudo, que para os materiais base para estudos e assistência seguem os embasamentos da Sociedade Brasileira de Urologia (2021), para a qual o CP em homens negros apresenta uma maior incidência do que em brancos.

Quanto aos hábitos de vida, a predisposição apresenta conexões com tabagismo, etilismo, bem como a realização de vasectomia. Autores ainda expõem possível vínculo com os hábitos alimentares inadequados de reduzido aporte nutricional e conservantes em excesso. Nesse sentido, a alimentação poderia ter certa influência, sobretudo nos casos do sujeito adotar uma dieta com gordura animal em abundância, carne vermelha, cálcio e leite (SANTOS *et al.*, 2017; BRAVO, 2022). Na

mesma linha, Ruths (2022) e demais pesquisadores reforçam tal máxima devido ao uso excessivo de alimentos ultraprocessados e com componentes conservantes.

A produção alimentícia nas indústrias, tal como para Ruths (2022), visa a larga escala pelo volume populacional e boa durabilidade dos produtos, visto que isso garante maior lucratividades para as empresas. Desse modo, o procedimento exige que a matéria prima seja submetida a etapas como salga, defumação, cura e adição de conservantes. Com isso, os estudos revelam que ao longo do tempo os hábitos alimentares inadequados poderiam favorecer a carcinogênese, no entanto, salienta-se que tal relação ainda segue em investigação com resultados ainda não definitivos. Por fim, o consumo de álcool também aparece como uma variável em caso de elevado consumo diário ou regular conforme Gong *et al.* (2009), entretanto associações ainda permanecem inconclusivas (RUTHS, 2022).

Enquanto que em relação aos fatores ambientais e ocupacionais, Ruths (2022) retrata as evidências existentes acerca da relação entre os agrotóxicos e do maior risco para o desenvolvimento do câncer de próstata, conforme o referencial deste trabalho, estas substâncias podem ocasionar distúrbios endócrinos de infertilidade masculina, anormalidades no desenvolvimento sexual e o surgimento de tumores hormônio-dependentes. Nessa perspectiva, os efeitos a partir de determinada substância são dependentes da forma e tempo de exposição, princípio ativo e a dose absorvida por via dérmica, inalação ou ingestão.

Conforme discutido pela literatura em Gonçalves *et al.* (2018), levam-se aproximadamente, quinze anos para a neoplasia maligna se desenvolver até 1 cc<sup>3</sup> de tamanho. Dessa forma, a progressão lenta pode influenciar para um prognóstico positivo em função do tratamento correto gerando, por outro lado, grande responsabilidade dos profissionais de saúde para atuar nesse processo, em benefício da saúde do homem. Entretanto, ainda se visualiza o desconhecimento acerca da patologia, desde os fatores de risco até a importância e as variáveis implicadas na detecção precoce.

Ao passo que se apresenta de forma mais silenciosa na fase inicial pela localização limitada, a conclusão diagnóstica se dá a partir da alteração notável em exames. A avaliação dos aspectos físicos decorre do quadro clínico relatado, bem como pela realização do Toque Retal Digital (TRD) por um urologista, já este permite ao médico avaliar possíveis anormalidades da superfície da glândula prostática. De acordo com o apontado por Moore e Porto (2014), o homem precisa estar bem prepa-

rado em virtude dos ranços fortes de encarar a região anal como um tabu e cuidados à saúde masculina como questionamento da sua orientação sexual e papel masculino a ser desempenhado.

O estudo de Coelho e Melo (2018) apresenta ainda que a escassa participação do homem nas ações de saúde relaciona-se ao imaginário que pode aprisionar o masculino em amarras culturais, atrapalhando a adoção de práticas de autocuidado, pois à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, buscar o serviço de saúde, no ponto de vista preventivo, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança. Recorda-se ainda da vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde, particularmente a região anal, no caso da prevenção ao câncer de próstata.

Alguns autores salientam em seus estudos a concepção de masculinidade como componente iniciador do preconceito, o que leva, até mesmo, a comportamentos de risco e faz com que muitos homens ainda acreditem que são fortes e não precisam de cuidados; especialmente cuidados preventivos. Essa crença se torna mais relevante quando é exposto ao elevado índice de homens que morrem por não realizarem exames preventivos (DANTAS; COUTO, 2018)

À luz de Moore e Porto (2014), a boa relação médico-paciente é imprescindível durante a execução dos exames preconizados, em razão da segurança de que o paciente compreenda a importância de realizá-los e assegurar o atendimento ambulatorial. Nesse sentido, a literatura corrobora na valorização do vínculo e abordagem adequada diante dos homens, haja vista que o posicionamento para avaliação e a própria musculatura podem influenciar no constrangimento.

Os autores mencionam que de modo geral, utiliza-se a posição de Sims em que ocorre decúbito lateral com pernas fletidas sobre o abdômen, bem como adota-se a posição genupeitoral ou posição de decúbito supino, em que o paciente permanece semi-sentado e com as pernas fletidas. Em seguida, inicia-se o exame com o dedo indicador da mão direita, realizando a inspeção da região anal avaliando a região anal e perianal, sequencialmente, o toque é feito pelo profissional paramentado com luva descartável e com a lubrificação de vaselina ou xilocaína.

Com a sensibilidade aguçada a partir da palpação do dedo indicador da mão direita, são avaliadas as estruturas a partir do estado fisiológico. Conforme a literatura citada, a próstata é uma glândula regular e simétrica com consistência elástica e de superfície lisa, contornos bem delimitados e leve mobilidade. A análise se detém às

paredes laterais, posterior e anterior do reto, sendo que na última avalia-se a próstata em si, sua consistência, superfície pela continuidade ou surgimento de irregularidades no relevo.

Além disso, examina-se os contornos, o tamanho, possíveis lesões e/ou tumorações, o sulco mediano, bem como a presença de sangue no dedo de luva. O TRD, nessa perspectiva, auxilia tanto na abordagem inicial como no estadiamento da doença em virtude de que na presença de nódulos ou tumorações tocáveis, a investigação diagnóstica deve ser prosseguida (MOORE, 2014; PORTO, 2014; ACS, 2019)

Salienta-se as modificações observáveis no desequilíbrio da concentração do Antígeno Prostático Específico (PSA) e nesse sentido, a importância da realização da dosagem devido ao alto quantitativo de casos assintomáticos. Além disso, o enfoque deve se voltar para a urgência em abordar o receio e preconceito masculino a fim de amenizá-lo, visto que o seguimento pela detecção palpável é uma forte evidência para se realizar a solicitação de biópsia, confirmando ou não a doença. Considerando-se a relevância epidemiológica, recai a importância do diagnóstico e este por sua vez, demanda a realização dos exames de PSA e do toque retal que, em caso de alterações, serão avaliados juntamente com os sinais e sintomas pelo urologista, especialidade médica responsável (PRADO, 2020).

Quanto ao exame laboratorial do PSA, sabe-se que encontra maior quantidade no sêmen e em menor no sangue com quantificação na unidade de nanogramas por mililitros (ng/mL). A especificidade associada à próstata não corresponde exclusivamente à formação e crescimento de tumores, visto que os níveis do antígeno apresentam baixa confiabilidade em virtude das alterações ocorrerem ainda por questões simples da rotina e cuidados, prostatite decorrente de infecções ou por mutações neoplásicas como a hiperplasia benigna. De tal modo, a acurácia apresenta ainda variabilidade quanto à referência adotada pelo serviço uma vez que para American Cancer Society, os valores fisiológicos são menores que 4 ng/mL (BRAVO, 2022).

Sabe-se, contudo, que mesmo com níveis abaixo desse número a possibilidade do câncer não é excluída. A presença de malignidade apresenta o alerta quando se detectam números que variam entre 4 e 10 ng/mL, e com isso há 25% de chance da existência do câncer, enquanto que caso ultrapasse de 10 ng/mL, tal probabilidade aumenta para 50%. (ACS, 2019 apud PRADO, 2020). Segundo Bravo *et al.* (2022, p.

572), entretanto, as diretrizes norteadoras da assistência não direcionam para um valor específico de corte, podendo ser entre 2,5 ng/mL e 4,0 ng/mL e logo expressam a necessidade de investigação mais aprofundada.

A investigação desses parâmetros é fundamental ainda para estratificar o risco da doença em baixo, médio e alto, o qual se associa ao estadiamento e se torna um pilar para direcionar a melhor modalidade terapêutica a cada caso visto que a evolução da patologia se segue com a disseminação das mutações que propiciam jato intermitente e de força reduzida, além das interrupções (PRADO, 2020). Além disso, é possível o acompanhamento das modalidades do tratamento como a cirurgia, a radioterapia e terapia de bloqueio hormonal em função da pesquisa de recidiva bioquímica da doença e com isso, ter-se o prognóstico mais positivo quanto ao custo risco-benefício (ACS, 2019).

No entanto, a associação definitiva com a doença exige a complementação de outras variáveis, visto que é possível tratar-se de hiperplasia benigna. Em mesmo passo, sabe-se que as manifestações características apresentam-se em tumores avançados, a partir da presença de sangue na urina ou no esperma. Nessa perspectiva, os sinais são de alerta para a já presença e a evolução do câncer em função dos sintomas obstrutivos, alterações pélvicas ou perineais, edema em membros inferiores ou até lesões ósseas sintomáticas (BRAVO, 2022; PRADO, 2020). As conclusões atuais mostram nessa perspectiva que o direcionamento realizado cabe à fundamentação científica empregada, visto que existem diferentes posicionamentos quanto aos valores de corte considerados, como também, processo de rastreamento.

O rastreamento se vale de considerar os principais fatores de risco e a partir disso, realizar ações e abordagens educacionais e terapêuticas mais intensas e frequentes com o grupo selecionado. Para o êxito no tratamento diante do elucidado, é de extrema valia que o paciente obtenha o acesso aos serviços de saúde o quanto antes. Faz-se imperioso trazê-lo a investigação e assistência a partir da manifestação clínica junto à idade e os demais fatores de risco principais (história familiar e raça) ou considerá-los somente, já que a etiologia e sua fisiopatologia se encontram em investigação sem conclusões definitivas, mas com relevância notória (PRADO, 2020).

#### **4.2 Rede de Atenção ao Câncer de Próstata**

As necessidades de saúde desencadeiam diversos produtos finais, dentre patologias e problemas sociais que carecem do fornecimento equânime de assistência por recursos materiais e os serviços em si (FREITAS; ARAÚJO, 2018). Os aparatos legais da Constituição Cidadã e demais documentos como o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta artigos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 embasam, nesse sentido, a garantia dos direitos fundamentais tal qual a saúde destaca-se neste rol (BRASIL, 2010). A organização dos inúmeros personagens envolvidos exige, por sua vez, atuação em rede visando propiciar o acesso e qualidade a que a sociedade tem garantido no papel.

Surge assim a concepção de rede de saúde como um conjunto de serviços com diferentes níveis tecnológicos e atribuições. O impacto dessa articulação visa a efetividade e resolutividade e com isso, alcançar os princípios tanto doutrinários como organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Lei 8.080. Trata-se de considerar antes de tudo, o pilar fundamental com a universalização, a integralidade e a equidade, de modo a visualizar o indivíduo como um todo além da doença, como um sujeito com família e cenário repleto de fatores, que pela diversidade, carece de abordagens distintas e adequadas em recursos e modo assistencial (FREITAS; ARAÚJO, 2018).

Quanto aos demais princípios, tem-se a regionalização e hierarquização em função de conhecer o perfil de pessoas a serem acolhidas e atendidas. Maior aproximação com a realidade influencia em conseqüente possibilidade de se detectar as fragilidades e potencialidades da população com o reconhecimento dos instrumentos disponíveis e do aporte tecnológico. Além disso, tem-se a descentralização como um eixo que sustenta o aspecto de horizontalidade ao passo em que visa garantir trabalho integrado e que apesar dos diferentes níveis de atenção e delegações, o comando se consolida como único e com a participação popular em todas as etapas (DAMASCENO, 2020).

A resolutividade desses serviços demanda a atuação em conjunto com a organização de redes de atenção, às quais são compreendidas pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 do Ministério da Saúde, como arranjos de poliarquia com diferentes graus de densidade tecnológica conforme necessidades da população. A assistência das diversas dimensões possíveis dos problemas de saúde, decorre da implantação e do adequado funcionamento dos sistemas de referência e contrarreferência aos diferentes pontos dessa teia. Garante-se desse modo a

integralidade no cuidado com a operação de sistemas para apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2010).

Os distintos níveis estruturam-se inicialmente e sobremaneira sobre a Atenção Básica (AB), uma vez que esta retrata a porta de entrada para o SUS devido aos seus princípios e a ampla presença no território nacional. Tal pilar se encontra no contato contínuo ao longo dos ciclos da vida e na equipe multiprofissional capacitada para prevenir, amenizar e tratar condições desde o aspecto inicial a fim de propiciar saúde e conseqüentemente, redução de hospitalizações e complicações graves dos sujeitos. Logo, a realidade esperada tem como embasamento teórico, uma existência e resolutividade coerente com o desejado SUS universal, público e de qualidade e portanto com enfoque na promoção e prevenção (MENDES, 2011).

O agrupamento neste nível é formado por Unidades Básicas de Saúde (UBS) em que atuam as Equipes de Saúde da Família (ESF), que por sua vez engloba diferentes categorias compondo uma equipe multiprofissional de médicos clínicos gerais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e, em certos casos, a presença de especialidades de odontologistas, nutricionistas, fonoaudiólogos e psicólogos. Além disso, há os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), de modo que haja amparo para os casos que exijam vasta gama de atuação. Não menos importante, tem-se os responsáveis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais se propõem durante o horário comercial a atender aos grupos populacionais situados em uma área de abrangência delimitada. Logo, deve ser voltada para cuidado dos problemas mais comuns de saúde e centro de comunicação de todo sistema (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, a execução se solidifica e ampara a partir das Políticas Nacionais de Saúde e estas, por sua vez, estão consolidadas na Portaria de Consolidação n. 2 de 28/09/2017, anexo XXII. Além disso, a n. 3 traz diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, como também, aperfeiçoar o funcionamento do sistema e garantir o conjunto de ações e serviços de que o usuário necessita, com efetividade e eficiência. Essa organização visa, portanto, a consolidar os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Como consequência disso, os pontos de atenção à saúde tornam-se os espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde por meio de uma produção singular (BRASIL, 2017).

A impossibilidade ou baixa efetividade ocasiona por sua vez, o encaminhamento para especialidades de diferentes categorias profissionais adequadas a cada caso (MENDES, 2011). A assistência em nível sequencialmente superior envolve, nesse sentido, serviços ambulatoriais com especificidades clínicas ou cirúrgicas, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) nas quais é realizado o acolhimento de situações agudas ou a primeira abordagem em casos cirúrgicos e de trauma para estabilização, investigação diagnóstica e posterior referenciamento para os hospitais, outro pilar fundamental do nível secundário com oferta do cuidado em situações de emergência e urgência ou tratamento de patologias ou condições mais complexas, com forte presença das especialidades médicas (BRASIL, 2010).

Por fim, necessidades que demandam maior complexidade enquadram-se no perfil assistido em nível terciário nos hospitais com caráter regional, estadual e altamente especializados. Cabe citar ainda as instituições com Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) com forte presença das especialidades médicas e grande aporte tecnológico de materiais. Ademais, em função da evolução e progressão de doenças existe a realização de procedimentos cirúrgicos, transplantes e diálises (BRASIL, 2010). A funcionalidade desse percursos é dependente portanto da aplicabilidade da teoria na realidade com a interdependência das distintas peças desse quebra-cabeça e com isso, o usuário é direcionado e assistido corretamente (MENDES, 2011).

Compreende-se que para além de bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos, esses serviços demandam gerenciamento com boa comunicação e distribuição de recursos, logo a não resolutividade em um nível ocasiona agravamento clínico e posterga a alta do paciente. Diante de tais apontamentos, almeja-se a instituição da horizontalidade e do acesso gratuito com atenção direcionada a classes prioritárias no contexto da saúde, visto que hodiernamente tem-se as RAS que englobam vulnerabilidades distintas mas presentes na sociedade brasileira.

Cada rede direciona a organização e dimensionamento humano e tecnológico perante as particularidades intrínsecas a cada público-alvo. Em passo semelhante, Mendes (2011) aponta que a operacionalização exige, portanto, a cooperação contínua dos componentes, tais quais o centro de comunicação exercido pela Atenção Primária à Saúde, pontos de atenção dos níveis subsequentes. Não obstante, há os sistemas de apoio terapêutico e do mesmo modo com atividades de diagnóstico, assistência farmacêutica, assim como também de teleassistência e de informação em saúde.

A democratização da informação se faz possível e inexorável para melhor assistência e com isso, tem-se o funcionamento dos sistemas logísticos com o registro eletrônico e armazenamento de informações, prontuário clínico. Outrossim, outras bases fazem parte tais quais o acesso regulado à atenção, os sistemas de transporte em saúde e por fim, o sistema de governança. Na mesma linha, Mendes ainda aponta que a funcionalidade é confirmada com a qualidade nos serviços, o que corresponde a performance adequada de estruturas, processos e resultados e por sua vez, reflete na maior segurança para os profissionais e usuários (MENDES, 2011).

Com a formulação e vigência dos aparatos legais ocorreu, desse modo, a integração dos serviços em rede para a composição da RAS: Rede de Atenção à Saúde. Para tanto, se tem a existência diversa de redes descentralizadas e regionais, a fim de facilitar o acesso, garantir mobilidade dentre os pontos de atenção, bem como, possibilitar a efetividade visto que os profissionais envolvidos atuam conforme a territorialização pelas características geológicas e sociais. A organização da RAS nesse sentido, exige a definição da região de saúde, com a definição dos seus limites geográficos e da população, bem como estabelecimento do rol de serviços e ações que serão ali oferecidos, repartindo-se competências e responsabilidades (BRASIL, 2010).

A partir disso, tem-se então a existência das RAS: Rede Cegonha, estabelecida por meio da Portaria nº 1.459/11; Rede de Urgência e Emergência (RUE), definida pela Portaria GM/MS nº 1.600/11. Além disso, encontram-se ainda a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) regulamentada pela Portaria GM/MS nº 3.088/11, para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites), acordada pela Portaria GM/MS nº 793/12; e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, pela Portaria GM/MS nº 438/14 (TOFANI, 2021).

A diversidade da população em suas necessidades de saúde, suscita múltiplas condições socioeconômicas e biológicas que para a funcionalidade exposta e garantida em lei com criação e aplicação das redes exige tal reconhecimento por todos os envolvidos. Nessa perspectiva, possibilita-se refletir o quanto o envelhecimento populacional notável na epidemiologia, aponta para a dimensão das doenças crônicas como um enfoque a ser estudado e aplicado nos serviços de saúde (MENDES, 2018). Dentre essas patologias, o câncer revela-se como preponderante e desencadeador

de inúmeras consequências para a vida do indivíduo em aspectos fisiológicos, emocionais e sociais. Nesse sentido, elaborou-se a Política Nacional de Atenção Oncológica com vistas a assegurar resolutividade e qualidade nos diversos níveis de atenção empregados na assistência (BRASIL, 2013).

A assistência ao câncer passa por um conjunto de fatores físicos e psicoemocionais desde a suspeita inicial e, diante disso, o usuário carece de acompanhamento multidisciplinar de qualidade com integralidade e, sobretudo, resolutivo. Nessa perspectiva, a articulação dos serviços mostra-se inexorável para que os encaminhamentos e intervenções possam culminar na melhor abordagem terapêutica com prognóstico benéfico possível a cada caso. O documento legal foi instituído pela Portaria nº 874 em 16 de maio de 2013, culminando em embasamento para prevenção e controle, redução da mortalidade e progressão da doença. Salienta-se ainda a carência de reduzir as chances de incidência de certos tipos cancerígenos e com ações de promoção, prevenção, detecção precoce e tratamento, elevar a qualidade de vida dos indivíduos dentro das possibilidades (BRASIL, 2013).

A atenção ao câncer se vale da adequada organização, educação permanente dos profissionais com atualizações contínuas e aquisição de conhecimentos específicos e pertinentes ao cuidado. O sujeito é assistido por trabalhadores fundamentados na humanização e em uso de tecnologias para a prevenção e controle dos fatores de risco e alerta quanto aos determinantes de saúde (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021).

As instituições são guiadas pela constatação do câncer como um distúrbio crônico prevenível que implica na imprescindibilidade da oferta do cuidado integral ao longo de todo percurso terapêutico. A organização dos pontos da rede se organizam assim para o tempo oportuno e abordagem integral para o melhor prognóstico possível envolvendo expandir os espaços de atuação para ambientes domiciliares e equipamentos sociais tais quais as escolas, igrejas e centros comunitários (BRASIL, 2013).

Conforme apontado hodiernamente pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), diante da relevância do envelhecimento populacional, tipologias cancerígenas tornam-se mais notórias de modo que o câncer de pele não melanoma aparece como o mais prevalente, seguido do câncer de próstata (INCA, 2022). A patologia exige eficiência na condução para confirmação diagnóstica em tempo oportuno, decorrentes da aplicação real do sistema interligado com referência e contrarreferência executadas

adequadamente, tal como garante a Lei nº 10.289, a qual institui o Programa Nacional de Controle de Câncer de Próstata, instituído em 20 de setembro de 2001 (BRASIL, 2001).

Encarado como um problema de saúde pública que afeta principalmente os idosos, o Programa ressalta a importância e firma a necessidade de elaborar campanha institucional nos meios de comunicação, com mensagens sobre o que é o câncer de próstata e suas formas de prevenção com maior divulgação em novembro, elencado pelo Ministério da Saúde como mês de representação. Tal alicerce estabelece que devem ser adotadas parcerias dos pontos de atenção junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, colocando-se à disposição da população masculina, acima de quarenta anos, exames para a prevenção ao câncer de próstata. (BRASIL, 2001).

Além disso, é garantido legalmente que universidades, sociedades civis organizadas e sindicatos, tenham parcerias de modo a organizar-se debates e palestras sobre a doença e as formas de combate e prevenção a ela. Não obstante, tem-se assegurado a sensibilização e capacitação frequente dos profissionais de saúde, quanto a novos avanços nos campos da prevenção e da detecção precoce do câncer de próstata (BRASIL, 2001). Como resultado, se tem a estrutura sólida para a construção e funcionamento da assistência em teia, englobando os diversos pontos e recursos necessários à especificidade da doença e do público enfermo.

#### **4.3 A atenção básica e sua atuação nos casos de câncer de próstata**

A Atenção Básica é tida pelo Ministério da Saúde como eixo articulador entre os diferentes serviços existentes na Rede de Atenção à Saúde (RAS) devido à procura e à identificação dos problemas de saúde, o que permite o encaminhamento necessário e a continuidade do cuidado. A abordagem inicial ao paciente, dá-se a partir das queixas suspeitas e investigação aprofundada da associação com os fatores de risco. Desse modo, preconiza-se que os profissionais atuantes nesse nível, iniciem e prossigam com a investigação para a conclusão diagnóstica e o acompanhamento do usuário (CAMPOS, 2019).

Em consonância à Banzato (2021), a consolidação das atribuições decorre da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que foi aprovada em 2006 e passou por alterações, com a aprovação da versão vigente e atualizada pela Portaria 2.436 de

2017. Tais aparatos legais estão alinhados com a legislação que regulamenta o SUS, logo o enfoque na assistência volta-se para a qualidade, resolutividade e abrangência para ofertar acesso na saúde pública.

Neste cenário, a organização e condutas adotadas se fundamentam em princípios e diretrizes que direcionam a organização dos serviços prestados, o papel e postura profissional. O pilar engloba a universalidade, ou seja, compreende amplo acesso aos serviços e ações, sem qualquer tipo de discriminação (BANZATO, 2021).

A equidade, por sua vez, reforça o reconhecimento que todos precisam da atenção mas não do mesmo atendimento, pois há fatores particulares do usuário.

Enquanto que a integralidade corresponde ao acesso e encaminhamento com avaliação profissional em que o sujeito seja encarado como um ser complexo com dimensão social, cultural, familiar e psicológica (BANZATO, 2021).

Constrói-se desse modo, a compreensão do necessário acolhimento por todas as categorias atuantes na equipe, bem como os diferentes serviços existentes na unidade de saúde. Não suficiente, a base da RAS guia-se por diretrizes as quais são: regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BANZATO, 2021).

Instituída pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH, compõe o enfoque da abordagem particular na atuação para esse público através da Portaria GM/MS nº 1944, em 27 de agosto de 2009. No documento base da PNAISH, a Atenção Primária é reconhecida como espaço estratégico para consolidação das ações em Saúde do Homem. Tendo em vista o seu potencial para a mobilização dos sujeitos para as ações de prevenção e promoção da saúde, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) vêm sendo consideradas como importantes dispositivos para consolidação da política.

Encara-se que as UBS correspondem a um espaço no qual o vínculo dos homens com as equipes de saúde pode ser estabelecido e o cuidado concretizado (BRASIL, 2009). No entanto, as evidências assim como as expostas por Veras *et al.* (2017) apontam que um grande problema quando o assunto é a saúde masculina está relacionado à baixa adesão ao serviço de saúde principalmente na Atenção Básica.

A política possui eixos que são eles: o acesso e acolhimento; paternidade e cuidado; doenças prevalentes na população masculina; prevenção de violência e acidentes; e saúde sexual e reprodutiva, objetivando com que a população masculina

esteja cada vez mais integrada e incluída na gestão das campanhas de saúde do SUS, para maior acesso e participação nos programas de saúde com a finalidade de obter indivíduos conhecedores e praticantes de saúde preventiva, tornando-os agentes de promoção e prevenção à saúde (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, salienta-se ainda que diversos métodos terapêuticos podem ser abordados e implementados como por exemplo acompanhamento periódico, radioterapia, cirurgia, hormonioterapia ou quimioterapia. Com isso, cada vez mais as pesquisas vão avançando e evidências são confirmadas ou reformuladas demonstrando que é de suma importância à educação continuada sobre os avanços da patologia que vem se expondo de forma crescente (CHAKORA, 2014).

A respeito da construção e compartilhamento de informações, é visto que a RAS se articula inicialmente a partir da educação em saúde que permite o reconhecimento dos fatores de risco e consequente investigação que pode ser feita em screening ou para detecção precoce. No screening aplica-se o rastreamento em uma população assintomática de risco, geralmente por iniciativas governamentais. Enquanto que na detecção precoce, diferentemente, avalia-se individualmente os pacientes para determinar a investigação (DAMIÃO *et al.*, 2015).

Diante disso tem-se distintos caminhos tomados na realidade, visto que há divergências entre o alicerce teórico. Por um lado, são expostas evidências contrárias à detecção precoce em virtude de excessivo aumento diagnóstico e terapêutico, também chamado de overdiagnosis e overtreatment, que poderia desencadear ansiedade nos usuários (DAMIÃO *et al.*, 2015).

A partir da alteração e multiplicação celular com o desenvolvimento do câncer de próstata, o quadro clínico carece de investigação a fim do diagnóstico o quanto antes e desse modo, tem-se início ao itinerário terapêutico. Para Alves (2015), corresponde ao percurso de serviços e instituições que o paciente percorre desde a identificação até o tratamento e melhoria de qualidade de vida ou para desfecho negativo com o óbito. Com tal conjuntura, a ampla fundamentação científica e adotada pelos profissionais atuais está amparada pelo Ministério da Saúde e este encontra-se em consonância com a Sociedade Brasileira de Medicina de Saúde da Família (SANTOS; ABREU; ENGSTROM, 2021).

Conforme os autores supracitados, a diretriz da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) corrobora mais uma vez para descartar-se realização em larga escala de exames constrangedores e sim, destiná-los aos indivíduos com fatores de risco e

em faixa etária risco para o câncer. O embasamento orienta, assim, para uma estratégia risco-orientada de forma individualizada, devendo ser oferecida para homens bem informados com boa performance-status e expectativa de vida de no mínimo 10-15 anos (NE:3/GR: B).

Nesse sentido, o rastreio precoce de antígeno prostático específico (PSA) deverá ser oferecido para homens com elevado risco de CP, que inclui (NE:2b/GR:A): a) > 50 anos; b) > 45 anos e história familiar de CP; c) afro-americanos; d) antígeno prostático específico (PSA) > 1 ng/mL aos 40 anos de idade; e) PSA > 2 ng/mL aos 60 anos de idade (SANTOS; ABREU; ENGSTROM, 2021).

A conclusão, entretanto, demanda qualificada investigação diagnóstica e esta dá-se pela somatória de evidências avaliadas pela equipe da Atenção Básica, preferencialmente ou de outro local da RAS. A segurança de atuação exige a constatação de quadro clínico associado a alterações em níveis de Antígeno Prostático Específico (PSA), que exige por sua vez, confirmação com a realização do exame de Toque Retal Digital (TRD) com um urologista (SANTOS; ABREU; ENGSTROM, 2021).

Após a análise dos resultados, têm-se então, a decisão médica e em casos de alterações com aspecto suspeito o sujeito é classificado a partir da estratificação de risco e direcionado para realizar a biópsia do material. Em casos de confirmação, o homem retorna ao especialista e este orienta quanto ao fármaco e modalidade de tratamento conforme o estadiamento que pode apresentar muito baixo, baixo ou intermediário e alto risco. Com isso, é iniciada a terapia adequada que pode ser radioterapia, terapia de privação androgênica ou também, procedimento cirúrgico de prostatectomia (SANTOS; ABREU; ENGSTROM, 2021).

Nessa perspectiva, a intervenção é cessada ou modificada a depender da resposta do paciente, o qual ao longo de todo o processo deve ter assistência pela contrarreferência à UBS de origem para acompanhamento multiprofissional. Em situações de complicações sérias e de não resposta, a vulnerabilidade do quadro é avaliada e pode ser indicada a adesão aos cuidados paliativos (SANTOS; ABREU; ENGSTROM, 2021).

Sendo assim, é imprescindível que sejam ofertados serviços de saúde preparados e amparados pela Rede de Atenção Oncológica, ressaltando a importância do acompanhamento periódico com a realização de consultas e exames. Reflete-se logo, tal como proposto por Elias e colaboradores (2021), a atuação da

Atenção Básica destaca-se ao passo que a partir da identificação dos sinais e sintomas, é realizada a solicitação de exames e o encaminhamento para o profissional e especialidade adequados.

Os autores abordam ainda acerca da significância da educação em saúde a respeito de mudança nos hábitos de vida, orientações quanto aos fatores de risco, prevenção de complicações e acompanhamento quanto a eficiência e adesão no tratamento (ELIAS *et al.*, 2021). No mesmo passo, Ribeiro e colaboradores (2015) contribuem com o apontamento de escassez de informações entre os usuários sobre fatores de risco e exames para detecção da neoplasia, bem como para a notoriedade de tabu e dúvidas acerca da temática.

O papel educativo exerce bastante influência no processo da assistência como um todo, de tal modo que a partir do uso do diálogo contínuo e horizontal com metodologias acolhedoras, a divulgação de informações e o acolhimento torna-se mais facilitado. No mesmo caminho, autores como Veras *et al.* (2017) abordam que se pode se refletir acerca de uma relação possível do alto índice da patologia decorrido de vasta quantidade de homens que não possui o conhecimento sobre o principal fator de risco para o câncer de próstata, a idade. Por conseguinte, eles acabam por não procurarem na idade correta informações que levem a descoberta do problema e com isso, as alterações e complicações causadas pela neoplasia se amplificam e podem levar ao agravamento do quadro.

Corroborando com tais apontamentos, Moraes *et al.* (2017) ressaltam a melhor forma de tratamento como prevenção e que para isso, faz-se imprescindível que a população saiba identificar sinais e sintomas da doença e assim conseguir um prognóstico de maiores chances de resultado positivo e conseqüentemente a cura. Em linhas semelhantes, Elias *et al.* (2021) propõem que avaliar diante suspeitas, se confronte com a compreensão de que muitos casos são assintomáticos e as manifestações são mais presentes com o avançar do quadro. Em contrapartida, nos casos sintomáticos as primeiras manifestações que os pacientes relatam são dificuldade ao urinar, jato urinário fraco, e sensação de não esvaziar totalmente a bexiga.

Diante tal conjuntura, mais uma vez lembra-se do papel dos profissionais que compõem as equipes das unidades em exercer investigação qualificada dos fatores de risco, e o acolhimento ampliado para assegurar o crescimento e continuidade da procura dos homens pelos serviços, o que contribui para o seguimento da identificação

e encaminhamento precoce. Ademais, resgata-se a compreensão da atribuição de trabalhar a educação em saúde nesses espaços, sobretudo quanto à importância da saúde preventiva através de rodas de conversas, discussões em grupo, palestras e campanhas para que haja maior compreensão e adesão aos tratamentos preventivos (ELIAS et al., 2021).

Sob outro aspecto positivo mune o usuário de informações importantes que contribuem no autocuidado e o enfrentamento do adoecimento. Logo, a primazia pela ciência da concepção acerca da masculinidade, tabus faz-se compreensível e inerente ao raciocínio clínico no dia a dia juntos aos usuários das UBS. Cabe lembrar que os fatores socioeconômicos podem somar-se aos medos dos homens, expondo a influência do papel de provedor e horário no mercado de trabalho incompatível com o acesso aos atendimentos de saúde (SERRA et al., 2020).

#### **4.4 A enfermagem e sua importância na detecção precoce do câncer de próstata**

A literatura aponta diversos entraves que distanciam os homens quanto ao atendimento nos serviços de saúde e dentre eles, a construção social e cultural do que é ser masculino. O papel do homem é socialmente construído pela concepção de força inabalável, pilar familiar na administração financeira e decisões. Nessa perspectiva, o adoecimento é encarado como semelhante à fraqueza e reconhecer-se como vulnerável vai contra o que seria esperado socialmente e assimilado pelos homens. Tal percepção é ampliada negativamente quando se tem exposição da genitália masculina ou região anal, encarada como proibida e intocável (COELHO; SILVA, 2018).

A sexualidade acaba por ser colocada em jogo, assim como a visualização de si como o herói vigoroso e que suporta todos, e desmorona. Falas de participantes em estudos ilustram tais máximas, visto que expõem em suas falas e reações, o receio de realizar exames e consultas de rotina, em especial a se tratar da próstata. Não suficiente, outro obstáculo é expresso acerca do conflito direto de horários entre a jornada de atividades diárias com o funcionamento dos estabelecimentos de saúde, logo a ida e continuidade dos atendimentos torna-se dificultada (MARTINS, 2020).

À luz da imprescindibilidade da assistência, Coelho e Silva (2018) apontam que esta constitui-se com o estabelecimento de vínculo, condutas adequadas e

atualizadas conforme evidências a fim de proporcionar o melhor cuidado possível. Os autores propiciam a reflexão acerca da práxis do profissional enfermeiro já que seu objeto de trabalho é um sujeito dotado de diversas dimensões, as quais são afetadas pelo adoecimento com o câncer.

A patologia envolve diversos aspectos da complexidade humana ao passo que pelo potencial de evolução, exige resolutividade bem como sensibilidade ao lidar com tratamento contínuo, receio da morte e rede familiar. Somar essas reflexões à epidemiologia da doença, reflete em constatar o vasto impacto no Sistema de Saúde, uma vez que o câncer prossegue como uma das causas mais predominantes no país e no mundo. Paiva et. al (2019) ainda destacam a influência relevante das questões de gênero, haja vista que os números de letalidade encontram-se maiores no usuários do público masculino.

Leva-se em conta que o acolhimento e a transformação da realidade estão intimamente associados à responsabilidade inerente aos profissionais de saúde. Coelho e Silva (2018), seguem explicando que lhes cabe o papel de esclarecer as dúvidas dos pacientes e propor novas alternativas para aumentar a participação dos homens nas medidas preventivas do Câncer de Próstata, como atividades de educação em saúde, a fim de diminuir a mortalidade da doença. E, dentre a equipe multiprofissional, o enfermeiro tem uma participação primordial, pois possui atribuições e conhecimentos científicos que vão colaborar de maneira significativa para a manutenção e qualidade de vida desses pacientes, por meio de palestras, campanhas e divulgação de medidas preventivas (COELHO; SILVA, 2018).

Soma-se a isso, a compreensão de que o exercício desta categoria engloba atuação em diferentes níveis de complexidade e está inserida em todo o caminho percorrido pelo paciente desde a educação em saúde, diagnóstico e também tratamento. Sob tal ótica, as evidências apresentam quantitativo considerável de modelos emergentes que têm incluído a avaliação das necessidades de suporte por enfermeiros. Os autores apontam, contudo, que o cenário brasileiro demonstra necessidade de melhor delineamento e aplicabilidade de práticas assistenciais otimizadas nos distintos níveis de atenção (PELOSO-CARVALHO *et. al*, 2021).

É notável a participação da enfermagem e o quão se faz essencial devido à aplicação do saber científico e o agir com maestria em educação em saúde e aconselhamento, como também na preparação e acompanhamento da abordagem terapêutica do câncer de próstata. Não obstante, os autores abordam a contribuição

para promover a recuperação sexual entre os pacientes com disfunção erétil que afeta sobremaneira a qualidade de vida dos homens, bem como os cuidados biopsicossociais que se fundamentam no ser humano como ser holístico (PELOSO-CARVALHO *et. al*, 2021).

Quanto à realidade enfrentada, as evidências direcionam para o impacto benéfico do papel educador do enfermeiro, uma vez que a educação em saúde proporciona a divulgação de conhecimentos o que possibilita maior autonomia dos sujeitos no seu processo saúde-doença. Outrossim, o impacto ocorre na resolutividade na rede de saúde como um todo, visto que munido de saberes acerca dos cuidados, fatores de risco e demais conhecimentos acerca da patologia favorece que o diagnóstico e tratamento iniciem em tempo hábil, além de evitar maior exposição às complicações (ARAÚJO *et al.*, 2018).

Pensando na atuação na Estratégia Saúde da Família, este profissional se volta para as orientações contínuas, além da participação ativa em campanhas que reforçam a relevância do câncer de próstata e sua prevalência no cenário brasileiro. Além disso, participa do gerenciamento do cuidado quanto à avaliação clínica e intervenções necessárias, como também por encaminhamento ao profissional médico que por sua vez poderá solicitar exames e seguir com condutas para a investigação. Diante de tais colocações, mostra-se a enfermagem como pilar fundamental para a assistência e promoção à saúde dos homens (PELOSO-CARVALHO *et. al*, 2021).

A divulgação contínua de informações possibilita o maior interesse e envolvimento do público masculino para o reconhecimento de sinais de alerta. Igualmente, contribui na redução ou eliminação de exposição aos fatores de risco evitáveis. A abordagem, por sua vez, exige sensibilidade para desconstruir o estigma e estimular a procura por atendimento e autopercepção da condição de saúde dos sujeitos. Consequentemente, suscita que o percurso terapêutico seja feito de forma efetiva. Nessa perspectiva, os enfermeiros devem investigar as necessidades e fornecer orientações, em todas as fases do tratamento, em virtude de que os usuários possam estruturar a auto eficiência e lidar melhor com o câncer (BAKER; WELLMAN; LAVENDER, 2016).

À luz de pesquisadores como Sobral (2020), em virtude da carga forte que o câncer de próstata possui desde sua abordagem educativa, e de maior intensidade com o diagnóstico realizado, manifestações masculinas apresentam-se com a gênese de sentimentos de tristeza, revolta e incapacidade. Concebe-se logo, a ênfase

justificada no enfermeiro quanto à tal temática, direcionando-se para o aconselhamento preventivo e terapêutico, a fim de cumprir o papel a que se propõe: ativo na efetivação da promoção e manutenção da saúde, assegurando a qualidade de vida dos sujeitos.

Sabe-se que a enfermagem é uma ciência que, como tal, fundamenta-se em um vasto leque de saberes e apresenta evidências que orientam as intervenções e abordagens. Para tanto, um dos pilares que norteiam esse cuidado decorre das teorias de enfermagem. A literatura de Lúcio, Pagliuca e Cardoso (2008) expõem que elas se tornaram um instrumento que guia a atuação única da categoria. Em mesmo passo, Costa e colaboradores (2020) tratam acerca do embasamento para a atuação de forma que as elaborações dessas teorias possibilitam a agir mais sensível às potencialidades, desejos, necessidades e anseios possíveis aos homens.

Diante tais apontamentos, cabe somar acerca da enfermagem no gerenciamento do cuidado da mesma maneira que na atuação direta ao sujeito. O enfermeiro na UBS desse modo, consolida a atenção primária a partir não somente com intervenções de caráter educativo, mas também, na assistência através da busca ativa na área juntamente aos Agentes Comunitários de Saúde. Relembrando a idade como um fator de risco reconhecido e primordial como colocado pelas literaturas, tal ação almeja identificar homens com fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de próstata, dentro da faixa etária preconizada (CARVALHO et al., 2017).

Carvalho e colaboradores (2017) apontam que, além disso, o vínculo também é fortalecido, o que pode favorecer maior comparecimento e continuidade para a procura de consultas e realização dos exames solicitados. Ao mesmo passo, Serra et al. (2020) abordam o papel deste profissional em incentivar e estimular a presença do homem nos serviços de saúde, haja vista a maior dificuldade ao comparar a busca das mulheres pela assistência. Desse modo, age em prol do autocuidado e redução da probabilidade de agravos do câncer em questão.

Além disso, a literatura aponta para a importante realização de encaminhamentos para a atenção secundária a depender da necessidade de cada caso (SERRA et al., 2020). Em consonância aos autores, Campos (2019) aborda a UBS como articuladora da Rede de Atenção à Saúde e que desta forma, o cuidado prestado no nível primário pelo enfermeiro promove a efetividade da assistência como um todo e, contribui para o prognóstico menos prejudicial dentre as possibilidades existentes do processo saúde-doença de cada indivíduo.

Dentre as diversas fundamentações do cuidar, pode-se salientar a relação da atuação na Atenção Básica com a teoria do autocuidado de Dorothea Orem elaborada nos anos de 1959 e 1985, uma vez que se aproxima sobremaneira da temática. Orem ao pensar no impacto da assistência da enfermagem, propõe refletir acerca de práticas com o envolvimento do sujeito para realizar o em de si mesmo, haja vista que esteja envolto por um conjunto de atividades preventivas ou terapêuticas de agravos de saúde. A partir de tais considerações, faz-se exequível a conclusão assertiva da exigência ou não do profissional enfermeiro (SANTOS *et al.*, 2020).

Conforme Silva e colaboradores (2021), a teoria Déficit de Autocuidado, trata-se de uma tese geral que corresponde a uma das bases iniciais e fundamentais da enfermagem. Nessa perspectiva, é composta por vertentes específicas: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit do Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem, de modo que o primeiro saber volta-se para o porquê e como os indivíduos realizam os cuidados de si mesmos. Por sua vez, o raciocínio de Déficit se debruça sobre a razão em necessitar de assistência do enfermeiro.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem, por fim, descreve as relações que devem ser realizadas para que a assistência ocorra de fato. Sob tal ótica, Orem ressalta a importância da participação do paciente para o autocuidado, haja vista que possibilita ao mesmo assumir e desempenhar a responsabilidade no seu tratamento (SILVA *et al.*, 2021). Nessa perspectiva, pensa-se que o profissional enquanto educador em saúde, pode apropriar-se de tais conhecimentos a fim de encarar os tabus e receios em torno do câncer de próstata e com isso, promover orientações e articular condutas a fim de que se identifiquem riscos, usuários mais vulneráveis e se houver, a detecção precoce da patologia.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Participaram do estudo 11 profissionais, sendo 5 enfermeiros (as) que ocupavam o cargo de gerenciamento e assistência na Unidade Básica de Saúde (UBS); 2 assistentes sociais; e 4 médicos (as). Os participantes dispunham de um tempo de trabalho que variou de 06 meses a 21 anos nos seus respectivos ambientes de saúde, sendo 10 do sexo feminino e 1 do sexo masculino.

A partir da análise dos dados emergiram três categorias: a categoria 1 foi denominada de “Entraves para a detecção precoce do câncer de próstata e limitações

da adesão do público masculino aos programas de Atenção à Saúde do Homem”, que teve como base as respostas das questões 1, 2 e 5 da entrevista semiestruturada. Por conseguinte, construiu-se a categoria 2, chamada de “Articulação dos profissionais de saúde frente ao rastreamento do câncer de próstata”, que respondiam às questões 3 e 6 da entrevista.

E por último, a categoria 3, que teve como título “Ações para promoção da detecção precoce do câncer de próstata”, respondendo à questão de número 4 da entrevista. As referidas categorias seguem apresentadas abaixo, entremeando as entrevistas, de maneira complementar e convergente com as literaturas.

A primeira categoria deste estudo envolve as percepções dos profissionais entrevistados a partir do contexto do entendimento sobre a detecção precoce do câncer de próstata; do conhecimento da existência de um protocolo de atendimento para a investigação precoce do câncer de próstata; e de quais são as principais limitações que a equipe da Unidade Básica de Saúde enfrenta para realizar ações de detecção precoce do câncer de próstata. Esta categoria emergiu exclusivamente dos relatos dos profissionais entrevistados e agregam os elementos objetivos e subjetivos.

### **Categoria 1 - Entraves para a detecção precoce do câncer de próstata e limitações da adesão do público masculino aos programas de Atenção à Saúde do Homem**

Quando questionados sobre como eles entendiam a detecção precoce do câncer de próstata, a maioria se deteve às explicações elementares sobre a descoberta da patologia em seu estágio inicial, como pode ser observado nas falas a seguir:

*“Doença/problema de saúde com diagnóstico inicial, em fase inicial que possibilita o tratamento de forma adequada e que possibilita, na maioria das vezes, resultados positivos” (profissional 2).*

*“Eu entendo que tem que ser um trabalho preventivo, através de exames e tem a questão também da idade né? E de acordo com a consulta o médico vai ver se já tá na idade de fazer o PSA pra pedir, pra ver se tem alguma alteração. A questão mesmo de se consultar rotineiramente, de buscar cuidar da saúde de forma preventiva e não encontrar uma dor, um problema e vir tratar em cima disso. Os homens não têm tanto o hábito de consultar quanto as mulheres, mas eles vêm também, os mais velhos” (profissional 4).*

*“É a busca ativa de todos os homens acima de 50 anos, no intuito de rastreamento de*

*câncer de próstata” (profissional 5).*

*“Detecção de uma doença antes do surgimento de sinais e sintomas. Um termo muito usado também é o de rastreamento” (profissional 6).*

*“Detectar o problema na fase inicial” (profissional 7).*

*“Rastreamento pré clínico de lesões pré cancerígenas” (profissional 8).*

*“Descoberta em tempo hábil para sucesso no tratamento” (profissional 9).*

Nessa conjuntura, as falas dos profissionais não exibiram um consenso sobre a realização do rastreamento na população geral e qual a idade ideal para início do rastreamento. No Brasil, o Ministério da Saúde (2016) orienta a realização do exame de próstata a partir dos 40 anos, devendo ser realizado anualmente. Dentre os procedimentos para o rastreamento pode ser realizado por quantificação de PSA sérico e toque retal (BRASIL, 2016; MACHADO e PEREIRA, 2017).

Também foram observados nos discursos dos entrevistados algumas informações sobre os exames necessários para o rastreamento e sobre o conhecimento da existência de um protocolo de atendimento para a investigação precoce do câncer de próstata.

*“Exames de sangue PSA e ou toque retal” (profissional 1).*

*“Exame físico, exames de rotina, laboratoriais, e se necessário exames de imagem” (profissional 2).*

*“O médico faz a orientação na consulta, ele pede PSA e de acordo com as queixas, ele vai ouvir as queixas para poder entender o que ta acontecendo com aquele paciente que já procurou tendo algum problema e quando não, ele sempre pede esses exames de rotina que é o PSA. A gente fortalece mais quando tá tendo aqueles meses, quando tá tendo o novembro azul, assim datas específicas. A gente já foi em empresas, trabalha aqui em forma de palestra, conversa, orientação individual. Quando eles vão fazer também aquele teste rápido, aí a gente conversa de sempre tá ligado nessa questão da próstata, do cuidado com esse câncer que é comum. Assim, somente com orientação e conversa durante as ações e no dia a dia, quando a gente tem oportunidade também, a gente conversa com eles e enfatiza essa parte” (profissional 4).*

*“A clínica do paciente, solicitar PSA e acima de 50 anos o toque retal, e quando necessário encaminhar pra o urologista” (profissional 5).*

*“São 2 possibilidades. Se o paciente já tem sinal ou sintoma suspeito, são solicitados exames laboratoriais e de imagem de acordo com as queixas. Caso o diagnóstico seja corroborado por tais exames, o paciente é encaminhado ao urologista para manejo especializado. Na segunda situação temos aquele paciente assintomático que se encontra na idade preconizada de rastreamento (que varia de 40 a 50 anos, de acordo com a sociedade de urologia ou órgão em questão) ou aquele paciente que solicita o rastreamento. Neste caso é exposto ao paciente todos os prós e contras do rastreamento; uma espécie de negociação. Se o paciente concorda e deseja o rastreamento, este é feito com a dosagem laboratorial do PSA de maneira conjunta com o toque retal. Caso haja alteração em qualquer um desses exames, prossigo a investigação conforme na situação 1 exposta anteriormente” (profissional 6).*

*“Não temos protocolo local, somente do Ministério da saúde” (profissional 7).*

*“Solicito PSA em homens acima de 50 anos. Caso, apresente alterações ou na vigência de sinais e sintomas sugestivos, encaminho a urologia” (profissional 10).*

As falas dos profissionais corroboram com o manual de detecção precoce do câncer do Ministério da Saúde em parceria com o INCA (2021), que versam sobre detecção precoce do câncer de próstata que tem sido um tema extensamente estudado e causa de debates entre especialistas da área. Isto porque estudos demonstram desequilíbrio entre os possíveis riscos e benefícios na realização de exames para o rastreamento desse câncer.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde em parceria com o INCA (2021), estudos que avaliaram a efetividade do rastreamento do câncer de próstata com PSA apontam que a taxa de resultados falsos-positivos varia de acordo com o limiar do resultado, de 11,3% (quando o limiar utilizado é de 4,0 ng/ml) a 19,8% (quando é de 3,0 ng/ml). Homens que têm um resultado positivo, geralmente, são encaminhados para a investigação diagnóstica, a qual inclui a realização de biópsia da próstata. A depender de fatores biológicos e do limiar do resultado utilizado, poderão ser submetidos a múltiplas biópsias ao longo do tempo, aumentando o risco de danos.

Estudos que buscaram avaliar a efetividade do rastreamento demonstraram alguma possibilidade de benefício em reduzir a mortalidade específica por câncer de próstata, porém acompanhada de importantes danos associados à investigação e ao sobrediagnóstico. Já outra pesquisa avaliou a efetividade do rastreamento e o

resultado demonstrou que não houve redução significativa da mortalidade específica, sendo identificados elevados índices de danos à saúde dos homens, como a realização de biópsias para refutar resultados falsos-positivos e uma taxa de sobre tratamento aproximada a 50% (BRASIL; INCA, 2021).

Considerando as melhores evidências científicas, embora o PSA e o toque retal sejam exames considerados controversos para o rastreamento, diretrizes nacionais e internacionais recomendam sua utilização para a investigação e a confirmação diagnóstica do câncer de próstata. Além disso, ambos os exames têm importante papel na avaliação do prognóstico do câncer de próstata e o PSA é utilizado ainda na avaliação de recorrência desse câncer (BRASIL; INCA, 2021).

Quando questionados sobre as principais limitações que a Equipe de Saúde da Família enfrenta para realizar ações de detecção precoce do câncer de próstata, as respostas dos entrevistados abordaram duas principais características, a saber: a falta de recursos financeiros e a pouca procura do público pelo serviço de saúde, conforme é demonstrado nas falas:

*“Quantidade limitada de exames oferecidos pelo SUS, bem como especialidade em pouca quantidade pra atender esse público” (profissional 2).*

*“É assim, a procura mesmo. A procura do próprio usuário que não é tão alta, não existe tanta procura. Existe, tem a procura mas não é muito alta. Então assim, tem que ter essa comunicação, dos meios de comunicação. Está bem mais acessível hoje, mas que ainda é pouca a procura e pode melhorar mais. Agora eu acredito ao longo do tempo é que vai tornando mais frequente” (profissional 4).*

*“É desafiador realizar detecção precoce porque o público masculino procura bem menos a UBS” (profissional 6).*

*“Em primeiro lugar, falta de estrutura, somos no momento, duas unidades de saúde, dividindo o mesmo espaço físico, falta acesso dos homens a consulta com especialista e nem sempre o SUS fornece o PSA, sem contar a dificuldade que muitos homens têm em se deslocar pra o PAM e a dificuldade de oferta desses serviços, pois a maioria dos homens trabalham fora e os serviços não são ofertados no horário de folga deles” (profissional 7).*

*“Falta de reagentes para realizar o PSA, capacidade pelo SUS de Ultrassonografia prostática e consultas de Urologistas muito poucas vagas. ” (profissional 8).*

*“Limitação financeira para realização de exames complementares, exceto PSA, além da negação em realizar o toque retal pela maioria dos homens, devido questões culturais (tabu) ” (profissional 10).*

*”Não é fácil, trabalhar com o homem pra extrair dele a questão de confidenciar os problemas de saúde parece que ele tem assim dentro dele, na raiz, tipo aquela questão de sou forte, não posso mostrar fragilidade. Infelizmente não é bem assim, mas é a percepção que nós temos. É difícil. Além da sensibilização, existe a questão da referência e contrarreferência que até pouco tempo, a gente tinha muita dificuldade. A gente não tinha urologista atendendo pelo SUS, mas hoje em dia, a gente já tem oferta. Então assim muitas vezes, embora a pessoa não soubesse, ele não estaria na condição de espera. Aí é umas das frustrações também. É diferente de quando a gente consegue ter a certeza de que era um problema mais sério, a coisa flui melhor, mas pra aquela situação ambulatorial que acha pode esperar, aí a coisa dificulta um pouco. Mas tá caminhando, um trabalho de formiguinha né? Aí pra quem já não tem muita adesão pelo serviço, pelo autocuidado, tudo é um motivo pra dizer assim: “é por isso que eu não procuro, que eu não venho, não posso contar com nada, tá entendendo?” já não é muito fácil”. Eu percebo essas dificuldades na resolutividade das demandas, primeiro existe a resistência por parte deles, então assim vence toda a conquista mas nem tudo que a gente precisava ofertar, a gente tem o serviço ofertado em tempo oportuno. São barreiras que a gente vê assim, a gente queria muito mais que a gente pudesse ter um espaço em que a gente pudesse tratar, conversar com privacidade. Muitas vezes, a gente infelizmente o que a gente tem é uma sala de espera mesmo. A gente não tem esse espaço estrutural né? E quando a gente realmente precisa correr contra o tempo quando se depara com uma situação mais difícil, infelizmente assim, a gente vê aquela situação com muito mais clamor que a perspectiva de resolutividade.” (profissional 11).*

Durante os relatos foi possível perceber a grande dificuldade para discutir sobre os cuidados da saúde dos homens por muitos não terem os hábitos de cuidar da própria saúde, além de que o público em questão não reconhece a necessidade de ter um acompanhamento médico de rotina, procurando o serviço de saúde somente quando apresentam alguma patologia. Além disso, algo muito comentado pelos profissionais entrevistados, é a resistência da população masculina em conversar sobre o tema, em especial sobre o diagnóstico do câncer de próstata.

Diante da ideia de invisibilidade masculina na Atenção à Saúde decorrente da escassez de programas centrados na saúde desta população, o Ministério da Saúde, em 2009, criou o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), por meio da Portaria nº 1.944, que possui como princípio básico a orientação de ações e serviços de saúde para população de homens entre 20 e 59 anos, com garantia de integralidade, equidade e humanização do atendimento. Entretanto, a Atenção Básica, em geral, não possui serviços de saúde centrados na saúde do homem, resumindo suas ações às palestras sobre hipertensão e diabetes.

Vale salientar que nenhum dos entrevistados citaram ou especificaram programas como PNAISH (BIONDO *et al.*, 2020; BRASIL; INCA, 2021).

É possível perceber através das entrevistas que o reconhecimento pelos profissionais de saúde sobre a necessidade do diagnóstico o mais breve possível, sendo realizadas campanhas pontuais para esta finalidade. Neste sentido, é necessário um comprometimento da equipe de saúde da família para realizar ações eficazes e assertivas, uma vez que o trabalho em grupo e a responsabilização dos membros da equipe de saúde são fundamentais para o desenvolvimento de um trabalho efetivo de qualidade (BIONDO *et al.*, 2020).

Ademais, a falta de adesão da população masculina às ações dos serviços de saúde, bem como a limitação dos serviços especializados, apareceram como fatores que dificultam o diagnóstico precoce do câncer de próstata. Geralmente, os homens recorrem aos serviços de saúde apenas quando a doença está mais avançada, chamando atenção para o fato de que quanto mais tardia a procura, maior a probabilidade da doença estar em seu estado mais grave e maior o esforço do paciente para a mudança de seus hábitos e aderir ao tratamento (BIONDO *et al.*, 2020).

A literatura contribui ainda, ao passo que evidencia que os fatores que interferem na adesão do homem ao rastreamento do câncer de próstata, são: a vergonha, a falta de informação, medo e preconceito em realizar os exames do toque retal e dosagem do PSA sanguíneo. A vista disso, deve-se valorizar medidas de prevenção à saúde do homem através de ações de educação em saúde, reduzindo as possíveis dúvidas, visto que se trata de um público muito resistente a realização desse tipo de exame clínico (BIONDO *et al.*, 2020).

A pouca adesão dos homens aos programas de saúde contribui para maior mortalidade e associa-se ao processo de socialização da masculinidade com a desvalorização do autocuidado, invulnerabilidade e ao comportamento de risco. Os fatores relacionados ao serviço de saúde incluem tempo perdido na espera da assistência e por considerarem um espaço feminilizado, frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres (BRASIL; INCA, 2021).

Uma informação que chama atenção até este ponto do estudo é que apenas dois dos entrevistados mencionaram a importância da faixa etária para o rastreamento do câncer, demonstrando, ainda, informações contraditórias às informações

preconizadas quanto ao rastreamento do câncer de próstata. O que torna evidente a necessidade da disponibilização de programas educativos, para capacitação e atualização dos profissionais de saúde.

## **Categoria 2 - Articulação dos profissionais de saúde frente ao rastreamento do câncer de próstata**

Esta categoria configurou-se a partir dos relatos que demonstraram a importância dada às intervenções para o rastreamento do câncer de próstata.

Constata-se na literatura as ações de educação em saúde executadas por enfermeiros que contribuem na manutenção da saúde e qualidade de vida dos homens, incluindo informações relacionadas à prevenção do câncer de próstata. Essa perspectiva é fortalecida na atenção básica, tendo em vista que o enfermeiro está mais próximo do usuário, trazendo informações, tirando dúvidas, orientando, na tentativa de criar um vínculo e mostrar a importância do cuidado à saúde (BIONDO *et al.*, 2020).

Em contrapartida, nota-se que devido à quantidade de atribuições próprias dos enfermeiros existem algumas dificuldades para o cumprimento real das diversas demandas inerentes ao seu processo de trabalho, o que inviabiliza momentos de reflexão sobre o cotidiano e suas ações, em especial para públicos em que não há programas específicos. Somadas à assistência clínica, estes profissionais também incorporam atividades de caráter gerencial e administrativo, capacitações e supervisões de outras categorias profissionais (BIONDO *et al.*, 2020).

É possível ilustrar as preocupações apresentadas pelos profissionais acerca das intervenções e implementações realizadas para a detecção precoce do câncer de próstata quando estes se propuseram a responder os questionamentos sobre o que a UBS faz para sensibilizar a população masculina a realizar o PSA ou outros exames; e quais os principais facilitadores que a Equipe de Saúde da Família dispõe para realizar ações de detecção precoce do câncer de próstata.

*“São realizadas palestras em sala de espera, orientações durante as consultas individuais e orientações dos ACS durante as visitas domiciliares”* (profissional 2).

*“Boa vontade da equipe, e realizar ações que requerem poucos insumos como palestras na sala de espera, orientações individuais e o exame básico laboratorial*

*PSA, porém se precisarmos de outros recursos já fica difícil” (profissional 2).*

*“Essa ação né, saúde do homem que fica mais no novembro azul. Mas assim, a gente conversa também com as mulheres, já que nem sempre eles vão estar presentes mesmo numa pauta pra eles. Aqui não tem um dia específico pra saúde deles, tem a demanda livre. Mas aí tem o grupo de idosos também lá no CRAS que sempre é falado pra eles. E a saúde do homem mais voltada pra essa data específica que aí quando a gente tem oportunidade, fala também com as mulheres que quem tem seu marido, seu companheiro é importante, tem que cuidar também. Não é só ela” (profissional 4).*

*“Os ACS são peças fundamentais nessa busca ativa desse homem, convidando e oferecendo o serviço da UBS a esse homem” (profissional 5).*

*“São dadas palestras sobre o câncer de próstata e seus sintomas mais comuns. Também são prestados esclarecimentos sobre o tema em qualquer consulta médica de pacientes masculinos com dúvidas ou que tenham sintomas genitourinários” (profissional 6).*

*“Não temos muitas ações voltadas pra esse público, a não ser consulta individual do médico e enfermeira” (profissional 7).*

*“Através de ações de saúde encaminhadas a sensibilizar a população masculina acima de 40 anos” (profissional 8).*

*“Na rotina de atendimento e em campanhas pontuais como o novembro azul” (profissional 9).*

*“Palestras, sala de espera, campanhas educativas, principalmente no mês de novembro” (profissional 10).*

Frente às dificuldades na implementação do rastreamento do câncer de próstata, é esperada uma atuação ativa dos profissionais das UBS na realização de atividades de atualização e programas de saúde voltadas para públicos específicos. Contudo, como foi destacado através dos relatos, a maioria das ações destinadas ao público masculino são realizadas de forma pontual ou com os recursos e horários que aproveitam uma pequena parcela da população adscrita que comparece ao serviço.

O desinteresse do público masculino em procurar a Atenção Básica (AB) não se dá apenas por questões culturais, mas também devido à própria organização das unidades de saúde. Em que ainda existe o predomínio de ferramentas informativas voltados à saúde da criança, da mulher e do idoso em relação a outras temáticas que atraíam o interesse dos homens e que contribuem consideravelmente para esse distanciamento (BIONDO *et al.*, 2020).

A estruturação pouco adequada dos serviços de saúde em termos de recursos humanos e materiais, bem como espaço físico incipiente para acolher e atender a população masculina reforça a baixa procura dos homens pelos serviços de atenção primária. Desse modo, a carência de materiais e de recursos humanos em caráter multiprofissional configuram-se como barreiras para realização de práticas de educação em saúde que acolham a todos os públicos (BIONDO *et al.*, 2020).

Esse cenário torna-se preocupante, tendo em vista que a detecção precoce do câncer deve ser realizada principalmente no âmbito da AB, observando as evidências científicas, os protocolos nacionais e a realidade local regional, conforme disposto na Política Nacional para Prevenção e Controle de Câncer (PNPCC). Isto porque a AB caracteriza-se como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e está organizada de modo a responder, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (BRASIL; INCA, 2021).

A procura dos homens pelos serviços de saúde não deve se resumir em questões de doenças agudas, urgências e demandas específicas como problemas urológicos. É preciso que os profissionais de saúde construam um olhar ampliado e integral para outros problemas que prejudicam a saúde e a qualidade de vida dessa população. Faz-se necessárias ações governamentais mais consistentes, tanto relacionadas à conscientização quanto à viabilização, sendo disponibilizados mecanismos pela rede pública de saúde (BERBEL; CHIRELLI, 2020).

A PNAISH identifica que a assistência à saúde masculina se pauta na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade e orienta a AB para que ela não se restrinja somente à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis. Apesar da criação dessa política específica, os profissionais precisam incorporar um olhar qualificado, contribuindo

para a redução de complicações e aparecimento de agravos na população masculina (BERBEL; CHIRELLI, 2020).

As ações de rastreamento do câncer de próstata, acolhimento e educação em saúde devem ser realizadas, de modo a garantir a continuidade do cuidado no tratamento oncológico, respeitando o princípio da integralidade, uma vez que é necessário garantir não apenas a detecção precoce do câncer, mas também todo o cuidado de que o indivíduo necessita. Busca-se, então, a superação desses problemas a partir de uma formação com a inclusão de práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos, sustentadas na concepção de integralidade no cuidado, considerando a pessoa como sujeito no processo de cuidado, portadora de necessidades, mas também se corresponsabilizando pelas ações a serem construídas no contexto da assistência (BERBEL; CHIRELLI, 2020).

Diante disso, os resultados até então apresentados somam-se a outros trabalhos analisados, pois permitem constatar que a assistência à saúde do homem exige muito mais do que ações pontuais e um constante trabalho de articulação dentro da equipe de saúde multiprofissional. Uma vez que é demandado o redimensionamento e atualização da experiência profissional cotidiana ao cuidado integral que incorpore todos os públicos.

### **Categoria 3 - Ações para promoção da detecção precoce do câncer de próstata**

Quanto à participação e envolvimento dos profissionais para a discussão acerca da participação nas ações de detecção precoce do câncer de próstata, é notória a dificuldade dos profissionais entrevistados buscarem horizontes além das ações já implementadas. Elucidada através da percepção em que a educação em saúde segue sendo a principal atividade realizada apesar dos desafios enfrentados no processo de trabalho, como explicitado nos relatos sobre como eles colaboram no processo de detecção precoce do câncer de próstata.

*“Orientando tanto o público alvo quanto seus familiares pra fazerem seus exames de rotina, bem como fazer consultas clínicas de rotina” (profissional 2).*

*“Estando inserida nesses trabalhos em equipe. Não tem um trabalho individual, tem a inserção de serviço social nas ações, nos serviços. Nas consultas médicas, quando ele sai que procura, a gente orienta, mas não é uma rotina, não tem um cronograma, com um dia específico. Então, o serviço social não tem um chamado específico, ele está inserido no processo da UBS,*

*como são a maioria das ações do serviço social de ações educativas.” (profissional 4).*

*“Em palestras, rodas de conversas em sala de espera, alertando a importância do rastreamento do câncer de próstata” (profissional 5).*

*“Realizo educação em saúde envolvendo o tema e solicito os exames mencionados quando oportuno” (profissional 6).*

*“Esclarecendo dúvidas desse público e facilitando o acesso deles ao exame e facilitando o acesso a consulta médica” (profissional 7).*

*“Colaboro ministrando palestras, sala de espera e também orientando os pacientes nas consultas e solicitando exame laboratoriais” (profissional 10).*

*“É pra questão de estimular a busca pelo serviço da unidade, a participação nesses grupos. Às vezes a própria sala de espera a gente começa a fazer esse trabalho de conscientização e aí a gente percebe que o retorno é muito pequeno, embora alguns tendem a retornar e dizer assim: “eu me identifiquei quando a senhora citou determinado problema mas no momento eu fiquei com vergonha, fiquei constrangido”. Às vezes, a gente tem um médico homem na equipe, mas durante muito tempo a gente só teve mulher, então assim era outra dificuldade. Mas assim, com o passar do tempo, o vínculo a questão do vínculo é muito importante e a postura do profissional, foi uma conquista” (profissional 11).*

Conforme observado, é fato que ações referentes à educação em saúde podem contribuir significativamente no tocante às transformações de uma prática assistencial preventiva, bem como melhorar a percepção de relevância no cuidado por parte dos homens. As evidências deste estudo contribuem para o campo organizacional do processo de trabalho dos profissionais da AB, em especial, o enfermeiro, por estar mais próximo ao indivíduo no que diz respeito à assistência, tendo como princípio que o público masculino seja assistido a partir de suas características e realidades (BIONDO *et al.*, 2020).

Isto posto, o processo do cuidado é multifacetado e de natureza bastante distinta, que requer, além das competências técnicas inerentes a cada profissão em particular, atitudes humanizadas e humanizadoras, bem como favorecedoras de acolhimento na área da saúde. Pressupõe-se que relações humanizadas e éticas, construídas por meio de ferramentas tecnológicas de níveis de complexidade

variados, permitam que o vínculo possa ser criado entre os profissionais e os usuários, fortalecendo as ações de educação em saúde que já são implementadas (ZUCHETTO *et al.*, 2019).

Os profissionais reconhecem a necessidade de maior investimento, visando as melhorias no acesso ao serviço de saúde e na expansão do SUS com a implantação da PNAISH. Salieta-se a necessidade de qualificar os profissionais de saúde para o correto atendimento à saúde do homem, identificando a necessidade de expandir ações, como implantar assistência em saúde sexual e reprodutiva, orientar os homens e familiares sobre promoção, prevenção e tratamento das enfermidades que os atingem (BERBEL; CHIRELLI, 2020), como pode ser observado no relato a seguir:

*“Quando se trata da saúde do homem, a principal dificuldade é conseguir sensibilizar esse homem a buscar sua saúde, não só na questão da próstata, mas também sua saúde em geral. Eles não vão muito à unidade, as mulheres vão bem mais então eles deixam a saúde por completo de lado. Então, coisas que trazem muita morte masculina que são as doenças cardiovasculares são totalmente deixadas de lado. Não tem campanha pra isso que é o que mais mata os homens, depois da violência né? Falando de doença, mas o câncer de próstata que ele vai trazer muito mais risco pra o homem de alterações bem negativas pra vida dele, tem campanha. Então, é bem contraditório. Eu aproveito essas campanhas pra que quando o homem vier se consultar, eu explique a ele que não é, dependendo do que a gente conversar que não é importante que a gente faça o rastreio disso no caso dele. Mas que as doenças cardiovasculares que envolvem Diabetes, AVC, Infarto, Pressão Alta, todas aquelas que realmente estão lá causando alterações bem negativas pro futuro dele precisam ser rastreadas. E aí sim, eu gosto quando atrai os homens e aí eles vem pensando na próstata e eu recebo eles pensando em toda a saúde dele, no que realmente vai trazer pontos negativos a longo prazo e a curto, e aí dá certo a gente acaba que nem solicita o PSA na maioria dos casos, o que é bom, mas a gente consegue fazer um rastreio do que realmente importa” (profissional 3).*

Esses apontamentos corroboram com o estudo de Berbel e Chirelli (2020), que reforçam a operacionalização da atenção integral à Saúde do Homem de forma que a equipe mantenha atualizado o cadastro da população masculina no território, além de ações para realizar busca ativa dos homens com idade entre 20 a 59 anos para oferta de consultas anuais e outras atividades com intenção de prevenção e promoção à saúde. Assim como a realização de ações de sensibilização da população masculina de 40 a 59 anos para prevenção do câncer de próstata e outros agravos geniturinários e a oferta de atendimentos em horários alternativos que atendam às necessidades dos homens.

O Ministério da Saúde em parceria com as gestões estaduais e municipais devem incentivar a capacitação constante dos trabalhadores no intuito da

implementação da política de saúde e rever o processo de trabalho de forma a consolidar a Educação Permanente em Saúde (EPS), agindo de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH). A partir de uma gestão participativa, com envolvimento e protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo, proporcionando uma corresponsabilização no planejamento, e a reflexão sobre as práticas realizadas poderiam direcionar a construção das ações no nível das UBS (BERBEL; CHIRELLI, 2020).

Outra forma de expandir o acesso aos serviços de saúde seria avançar nas práticas junto a outros setores, como na indústria, comércio, dentre outros e considerar novos espaços de co-responsabilidade para promover o acesso ao serviço de saúde para a captação precoce de agravos ou promover a saúde. Porquanto, torna-se adequado às equipes o diagnóstico de saúde do seu território para fortalecer laços de intersetorialidade buscando minimizar as barreiras de acesso, além das sociais e culturais que impactam a sustentação de práticas voltadas para a saúde dos homens (BRASIL; INCA, 2021).

Assim, é observada uma interessante transição quando é feito um paralelo entre o contexto de necessidade de implementação de uma política voltada para a população masculina, a PNAISH, e o contexto dos entraves enfrentados pelos profissionais de saúde no combate aos ideais culturais que distanciam o público do serviço de saúde, bem como a necessidade de atualizações constantes sobre assuntos mais específicos como o rastreamento do câncer de próstata. Hodiernamente, dispor de recursos materiais e humanos para o aperfeiçoamento das ações de educação em saúde é capaz de direcionar e organizar a estrutura da assistência em saúde.

Neste contexto, portanto, o que se configura como maior demanda dos profissionais de saúde, e, principalmente, da enfermagem pela proximidade com o usuário e pelo gerenciamento da equipe de AB centra-se não mais no ambiente interno das UBS, mas sim na sua capacidade de reinventar nas ações de saúde. Na atualidade, a competência deve transpor o foco para o cuidado integral das populações e as suas necessidades, buscando trabalhar também aspectos vinculados à equidade.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O câncer de próstata é um importante objeto de estudo e pode ser considerado um problema de saúde pública, ao passo que a manifestação adquire força ao aliar-se aos aspectos culturais que envolvem a masculinidade e a procura dos homens pelos serviços de saúde. Este estudo demonstrou fortemente como as questões culturais, sociais e organizacionais podem compor barreiras de acesso do público masculino ao sistema de saúde, e, principalmente, quando relacionados a um assunto que coloca em pauta a vulnerabilidade, como o câncer de próstata.

O debate entre os riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata é um assunto ainda pouco discutido no Brasil e como observado através dos dados colhidos com os profissionais, poucos conheciam de fato a ambiguidade das recomendações e as suas fundamentações. Nesse sentido, é necessário que haja maior difusão dessas informações e que os profissionais de saúde sejam incentivados a debater e compartilhar a decisão com os homens que necessitam realizar o rastreamento precoce para o câncer de próstata.

Os dados coletados trouxeram também resultados preocupantes que apontam para uma conjuntura de insuficiência dos serviços de saúde frente às ações de detecção precoce do câncer de próstata. Uma vez que muitas vezes os profissionais e as Unidades de Saúde limitam-se aos programas e intervenções relacionadas ao calendário do Ministério da Saúde, em que é atribuído apenas o mês de novembro, com o novembro azul, para conscientização e discussão dos temas relacionados à população masculina e ao câncer de próstata.

Porém, conforme apresentado ao longo de certos discursos, há quantitativo considerável dos profissionais das unidades de Mossoró que se mostram atentos e atuantes quanto à temática, uma vez que relataram-se acerca de intervenções com consultas individuais ao longo dos meses. Ademais, realizam orientações relacionadas ao CP em momentos oportunos de atendimentos e ações educativas.

Ressalta-se o protagonismo dos profissionais de enfermagem que estão à frente dessas ações de promoção, proteção, recuperação e educação em saúde, como agentes ativos na busca de usuários e familiares que requerem maior atenção. Estes também atuam como gerenciadores das equipes de saúde e organizadores intervenções realizadas no território, o que garante um maior conhecimento das necessidades da população adscrita, e que permite o reconhecimento pelo público dos empreendimentos realizados a fim minimizar os determinantes estruturais que os afastam do serviço de saúde.

Com os procedimentos metodológicos, considerando os objetivos elencados para execução desta pesquisa, foram identificados problemas estruturais, informacionais, de política de saúde e psicossociais que atuam como entraves na abordagem à saúde do homem. Bem como, foram apontadas as alternativas encontradas pelos profissionais para realizar o processo de rastreamento do câncer de próstata.

Cabe mencionar ainda acerca da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a centralização das consultas urológicas e exames pela gestão, bem como o mercado de trabalho, haja vista que muitos sujeitos estão inseridos no mercado de trabalho informal. Propõe-se compreender então que tal cenário dificulta o afastamento laboral para atender as demandas que a saúde exige.

Propõe-se o fortalecimento para desenvolvimento de pesquisas acerca do câncer de próstata e assistência focalizada na saúde do homem, visto que ainda notou-se percalços para o quantitativo na fundamentação teórica, bem como, materiais atualizados e direcionados à Atenção Básica. Ademais, ressalta-se o incentivo para a realização de salas de espera que abordem questões de saúde ao longo de todo o ano, como também, o estímulo e perpetuação de grupos dos usuários para que tenha-se um espaço mais seguro e confortável, o que contribui para o compartilhamento de informações e experiências.

Finalmente, salienta-se a necessidade da criação de um protocolo que possa de fato nortear as ações de detecção, orientação e promoção à saúde relacionados ao público masculino, e, mais precisamente, ao câncer de próstata. Sendo imprescindível a atuação dos gestores, em consonância com o Ministério da Saúde, na promoção de recursos de atualização e informação dos profissionais que atuam na UBS para que haja efetividade no processo de rastreamento e detecção precoce do câncer de próstata.

## REFERÊNCIAS

American Cancer Society (ACS). **Prostate Cancer Early Detection, Diagnosis, and Staging**, 2019. Disponível em <<https://thedefender.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8795.00.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2022.

ALVES DE ARAÚJO, Wilkslam et al. Educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: contribuições práticas do enfermeiro. **Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 6, 2018.

ALVES, P. C. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **Política & Trabalho**, n. 42, 2015.

ARAÚJO, Sarah Nilkece Mesquita et al. Tecnologias voltadas para o cuidado ao idoso em serviços de saúde: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, v. 16, n. 2, p. 562-595, 2017.

AMTHAUER, C. As representações da masculinidade na adesão do toque retal como prevenção contra o câncer prostático Representations of masculinity in adherence of rectal examination as prevention against prostate cancer. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 3, p. 4733-4737, 2016.

BAKER, H.; WELLMAN, S.; LAVENDER, V. Functional quality-of-life outcomes reported by men treated for localized prostate cancer: A systematic literature review. **Oncol Nurs Forum**, v. 43, n.2, p.199-218. 2016

BANZATTO, Sofia. Os princípios e diretrizes do SUS aplicados em serviço de atenção básica. **Conjecturas**, v. 21, n. 3, p. 528-542, 2021.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa. Edições 70. 1979.

BARTELMÉBS, R. C. **Analisando os dados na pesquisa qualitativa**. 2013. Disponível em: <[www.sabercom.furg.br/bitstream/1/1453/1/Texto\\_analise.pdf](http://www.sabercom.furg.br/bitstream/1/1453/1/Texto_analise.pdf)>. Acesso em: 30 jan. 2022.

BERBEL, C. M. N.; CHIRELLI, M. Q. Reflexões do cuidado na saúde do homem na atenção básica. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**. n. 33, 2020.

BIONDO, Chrisne Santana et al. Detecção precoce do câncer de próstata: atuação de equipe de saúde da família. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 38, p. 32-44, 2020.

BORGES, A. de O.; SOUZA, J. P.; PEREIRA, L. G.; GOMES, E. V. Molecular changes in the development of prostate cancer. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 16, p. e539101623969, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i16.23969. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23969>. Acesso em: 30 jan. 2022.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 41 p.

\_\_\_\_\_. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos); (Caderno de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_n19.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf)>. Acesso em: 30 jan. 2022.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA, 2019. **Estimativa de 2020: incidência de câncer no Brasil**. Disponível em: <[www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf](http://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf)>. Acesso em: 30 jan. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA, 2021. **Detecção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <[https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/deteccao-precoce-do-cancer\\_0.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/deteccao-precoce-do-cancer_0.pdf)>. Acesso em: 10 de agosto de 2022.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 10.289, de 20 de setembro de 2001**. Dispõe sobre a Instituição do Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 21 set. 2001. Seção 1: 1.

\_\_\_\_\_. **Nota Técnica sobre Rastreamento do Câncer de Próstata** - INCA, 2013. Disponível em <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//rastreamento-prostata2013.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2022.

\_\_\_\_\_. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Brasília: Ministério da Saúde, 2012, 60 p. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE4OA==>>. Acesso em: 30 jan. 2022.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2528, de 20 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2006.

\_\_\_\_\_. **Rastreamento**. Cadernos de Atenção Básica, n. 29, Volume II 1ª edição 1ª reimpressão Brasília - DF, 2013.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que revê a Resolução 196/96 e aprova novas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: CNS/MS, 2012.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e em outras áreas que utilizam metodologias próprias dessas áreas**. CNS/MS, 2016.

BRAY, F. et al, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer J Clin**. 2018;68(6):394- 424. doi: 10.3322/caac.21492.

BRAZ, Isaac Felipe Leite et al. Análise da percepção do câncer por idosos. **Einstein (São Paulo)**, v. 16, n. 2, 2018.

BRUSTOLIN, A.; FERRETTI, F. Itinerário terapêutico de idosos sobreviventes ao câncer. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 47-59, Jan. 2017.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.]

CAMPOS, Angélica Atala Lombelo. Abordagem do câncer na Atenção Primária. **Revista de APS**, v. 22, n. 4, 2019.

COELHOa, L. P.; MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, p. e280404, 2019.

COELHO b, M. O.; SILVA, J. B. da. Fatores que interferem na prevenção do câncer de próstata e o papel da enfermagem: revisão literária. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 1, n. Esp, p. 175-182, 2018.

COELHO, S. F. C.; MELO, R. A. Assistência ao Homem na Estratégia Saúde da Família. Id on Line REVISTA DE PSICOLOGIA, v. 12, n. 41, p. 485-508, 2018. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1231>>. Acesso em: 30 jan. 2022.

COSTA, Yasmim Xavier Arruda et al. Diagnóstico de câncer de próstata em uma análise de incidência nos estados da Bahia e Rio Grande do Norte: houve influência do COVID-19?. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p. e59711226285-e59711226285, 2022.

COSTA, Thalita dos Santos et al. Teorias científicas de saúde no cuidado ao paciente oncológico: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 2020.

CZORNY et al. 2017 apud 3. Zacchi SR, Amorim MHC, de Souza MAC, Miotto MHMB, Zandonade E. Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com o estadiamento inicial em homens com câncer de próstata. **Cad. saúde colet.** [Internet] 2014;22(1).

DAMACENO, Adalvane Nobres et al. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. 14, 2020.

DAMIÃO, Ronaldo et al. Câncer de próstata. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE)**, v. 14, 2015.

DESS, R. T. et al. Association of Black Race with Prostate Cancer-Specific and Other-Cause Mortality. **JAMA Oncology**, v. 5, n. 7, p. 975-983, 2019.

ELIAS, Beatriz Krull et al. Avaliação do acesso e acolhimento de homens na atenção básica: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 3, p. 22582-22590, 2021.

ESPIRITU, Shadrielle Melijah G. et al. The evolutionary landscape of localized prostate cancers drives clinical aggression. **Cell**, v. 173, n. 4, p. 1003-1013. e15, 2018.

FARIA, Livia Silva de Paula et al. Perfil epidemiológico do câncer de próstata no Brasil: retrato de uma década. **Uningá Journal**, v. 57, n. 4, p. 76-84, 2020.

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes**. 256 p. Porto Alegre: Penso, 2013.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo et al. Prevalência de diagnóstico e tipos de câncer em idosos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 2, 2020.

FREITAS, Márcia Araújo Sabino de; ARAÚJO, Maria Rizoneide Negreiros de. As Redes de Atenção à Saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafios. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 8, n. 3, 2018.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 123-133, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6ª ed. São Paulo: Atlas., 2017.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social** (Org.). Teoria, Método e Criatividade, Petrópolis: Vozes. 2002.

GUEDES, Marcelo Barbosa Otoni Gonçalves et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 27, p. 1185-1204, 2017.

GUERRA, E. L. A. **Manual de Pesquisa Qualitativa**. Brasília: Ânima educação 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 30 jan. 2022.

\_\_\_\_\_. **Idosos indicam caminhos para uma melhor idade**. Revista Retratos, 2019. Censo 2021. Disponível em: <<https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade.html>>. Acesso em: 30 jan 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Câncer de Próstata. In: INSTITUTO **Tipos de Câncer**. [Brasília, DF]. **2022**. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>>. Acesso em: 30 jan. 2022.

JOCHEMS, Sylvia H. J. et al. Height, body mass index and prostate cancer risk and mortality by way of detection and cancer risk category. **International Journal of Cancer**, v. 147, n. 12, p. 3328-3338, 2020.

KAWADA, T. Lifestyles, health habits, and prostate cancer. **Journal of Cancer Research and Clinical Oncology**, v. 146, n. 6, p. 1623-1624, 2020.

KUMAR Vinay et. al, **Patologia: Robbins & Cottran Bases Patológicas das Doenças**, 8a edição, Elsevier Editora Ltda, 2010,p. 262-269.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LYRA, Juliana Anchieta de et al. Conhecimento dos homens sobre a prevenção do câncer de próstata na estratégia saúde da família. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e07985346-e07985346, 2020.

MARTINS, Elizabeth Rose Costa et al. Homens acometidos de câncer de próstata e suas vulnerabilidades. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p. e39810918117-e39810918117, 2021.

MATOS, Widson Davi Vaz de et al. Assistência de Enfermagem ao paciente com Câncer de Próstata: Análise bibliométrica: bibliometric analysis. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 13, n. 1, 2022.

MEDEIROS, A. P; MENEZES, M. F. B.; NAPOLEÃO, A. A. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, p. 385-388, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 431-436, 2018.

\_\_\_\_\_. As redes de Atenção à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2.297-305, 2010.

MESQUITA, A. Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer alerta para importância do diagnóstico precoce do câncer de próstata: Pandemia do coronavírus pode aumentar as estatísticas deste câncer. **LMECC**, [2021?]. Disponível em: <[www.ligamossoroense.org/novembro-azul](http://www.ligamossoroense.org/novembro-azul)>. Acesso em: 09 fev. 2022.

MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

\_\_\_\_\_. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

\_\_\_\_\_. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista pesquisa qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAÚDE BRASIL. **EU QUERO Me exercitar. O que significa ter saúde?** 2020. Disponível em: <<https://saudebrasil.saude.gov.br/eu-quer-me-exercitar-mais/o-que-significa-ter-saude>>. Acesso em: 30 jan. 2022.

MODESTO, Antônio Augusto Dall’Agnol et al. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2017.

MOIRAN, L. S. Câncer de próstata: actualización. **Revista Información Científica**, v. 98, n. 1, p. 117-126, 2019.

MOORE, Keith L. et. al, **Anatomia Orientada para a Clínica**, 7a edição, Rio de Janeiro: Koogan, 2014. P. 376-377.

MORAIS MOURA, Francisca Valéria de; RABELO, Josinês Barbosa. Aspectos socioculturais que envolvem o câncer de próstata na ótica dos usuários e assistentes sociais. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 2, 2019.

MOREIRA, Paulo Roberto Lauer; MENEZES, Karoline Poubel de. Câncer de próstata: crescente mortalidade reabre questionamentos acerca das principais metodologias utilizadas para diagnóstico nos dias atuais. **Repositório Universitário de Ânima**, 2021.

OLIVEIRA, A. M. D., CARVALHO, E. G. S., SILVA, J. G. L. da, & Menezes, M. R. da S. de . (2021). O Estigma Masculino Relacionado ao Exame Preventivo do Câncer de Próstata. **Epitaya E-Books**, 1(13), 43-55. <https://doi.org/10.47879/ed.ep.2021373p43x>

OLIVEIRA, Cleise Cristine Ribeiro Borges; SILVA, Elaine Andrade Leal; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, 2021.

OLIVEIRA, Pâmela Scarlatt Durães et al. Câncer de próstata: conhecimentos e interferências na promoção e prevenção da doença. **Enfermería Global**, v. 18, n. 2, p. 250-284, 2019.

OLIVEIRA, M. R. D.; VERAS, R. P.; CORDEIRO, H. A. A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, p. e280411, 2019.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Plano de ação sobre a Saúde dos Idosos, incluindo o envelhecimento ativo e saudável**: Relatório Final. Washington: OPAS; 2019.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva e o SUS. In: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. p. 13-27. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

PAIVA, Andyara do Carmo Pinto Coelho et al. Vivência do homem diante do adoecimento pelo câncer: implicações para o cuidado em saúde. **Rev. enferm. UFSM**, p. e60-e60, 2019.

PELOSO-CARVALHO, Bianca de Moura et al. Evidências de cuidado do enfermeiro aos homens com câncer de próstata: revisão integrativa. **Rev. enferm. Cent. -Oeste Min**, p. 3894-3894, 2021.

PORTO, Celso C. Et. al, **Semiologia Médica**, 7a edição, Rio de Janeiro, 2014, p.137 e 921-922.

PRETTYMAN, Julie et al. Personalizing treatment in the delivery of care by nurses to patients with prostate cancer. **Urologic Nursing**, v. 39, n. 2, 2019.

RIBEIRO, Luciene de Souza et al. Conhecimento de homens acerca da prevenção do câncer de próstata. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 13, n. 2, p. 4-10, 2015.

RUTHS, Jéssica Cristina et al. Câncer de próstata em trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos: revisão de escopo. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, jan./jun. 2022, v. 43, n. 1, p. 153-166.

SANTOSa, Emilly Caroline Silva dos, et al. CONTRIBUTOS TEÓRICOS DA TEORIA DO AUTOUIDADO PARA A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM. **Revista Remecs-Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, p. 217-217, 2020.

SANTOSb, Renata Oliveira Maciel dos; ABREU, Mirhelen Mendes de; ENGSTROM, Elyne Montenegro. A decisão clínica compartilhada diante dos riscos do rastreamento do câncer de próstata. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2470-2470, 2021.

SCHENKER, Miriam; COSTA, Daniella Harth da. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1369-1380, 2019.

SERRA, Vinicius da Silva et al. Saúde do homem: dificuldades vivenciadas na prevenção do câncer de próstata. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. e42191110222-e42191110222, 2020.

SILVAa, Karem Poliana Santos da et al. Autocuidado à luz da teoria de dorothea orem: panorama da produção científica brasileira. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 4, p. 34043-34060, 2021.

SILVAb, Marcela Gonçalves da et al. Condutas do enfermeiro (a) na prevenção do câncer de próstata: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e5936-e5936, 2021.

SILVAc, Irene de Jesus et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 697-703, Set. 2009. Acesso em: 20 fev. 2022 <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300028>

SILVAd, Marcello H, A. et al. The corpus cavernosum after treatment with dutasteride or finasteride: a histomorphometric study in a benign prostatic hyperplasia rodent model. **Asian Journal of Andrology**, v. 20, n. 5, p. 505, 2018.

SILVAe, Neylany Raquel Ferreira da et al. Teorias de enfermagem aplicadas no cuidado a pacientes oncológicos: contribuição para prática clínica do enfermeiro. **Revista uningá**, v. 55, n. 2, p. 59-71, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Cirurgia para retirada da próstata por câncer caiu 21,5% no SUS devido à pandemia. **Portal da Urologia**, 01 nov. 2021. Disponível em: <[https://portaldaurologia.org.br/publico/novembro-azul/cirurgia-para-retirada-da-prostata-por-cancer-caiu-215-no-sus-devido-a-pandemia/#:~:text=2021%20\(at%C3%A9%20agosto\),-5.738.426&text=Dados%20do%20Sistema%20de%20Informa%C3%A7%C3%B5es,\)%20para%2016.033%20\(2019\).>](https://portaldaurologia.org.br/publico/novembro-azul/cirurgia-para-retirada-da-prostata-por-cancer-caiu-215-no-sus-devido-a-pandemia/#:~:text=2021%20(at%C3%A9%20agosto),-5.738.426&text=Dados%20do%20Sistema%20de%20Informa%C3%A7%C3%B5es,)%20para%2016.033%20(2019).>). Acesso em: 09 fev. 2022.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira et al. Caos, organização e criatividade: Revisão integrativa sobre as redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4769-4782, 2021.

TORRES, L. G. S. *et al.*, Educação permanente referente ao Novembro Azul com agentes comunitários de saúde: um relato de experiência. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v.8, n.3, p. 18370-18379, 2022.

TOURINHO-BARBOSA, R. R.; POMPEO, A. C. L.; GLINA, S. Prostate cancer in Brazil and Latin America: epidemiology and screening. **International Brazilian Journal of Urology**, v. 42, n. 6, p. 1081-1090, 2016.

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. **Redes de Atenção à Saúde: atenção à saúde organizada em redes**/ Nerícia Regina de Carvalho Oliveira. - São Luís, 2016. 54f.: il.

VERAS, Ariane Soares Penha et al. Saúde preventiva com ênfase no câncer de próstata: uma revisão de literatura. *Revista Uningá*, v. 54, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://revista.uninga.br/uninga/article/view/7>>. Acesso em: 30 jan. 2022.

WALKER, Lauren M. et al. A biopsychosocial approach to sexual recovery after prostate cancer treatment: suggestions for oncology nursing practice. **Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie**, v. 24, n. 4, p. 256-263, 2014.

WAKIUCHI, Julia et al. Atuação da estratégia saúde da família na perspectiva de usuários com câncer. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, 2016.

WATSON, E. K. et al. Supporting prostate cancer survivors in primary care: Findings from a pilot trial of a nurse-led psycho-educational intervention (PROSPECTIV). **Eur J Oncol Nurs**. 2018; v. 32, p. 73-81. DOI: 10.1016/j.ejon.2017.12.002

ZUCHETTO, M. A. et al. Empatia no processo de cuidado em enfermagem sob a ótica da teoria do reconhecimento: síntese reflexiva. *Revista Cuidarte*. v.10, n.3, p.624. 2019

## GLOSSÁRIO

**Antígeno prostático específico** - masc. Sin. Prostate-specific antigen; PSA. Substância produzida pelas células da próstata que atua como marcador biológico para detecção de doenças dessa glândula.<sup>2</sup>

**Atenção primária de saúde (APS)** - fem. Sin. Atenção Básica à Saúde. Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.<sup>1</sup>

**Câncer de próstata** - masc. Neoplasia de evolução geralmente silenciosa que costuma ocorrer em homens a partir de 60 anos, com maior prevalência na faixa etária de 80 anos ou mais.<sup>2</sup>

**Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)** - fem. pl. Sin. Grupo de doenças que se caracterizam por ter uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais.<sup>1</sup>

**Equipe multiprofissional** - fem. Grupo constituído por profissionais de diferentes áreas e saberes que, por meio da comunicação, da cooperação, do compartilhamento de informações e da interdisciplinaridade, tem por finalidade potencializar ações e serviços no sistema de saúde.<sup>2</sup>

**Fatores de risco** - masc. pl. Condições que predispõem uma pessoa a maior risco de desenvolver uma doença. Podem ser genéticas, comportamentais, sociais, culturais ou ambientais.<sup>1</sup>

**Novembro Azul** - masc. Campanha nacional criada pelo Instituto Lado a Lado, em 2012, inspirado no “Movember” - movimento internacional dedicado à prevenção do câncer de próstata -, com objetivo de promover um mês inteiro de mobilização em prol dessa causa.<sup>2</sup>

**Rede de atenção à saúde (RAS)** - fem. Arranjo organizativo de serviços e ações de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas logísticos, de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado à saúde de indivíduos e coletividades.<sup>1 4</sup>

---

<sup>41</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. 1. ed., 2. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 48 p.

**APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SOBRE A ATUAÇÃO DO  
PROFISSIONAL ACERCA DO CÂNCER PRÓSTATA NA UBS**

**IDENTIFICAÇÃO**

**Formação:**

---

**Especialidade:**

---

**UBS:**

---

**Há quanto tempo trabalha na unidade?**

---

**QUESTÕES NORTEADORAS**

- 1. O que você entende sobre detecção precoce?**
- 2. Qual o protocolo de atendimento que o profissional segue para investigar o câncer de próstata?**
- 3. Qual ação que a UBS faz para sensibilizar a população masculina a realizar o PSA ou outros exames?**
- 4. Como você colabora no processo de detecção precoce do câncer de próstata?**
- 5. Quais as principais limitações que a Equipe de Saúde da Família enfrenta para realizar ações de detecção precoce do câncer de próstata?**
- 6. Quais os principais facilitadores que a Equipe de Saúde da Família dispõe para realizar ações de detecção precoce do câncer de próstata?**

## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

### Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa “**Para além do novembro azul: a atuação da ESF na detecção precoce do câncer de próstata**”, que é coordenada por Lucineire Lopes de Oliveira e que segue as recomendações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

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

Essa pesquisa se justifica por sua dimensão na forma de compreender a atuação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) mediante as percepções dos enfermeiros, médicos e assistentes sociais de 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Serão abordados o papel educativo e assistencial dentro da equipe para ocorrer a detecção precoce do câncer de próstata.

Dessa forma, a pesquisa se evidencia no reconhecimento da realidade vivida pelos profissionais das diferentes Unidades, possibilitando que os profissionais dos serviços de saúde tenham a oportunidade de repensarem e conduzirem suas práticas de forma direcionada aos pacientes que apresentem sinais de alerta. Além disso, possibilita também sensibilizar a população masculina para a importância de ficar atento à sua saúde, aos sinais e à realização do exame na idade adequada.

Tem por objetivo “Compreender a atuação de Equipes de Saúde da Família das UBS de Mossoró sobre a detecção precoce do câncer de próstata”.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido (a) ao (s) seguinte (s) procedimento (s): responder aos questionamentos contidos em um roteiro de entrevista, que serão conduzidos pela entrevistadora. Os dados serão analisados e transferidos para um documento Word que só será acessado pela entrevistadora.

Os riscos envolvidos com sua participação na pesquisa são: constrangimento ao falar sobre o local de trabalho ou desconforto quanto a não estar ciente dos conhecimentos sobre a temática. No entanto, serão tomadas todas as medidas no sentido de minimizá-los, uma vez que a aplicação dos formulários ocorrerá sempre em ambiente privativo, confortável, escolhido pelo pesquisado e com orientação ética adequada quanto aos objetivos da entrevista. Assegura-se que a qualquer momento

é possível a desistência de participação, caso assim seja solicitado pelo entrevistado, sem objeção da pesquisadora.

Você terá os seguintes benefícios ao participar da pesquisa: a compreensão do papel importante da ESF para sensibilização masculina e detecção precoce do câncer de próstata, contribuir com o estudo que pode trazer mais visibilidade para a temática.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhuma fase/etapa desta pesquisa. Os dados serão guardados em documento protegido por senha na pasta do computador pessoal da pesquisadora, o qual também solicita senha para o acesso. Ademais, a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários e com a garantia de que os dados obtidos a partir de sua participação na pesquisa não serão utilizados para outros fins além dos previstos neste termo.

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

Você ficará com uma via deste Termo, que deverá ser rubricada e assinada em cada página e qualquer dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Geysse de Paiva Luz, no endereço Rua Desembargador Dionísio Figueira, nº 376 ou pelo celular (84) 9 8871-3256

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UERN no endereço Rua Atirador Miguel Antônio da Silva Neto, s/n - Aeroporto - Faculdade de Ciências da Saúde, 2º Andar, Cep: 59.607-360 - Mossoró/RN ou pelo telefone 55(84)3315-2180.

#### Consentimento Livre e Esclarecido

Estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, ao (s) procedimento (s) ao (s) qual (is) serei submetido e dos possíveis riscos que possam advir de minha participação. Foram-me garantidos esclarecimentos que eu venha a solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou de minha família. (Caso minha participação na pesquisa implique em algum gasto, serei ressarcido e caso sofra algum dano, serei indenizado. Autorizo assim a publicação dos dados desta

pesquisa sendo-me garantido o meu anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação.

Participante da pesquisa:

---

Pesquisador responsável:

Lucineire Lopes de Oliveira

---

R. Des. Dionísio Filgueira, 383 - Centro, Mossoró - RN, 59610-090.

Telefone: (84) 3315-2151.