



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**ALESSANDRO VIEIRA DA SILVA**

**SAÚDE DO HOMEM X CÂNCER DE PRÓSTATA:  
FATORES QUE INTERFEREM NA REALIZAÇÃO DO TOQUE  
RETAL - TR**

ARIQUEMES-RO

2015

**Alessandro Vieira Da Silva**

**SAÚDE DO HOMEM X CÂNCER DE PRÓSTATA:  
FATORES QUE INTERFEREM NA REALIZAÇÃO DO TOQUE  
RETAL - TR**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial à obtenção de Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Gustavo Barbosa Framil

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza

ARIQUEMES-RO

2015

**Ficha Catalográfica**  
**Biblioteca Júlio Bordignon**  
**FAEMA**

---

A15s SILVA, Alessandro Vieira.

Saúde do homem x câncer de próstata: fatores que interferem na realização do Toque Retal - TR./ Alessandro Vieira da Silva: FAEMA, 2015.  
63.;il.

Trabalho de Conclusão de Curso - Graduação em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador: Prof. Esp. Gustavo Barbosa Framil.

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde do homem. 3. Neoplasias da próstata. I . Gustavo Barbosa Framil. II. Título. III. FAEMA.

CDD 610.73

---

**Alessandro Vieira da Silva**

**SAÚDE DO HOMEM X CÂNCER DE PRÓSTATA:  
FATORES QUE INTERFEREM NA REALIZAÇÃO DO TOQUE  
RETAL - TR**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

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

---

Profª Dra. Helena Meika Uesugui  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

---

Prof. Esp. Rafael Alves Pereira  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 01 de Dezembro de 2015

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, que me proporcionou mais esta vitória. As pessoas mais importantes da minha vida, meus pais, Arlindo e Margarida, minhas irmãs, Maria e Marinalva, a meu irmão Ademir, que durante essa jornada foi ficar mais próximo de Deus e a minha querida esposa Silvana.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pela oportunidade de ampliar meu conhecimento, por ter me dado força, inteligência e sabedoria para superar as barreiras durante a caminhada.

A Virgem Maria Mãe de Jesus, que intercedeu a mim junto a Deus Pai.

Aos meus pais, que nunca mediram esforços para educar a mim, minhas irmãs e meu irmão.

As minhas irmãs e meu irmão, pelo apoio e auxílio.

A minha esposa, que me motivou a começar a graduação e que compreendeu a minha ausência durante esse trajeto.

A minha sogra e sogro, o qual sou muito grato pela colaboração de ambos, pela dedicação e pelos cuidados prestados a mim.

A todos os professores que contribuíram para minha formação acadêmica e pessoal, que compartilharam as experiências vivenciadas durante o trajeto profissional, fator que resultou nos sucessos adquiridos em todas as atividades desenvolvidas durante os cinco anos de graduação.

Aos verdadeiros amigos e colegas que adquiri durante este percurso, com os quais dividimos momentos de alegria e também de dificuldades e que souberam cultivar a verdadeira amizade.

A todos os pacientes, o qual pude ser útil e que proporcionaram a mim, à adesão de conhecimentos para formação acadêmica e profissional.

A todos os colaboradores dos hospitais e UBSs que estiveram presente no decorrer das atividades que nos foram atribuídas.

E também a todos participantes que contribuíram para o sucesso desse estudo.

"Milhões viram a maçã cair, mas Newton foi  
aquele que perguntou o por quê."

Bernard Mannes Baruch

## RESUMO

A adesão de homens as medidas de prevenção do câncer de próstata, é um desafio enfrentado pelo sistema, pois boa parte parece não reconhecer à importância da prevenção e da promoção à saúde, como fatores essenciais para qualidade de vida e saúde, principalmente quando se trata da prevenção do câncer de próstata. O objetivo desse estudo é Identificar os fatores que interferem na realização do exame Toque Retal, cuja amostra do estudo é composta por de 50 colaboradores do sexo masculino, lotados no 7º Batalhão de Polícia Militar de Ariquemes – RO. Utilizou-se como ferramenta de coleta de dados, um questionário com perguntas sobre o perfil dos participantes do estudo, conhecimentos sobre a próstata e câncer de próstata e fatores que interferem na realização do exame TR. Os resultados obtidos sugerem que as barreiras socioculturais, desconhecimento da função da próstata e a idade para realizar o exame, podem contribuir a não realização do exame TR. Com base no exposto, pode-se concluir que existe uma necessidade premente de se adotar medidas que permitam uma mudança de comportamento, a exemplo da criação do hábito de praticar atitudes preventivas, dentre elas, a inserção de planos de educação continuada em saúde em locais estratégicos.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde do Homem; Neoplasias da Próstata.

## **ABSTRACT**

The accession of men the prevention of prostate cancer is a challenge faced by the system as much does not seem to recognize the importance of prevention and health promotion, as key factors for quality of life and health, especially when it comes the prevention of prostate cancer. The objective of this study is to identify the factors that interfere with the exam Rectal Touch, whose study sample consists of 50 employees male, crowded on the 7th Police Battalion Military Ariquemes - RO. It was used as a data collection tool, a questionnaire with questions about the profile of study participants knowledge on the prostate and prostate cancer and factors affecting the realization of TR examination. The results suggest that the socio-cultural barriers, ignorance of prostate function and the age for the exam, can contribute not performing TR examination. Based on the above, can be concluded that there is a pressing need to adopt measures to change behavior, such as the creation of the habit of practicing preventive measures, among them the inclusion of continuing education plans for health sites strategic.

**Keywords:** Primary Health Care; Men's Health; Prostate Cancers.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Conhecimentos dos participantes do estudo sobre a próstata e CaP. Ariquemes – RO. 2015. ....	37
Gráfico 2 - Histórico de câncer na família. Ariquemes – RO. 2015. ....	39
Gráfico 3 - Grau de parentesco entre os participantes do estudo e familiares acometidos pelo câncer. Ariquemes – RO. 2015. ....	40
Gráfico 4 - Justificativas, segundo participantes do estudo que dificultam a realização do TR como prática preventiva para CaP. Ariquemes – RO. 2015. ....	41

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

7ºBPM	7º Batalhão de Polícia Militar
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
Art.	Artigo
Av.	Avenida
BT	Braquiterapia
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CaP.	Câncer de Próstata
CAPSII	Centro de Assistência Psicossocial II
CAPSURE	Cancer of the Prostate Strategic Urologic Research Endeavor
CEP	Código de Endereçamento Postal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
g	Grama
GM	Gabinete do Ministro
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HCA	Hospital da Criança de Ariquemes
HRA	Hospital Regional de Ariquemes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
nº.	Número
OBS	Observação
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PR	Prostatectomia Radical
PSA	Antígeno Prostático Específico
PSF	Programa Saúde da Família
PVH	Porto Velho
RO	Rondônia
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SESDEC – RO	Secretaria de Estado da Segurança, Defesa e Cidadania de Rondônia
SH	Saúde do Homem
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
T1c <sup>1</sup>	Tumor identificado por biópsia por agulha (devido PSA elevado)
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	Toque Retal
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
XRT	Radioterapia
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>16</b>
2.1 CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	16
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – ASPECTOS HISTÓRICOS .....	16
2.3 PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM.....	20
2.4 FISIOPATOLOGIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA.....	21
<b>2.4.1 Próstata</b> .....	<b>21</b>
<b>2.4.2 Neoplasia prostática</b> .....	<b>22</b>
<b>2.4.3 Diagnóstico diferencial</b> .....	<b>25</b>
<b>2.4.4 Tratamento</b> .....	<b>27</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>30</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	30
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	30
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>31</b>
4.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
4.2 TIPO DE ESTUDO .....	31
4.3 MUNICÍPIO DO ESTUDO .....	31
4.4 DESCRIÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO .....	32
4.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	33
4.6 AMOSTRA DO ESTUDO .....	33
4.7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	33
4.8 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	33
4.9 COLETA DE DADOS .....	34
4.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	34
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>35</b>
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>45</b>
<b>APÊNDICE I</b> .....	<b>55</b>
<b>APÊNDICE II</b> .....	<b>56</b>
<b>ANEXO I</b> .....	<b>61</b>



## INTRODUÇÃO

Conforme publicação do Ministério da Saúde (MS), a adesão de homens na Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido um grande desafio, onde um dos obstáculos encontrados são os paradigmas socioculturais, que definem o homem como um ser invulnerável, autoimune, um super-homem, onde a doença significa sinal de fragilidade. Essa concepção do homem ser autossuficiente vem comprometendo significativamente as suas condições de saúde, levando-o a expor sua saúde a condições mais hostis que as mulheres. (BRASIL, 2008).

Gomes; Nascimento e Araújo (2007 p. 565), com propriedade sobre o assunto mencionam que

[...] os homens em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte. Entretanto, apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de, morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres.

De acordo com publicação do MS, a procura de homens pela APS é mínima em comparação as mulheres, e quando há procura ocorre muitas vezes, devido a doenças crônicas como Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). O acesso dos homens aos serviços de saúde ocorre geralmente pelo nível secundário ou terciário de atenção à saúde, por consequência do agravo da enfermidade, que resulta em maiores gastos ao sistema de saúde, além do sofrimento psicofísico e social aos pacientes e familiares, e por fim contribuindo com aumento do índice de mortalidade. (BRASIL, 2008).

Por outro lado as mulheres representam a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo acompanhando familiares e outros. (BRASIL, 2011).

Na mesma publicação já citada pelo MS, destaca-se que a prevenção é uma medida pouca adotada pelos homens, esse fator tem contribuído muito para o aumento de internações por situações graves. Os indicadores de morbidade, entre os anos de 2000 a 2007, demonstram que as causas mais comuns de internações masculinas, entre as idades de 25 a 59 anos, teve um aumento significativo nas

internações por tumores, aparelho circulatório e causas externas, ficando em destaque as internações por tumores, que praticamente dobrou.

Dentre as neoplasias que mais causaram morte em homens em 2013, o câncer do sistema respiratório, ficou na primeira colocação com 14.811 óbitos, seguido do Câncer de Próstata (CaP) com 13.772 óbitos, registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). (BRASIL, 2014).

Entre as neoplasias típicas do sexo masculino, o CaP é o mais comum, e uma das principais causas de mortalidade por câncer na população masculina no mundo e no Brasil. (BRASIL, 2013).

Segundo Instituto Nacional de Câncer (INCA), as estimativas de CaP no Brasil, para o ano de 2014, é de 68.800 casos, sendo que 2.480 casos são previstos para os 7 estados da região norte, onde 300 casos estão previstos para o estado de Rondônia (RO). (BRASIL, 2014).

O CaP, pode ser desenvolvido de forma assintomática, fator que dificulta o diagnóstico precoce, levando a diminuição das expectativas de cura. O método de prevenção Toque Retal (TR) é de baixo custo financeiro, mas de alto custo moral ao homem, fator que ocasiona a não adesão à prevenção. (SOUZA; SILVA; PINHEIRO, 2011).

Segundo Paiva, Motta e Griep (2010) é preciso desenvolver ações estratégicas preventivas de caráter primário focadas nos fatores de risco e predisposições, e secundárias no diagnóstico precoce e abordagem terapêutica adequada para prevenir a incapacidade e mortalidade que a doença possa ocasionar.

Visando à prevenção do CaP, o enfermeiro é o profissional que mais possui afinidade com a prevenção e promoção à saúde das pessoas. Starfield (2002) cita que a essência da profissão enfermagem são as práticas na APS, que compreende um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, cabendo ao enfermeiro realizar atividades que englobam a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.

A justificativa desta pesquisa centra-se na produção de maior conhecimento da temática afim.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Conforme enunciado por Starfield (2002), a APS é o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde, caminho que facilita o acesso aos cuidados básicos à saúde, sendo prestados primeiramente sobre a pessoa e enfermidade, atendendo todas as necessidades básicas e quando complexas, são encaminhadas para outro nível de atendimento.

Na mesma publicação a autora cita características próprias da APS, que a diferencia dos demais níveis assistenciais, que tem como prioridade o primeiro contato com o usuário aos serviços de saúde, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário.

No Brasil a APS é citada como a porta de entrada ao SUS, sendo respeitados os princípios doutrinários e organizativos que regem o sistema. É caracterizada por um conjunto de ações que visa à prevenção, cura, reabilitação, redução de agravos à saúde, e quando necessário o encaminhamento do usuário a atenção secundária ou terciária de saúde. (BRASIL, 2006).

### 2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – ASPECTOS HISTÓRICOS

O contexto da APS foi atribuído a dois acontecimentos históricos da saúde, a nível mundial, ocorreu no século XX, servindo como base para criação da APS.

Segundo Lavras (2011), no ano de 1920, foi atribuído ao médico inglês, Lord Bertrand Dawson, a fundamentação da APS, através do documento conhecido como Relatório Dawson, elaborado pelo MS do Reino Unido. A difusão deste documento influenciou a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que serviu de modelo de reorganização dos sistemas de saúde, e adaptações em vários países do mundo.

Silveira (2008, p. 87) ressalta que:

Os serviços para as famílias de uma região específica devem possuir como base um centro primário de saúde, ou seja, um estabelecimento que ofereça os serviços de medicina curativa e preventiva e que esteja a cargo

de médicos generalistas, junto com um serviço de enfermagem eficiente, e que tenha a colaboração de consultores e especialistas visitantes. Os centros de saúde serão de diferentes tamanhos e níveis de complexidade, de acordo com as condições locais ou quanto à sua localização na cidade ou áreas rurais. O pessoal consiste, na sua maioria, de médicos do distrito correspondente, sendo possível assim para os pacientes seguir com seus próprios médicos. Um grupo de centros primários de saúde deve, por sua vez, ter um centro secundário de saúde como base. [...] Os centros de saúde secundários, por sua vez, devem formar vínculo com o hospital.

Como já mencionado por Lavras (2011), na década de 70, ocorreu outro marco histórico referente à APS, com a realização da primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 12 de setembro de 1978, em Alma-Ata, capital do Cazaquistão. O evento foi promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Foi proferida uma meta entre os países participantes, que até o ano 2000 deveria ser atingido o maior número de pessoas assistida pela saúde em todo mundo.

Assim, a conferência de Alma-Ata define APS como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, 1978, p.1-2).

Na década de 80, houve o movimento para realização da reforma sanitária no Brasil que resultou em uma grande conquista para saúde brasileira, ficando expressa na Constituição Federal (CF) do Brasil, a saúde como um “direito de todos e dever do Estado”. Essa conquista impulsionou à construção de um sistema de saúde público unificado que visa atender toda população brasileira igualmente voltada a atenção de baixa, média e alta complexidade. Esse sistema de saúde pública foi consolidado pela Lei Orgânica da Saúde:

“Lei nº 8080/90, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” (BRASIL, 1990, p. 01).

Novas conquistas foram inspiradas pela reforma sanitária, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi um deles, instituído pelo MS em 1991, com finalidade de diminuir a morbimortalidade materno-infantil, em especial na região nordeste do Brasil, teve um impacto significativo de melhoria de alguns indicadores de saúde. (BARROS, et al. 2010).

No ano de 1994, o MS publica um novo modelo de assistência à saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), precursor do PACS, que visa à prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde do indivíduo e da família, no seu contexto ambiental, psicofísico e social, respeitando os princípios que regem o SUS. (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Segue abaixo as atribuições gerais dos profissionais que integram PSF:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas
- identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde
- resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra referência, os principais problemas detectados
- desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos; - promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados (BRASIL, 1997, p. 14).

Segundo publicação do MS, a trajetória histórica da saúde no Brasil foi gradualmente se fortalecendo e se adaptando as condições contemporâneas, onde esse processo de maturação resultou na criação do Pacto pela Saúde, através da Portaria Numero (nº) 399/Gabinete do Ministro (GM) de 22 de fevereiro de 2006. O Pacto pela Saúde é constituído por três componentes articulados:

- Pacto pela Vida: É um conjunto de compromissos sanitários pactuado, que visa estabelecer prioridades a serem assumidas pelos gestores das três esferas dos governos;
- Pacto em Defesa do SUS: Envolve ações interligadas nas três instâncias federativas, com objetivo de qualificar e assegurar o SUS como política de estado, mais que política de governos, defender os princípios fundamentais dessa política pública, inscritos na CF;

- Pacto de Gestão do SUS: É responsável em definir as responsabilidades de cada esfera dos governos, descentralizando as atribuições do MS para os estados e municípios tornando mais evidente a competência de cada um e definido quem deve fazer. (BRASIL, 2006).

Na mesma publicação citada no parágrafo anterior, é reconhecido que com a criação do Pacto pela Saúde, novos horizontes se abriram para estruturação dos sistemas locais de saúde. O estabelecimento de prioridades do Pacto pela Vida, em 2006, implantou diretrizes volta à:

**SAÚDE DO IDOSO:**

Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

**CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:**

Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama.

**MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA:**

Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias.

**DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA E INFLUENZA:**

Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias.

**PROMOÇÃO DA SAÚDE:**

Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.

**ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:**

Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. (BRASIL, 2006, p. 2).

Com a revisão das prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida, notou-se a necessidade da inclusão de novas prioridades, que por meio da Portaria nº 325/GM de 21 de fevereiro de 2008, fica instituída a inclusão de mais cinco prioridades para garantir atendimento específico para grupos que vinham sendo atendido de forma genérica, sem levar em consideração as suas peculiaridades. Dentre as novas prioridades estabelecidas para o ano de 2008, a Saúde do Homem é uma delas, que tem por objetivo e meta:

- A promoção à saúde integral do homem;
- A elaboração, publicação e implantação da Política de Saúde do Homem. (BRASIL, 2008).

### 2.3 PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

De acordo com Figueiredo (2005), a pouca procura dos homens pelos serviços de saúde, não deve ser atribuída exclusivamente como uma falta de interesse por sua saúde nem especificamente como falha na organização dos modelos de APS. Devem ser levados em consideração três pontos cruciais: os homens na qualidade de sujeitos confrontados com as diferentes dimensões da vida; os serviços na maneira como eles se organizam para atender os usuários considerando suas peculiaridades e os vínculos estabelecidos entre os homens e os serviços e vice-versa.

Durante muitos anos os cuidados de saúde prestados aos homens eram de forma generalista, esse fator contribuía para uma assistência ineficaz, trazendo danos a saúde do homem, além de servir de motivo para não procura aos serviços de saúde. (GOMES, 2011).

Em conformidade com as condições de atenção a saúde dos homens brasileiros, o MS reconhece que os homens precisam ser vistos em sua singularidade, tal reconhecimento é expresso através da implantação de uma política que visa atender na integralidade o público masculino. Em 2008 houve o lançamento da primeira versão do documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), visando atendimento nos diferentes níveis de atenção, mas tendo como prioridade a APS. (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Conforme descrito na Portaria nº 1.944/GM/MS, de 27 de agosto de 2009, fica instituído no âmbito do SUS, a PNAISH, onde o Artigo (Art.) 4º desta mesma portaria destaca seus objetivos específicos:

- I - promover a mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família;
- II - captar precocemente a população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;
- III - organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo o território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem;
- IV - fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde;
- V - capacitar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem; [...]
- XIV - ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina;

XV - incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações socioeducativas;  
XVI - estimular, na população masculina, o cuidado com sua própria saúde, visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis;  
XVII - aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas de decisão. (BRASIL, 2009, p. 1).

Silva et al. (2012) enfatiza que mesmo que a criação da PNAISH represente um grande avanço em direção ao aprimoramento do atendimento à saúde da população masculina, ainda não se percebe mudanças efetivas nos estabelecimentos de saúde, onde é perceptível a necessidade de incorporar um olhar crítico qualificado revendo as práticas no âmbito das equipes de saúde que ainda utilizam métodos tradicional assistencial. O enfermeiro poderá contribuir para adequação dessas equipes ao novo modelo assistencial preconizado pelas diretrizes MS.

A percepção do homem aos serviços de saúde ainda continua voltado ao modelo anterior de assistência. Cabe as unidades de saúde mudar este paradigma, por meio de estratégias que traga melhoras no acolhimento e assistência as necessidades à saúde do homem, com intuito de mudar a postura desta população, que sendo atendida com mais especialidade se sentirá menos tensa ao lidar com questões que envolvem à saúde. (FIGUEIREDO, 2005).

## 2.4 FISIOPATOLOGIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA

### 2.4.1 Próstata

A próstata é um órgão glandular, que faz parte dos órgãos sexuais masculino estando normalmente presente em todos os homens. Tem o formato de um cone invertido, está localizada entre a bexiga e o diafragma urogenital, envolvendo a porção inicial da uretra, seu peso normal é de aproximadamente 20 Gramas (g) (Figura 1). Dentre as funções da glândula prostática está a produção de uma secreção viscosa alcalina que se mistura com os espermatozoides para servir de veículo, nutrir e proteger os espermatozoides até o encontro com o ovócito, neutralizando a acidez da urina residual acumulada na uretra e também à acidez natural da vagina. Outra função importante é a compressão da uretra durante a

ejaculação, para evitar que a urina se misture com o esperma. (FONSECA; PALMAS, 2010).

Seguem abaixo, as ilustrações da anatomia da próstata e dos órgãos adjacentes conforme citadas no paragrafo anterior:

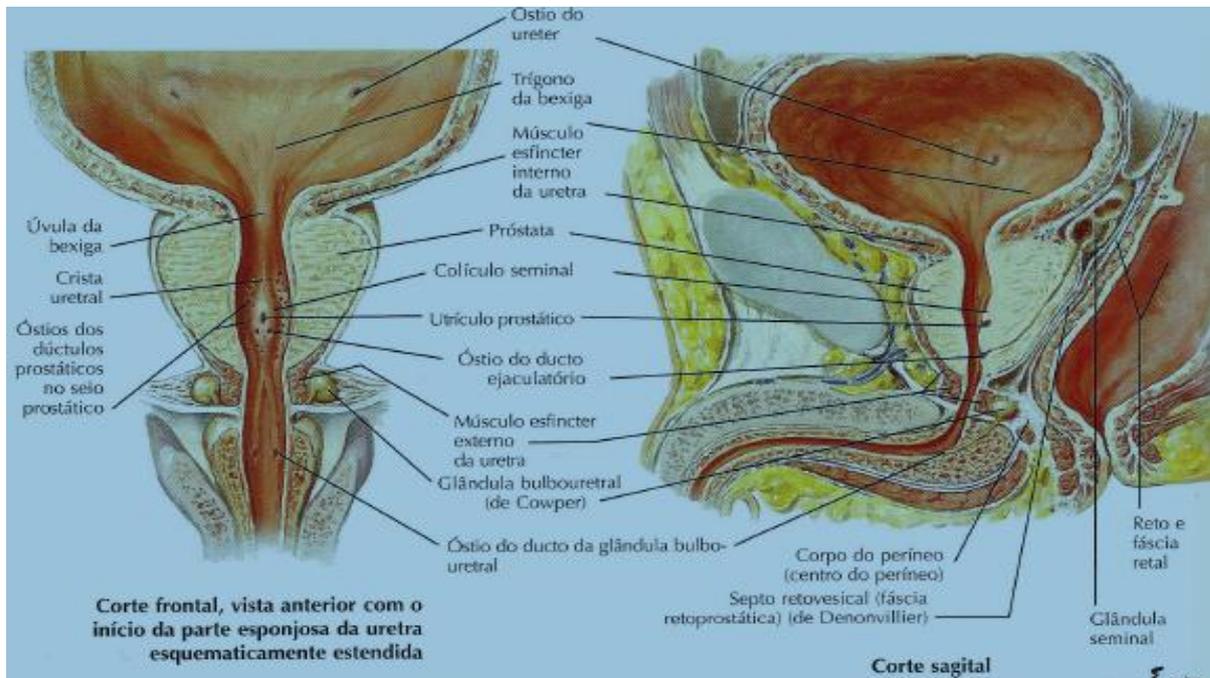


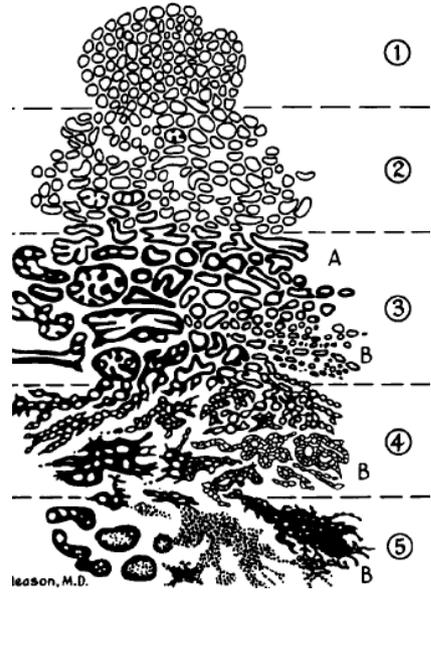
Figura 1 – Ilustração da próstata e glândulas seminais  
Fonte: Adaptada de NETTER, 2008.

#### 2.4.2 Neoplasia prostática

A neoplasia é caracterizada pelo crescimento descontrolado de novas células, que pode acometer qualquer órgão, ocasionando aumento significativo de seu volume e peso. As neoplasias são classificadas em benignas e malignas:

- Benignas: as células são bem diferenciadas, o ritmo de crescimento é lento, não invade órgãos adjacentes, mitoses são raras e normais e metástase ausente;
- Malignas: as células são indiferenciadas, o ritmo de crescimento é rápido, invadem órgãos adjacentes, mitoses são frequentes e atípicas e metástase presente. (FIGUEIREDO; NOGUEIRA, 2013).

O Quadro, a seguir, ilustra o sistema de gradação histológico de Gleason:

Escala do padrão de Gleason			
	①	Pequenas glândulas uniformes.	<p>Bem diferenciado.</p> <p>↓</p> <p>Moderadamente diferenciado.</p> <p>↓</p> <p>Pouco diferenciado anaplásico.</p> <p>↓</p>
	②	Mais estroma entre glândulas.	
	③	Infiltrações de células de glândulas na margem.	
	④	Massas irregulares de células neoplásicas com poucas glândulas.	
	⑤	Falta de glândulas ou ocasionais, falhas de células.	

Fonte: Adaptado de HUMPHREY, 2004; BIGELLI, 2014.

Quadro 1 - Graus de Gleason: desenho padrão

A próstata é composta por células como qualquer outro órgão ou tecido do corpo, que em condições de homeostase se dividem e se reproduzem de forma ordenada e controlada. No entanto, a idade avançada, os fatores intrínsecos e extrínsecos que afetam o organismo, causará alterações que modificará o processo de divisão e reprodução celular, produzindo um excesso de tecido, que dá origem ao tumor, podendo este ser classificado como benigno ou maligno. (TONON; SCHOFFEN, 2009).

No início da vida o tamanho da próstata é reduzido, já na puberdade o desenvolvimento é mais evidente, devido influências de maior produção dos hormônios masculinos, até os 20 anos pode chegar a pesar 20g. Estima-se que, a partir dos 31 anos, a próstata passa a crescer 0,4g por ano, dos 50 aos 70 anos o crescimento é mais acelerado e a partir dos 70 anos o ritmo de crescimento tende a diminuir. O crescimento normal da próstata relaciona-se com o avanço da idade do homem, no entanto em caso de neoplasia maligna prostática, o crescimento se torna descontrolado e a próstata pode atingir volumes exuberantes chegando a pesar 60g

a 100g, necessitando de tratamento cirúrgico. (MEDEIROS; CAMPOS; NASSIF, 2011).

O CaP é uma neoplasia complexa, de evolução lenta e etiologia pouco definida, é o segundo mais incidente entre os homens sem considerar os tumores de pele não melanoma. Atualmente é tido como principal fator de risco para o desenvolvimento do CaP, a idade avançada associada a fatores como: etnia (homens negros), histórico familiar (hereditariedade), estilo de vida (sedentarismo, tabagismo e etilismo), dietas (hipercalóricas, hiperssódicas e hipercalcêmicas) e a obesidade podem influenciar no seu desenvolvimento. (SILVA; MATTOS; AYDOS, 2014).

Com as estimativas de vida aumentada a nível mundial, a previsão é que a incidência de CaP seja alarmante chegando atingir 60% de novos casos até o ano de 2015. As estimativas para o ano de 2014 no Brasil, contabilizam 68.800 novos casos, sendo a incidência em RO de aproximadamente 300 casos, onde 70 deles calculados será na capital PVH e o restante distribuídos nos 51 municípios de Rondônia. (BRASIL, 2014).

Abaixo os autores destacam a intensidade do CaP, como sendo o segundo mais incidente entre os homens.

No Brasil, a estimativa para o ano de 2014, válida também para o ano de 2015, reforça a magnitude do problema. São esperados aproximadamente 576.000 casos novos, sendo 68.800 de CaP, o que corresponde a um risco estimado de 70,42 casos novos a cada 100.000 homens. O CaP continua sendo a segunda neoplasia mais comum entre os homens. O aumento da expectativa de vida, a melhoria e a evolução dos métodos diagnósticos e da qualidade dos sistemas de informação do país podem explicar o aumento das taxas de incidência ao longo dos anos. (GOULART; MIRANZI; GOULART, 2014, p. 626).

Mesmo com o alto índice de CaP, mencionado acima percebe-se a presença de poucos estudos em relação à saúde do homem com câncer. É notada também a preocupação em estudos sobre qualidade de vida e câncer em mulheres, porém, este fator gera desigualdade em relação à saúde dos homens. (GOULART; MIRANZI; GOULART, 2014).

As manifestações clínicas do CaP são muito discretas ou as vezes ausentes na fase inicial, os sinais e sintomas ocorrem de forma progressiva e lenta, podendo ainda ser confundido com outras afecções da próstata. São mais evidentes em fases avançadas, quando ocorre a metástase, que se caracteriza por um nódulo

endurecido de superfície irregular, devido à presença de estroma fibroso abundante, acompanhado de dor, anemia, caquexia, fraturas patológicas e compressões raquimedulares, entre outros. (ZEQUI; CAMPOS, 2010).

Segundo Heck et al. (2013) os sinais e sintomas mais comuns são: aumento da frequência da micção, urgência para urinar, demora para iniciar a micção, jato urinário fraco, esforço ao urinar, esvaziamento incompleto da bexiga, além de sintomas irritativos, que por sua vez são representados pela noctúria e também a presença de ardência na uretra. Esses sinais e sintomas são consequências da hiperplasia da próstata.

### **2.4.3 Diagnóstico diferencial**

A correlação entre anamnese e exame físico geral e específico dando ênfase as funções miccionais e as queixas principais que o paciente apresenta são fatores importantes a serem considerados.

Filho e Damião (2010) mencionam que, devido à próstata ser um órgão interno, não é possível visualizá-la a olho nu, sendo necessário realizar exames complementares pouco invasivos, para identificar possíveis alterações.

Os exames mais utilizados são:

O Antígeno Prostático Específico (PSA) que é uma glicoproteína produzida primariamente pelas células epiteliais dos ácinos e ductos prostáticos, sua concentração na corrente sanguínea é mínima em condições homeostáticas, é quantificado através de uma amostra de sangue.

Outro exame de referência é o Toque Retal, exame clínico realizado pelo médico que permite a avaliação da superfície da próstata (tamanho, consistência, temperatura e sensibilidade).

Os mesmos autores citados acima relatam que o PSA é um exame muito útil para detecção precoce do CaP, porém não é específico pois sofre alterações por outras enfermidades que afetam a próstata, porém não deve ser realizado isoladamente. (FILHO; DAMIÃO, 2010).

Reis e Cassini (2010, p. 190) concordam com este pensamento e traz o seguinte entendimento, a saber:

Existem outras fontes de produção de PSA no corpo humano, como glândulas parauretrais, tecido mamário normal ou neoplásico, líquido amniótico e raramente algumas neoplasias ovarianas. Entretanto, as quantidades produzidas nesses tecidos não conseguem alterar de forma significativa a concentração plasmática do PSA. Não é correto o conceito de que células tumorais produzam mais PSA. A fisiopatologia do aumento da concentração plasmática do PSA baseia-se na ocorrência de lise celular, possibilitando sua liberação à corrente sanguínea. PSA é um marcador órgão-específico e não doença específica. Três das afecções prostáticas mais comuns podem elevá-lo, a saber: prostatite, hiperplasia prostática benigna e câncer de próstata.

Havendo alterações nos exames citados acima, prossegue-se com estudo histopatológico do tecido prostático, obtido através da biópsia guiada por ultrassonografia transretal. Antes da realização da coleta do material é necessário observar uma série de cuidados como medidas profiláticas com antibióticos preparo intestinal, sedação para o conforto do paciente e facilitar o procedimento, posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo com as coxas fletidas. (DALL'OGGIO et al., 2011).

O estudo histopatológico é avaliado pelo grau de crescimento do tumor, por meio da Escore de Gleason, que informará a evolução gradativamente crescente das células diferenciadas e indiferenciadas variando entre 2 e 10, onde 2 representa maior diferenciação e menor agressividade e 10 menor diferenciação e maior agressividade. (MOREIRA et al., 2012).

Segue abaixo o Quadro 2 com a gradação da Escore de Gleason correlacionado com as características patológicas:

Escore de Gleason	Características Patológicas
Escore de Gleason 2-4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bem diferenciado;</li> <li>• Características embalado intimamente pequenas glândulas;</li> <li>• Menos agressivos, menos chances de metástase para órgãos secundários.</li> </ul>
Escore de Gleason 5-6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moderadamente diferenciada;</li> <li>• Glândulas de tamanho variável com pouco estroma;</li> <li>• Padrão cribriforme de várias células fundidas;</li> <li>• Grau mais comumente observado durante a detecção de câncer de próstata.</li> </ul>
Escore de Gleason 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moderada células cancerosas pouco diferenciadas;</li> <li>• Glândulas incompletamente formadas.</li> </ul>
Escore Gleason 8-10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouco diferenciado;</li> <li>• Rompido com células de câncer de próstata pode ser encontrado dentro de lúmen vascular ao redor da próstata;</li> <li>• Câncer de próstata agressivo, altamente metastático.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de BIGELLI, 2014.

Quadro 2 - Classificação da Escore de Gleason

#### 2.4.4 Tratamento

Há diferentes tipos de tratamento para o CaP, mas deve ser levado em conta não somente o controle do câncer, mas também a qualidade de vida do paciente, levando em consideração diversos fatores que indicará o método apropriado do tratamento para cada paciente. A idade, a classificação do estadiamento tumoral, através das categorias Tumor Nodo Metástase - TNM (ANEXO I), a Escore de Gleason (Quadro 2), o tamanho da próstata, as condições clínicas do paciente e os recursos e tecnologias disponíveis, devem ser avaliados para um bom resultado terapêutico. (BERTOLDO; PASQUINI, 2010).

Na publicação de Srougi et al. (2008) são descritas as principais condutas terapêuticas disponíveis para o CaP, sendo elas a observação vigilante, a prostatectomia radical, a radioterapia externa, a braquiterapia e o bloqueio androgênico. A escolha do método será de acordo com o grau de estadiamento e a mensuração dos riscos e benefícios ao paciente, sendo detalhadas a seguir:

- Observação vigilante: Esta alternativa consiste no acompanhamento regular do paciente com CaP, através de medidas assistenciais periódicas, devendo ser submetido a exames de PSA, TR e tratamento paliativo em circunstâncias específicas. É indicado para pacientes considerados de baixo risco e baixo volume tumoral, com expectativa de vida limitada, menor que 10 anos. (DALL'OGGIO et al., 2011).
- Prostatectomia radical: Está indicada para pacientes com neoplasia localizada, que não contenha restrições cirúrgicas e que possua uma expectativa de sobrevida de pelo menos de 10 anos, não havendo limite de idade específico para sua realização. Consiste na remoção total da próstata, tecidos circundantes e vesículas seminais, por meio de ato cirúrgico, com a finalidade de extrair o tecido afetado pelo CaP. (DALL'OGGIO et al., 2011).
- Radioterapia externa (teleterapia): É um método terapêutico que utiliza raios ionizantes em um campo delimitado para evitar danos aos tecidos normais, é indicado para impedir que as células cancerígenas se proliferem, na redução do tamanho do tumor para facilitar a extração do mesmo e em caso tumores pequeno pode até substituir o tratamento cirúrgico erradicando as células tumorais. (MARTA et al., 2012 ).
- Braquiterapia: É um subgrupo da radioterapia, onde pequenas cápsulas de platina contendo iodo-125 dentro, são implantadas no interior do tumor ou órgão acometido, esta fonte radioativa libera energia gradativamente, irradiando o tumor intensamente e tratando toda a próstata. Atua diretamente nos componentes celulares, como Ácido Desoxirribonucléico (DNA), proteínas e lipídios, provocando alterações em sua estrutura. É considerado um método menos invasivo comparado com a prostatectomia e de menor tempo de tratamento comparado à radioterapia externa. (MARTA; HANNA; SILVA, 2011).
- Bloqueio androgênico: É uma modalidade terapêutica padrão para o CaP em metástase a fase mais agressiva do câncer. Sua ação consiste na supressão hormonal especificamente a testosterona, pois este hormônio estimula a função e a proliferação das células prostáticas, de modo que intervenções que reduzem os seus níveis séricos inibem a divisão das mesmas e produzem regressão tumoral. (RIBEIRO et al., 2010).

A Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), quantifica em sua publicação o percentual dos diferentes métodos utilizadas para o tratamento do CaP:

As diferentes modalidades utilizadas para o tratamento do CaP localizado, segundo dados do CAPSURE (*Cancer of the Prostate Strategic Urologic Research Endeavor*), encontram o seguinte percentual: Prostatectomia radical (PR) (51,6%), Braquiterapia (BT) (21,7%), Radioterapia (XRT) (6,8%), Observação (OBS) (7,9%) e outros (12%). É realizada PR em 86,3% dos homens abaixo de 60 anos, radioterapia em 39,4% (XRT/BT) dos homens entre 70-79 anos, sendo que após os 80 anos, privação androgênica e OBS, são utilizadas em 36,4% e 38,6% dos indivíduos, respectivamente<sup>1(B)</sup>. No mesmo estudo, a despeito da identificação do CaP, 25% a 33% dos indivíduos morrerão pela doença, apesar de 2/3 deles serem identificados como T1c<sup>1(B)</sup> e destes, apesar de 84% ainda não palpáveis, já serão tumores significantes<sup>2(B)</sup>, ou seja, apresentarão padrão 4, > 3 fragmentos positivos na biópsia e fragmentos com mais de 50% comprometidos pelo tumor. (SBU, 2006, p. 3).

Observa-se que apesar dos avanços para o tratamento do CaP (cirurgias, radiação e terapias hormonais), ainda existe uma série de complicações para os pacientes, sendo necessário o desenvolvimento de novos métodos menos agressivos e mais eficazes contra o CaP. (SOUZA, 2013).

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os fatores que interferem na realização do exame Toque Retal.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o contexto da APS;
- Identificar o perfil dos participantes do estudo;
- Relacionar aspectos sobre o conhecimento dos participantes do estudo relacionado à próstata e ao câncer de próstata;
- Conhecer as justificativas segundo participantes do estudo a não adesão à realização do TR;
- Ampliar o acesso dos homens às informações sobre medidas preventivas contra o CaP por meio de mídias sociais.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, sob o n.º Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 44910215.6.0000.5601, parecer nº 1.176.362 em 07 de agosto de 2015, conforme (ANEXO II), atendendo aos requisitos propostos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (CNS/MS), que condiz nos referenciais da bioética, tais como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa também assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa. (BRASIL, 2012).

### 4.2 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é de caráter descritivo com abordagem quantitativa, tendo como área de abrangência a Saúde do Homem (SH).

### 4.3 MUNICÍPIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em Ariquemes, município localizado na porção centro-norte do estado de Rondônia – Brasil, a uma distância de 203 quilômetros de Porto Velho (PVH), capital de RO, com área territorial de 4.426,571 km<sup>2</sup>.

Ariquemes é considerada a terceira cidade mais populosa do estado, onde em 2010 a população do município era de 90.353 habitantes, sendo 45.543 homens e 44.810 mulheres. Para o ano de 2014, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estimou um total de 102.860 habitantes para o município de Ariquemes. (IBGE, 2014).

O clima é característico da região amazônica, com dois períodos bem definidos e distintos, sendo um chuvoso denominado inverno e outro de estiagem conhecido como verão. A temperatura anual varia entre 30 e 35°C.

Dentre as atividades econômicas da região, as de maior predominância são: lavouras de café, cacau, guaraná e cereais, criação de gado leiteiro e de corte, mineração e indústria madeireira.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Ariquemes possui 10 (dez) hospitais geral, sendo 2 (dois) públicos: Hospital Regional de Ariquemes (HRA) e Hospital da Criança de Ariquemes (HCA) e 8 (oito) privados; 29 (vinte e nove) clínicas/ centro de especialidade, sendo 5 (cinco) público: Centro de Dialise de Ariquemes, Centro de Referência Saúde da Mulher, Centro de Reabilitação Belmira de Araújo, Centro Odontológico Municipal e Serviço de Assistência Especializada (SAE) e 24 (vinte e quatro) privados; 21 (vinte e um) consultórios isolados, todos privados; 9 (nove) Centros de Saúde/Unidade Básica, sendo 8 públicos distribuídos em pontos estratégicos do município e 1 (um) privado; e 1 (um) Centro de Assistência Psicossocial II (CAPSII). (CNES, 2014).

Observa-se que dentre os estabelecimentos de saúde citados, somente 1 (um) estabelecimento privado é referência em saúde do homem.

#### 4.4 DESCRIÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no 7º Batalhão de Polícia Militar (7ºBPM), situado na Av. Capitão Sílvio, nº 3354, Setor Grandes Áreas, CEP: 76.876-702 Ariquemes – RO, nas dependências da referida instituição.

O local do estudo é caracterizado por profissionais tanto do sexo masculino quanto do feminino, mas os de maior predominância são os profissionais do sexo masculino. A equipe efetiva é composta por 125 soldados, sendo 10 do sexo feminino e 115 do sexo masculino; 32 cabos, sendo 2 do sexo feminino e 30 do sexo masculino; 20 sargentos e 3 tenentes ambos do sexo masculino, totalizando 180 colaboradores. A remuneração dos colaboradores varia de acordo com a hierarquia militar.

Os profissionais lotados na Secretaria de Estado da Segurança, Defesa e Cidadania de RO (SESDEC - RO), exercem suas funções com fundamento no texto da CF art. 144, § 5º, cabendo à polícia militar exercer a função de policiamento ostensivo e preventivo, e pela manutenção da ordem pública nos diversos estados da federação.

O 7ºBPM de Ariquemes foi escolhido para este estudo, por se tratar de um estabelecimento cujo público alvo é dominante e por se enquadrar nos critérios de inclusão do estudo.

#### 4.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo é composta por 168 colaboradores do sexo masculino, lotados na SESDEC – RO.

#### 4.6 AMOSTRA DO ESTUDO

Utilizou-se uma amostra de 30% da população total, que equivale a 50 colaboradores, sendo 34 Soldados, 09 Cabos, 05 Sargentos, 01 Tenente e 1 Comandante.

#### 4.7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Ser colaborador da SESDEC - RO, devendo estar lotado no 7ºBPM de Ariquemes;
- Ser do sexo masculino, com idade superior a 20 anos;
- Concordar em participar do estudo;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. (APÊNDICE I).

#### 4.8 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Não pertencer ao quadro de colaboradores da SESDEC – RO;
- Não estar lotado no 7ºBPM de Ariquemes;
- Ser do sexo feminino;
- Idade inferior a 20 anos;
- Recusar em participar do estudo;
- Recusar em assinar o TCLE.

#### 4.9 COLETA DE DADOS

Este estudo utilizou como ferramenta para coleta de dados, um questionário contendo uma pergunta aberta (idade) e as demais perguntas fechadas com respostas de múltipla escolha. (APÊNDICE II). O mesmo foi validado através de um pré-teste aplicado a 10 (dez) colaboradores da Delegacia Regional de Polícia Civil de Ariquemes – RO, o qual teve a finalidade de quantificar o nível de entendimento sobre o questionário e posteriormente aprimorar o mesmo.

De acordo com Gil (2008), questionário é uma ferramenta muito útil para coleta de informações, composta por questões que expressam o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas dentre outros.

#### 4.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados obtidos foram agrupados e tabulados no software editor de planilhas “Microsoft Office Excel 2010”, posteriormente foi submetida à análise estatística descritiva que objetivou obter melhor entendimento das informações totais coletadas e permitir a formulação das conclusões da pesquisa.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segue abaixo a Tabela 1 que descreve o perfil dos participantes submetidos ao questionário.

Tabela 1 – Perfil dos participantes do estudo. Ariquemes – RO. 2015.

Variáveis	Número (Nº)	Percentual (%)
<b>Idade (anos)</b>		
20 a 30	23	46
31 a 40	22	44
41 a 50	05	10
51 a 60	00	0
Total	50	100
<b>Cor</b>		
Branca	12	24
Negra	11	22
Amarela	00	0
Parda	26	52
Indígena	01	2
Total	50	100
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	12	24
Casado	28	56
Divorciado	01	2
Viúvo	00	0
Outros	06	12
Não respondeu	03	6
Total	50	100
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental	00	0
Ensino médio	24	48
Educação superior	22	44
Outros	03	6
Não respondeu	01	2
Total	50	100
<b>Plano de saúde</b>		
Sim	39	78
Não	11	22
Total	50	100
<b>Religião</b>		
Católico	18	36
Evangélico	22	44
Não tem religião	06	12
Outros	03	6
Não respondeu	01	2
Total	50	100

Fonte: 7º BPM de Ariquemes

As variações de idades dos participantes do estudo distribuíram-se da seguinte forma: 46% encontrava-se na faixa etária de 20 a 30 anos; 44% estavam entre 31 a 40 anos e 10% entre 41 a 50 anos. Em relação à cor, 24% se autodeclararam branca; 22% negra; 52% parda e 2% indígena. Quanto ao estado civil 24% eram solteiros; 56% casados; 2% divorciado; 12% responderam outros e 6% não responderam. No que diz respeito à escolaridade 48% informaram ter ensino médio; 44% educação superior; 6% responderam outros e 2% não respondeu. A maioria, 78% declarou ter plano de saúde e 22% não tem. Em relação à religião, 36% dos homens afirmaram ser católicos; 44% evangélicos; 12% não possui religião; 6% outras religiões e 2% não responderam (Tabela 1).

No estudo de Zacchi et al. (2014), foi identificado que o CaP apresenta maior incidência em homens com idade superior à 65 anos, de cor negra e também aqueles com histórico de câncer na família. Além disso, foi observado a influência do estado civil, sendo constatado que homens solteiros podem ter menos apoio à prevenção e tratamento do CaP, e essa condição pode comprometer a qualidade de vida que conseqüentemente afetará as condições imunológicas.

De acordo com a publicação de Neves et al. (2013), a correlação entre o nível de escolaridade reflete o saber sobre a prevenção do CaP, nesse estudo, foi evidenciando que homens de baixo nível de escolaridade e de poder socioeconômico reduzido, possuem conhecimento insuficiente sobre a doença. Considera-se que tal circunstância, exige estratégias educativas de caráter ostensivo, que estejam voltadas ao esclarecimento e à adesão ao tratamento do CaP.

Os próximos resultados expressos no gráfico a seguir, correspondem aos conhecimentos dos participantes sobre a próstata e o CaP.

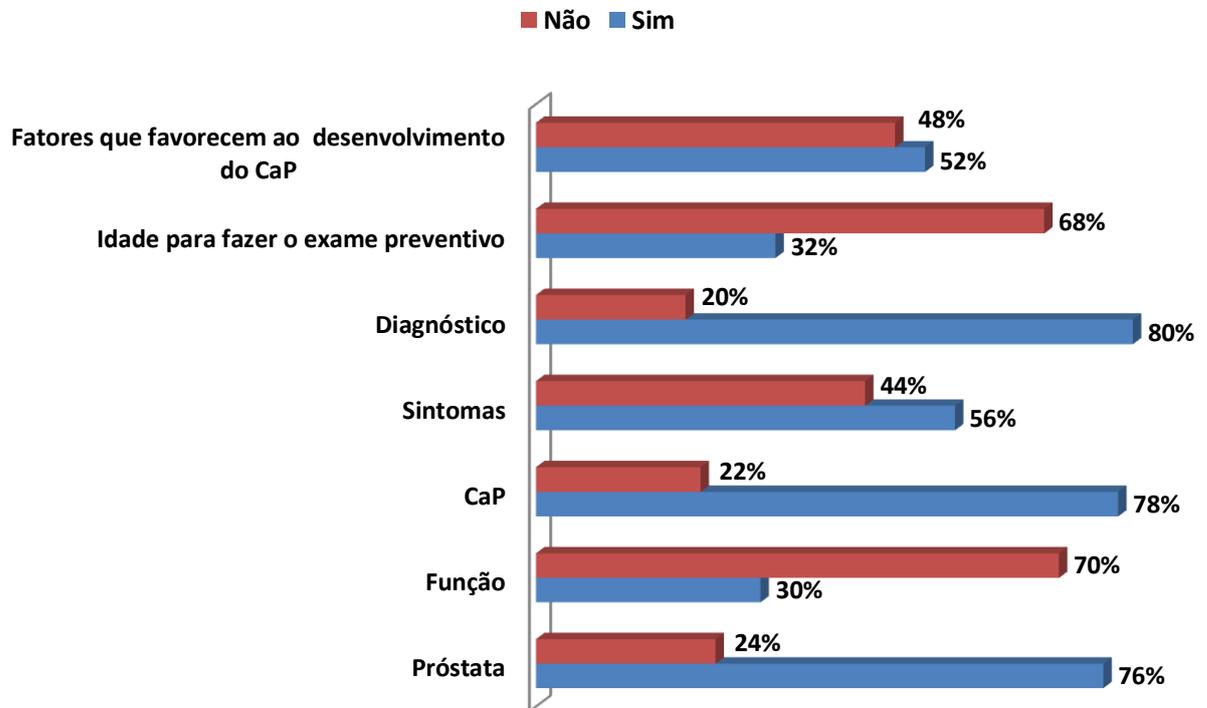


Gráfico 1 - Conhecimentos dos participantes do estudo sobre a próstata e CaP. Ariquemes – RO. 2015.

Os resultados de uma pesquisa realizada em nível nacional, divulgada em 2014 pela Data Folha em parceria com o Instituto Oncoguia e a *American Cancer Society*, apontou um grau insatisfatório de conhecimento da importância da prevenção e eficácia dos métodos terapêuticos disponíveis para o câncer. Foram ouvidos mais de 2 mil brasileiros, de diversas condições socioeconômicas, com objetivo de quantificar e qualificar o conhecimento da população sobre o câncer. Os resultados mostraram a escassez de conhecimento, onde muitos não sabiam o que é exame de rotina. Porém, foi identificado, o interesse dos participantes em receber informações mais qualificadas, por meio de programas de televisão e aulas nas escolas. (SADI et al., 2014).

No entanto reconhecer que o conhecimento é um dos fatores condicionantes para a tomada de decisão do indivíduo, no que diz respeito à prevenção de doenças e diagnóstico precoce, de forma a fortalecer a consciência preventiva, presume-se uma consequente formação de hábitos saudáveis e preventivos. (SANTOS, 2007).

Gomes et al. (2008), salientam que a disseminação de informações relevantes a prevenção e promoção à saúde, geram conhecimentos que conseqüentemente irá estimular à adoção de cuidados à saúde física e mental e também contribuirá na quebra de barreiras no que concerne a realização do TR.

O autor destaca ainda a fala de um médico urologista:

“O cara que vem aqui no consultório, ele vem porque precisa vir. Ele vence barreiras. Mas essas barreiras existem. Ele consegue vencer as barreiras porque ele [tem] informação.” (p.1979).

Seguindo a mesma linha de raciocínio Paiva et al. (2012), reforçam que, para adesão significativa aos cuidados com a saúde, é preciso adotar medidas educativas que gerem conhecimento prévio. Tal teoria, foi consolidada através de um estudo realizado na Flórida nos Estados Unidos, onde se constatou que o conhecimento das práticas de prevenção é uma condição determinante para prevenir o CaP. Esta declaração mostra que o homem com conhecimento prévio tem predisposição de desenvolver práticas de prevenção adequada.

Nobre, Oliveira e Cezário (2009), corroboram a consistência de ações preventivas focadas no diagnóstico precoce do CaP, porém enfatizam que, para o sucesso dessas ações é necessário que o público alvo receba orientações sobre a fisiopatologia do CaP, que induz o conhecimento de sinais e sintomas mais comuns, contribuindo para remoção de barreiras que interferem na adesão, dentre eles o preconceito, constrangimento e medo.

Um detalhe importante a ser destacado é qual seria à idade adequada para realizar os exames de prevenção do CaP, pois existe uma contradição entre a SBU e o INCA, onde a SBU recomenda que os exames sejam realizados a partir dos 40 anos em pacientes com histórico de câncer na família e 45 anos aos que não apresentam histórico de câncer na família. Já o INCA orienta realizar os exames na faixa etária de 50 a 70 anos. (OLIVEIRA; POPOV, 2012). No presente estudo foi utilizado o parecer da SBU como resposta no questionário.

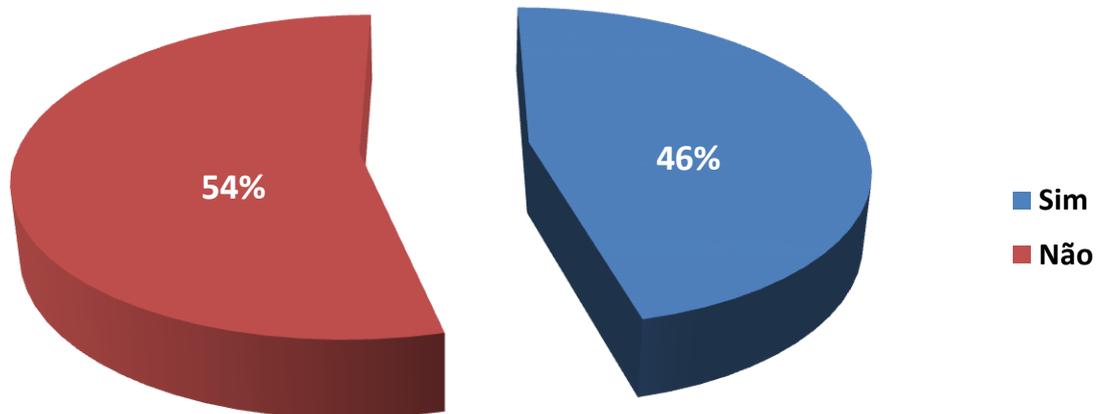


Gráfico 2 – Histórico de câncer na família. ARIQUEMES – RO. 2015.

Conforme descrito por Lindor et al. (2008), pessoas que possuem uma ou mais das características descritas a seguir, necessitam passar por uma avaliação clínica minuciosa, com intuito de detectar uma possível síndrome de predisposição herdada ao câncer, devendo atentar-se quando tem pelo menos dois familiares com diagnósticos da doença confirmados, sendo este de primeiro grau; familiar com idade inferior a 50 anos com diagnóstico de câncer confirmado; mesmo tipo de câncer diagnosticado em mais de um familiar e um tipo de câncer muito raro, diagnosticado em um ou mais integrantes da mesma família.

As causas do CaP são diversificadas e pouco definidas, estudos apontam fatores de risco evitáveis e não evitáveis, sendo que a interação de ambos é que vai diferenciar o risco de cada indivíduo. A etiologia hereditária é uma forma que pode ser desencadeada até em homens jovens, sendo quantificado em 10% a 20% de casos de CaP. Quando identificados os genes responsáveis pelo desenvolvimento do câncer, as formas terapêuticas serão mais eficazes resultando em um bom prognóstico, tendo em vista que as medidas terapêuticas apropriadas irão proporcionar melhor qualidade de vida. (DANTAS et al., 2009).

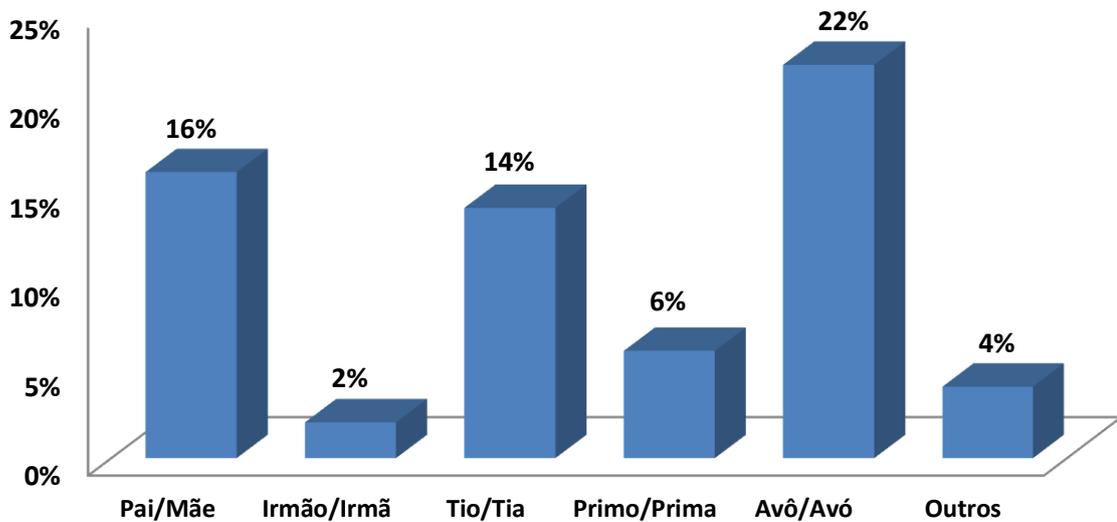


Gráfico 3 - Grau de parentesco entre os participantes do estudo e familiares acometidos pelo câncer. Ariquemes – RO. 2015.

Campacci (2013), adere a mesma linha de pensamento de Lindor et al. (2008), quando menciona que a incidência de tumores na família de um indivíduo representa um risco maior a ele e aos parentes, tendo eles maior probabilidade de desenvolver câncer em relação a população sem laços sanguíneos, ressalta ainda que em 2012 foram estimados no Brasil a ocorrência de 25.952 a 51.851 casos de câncer hereditários, número exorbitante e alarmante, pois grande parte destes tumores não são reconhecidos como de origem hereditária.

Segundo relatos de Srougi et al. (2008) em sua publicação, o homem foi programado para ter CaP, por serem portadores do código genético proto-oncogenes, que quando modificados são responsáveis por alterar células normais em células malignas, que resulta em crescimento exagerado de células, tornando-as indiferenciadas. Ressalta ainda que, quanto mais próximo for o grau de parentesco maior será a probabilidade de desenvolver a doença.

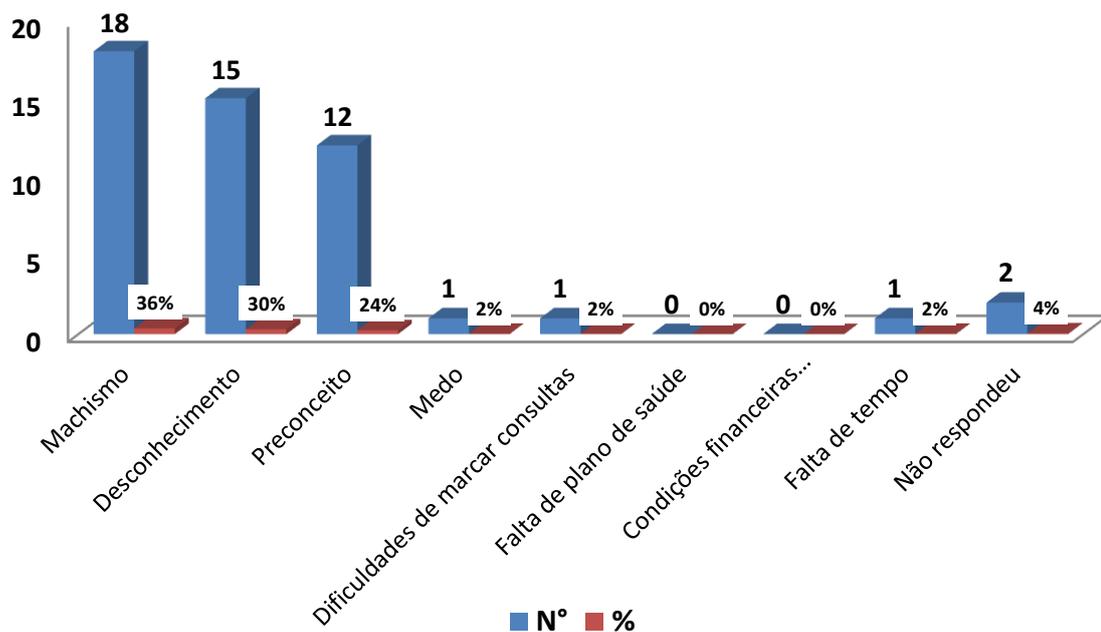


Gráfico 4 – Justificativas, segundo participantes do estudo que dificultam a realização do TR como prática preventiva para CaP. Ariquemes – RO. 2015.

No estudo de Silva (2012) foram identificados os fatores que mais dificultam a realização do exame TR na população estudada, de modo que estão atribuídos a fatores externos (filas longas, desconforto, dificuldade de acesso, falta de apoio, condições financeiras desfavoráveis, falta de conhecimento e falta de tempo), e os fatores internos (crenças, dificuldade de expressão, medo, preocupação, vergonha e não achar necessário), sendo que os fatores externos superaram os internos, devido à precariedade dos serviços de saúde no Brasil.

O diagnóstico precoce do CaP, tem a finalidade de otimizar o tratamento e estabelecer métodos terapêuticos mais eficazes e com menos reações adversas. E também aumentar o índice de cura e redução de custos financeiros agregados à doença em estágios avançados. Os exames de auxílio diagnóstico mais comuns para o CaP é o PSA e o TR devendo ser realizados simultaneamente. (SANTIAGO, 2013).

Ainda que o TR seja uma medida profilática de baixo custo e com presença mínima de complicações, existe uma série de fatores impeditivos que circunda o homem no contexto psicofísico e sociocultural. A falta de informações sobre a prevenção do CaP, não é o único fator em evidência para não adesão ao exame, pois os motivos são bem diversificados. Condição esta, que exige adequar ações

profiláticas voltadas aos homens, atendendo-o de forma integral, não restringindo a assistência apenas na doença, mas em ações voltadas ao acolhimento, onde em especial os profissionais de enfermagem podem contribuir no planejamento e avaliação da assistência ao homem visando alcançar à promoção e à manutenção da saúde. (BELINELO, 2014).

Costa e Moura (2013), elucidaram alguns motivos que dificultam o acesso dos homens na APS, em especial na prevenção do CaP. Um deles é a contextualização do gênero masculino conceituado culturalmente em ser provedor de recursos, não adoece e que cuidar da saúde não faz parte de seu cotidiano, ficando de lado o autocuidado com a própria saúde, e ainda quando procuram algum serviço de saúde é porque já estão doentes.

## CONCLUSÃO

O cenário de trabalho da população estudada é composto praticamente por homens, que quando se soma à idade avançada e fatores como etnia, hereditariedade, sedentarismo, tabagismo, etilismo, dieta desequilibrada e obesidade, favorecem ao desenvolvimento do CaP. Além do CaP, essa população está exposta a condições susceptíveis de desenvolver doenças ocupacionais como: doenças mentais, doenças ortopédicas, HAS, DM, agravos gastrintestinais, agravos cardíacos e ser vítima de violência.

A contribuição deste estudo foi além do espaço delimitado e conhecimento obtido, pois pretende servir de subsídio para orientar e/ou definir ações no âmbito dos serviços de saúde voltados à população masculina geral, visando aumentar a adesão de homens aos cuidados primários à saúde e detecção precoce do CaP, e assim, contribuir significativamente para a redução de diagnósticos tardios e sucessivamente aumentar as expectativas de cura e melhora de qualidade de vida da população masculina.

Nesse sentido, o presente estudo identificou alguns motivos relacionados à baixa procura pelos serviços de atenção básica à saúde, entre eles estão: desconhecimento sobre a doença, preconceito, machismo e também histórico de câncer na família elevado, circunstância que os colocam em condições mais vulneráveis ao risco de desenvolver CaP e doenças crônicas, seja por falta de conhecimento ou por condições desfavoráveis, que na maioria das vezes podem ser evitadas.

Contudo, faz-se necessário que a enfermagem com suas habilidades, competências e atitudes, contribuam com práticas educativas que são elementos centrais na prevenção e promoção da saúde. Observar e orientar a população estudada dentro do contexto profissional pode contribuir na inserção dos mesmos aos programas de saúde do homem e aos cuidados de APS. As práticas de enfermagem devem abordar propostas inovadoras e a busca da quebra de preconceitos e paradigmas, uma vez que um dos principais pontos levantados, que interferem de forma negativa, na adesão do homem na prevenção do CaP foi o machismo e preconceito, arraigados na sociedade patriarcal.

A enfermagem permeia por outra responsabilidade, uma vez que profissionais de saúde tem a capacidade de instruir populações a serem promotoras de saúde. Tais ações possibilitam aos profissionais da saúde o desenvolvimento do senso crítico na população envolvida.

O desenvolvimento do senso crítico, permite práticas reflexivas e auto percepção à saúde, um bem que o homem pode alcançar através de meios de comunicação em geral, integrado às ações básicas em saúde que priorize a peculiaridade de cada indivíduo, adequando o ambiente e os serviços de saúde ofertados, enfatizando na assistência qualificada e específica, aliada a exames periódicos. Tais ações são fontes de conscientização de prevenção e promoção à saúde, no contexto sociocultural da população masculina.

## REFERÊNCIAS

BARROS, Daniela França et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 19, n. 1, 2010, p.78-84. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a09>>. Acesso em: 09 jan. 2015.

BELINELO, Renata Guzzo Souza et al. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2014, p. 697-704 Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0697.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

BERTOLDO, Sandra Alves; PASQUINI, Valdiléia Zorub. Câncer de próstata: um desafio para a saúde do homem. **Rev Enferm UNISA.** Santo Amaro, SP, v. 11, n. 2, 2010, p.138-142. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2010-2-15.pdf>>. Acesso em: 6 nov. 2014.

BIGELLI, Júlio Cesar Potenziari. Significado del Grado de Gleason y del Score de Gleason en pacientes con Cáncer Prostático. **Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina.** Caracas, 2014, p.1-35. Disponível em: <[http://www.researchgate.net/publication/237050093\\_Significado\\_del\\_Grado\\_de\\_Gleason\\_y\\_del\\_Score\\_de\\_Gleason\\_en\\_pacientes\\_con\\_Cncer\\_Prosttico/links/00b4951b09de027922000000](http://www.researchgate.net/publication/237050093_Significado_del_Grado_de_Gleason_y_del_Score_de_Gleason_en_pacientes_con_Cncer_Prosttico/links/00b4951b09de027922000000)>. Acesso em: 18 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, DF, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 25 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de assistência à saúde. Coordenação de saúde da comunidade.** Brasília, DF, 1997, p. 1-36. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf) >. Acesso em: 25 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos.** 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004, p.1-254. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tratamento/tnm/tnm2.pdf>>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.** Brasília, DF, 2006, p.1-23. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399\\_20060222.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf)>. Acesso em: 25 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de atenção básica. Departamento de atenção básica.** Brasília, DF, 2006, p.1-60. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em: 19 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.** Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-325.htm>>. Acesso em: 15 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem.** Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.944/GM, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do SUS, a política nacional de atenção integral à saúde do homem.** Brasília, DF, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html)>. Acesso em: 05 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher.** Brasília, DF, 2011, p.1-82. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf)> Acesso em: 23 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Bioética. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2015

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Instituto nacional do câncer: rastreamento do câncer de próstata novembro de 2013.** Rio de Janeiro, RJ, 2013. Disponível

em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/rastreamento\\_prostata\\_resumido.2013.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/rastreamento_prostata_resumido.2013.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações sobre os municípios brasileiros**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=110002>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade.asp?VEstado=11&VMun=110002](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=11&VMun=110002)>. Acesso em: 13 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ, 2014, p.1-124. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-e-incidencia-de-cancer-2014/estimativa\\_cancer\\_24042014.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-e-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de Câncer**. Rio de Janeiro, RJ, 2014. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

CAMPACCI, Natalia. **Rastreamento populacional de famílias com predisposição hereditária ao câncer de mama e/ou colorretal**. 2013. 1-165 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, SP. Disponível em: <[www.hcancerbarretos.com.br/upload/doc/dissertacao.campacci1.pdf](http://www.hcancerbarretos.com.br/upload/doc/dissertacao.campacci1.pdf)>. Acesso em: 17 ago. 2015.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2009, p. 659-678. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a06v19n3.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2014.

COSTA, Taiane Bertoldi; MOURA, Vera de Freitas. O significado do toque da próstata para o homem: enfermeiro na promoção da saúde. **J. res.: fundam. care. Online**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, 2013, p. 537-546. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4767740.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2015.

DALL'OGGIO, Marco F. et al. Diretrizes de câncer de próstata. **Sociedade Brasileira de Urologia**. Rio de Janeiro, 2011, p.1-92. Disponível em: <[http://sbues.org.br/diretrizes/cancer\\_prostata.pdf](http://sbues.org.br/diretrizes/cancer_prostata.pdf)>. Acesso em: 3 nov. 2014.

DANTAS, Élide Livia Rafael et al. Genética do Câncer Hereditário. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Juazeiro do Norte, CE, v. 55, n. 3, 2009, p. 263-269. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_55/v03/pdf/67\\_revisao\\_literatura1.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v03/pdf/67_revisao_literatura1.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2015.

FIGUEIREDO, Priscilla Bittencourt de Almeida; NOGUEIRA, Antônio José da Silva. Prevalência de neoplasias, cárie e gengivite em pacientes oncológicos pediátricos no município de Belém, Pará. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr., João Pessoa**. Belém. v.13, n.2, 2013, p.141-146. Disponível em:<<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1480/1054>>. Acesso em: 15 out. 2014.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, 2005, p. 105-109. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n1/a11v10n1.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2014.

FILHO, Rui Teófilo Figueiredo.; DAMIÃO, Ronaldo. Câncer de próstata. **Revista HUPE**. Rio de Janeiro, RJ, v. 9, n. 1, 2010, p.1-12. Disponível em: <[http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=249](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=249)>. Acesso em: 3 nov. 2014.

FONSECA, Júlio Fidalgo; PALMAS, Artur Sabugueiro. HBP: Sintomas e impacto na qualidade de vida. **Associação Portuguesa de Urologia**. Lisboa, Portugal, 2010, p. 1-9. Disponível em: <<http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/467/1/Urol%20em%20Med%20Familiar%202010.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2014.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008, p.200. Disponível em: <<https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2014.

GOMES, Romeu et al. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, 2008, p. 1975-1984. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a33v13n6.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2015.

GOMES, Romeu et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2011, p.983-992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a30v16s1.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2014.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira; ARAUJO, Fábio Carvalho. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2007, p.565-574. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

GOULART, Débora Moura Miranda; MIRANZI, Mário Alfredo Silveira; GOULART, Paulo Eduardo Nunes. Qualidade de vida em pacientes submetidos à prostatectomia radical. **Rev. Eletr. Enf.** Uberaba, MG, v.16, n.3, 2014, p.625-634. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v16/n3/pdf/v16n3a18.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2014.

HECK, Jaqueline et al. Avaliação do nível sérico de Antígeno Prostático Específico (PSA) e relação com hiperplasia benigna prostática e câncer de próstata em pacientes atendidos em um laboratório de análises clínicas. **Acta Biomedica Brasiliensia**. Toledo, PR, v. 4, n. 1, 2013, p.56-66. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4408359>>. Acesso em: 1 nov. 2014.

HUMPHREY, Peter A. Gleason grading and prognostic factors in carcinoma of the prostate. **Modern Pathology**. Saint Louis , EUA, v. 17, 2004, p.292-306. Disponível em: <<http://www.nature.com/modpathol/journal/v17/n3/pdf/3800054a.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2014.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde soc**. São Paulo, v.20, n.4, 2011, p. 867-874. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

LINDOR, Noralane et al. Concise Handbook of Familial Cancer Susceptibility Syndromes. **Oxford University Press**. Rochester, v. 2, n. 38, 2008, p. 1-93. Disponível em: <<http://jncimono.oxfordjournals.org/content/2008/38/3.full.pdf+html>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

MARTA, Gustavo Nader et al. Câncer de próstata localizado: teleterapia, braquiterapia ou prostatectomia radical? **Diagn Tratamento**. São Paulo, v. 17, n. 2, 2012, p.90-93. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n2/a3027.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2014.

MARTA, Gustavo Nader; HANNA, Samir Abdallah; SILVA, João Luís Fernandes. Braquiterapia de próstata: historicamente consagrada, eficaz e subutilizada. **Diagn Tratamento**. São Paulo, v. 16, n. 3, 2011, p.132-133. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2011/v16n3/a2415.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2014.

MEDEIROS, Camila Colombari; CAMPOS, Lorena Borges; NASSIF, Aissar Eduardo. Adenocarcinoma prostático: revisão de literatura. **UNINGÁ Review**. Maringá, PR, v. 5, n. 3, 2011, p.83-91. Disponível em: <[http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130803\\_1745262.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130803_1745262.pdf)>. Acesso em: 16 out. 2014.

MOREIRA, Marília Victória de Souza et al. Comparação do escore de Gleason da biópsia prostática com o da peça cirúrgica em pacientes com câncer de próstata. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, v. 10, n. 5, 2012, p.367-371. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n5/a3148.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2014.

NETTER, Frank H. **Atlas de anatomia humana**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 548 p.

NEVES, Josiele de Lima et al. Câncer de próstata: caracterização dos usuários de um serviço de oncologia. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 7, n. 11, 2013, p. 6360-6367. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3002/7689>>. Acesso em: 16 set. 2015.

NOBRE, Maria Betânia; OLIVEIRA, Paula Marciana Pinheiro; CEZÁRIO, Karine Gomes. Conhecimento de mototaxistas sobre câncer de próstata. In: 61º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 2593 - 1/3, 2009, Fortaleza. **Anais**. Centro de convenções Ceará Fortaleza, 2009. P. 556-558. Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/anais\\_61cben/files/00143.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00143.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2015.

NÓBREGA, Neuma de Lucena et al. Adesão de homens na prevenção do câncer de próstata em um município do estado da Paraíba. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE, 2., 2009. Recife, PE. **Anais**. Recife: Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Pernambuco, 2009. Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd\\_anais/pdf/id196r0.pdf](http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id196r0.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2015.

OLIVEIRA, Pamela Scarlatt Durães et al. Percepção dos homens sobre o exame toque retal. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, PE, v. 9, n. 5, 2015, p.7760-7765. Disponível em: <[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6129/pdf\\_7762](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6129/pdf_7762)> Acesso em: 06 dez. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978, p.1-3. Disponível em: <<http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

PAIVA, Elenir Pereira; MOTTA, Maria Catarina Salvador; GRIEP, Rosane Harter. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 23, n. 1, 2010, p.88-93. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/14.pdf>> Acesso em: 25 jul. 2014.

PAIVA, Elenir Pereira et al. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre o câncer de próstata em Juiz de Fora (MG). **Boletim do Instituto de Saúde**. Juiz de Fora, MG, v. 14, n. 1, 2012, p. 57-63. Disponível em:<<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v14n1/v14n1a07.pdf> >. Acesso em: 09 set. 2015.

REIS, Rodolfo Borges; CASSINI, Marcelo Ferreira. Antígeno Prostático Específico (PSA). In: ZERATI FILHO, Miguel; NARDOZZA JÚNIOR, Archimedes; REIS, Rodolfo Borges. **Urologia Fundamental**. São Paulo: Planmark, 2010. Cap. 21, p.189-194. Disponível em: <<http://www.sbu-sp.org.br/admin/upload/os1688-completo-urologiafundamental-09-09-10.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2014.

RIBEIRO, Adriano Freitas et al. Riscos cardiovasculares do bloqueio androgênico. **Arq Bras Cardiol**. São Paulo, v. 95, n. 3, 2010, p.412-415. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n3/19.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2014.

SADI, Marcus Vinicius et al. Câncer de próstata, a lacuna entre o diagnóstico e a tomada de decisão. **ONCO&URO**. São Paulo, v. 1, n. 2, 2014, p. 1-34. Disponível em: <[http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2014/05/ONCOURO\\_ED.02.pdf](http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2014/05/ONCOURO_ED.02.pdf)>. Acesso em: 11 set. 2015.

SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNANI, Maria Isabel. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 10, n. 1, 2001, p.33-53. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/04.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2014.

SANTIAGO, Livia Maria et al. Prevalência e fatores associados à realização de exames de rastreamento para câncer de próstata em idosos de Juiz de Fora, MG, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Juiz de Fora, MG, v. 18, n.12, 2013, p. 3535-3542. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n12/a10v18n12.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2015.

SANTOS, Ana et al. Avaliação de práticas e conhecimentos dos homens relativamente a doença prostática, em Portugal - Estudo epidemiológico. **Acta Urológica**. Algés, Portugal, v. 24, n. 4, 2007, p. 25-32. Disponível em: <<http://www.apurologia.pt/acta/4-2007/est-epid-prostata.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

SILVA, João Francisco Santos; MATTOS, Inês Echenique; AYDOS, Ricardo Dutra. Tendência de mortalidade por câncer de próstata nos Estados da Região Centro-Oeste do Brasil, 1980 – 2011, p.395-406. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v.17, n. 2, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n2/pt\\_1415-790X-rbepid-17-02-00395.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n2/pt_1415-790X-rbepid-17-02-00395.pdf)>. Acesso em: 8 nov. 2014.

SILVA, Patrícia Alves dos Santos et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.16, n.3, 2012, p.561-568. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/19.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

SILVA, Suzy Dias. **Conhecimentos, percepções e estágios de mudança de comportamento de homens a partir dos 40 anos acerca dos exames diagnósticos da próstata**. 2012. 1-40 p. Monografia (Graduação em Psicologia) - Universidade Católica de Brasília. Disponível em: <<http://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/10869/4711/1/Suzy%20Dias%20da%20Silva.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2015

SILVEIRA, Cláudia Hausman. Falando de modelos de assistência à saúde e do programa de saúde da família do ministério da saúde – Brasil. **R. Inter. Interdisc. Interthesis**. Florianópolis, v. 5, n. 1, 2008, p.78-103. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2008v5n1p66/10870>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Câncer de próstata localizado: Tratamento. **Projeto Diretrizes**. Brasília, DF, 2006, p.1-13. Disponível em: <[http://projetodiretrizes.org.br/5\\_volume/04-Cancer.pdf](http://projetodiretrizes.org.br/5_volume/04-Cancer.pdf)>. Acesso em: 6 nov. 2014.

SOUZA, Bruna Ferreira. **Investigação dos mRNAs de fusão do gene TMPRSS2/ERG em pacientes com câncer de próstata**. 2013. 1-95 p. Dissertação (Mestrado em Genética) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível

em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17135/tde-11062013-165125/pt-br.php>>. Acesso em: 18 nov. 2014.

SOUZA, Luccas Melo; SILVA, Michelli Porto; PINHEIRO, Ingrid de Souza. Um toque na masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 32, n. 1, 2011, p.151-158. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a20v32n1.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

SOUZA, Milena Nunes Alves; MORAES, Silvia Lamara de Lima; BEZERRA, André Luiz Dantas. Câncer de próstata e prevenção: conhecimentos e dificuldades na percepção de homens. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor.** Vitória da Conquista, BA, v. 6, n. 2, 2013, p. 162-174. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/230/159>>. Acesso em: 06 dez. 2015.

SROUGI, Miguel et al. Doenças da próstata. **Rev Med.** São Paulo, v. 87, n. 3, 2008, p.166-177. Disponível em: <[www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/59075/62060](http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/59075/62060)>. Acesso em: 10 set 2015.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, p. 726. Disponível em: <[https://docs.google.com/file/d/0B0EdCdDhVuX\\_ZWJmZTY2MjltMGJiMC00ZWl5LWFhZDMtZWYyMWE5ZjAyZjUx/edit?hl=pt\\_BR&pli=1](https://docs.google.com/file/d/0B0EdCdDhVuX_ZWJmZTY2MjltMGJiMC00ZWl5LWFhZDMtZWYyMWE5ZjAyZjUx/edit?hl=pt_BR&pli=1)> Acesso em: 21 jul. 2014.

TONON, Thiarles Cristian Aparecido; SCHOFFEN, João Paulo Ferreira. Câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Revista Saúde e Pesquisa.** Paraná, v. 2, n. 3, 2009, p.403-410. Disponível em: <<http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/viewFile/1189/900>>. Acesso em: 15 out. 2014.

VIEIRA, Camila Guimarães; ARAÚJO, Wilma de Sousa; VARGAS, Débora Regina Madruga. O homem e o câncer de próstata: prováveis reações diante de um possível diagnóstico. **Revista Científica do IITPAC.** Araguaína, TO, v. 5, n.1, 2012, p. 1-9. Disponível em: <<http://www.itpac.br/arquivos/Revista/51/3.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2015.

ZACCHI, Sérgio Riguete. Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com o estadiamento inicial em homens com câncer de próstata. **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2014, p. 93-100. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00093.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2015.

ZEQUI, Stênio de Cássio; CAMPOS, Rodrigo Sousa Madeira. Câncer de próstata localizado. In: ZERATI FILHO, Miguel; NARDOZZA JÚNIOR, Archimedes; REIS, Rodolfo Borges. **Urologia Fundamental**. São Paulo: Planmark, 2010. Cap. 23, p. 205-213. Disponível em: <<http://www.sbu-sp.org.br/admin/upload/os1688-completo-urologiafundamental-09-09-10.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2014.

## APÊNDICE I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

#### **“DIFICULDADES NA ADESÃO DE HOMENS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ENFOQUE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA.”**

Prezado Senhor:

Você está sendo convidado a participar como voluntário do projeto de pesquisa **“DIFICULDADES NA ADESÃO DE HOMENS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ENFOQUE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA”**, que tem por objetivo principal **“Identificar os elementos que influenciam na não adesão no processo de prevenção do câncer da próstata, entre os colaboradores da Secretaria de Estado da Segurança, Defesa e Cidadania de RO (SESDEC-RO).”** A sua participação é fundamental para realização desta pesquisa, que se dará da seguinte forma **(Responder a um questionário sobre os dados pessoais, utilização de serviços de saúde e conhecimentos sobre a próstata e câncer de próstata)**. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é livre e gratuita, e mesmo após o início dessa pesquisa, você pode recusar-se a responder a qualquer pergunta, ou ainda, pode encerrar sua participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalidade ou constrangimento. Informamos ainda que todas as informações coletadas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa sendo estritamente confidencial, de modo a preservar a sua identidade.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa respeitam aos preceitos da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, oferecendo condições bem toleradas ao público alvo da pesquisa, considerando as situações física, psicológica, social e educacional.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você pode contatar o responsável pela pesquisa **(Prof. Enf. Esp. Gustavo Barbosa Framil, docente da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA)**. Endereço: Avenida Machadinho, nº 4349, Setor 06. Fone: (69) 3536-6600. E-mail: gustavo\_framil@hotmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da FAEMA. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

---

**Prof. Enf. Esp. Gustavo Barbosa Framil**  
**Pesquisador Responsável**  
**CPF: 086.771.706-85**

---

**Alessandro Vieira da Silva**  
**Pesquisador Assistente**  
**CPF: 649.800.732-04**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento da seguinte pesquisa citada acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar.

Assinatura ou impressão dactiloscópica: \_\_\_\_\_

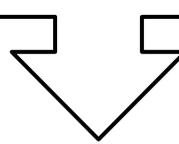
Ariquemes, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

**PARTE I: PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO  
(ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA DE CADA QUESTÃO)**

<b>1. Idade?</b>	_____anos				
<b>1.1 Cor?</b>	Branca ( )	Preta ( )	Amarela ( )	Parda ( )	Indígena ( )
<b>1.2 Estado civil?</b>	Solteiro ( )	Casado ( )	Divorciado ( )	Viúvo ( )	Outros ( )
<b>1.3 Escolaridade?</b>	Ensino fundamental ( )	Ensino médio ( )	Educação superior ( )	Outros ( )	
<b>1.4 Religião?</b>	Católico ( )	Evangélico ( )	Não tem religião ( )	Outros ( )	
<b>1.5 Têm plano de saúde?</b>	Sim ( )	Não ( )			

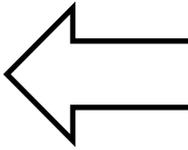
**PARTE II: UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

**2. No último ano, utilizou algum dos serviços de saúde listados abaixo?  
(PODE ASSINALAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)**

2.1 Médico clínico geral ( )	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>“SÓ RESPONDA A QUESTÃO <b>Nº3</b> SE <b>UTILIZOU</b> ALGUM DOS SERVIÇOS DE SAÚDE LISTADOS NA QUESTÃO <b>Nº2</b>”.</p>  </div>
2.2 Médico especialista ( )	
2.3 Enfermeiro ( )	
2.4 Exames de laboratório e/ou de imagem “ultrassom, raio-x” ( )	
2.5 Unidade básica de saúde ( )	
2.6 Pronto socorro ( )	
2.7 Internação hospitalar ( )	
2.8 Farmácia ( )	
2.9 Nenhum ( )	

**3. Qual o grau de satisfação em relação ao atendimento do (s) serviço (s) utilizado (s)?  
(ASSINALE SOMENTE UMA ALTERNATIVA)**

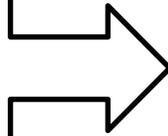
3.1 Nada satisfeito ( )	3.2 Pouco satisfeito ( )	3.3 Moderadamente satisfeito ( )	3.4 Bastante satisfeito ( )	3.5 MUITÍSSIMO satisfeito ( )
----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

4. Se não procurou qualquer serviço de saúde listados na questão 2, responda quais as razões para não ter procurado? (PODE ASSINALAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)	
4.1 Os problemas desapareceram? ( )	 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>“SÓ RESPONDA ESTA QUESTÃO SE <b>NÃO</b> PROCUROU NENHUM DOS SERVIÇOS DE SAÚDE LISTADOS NA QUESTÃO <b>Nº 2</b>”.</p> </div>
4.2 Fila de espera muito longa? ( )	
4.3 Os serviços de saúde não estavam disponíveis? ( )	
4.4 Teve experiências negativas com atendimentos anteriores? ( )	
4.5 Teve dificuldades financeiras? ( )	
4.6 Não teve tempo? ( )	
4.7 Horário de atendimento incompatível com horário de folga? ( )	

### PARTE III: COM RELAÇÃO À PRÓSTATA E AO CÂNCER DE PRÓSTATA

5. O que você sabe sobre a próstata? (ASSINALE SOMENTE UMA ALTERNATIVA DE CADA QUESTÃO)	
<b>5.1 O que é próstata?</b>	Órgão que só homens idosos têm ( )
	Órgão que normalmente todos os homens têm ( )
	Órgão que tanto o homem quanto a mulher têm ( )
	Não sabe ( )
<b>5.2 Para que serve a próstata?</b>	Produzir líquido que nutre e auxilia no transporte dos espermatozoides até o óvulo ( )
	Produzir hormônios estimulantes, para o ato sexual ( )
	Produzir espermatozoides ( )
	Não sabe ( )

<b>6. O que você sabe sobre câncer de próstata?</b> <b>(ASSINALE SOMENTE UMA ALTERNATIVA DE CADA QUESTÃO)</b>	
<b>6.1 O que é câncer de próstata?</b>	Doença sexualmente transmissível ( )
	Doença que não tem cura ( )
	Neoplasia maligna, mais comum entre os homens ( )
	Não sabe ( )
<b>6.2 Quais os sintomas?</b>	Na fase inicial não apresenta sintomas. Já em estágio avançado pode apresentar: dor lombar, ereção prejudicada e sangramento uretral ( )
	Dor de cabeça, diarreia e náuseas ( )
	Facilidade para urinar, jato urinário forte ( )
	Não sabe ( )
<b>6.3 Quais exames são realizados para diagnosticar?</b>	Hemograma, Glicemia, Exame de Fezes e de Urina ( )
	PSA, Ultrassom, Toque retal e Biópsia ( )
	Endoscopia digestiva ( )
	Não sabe ( )
<b>6.4 A partir de que idade, deve ser feito os exames de prevenção?</b>	30 anos ( ) 45 anos ( ) 70 anos ( ) Não sabe ( )
<b>6.5 Quais fatores contribuem para o desenvolvimento?</b>	Hereditário, Alimentar, Etnia e Idade ( )
	Andar de bicicleta, moto ou cavalo ( )
	Não usar preservativos ( )
	Não sabe ( )

<b>7. Você ou alguém de sua família já teve algum tipo de câncer? (ASSINALE SIM OU NÃO)</b>		Sim ( ) Não ( )
<b>7.1 Você? (ASSINALE SIM OU NÃO)</b>		
<b>7.2. Qual o grau de parentesco? (PODE ASSINALAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)</b>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>“SÓ RESPONDA ESTA QUESTÃO SE MARCOU <b>SIM</b> NA QUESTÃO <b>Nº 7</b>”.</p>  </div>
		<b>8.1</b> Pai/Mãe ( )
		<b>8.2</b> Irmão/Irmã ( )
		<b>8.3</b> Tio/Tia ( )
		<b>8.4</b> Primo/Prima ( )
		<b>8.5</b> Avô/Avó ( )
		<b>8.6</b> Outros ( )
<b>8. Você já realizou algum exame preventivo para detectar câncer da próstata? (ASSINALE SIM OU NÃO)</b>		Sim ( ) Não ( )
<b>9. Qual seu sentimento, sabendo que em determinado estágio da vida, terá que realizar o exame toque retal como prática preventiva do câncer de próstata? (ASSINALE SOMENTE UMA ALTERNATIVA)</b>		
<b>9.1</b> Aceitação (irá fazer tranquilamente)	( )	
<b>9.2</b> Não aceitação (não irá fazer)	( )	
<b>9.3</b> Vergonha	( )	
<b>9.4</b> Medo	( )	
<b>9.5</b> Nervosismo	( )	
<b>9.6</b> Angústia	( )	
<b>9.7</b> Trauma (experiências negativas com cuidados médico/hospitalar)	( )	
<b>9.8</b> Outros	( )	

10. Em sua opinião, quais motivos que dificultam a realização do exame de prevenção do câncer de próstata? (PODE ASSINALAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)	
10.1 Machismo?	( )
10.2 Desconhecimento?	( )
10.3 Preconceito?	( )
10.4 Medo?	( )
10.5 Dificuldades de marcar consultas?	( )
10.6 Falta de plano de saúde?	( )
10.7 Condições financeiras desfavoráveis?	( )
10.8 Falta de tempo?	( )

Fonte: Adaptado de NÓBREGA et al., 2009. VIEIRA; ARAÚJO; VARGAS, 2012. SOUSA; MORAES; BEZERRA, 2013. OLIVEIRA et al., 2015.

***“Aquele que não tem tempo pra cuidar da saúde vai ter que arrumar tempo pra cuidar da doença”*** (Dr. Lair Ribeiro)

**OBRIGADO POR SUA PARTICIPAÇÃO!**

## ANEXO I

**CLASSIFICAÇÃO DO ESTADIAMENTO DO TUMOR, ATRAVÉS DO SISTEMA:  
TUMOR NODO METÁSTASE (TNM), PARA CÂNCER DE PRÓSTATA.**

<b>T: Tumor primário</b>		
<b>Tx</b>	Tumor primário não pode ser avaliado	
<b>T0</b>	Sem evidência do tumor primário	
<b>T1:</b> Tumor clinicamente, não palpável ou visível por método de imagem	T1a	Achado histológico incidental em 5% ou menos de tecido ressecado
	T1b	Achado histológico incidental em mais de 5% de tecido ressecado
	T1c	Tumor identificado por biópsia por agulha (por exemplo, devido a PSA* elevado)
<b>T2:</b> Tumor confinado à próstata	T2a	Tumor que envolve uma metade de um dos lobos ou menos
	T2b	Tumor que envolve mais da metade de um dos lobos, mas não ambos os lobos
	T2c	Tumor que envolve ambos os lobos
<b>T3:</b> Tumor que se estende através da cápsula prostática	T3a	Extensão extracapsular (uni-ou bilateral)
	T3b	Tumor que invade vesícula(s) seminal (ais)
<b>T4:</b> Tumor está fixo ou invade outras estruturas adjacentes, que não as vesículas seminais: colo vesical, esfíncter externo, reto, músculos elevadores do ânus, ou parede pélvica		
<b>N: Linfonodos Regionais</b>		
<b>NX</b>	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados	
<b>N0</b>	Ausência de metástase em linfonodo regional	
<b>N1</b>	Metástase em linfonodo regional	
<b>M: Metástase à Distância</b>		
<b>Mx</b>	A presença de metástase à distância não pode ser avaliada	
<b>M0</b>	Ausência de metástase à distância	
<b>M1:</b> Metástase à distância	M1a	Linfonodo(s) não regional (ais)
	M1b	Osso(s)
	M1c	Outros órgãos

Fonte: adaptado do INCA, 2004.

Anexo II: TNM: classificação de tumores malignos.

## ANEXO II

FACULDADE DE EDUCAÇÃO E  
MÉTODOS AMBIENTE FAEMA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DIFICULDADES NA ADESÃO DE HOMENS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ENFOQUE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

**Pesquisador:** Gustavo Barbosa Framil

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 44910215.6.0000.5601

**Instituição Proponente:** UNIDAS SOCIEDADE DE EDUCACAO E CULTURA LTDA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.176.362

**Data da Relatoria:** 31/07/2015

**Apresentação do Projeto:**

- O projeto tem como área de abrangência a Saúde do Homem (SH), visando a prevenção do Câncer de Próstata através das ações de promoção e prevenção desenvolvidas pelo profissional enfermeiro que atua na Atenção Primária à Saúde (APS). A proposta é realizar um estudo descritivo com abordagem quantitativa com colaboradores do sexo masculino do 7º Batalhão de Polícia Militar (7ºBPM), do município de Ariquemes - RO.

**Objetivo da Pesquisa:**

Identificar os elementos que influenciam na não adesão no processo de prevenção do CaP.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Apresentados conforme resolução 466/2012 (CNS/MS).

Risco mínimo: Desconforto ao responder o formulário.

Benefícios: Contribuir com a desmistificação do câncer de próstata; Propor ações educativas sobre o câncer de próstata.

**Endereço:** Avenida Machadinho, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C

**Bairro:** SETOR 06

**CEP:** 78.932-125

**UF:** RO

**Município:** ARIQUEMES

**Telefone:** (69)3536-6600

**E-mail:** cep@faema.edu.br

FACULDADE DE EDUCAÇÃO E  
MEIO AMBIENTE FAEMA



Continuação do Parecer: 1.176.362

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa com temática relevante e projeto bem elaborado. Objetivos coerentes com a metodologia proposta.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados conforme resolução 466/2012 (CNS/MS).

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não apresenta quaisquer pendências ou inadequações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

ARIQUEMES, 07 de Agosto de 2015

Assinado por:

Vera Lúcia Matias Gomes Geron  
(Coordenador)

*Vera Lúcia Matias Gomes Geron*  
Coordenadora do CEP/FAEMA  
Portaria nº. 022/2015/GDG/FAEMA

**Endereço:** Avenida Machadinho, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C

**Bairro:** SETOR 06

**CEP:** 78.932-125

**UF:** RO

**Município:** ARIQUEMES

**Telefone:** (69)3536-6600

**E-mail:** cep@faema.edu.br