

ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE RELACIONADO AO CÂNCER DE PRÓSTATA¹

Miriam Lopes²; Sandra Guedes Gomes³; Rafaela Pereira Testa⁴

Resumo

Com as modificações no perfil de adoecimento populacional, no qual as doenças infeccto-contagiosas cederam espaço às doenças crônicas, como as cardiovasculares e as neoplasias, tornou-se evidente o aumento nas taxas de incidência das neoplasias, as quais desencadearam em um grave problema de saúde pública. Na saúde do homem, o câncer de próstata é a neoplasia cuja incidência vem aumentando, apesar da existência de programas governamentais de prevenção e detecção precoce e, de apresentar tratamentos eficazes. Assim, este estudo objetivou problematizar a literatura referente à saúde do homem e, mais especificamente, ao câncer de próstata no âmbito das ações de prevenção e promoção da saúde e, assim, suscitar discussões acerca desta temática. Trata-se de uma análise reflexiva por meio de revisão bibliográfica, a partir de documentos oficiais do Ministério da Saúde e artigos indexados por meio de bibliotecas virtuais como a Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e a *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e na base de dados virtual da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), por meio das palavras chaves câncer de próstata, saúde do homem, assistência de enfermagem, educação em saúde; cujos trabalhos disponíveis eletronicamente na íntegra e no idioma português, compreendem o período de 2000 a 2011. Concluímos que a promoção da saúde, por meio da educação em saúde pelos profissionais de saúde, principalmente pelos enfermeiros, constitui numa abordagem eficaz para a prevenção do câncer de próstata, uma vez que este profissional possui competências e habilidades para este tipo de ação, inseridos num contexto de cuidado integral voltado tanto ao indivíduo quanto à comunidade.

Palavras chaves: *câncer de próstata, saúde do homem, assistência de enfermagem, educação em saúde.*

¹ Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Oncologia pelo Instituto ENAF – FMG, Poços de Caldas/MG.

² Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Oncologia pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (EERP/USP). Mestre em Ciências (EERP/USP). Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental (EERP/USP). Docente convidada no curso de Pós-Graduação em Oncologia pelo Instituto ENAF – FMG, Poços de Caldas/MG. E-mail: mi.lops@hotmail.com

³ Enfermeira. Aluna de Pós-Graduação em Oncologia – nível especialização, pelo Instituto ENAF – FMG, Poços de Caldas/MG. Enfermeira assistencial em Poços de Caldas/MG. E-mail: sandragedes@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Aluna de Pós-Graduação em Oncologia – nível especialização, pelo Instituto ENAF – FMG, Poços de Caldas/MG. Enfermeira assistencial na Policlínica Central/ Infectologia no município de Andradadas/MG /MG. E-mail: rafa.c.pereira@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas constituem em um importante fator de debilidade e incapacidade que acomete grande parte da população. Dentre elas, o câncer, ao longo dos anos, vem se tornando uma das doenças não transmissíveis mais comum em todo o mundo, uma vez que apresenta alta prevalência, o qual pode provocar diversos danos tanto para o indivíduo acometido pela doença quanto para sua família (BRASIL, 2011; MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2011). Além disso, as neoplasias apresentam-se como uma das principais causas de morbidade e mortalidade na população mundial (MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2011). No Brasil, essa patologia é considerada como a segunda maior causa de mortes, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares, apesar dos avanços no tratamento de pacientes oncológicos, algumas vezes nem todos os pacientes têm cura, fazendo com que alguns necessitem de cuidados permanentes e constantes (DINIZ et al., 2006).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam, para o ano de 2030, 27 milhões de casos incidentes de câncer, sendo que deste total, 17 milhões poderão ir à óbito e, 75 milhões de pessoas serão acometidas pelo câncer anualmente, o qual terá maior efeito nos países de baixa e média renda. No Brasil, estima-se a incidência de aproximadamente 518.510 novos casos para o período 2012/2013, cujos tipos mais incidentes de cânceres são os de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago, para o sexo masculino; e os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireoide para o sexo feminino (BRASIL, 2011).

No que se refere às neoplasias no sexo masculino, Migowski e Silva (2010) descrevem que o câncer de próstata, é o tipo de neoplasia que possui maior incidência entre os homens brasileiros, ficando atrás apenas do câncer de pele, o qual registrou 52.350 para o ano de 2010. Para o ano de 2012, estimou-se em 60.180 novos casos de câncer de próstata (BRASIL, 2011).

Como o câncer de próstata não sinaliza sintomas nas fases iniciais, ações preventivas são fundamentais, uma vez que é considerada uma patologia de bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente. Os métodos de *screenig*, como o toque retal e a dosagem de PSA exames diagnósticos, além de apresentarem baixo custo, possuem boa sensibilidade e especificidade e, conseqüentemente, diminuem a incidência da doença tardia (MIRANDA et al., 2004).

Nesse sentido, o homem, perante a sociedade, é visto como invulnerável forte e viril, porém, estas características podem ser abaladas pela procura dos serviços de saúde, cuja ação demonstraria sinais de fraqueza, medo e insegurança. Por esta razão, a baixa demanda masculina na atenção primária contribui para que os homens desenvolvam patologias passíveis de prevenção e tratamento eficiente quando diagnosticadas precocemente, porém com o diagnóstico tardio as consequências podem ser de um mal prognóstico (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Diante deste contexto, os indivíduos, a família e a comunidade tem o direito de possuir os determinantes favoráveis para a manutenção de saúde, como acesso à informação, ambiente favorável, saneamento básico, dentre outros. Dessa forma, os profissionais de saúde devem contribuir de forma significativa levando a informação e a promoção por meio da educação em saúde (MOTTA; AGUIAR, 2007).

2. OBJETIVO

Apresentar análises reflexivas sobre a saúde do homem e, mais especificamente, ao câncer de próstata no âmbito das ações de prevenção e promoção da saúde e, assim, suscitar discussões acerca desta temática, pois por meio do planejamento de estratégias para prevenção pode-se minimizar um mal prognóstico à saúde do homem. Nesse sentido, o profissional de saúde deve atuar junto ao paciente, família, comunidade e equipe de saúde numa relação direta e interativa para que haja um cuidado integral no qual favoreça a promoção da saúde para uma melhor qualidade de vida, visto que a promoção da saúde tem por finalidade oferecer a igualdade de oportunidades e promover os meios para que todos os indivíduos efetivem o seu potencial de saúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) foi implementada a fim de aprimorar o acesso e a qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família, além contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde. Dentre os seus objetivos estão: Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes; estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde e valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde.

Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), desenvolvida em parceria entre gestores dos SUS, sociedades científicas e civis organizadas, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional, é reflexo do longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública (BRASIL, 2009).

Um de seus principais objetivos é promover ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população.

Para que isso ocorra, a PNAISH está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – porta de entrada do Sistema Único de Saúde, e com as estratégias de humanização em saúde, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde.

Assim, acreditamos que, baseados nessa fundamentação, a promoção de saúde voltado à saúde do homem poderá ser melhor organizada e gerenciada em qualquer nível de atenção à saúde, uma vez que a PNAISH visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão por meio de um levantamento bibliográfico, contemplando um conjunto de publicações encontradas em periódicos, livros e documentos elaborados por instituições governamentais.

Para realização da pesquisa foram utilizados documentos oficiais do Ministério da Saúde e artigos indexados, por meio de bibliotecas virtuais como a Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e a *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) e na base de dados virtual da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), compreendidos no período de 2000 a 2011, disponíveis eletronicamente na íntegra e, publicados no idioma português. A busca foi realizada utilizando-se as palavras-chave: câncer de próstata, saúde do homem, assistência de enfermagem, educação em saúde. Os dados foram coletados entre os meses de maio de 2013 à agosto de 2013.

A avaliação inicial, nomeada de primeira etapa, ocorreu mediante a leitura dos títulos e resumos, com a finalidade de selecionar aqueles que atendiam aos objetivos do estudo. De posse dos textos, prosseguiu-se à segunda etapa que consistiu na leitura de cada artigo na íntegra, visando ordenar as informações necessárias. Na terceira etapa, os dados foram

analisados, de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (1991) e, sintetizados em categorias, segundo a frequência com que apareceram nos artigos selecionados. Inicialmente foram encontradas 30 referências dentre artigos e documentos oficiais; contudo, 26 textos enquadravam-se nos critérios de inclusão neste estudo. Excluíram-se artigos e documentos que não apresentavam uma abordagem de acordo com a proposta deste estudo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados oriundos dos artigos selecionados foram sintetizados nas seguintes categorias: *Transição epidemiológica e demográfica; Câncer de próstata; Promoção da saúde para a prevenção do câncer de próstata.*

5.1. *Transição Epidemiológica e Demográfica*

Atualmente, a população encontra-se em um período de transição demográfica e epidemiológica. Ao longo dos anos, o perfil demográfico foi se modificando, sendo que hoje a pirâmide populacional é composta por mais adultos e idosos, em oposição aos anos anteriores onde a mesma pirâmide era mais prevalente na faixa populacional de adolescentes e crianças (MOTTA; AGUIAR, 2007). As modificações ao longo dos anos também se estenderam para perfil epidemiológico, pois atualmente, as doenças de maior prevalência são as crônicas, como as doenças cardiovasculares e as neoplasias, sendo que no passado as doenças infecto-contagiosas eram as mais incidentes.

Embora o Brasil ainda seja considerado um país jovem, o mesmo vem demonstrando um perfil populacional que sinaliza rápida mudança em termos de aumento vertiginoso do estrato populacional de idosos, representado no ano de 2000 por 8,6% do total, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mas com projeções estatísticas apontando para 15% em 2025. Esse aumento, do ponto de vista da adoção de políticas públicas e sociais, representa soluções de difícil alcance para contemplar adequadamente as peculiaridades emergentes dessa população, caso a questão não seja tomada a sério com antecipação (GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008).

Schramm e cols. (2004) descrevem que a transição epidemiológica são as mudanças provocadas nos padrões de morte e adoecimento que caracterizam uma população específica, os quais ocorrem juntamente com outras transformações demográficas, sociais e econômicas, sendo estas denominadas transição demográficas. Desta forma, percebe-se que, ao longo dos

anos, houve mudanças tanto no perfil de adoecimento quanto no de envelhecimento populacional.

Além da modificação do perfil de adoecimento populacional, verifica-se que o processo demográfico também sofreu alguma transformação, pois em décadas anteriores a expectativa de vida era menor em relação à atual, decorrente de diversos fatores favoráveis, cuja consequência evidencia-se no aumento de pessoas idosas no mundo e no Brasil (MOTTA; AGUIAR, 2007).

A Organização Mundial de Saúde, em projeções estatísticas, traz os seguintes dados: entre 1950 e 2025, a população de idosos no Brasil crescerá em dezesseis vezes, o que segundo o órgão supracitado, colocará o país como a sexta em população de idosos do mundo (BRASIL, 2002).

Neste contexto de modificação do perfil de doenças, o câncer vem ganhando importância tanto pelo seu poder de morbidade e preocupação (TAVARES; TRAD, 2005). Como esta patologia pode afetar diferentes partes do organismo, diferentes também são as reações que os indivíduos acometidos pelo câncer têm em relação à doença, pois, alguns aceitam de forma pacífica a presença da enfermidade, as dificuldades advindas do tratamento, a presença da dor e o risco da morte, enquanto que outros indivíduos se revoltam contra a doença e às vezes até contra si mesmo.

5.2 Câncer de Próstata

A próstata é uma glândula exclusiva dos homens, situada abaixo da bexiga, de aparência e volume muito semelhante a uma castanha, sendo responsável pela produção de boa parte do líquido seminal. Com o processo de envelhecimento a que se passam os indivíduos, a próstata está sujeita a duas condições: o aumento benigno (HPB – hiperplasia prostática benigna) e o câncer de próstata (TOFANI; VAZ, 2007).

No Brasil, o câncer de próstata tornou-se um grande problema de saúde pública, devido à elevada taxa de novos casos que surgem a cada ano; um a cada seis homens com idade superior a 45 anos pode ter a doença sem que conheça o diagnóstico (PAIVA; MOTTA; GRIEP, 2010).

De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), no ano de 2008, no Brasil, foram registrados 466.730 casos em todo o país, sendo que na região Norte foram 17.620 casos, região Nordeste 78.960, região Centro-Oeste 28.510, Sul 99.580 e região Sudeste 242.060, o qual teve o maior número de casos (BRASIL, 2008).

Para o período 2012/2013, estima-se para o país, aproximadamente 60 mil novos casos de neoplasias da próstata, um valor que corresponde a cerca de 62 casos para cada 100 mil homens. No que se refere a estimativa mundial, o câncer de próstata foi considerado o segundo mais frequente entre o sexo masculino, no ano de 2008, ou seja, cerca de 915 mil casos novos, onde mais de $\frac{3}{4}$ dos casos diagnosticados ocorreram em países desenvolvidos, cujas taxas podem ser decorrentes de ações de rastreabilidade realizado pelo teste Antígeno Prostático Específico (PSA) decorrentes (BRASIL, 2011).

Para Figueiredo (2005), as maiores taxas por câncer de próstata foram encontradas em Pernambuco, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul. Embora as estimativas para o período 2012/2013 sejam os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraná a apresentarem as maiores taxas de casos novos por esse tipo de neoplasia. Uma das explicações para o aumento das taxas de incidência ao longo dos anos reside no fato de o país apresentar maior expectativa de vida, melhoria e evolução dos métodos diagnósticos e da qualidade dos sistemas de informação (BRASIL, 2011).

Apesar da existência de diversos exames diagnósticos, o exame de toque retal, embora muitos homens ainda tenham receio em realizá-lo, é rápido, indolor e extremamente útil para avaliar o tamanho da próstata e sua consistência, detectando eventual presença de nódulos (SOBREIRO; PASQUALOTTO, 2007).

Outro exame muito utilizado para a detecção do câncer de próstata é a dosagem do Antígeno Específico Prostático (PSA), que é considerado o mais importante marcador para detectar, estagiar e monitorizar este tipo de neoplasia; este exame, de baixo custo, possui boa sensibilidade e especificidade além de diminuir a incidência da doença tardia (MIRANDA et al., 2004).

Exames adicionais podem ser solicitados de acordo com cada caso, como também a biópsia de próstata, que é guiado por ultrassonografia transretal, considerado o método mais indicado para o diagnóstico. Neste caso, pode ser visualizado o volume do tumor e a extensão extraprostática, e a consulta de rotina deve ser realizada anualmente (CALVETE et al., 2003).

Em relação ao tratamento, o método a ser empregado depende do tipo celular, do estágio, da presença de metástase e da condição do paciente. As modalidades do tratamento são: cirurgia, que consiste na retirada da próstata e das vesículas seminais; a quimioterapia, que consiste no emprego de drogas para combater o câncer. Esses medicamentos chamados quimioterápicos atuam combatendo as células doentes, destruindo e/ou controlando seu desenvolvimento. A quimioterapia pode ser indicada como tratamento isolado ou ainda ser

feita em conjunto com a cirurgia e, finalmente, a radioterapia. Estas três modalidades de tratamento depende de fatores como tipo de tumor, localização e estágio da doença (NETTINA, 2007).

Os fatores de risco ao câncer de próstata ainda não estão bem definidos, mas alguns estudos sinalizam que os homens com histórico familiar, dieta rica em gordura e consumo de carne vermelha apresentam um risco aumentado de desenvolver essa doença (GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008; BRASIL, 2011). O estado do Rio Grande do Sul, que tem como tradição uma alimentação rica em gorduras e carnes vermelhas, apresentou a maior taxa de mortalidade (15,9 óbitos para 100.000) (BRASIL, 2009).

Em contrapartida, conforme Sobreiro e Pasqualotto (2007) e Brasil (2011), o uso de dieta livre de gordura reduz o crescimento de tumores malignos da próstata. Acredita-se que o consumo de gordura animal eleva o risco para o câncer de próstata, por aumentar os níveis de andrógenos e a produção de radicais livres. Algumas substâncias como licopeno, selênio são substância antioxidante que podem reduzir o risco de câncer de próstata em 21-35%. A vitamina E, outra substância antioxidante, protege a membrana celular dos danos provocados pelos radicais livres, ela tem redução de 32% na taxa de câncer de próstata entre indivíduos que utilizaram a vitamina E. Além disso, dietas ricas em vegetais, vitamina D e ômega-3 são considerados fatores protetores (BRASIL, 2011).

Apesar de todos os avanços já ocorridos, ainda no século XXI, o câncer permanece como uma doença de causa enigmática e com tratamentos ainda não totalmente eficientes (TAVARES; TRAD, 2005). Assim, as doenças crônicas, entre elas, o câncer, podem provocar algumas características particulares como longo período de duração, riscos de complicações, rigoroso controle de cuidados permanentes, sequelas e incapacidades funcionais significativas (SALCI; MARCON, 2011).

5.3. Promoção da Saúde para a Prevenção do Câncer de Próstata

Para promover saúde e, conseqüentemente, realizar ações de prevenção, os profissionais de saúde, mais especificamente, os enfermeiros, necessitam de duas habilidades essenciais: boa comunicação (ativa) e bom relacionamento interpessoal.

Portanto, para uma interação eficaz é importante que os pacientes oncológicos recebam apoio emocional e oportunidade para discutirem seus medos em relação à doença e ao tratamento. O suporte emocional possibilita o processamento e a expressão das emoções envolvidas no enfrentamento da doença que ameaça a sua saúde (STRAUB, 2005).

Dessa forma, verifica-se a importância do contexto familiar para o paciente, tanto pela questão do amparo psicológico, quanto pela questão do tratamento. Conhecer as necessidades e prioridades possibilita oferecer apoio e suporte ao paciente oncológico, os quais podem auxiliar os profissionais de saúde nas intervenções e cuidado para a saúde, bem como, favorecer o planejamento das ações adequadas para o tratamento (SANCHEZ et al., 2010).

Straub (2005) sugere que as pessoas portadoras de câncer quando se sentem “integradas” socialmente, recebendo suporte social e emocional de uma rede de amigos, apresentam menores chances de morrerem de qualquer forma de câncer em comparação a pessoas que vivem isoladas.

Salci e Marcon (2011) descrevem que o processo de vivenciar uma grave doença pode causar alterações significativas no dia a dia, sendo que este acontecimento não afeta somente quem adoece, mas pode se estender a todos os membros envolvidos em seu contexto familiar, uma vez que a experiência provocada pelo câncer provoca, muitas vezes, uma necessidade de mudança no conceito da doença, o qual exige uma modificação e reorganização pessoal, tanto do paciente quanto de seus familiares, em vários aspectos como: social, psicológico, emocional e espiritual.

Assim, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde estejam inseridos neste contexto do cuidado, pois, através de uma assistência multidisciplinar, podem-se amenizar perdas e dificuldades vivenciadas pelos pacientes e familiares. Com isso faz-se, necessário uma melhor estruturação dos programas de saúde, uma vez que ao se conhecer melhor o paciente e sua patologia, a equipe de saúde terá condições para elaborar um plano terapêutico que envolva também o bem estar e satisfação do doente (CARVALHO; TONANI; BARBOSA, 2005).

E, para que ocorra o enfrentamento e a prevenção do câncer, são necessárias abordagens que incluem a educação em saúde em todos os níveis de assistência à saúde, ou seja, desde o primário até o terciário, além da necessidade de que a prevenção seja voltada ao indivíduo e à população como um todo (BRASIL; 2011). Assim, para Costa e Shimizu (2006), a assistência de enfermagem junto ao paciente é centrada na educação para a saúde, no cuidar com base no conhecimento do processo do adoecimento e no retorno da capacidade funcional.

Mediante esses fatores, é importante que a rotina de prevenção na saúde do homem, seja realizada a partir dos 45 anos, pois uma avaliação prostática básica consiste de exame retal (toque), que é um método utilizado para avaliar o tamanho, a forma e a consistência da próstata, no sentido de verificar a presença do nódulo. Porém, este exame apresenta algumas

limitações, já que somente possibilita a palpação das porções posterior e lateral da próstata, deixando 40% a 50% dos tumores fora de seu alcance (AMORIM et al., 2011).

Por conseguinte, segundo Nettina (2007), a assistência de enfermagem, no processo de cuidar do doente e dependente de habilidades interativas para a construção do bom relacionamento entre paciente, família e prestadores de cuidados, utiliza-se de comunicação clara ao fornecer ensino efetivo ao paciente, à família e prestadores de cuidados e compartilhar informações com a finalidade de prestar um melhor auxílio ao paciente.

Dentre as orientações e cuidados prestados pela equipe de saúde, a equipe de enfermagem tem um papel fundamental no que se refere aos cuidados com o paciente, pois é a classe profissional que está diretamente ligada à essa clientela. Desta forma sua atuação é imprescindível para a adaptação e autocuidado do paciente (NASCIMENTO et al., 2005).

Nesse sentido, Maruyama e Zago (2005) referem que o profissional de saúde, especificamente o enfermeiro, ao conhecer o significado das percepções de paciente com câncer, pode melhorar a relação profissional-doente e contribuir para uma assistência que integre os aspectos culturais vividos pelas pessoas diante da sua alteração física.

O apoio emocional visa estimular o paciente para que o mesmo expresse sentimentos e emoções, os quais refletirão no aumento da autoestima e autoconfiança. Desta forma, é possível que haja uma diminuição no sentimento de alienação, redução da ansiedade e do stress quanto ao tratamento, minimização das preocupações inadequadas e, conseqüentemente, ao possuir maiores informações sobre o processo de seu tratamento, haverá diminuição do sentimento de isolamento e rejeição (FRASSON; ZERWES, 2004).

Portanto, o cuidado com a saúde requer muita atenção, por isso a função da enfermagem torna-se importante na promoção da saúde para identificar as necessidades do paciente e tomar as medidas necessárias (SMELTZER; BARE, 2012). Tais necessidades requerem maior atenção e preocupação tanto por parte dos profissionais de saúde quanto dos gestores, como por exemplo, na saúde do homem. Pois, sócio-culturalmente, os homens apresentam certos estereótipos do gênero (não possuir o papel de “cuidar”, papel de “provedor”, medo de descobrir doenças) e, portanto não procuram assistência médica e, conseqüentemente, a demanda nos serviços de saúde são baixas e, quando essa procura ocorre, eles recorrem diretamente a um profissional especializado quando a doença já se encontra em estado avançado.

Atualmente, o papel da equipe de saúde objetiva desempenhar funções onde, a prevenção e promoção da saúde são as áreas prioritárias da saúde pública, onde a população masculina apresenta numerosas críticas negativas e poucos entendem da infraestrutura da

saúde pública, com suas deficiências e necessidades. As mudanças no Sistema Único de Saúde (SUS) passam por um intrínseco processo de organização, inovando e adotando medidas relevantes para o desenvolvimento nacional, a exemplo da temática da humanização, em conjunto com a garantia de acesso e da qualidade da atenção do SUS (BRASIL, 2000) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a qual visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção (BRASIL, 2009).

A promoção da saúde objetiva desenvolver um alto nível de bem-estar, visando influenciar o comportamento e o ambiente em que as pessoas vivem, além de controlar a sua saúde e viver melhor e por mais tempo (NETTINA, 2007).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a transição demográfica e epidemiológica, atualmente, a população brasileira apresenta maior prevalência das doenças crônico-degenerativas, das quais o diagnóstico de câncer vem aumentando gradativamente sua incidência. Apesar dos avanços tecnológicos, o diagnóstico de câncer ainda é temeroso pela maior parte da população devido ao risco de morte, à agressividade do tratamento e o estigma que a doença representa, os quais afetam o cotidiano dos pacientes e familiares, comprometendo suas respectivas qualidade de vida. Portanto, tanto a família quanto os profissionais de saúde, necessitam oferecer um suporte psicológico e emocional a esses pacientes, uma vez que a doença traz insegurança e medo da morte e o apoio eficaz propicia grandes benefícios no seu bem-estar físico e emocional.

Assim, a promoção da saúde e a prevenção relacionada à saúde masculina é uma vertente da saúde pública de extrema importância, uma vez que o câncer de próstata tem seus índices de prevalência cada dia mais elevados.

Com isso, o planejamento de ações, sejam elas atividades ou programas relacionados à promoção, prevenção e recuperação da saúde, provocam mudança de comportamentos por meio de práticas educativas, principalmente aquelas que exigem a mudança de estilo de vida, seja o hábito de fumar, dieta inadequada, sedentarismo; além de promover a conscientização da população sobre a importância da prevenção, e com isso, a incentivar a procura pelos serviços de saúde a fim de realizarem exames preventivos de rotina como os recomendados pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

AMORIM, V. M. S. L. et al. Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, Fev. 2011. Acesso em 30/03/2013.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional**, Rio de Janeiro/RJ: INCA, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de saúde: Estatística vitais mortalidade geral**. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002. Disponível em: www.ministeriodasaude.gov.br. Acesso em: 02/07/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa da Incidência de Câncer para 2008 no Brasil e nas cinco Regiões**. Rio de Janeiro: INCA; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem**. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009. Disponível em: www.ministeriodasaude.gov.br. Acesso em: 02/07/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CALVETE, A. C.; SROUGI, M.; NESRALLAH, L. J.; DALL'OGGIO, M. F.; ORTIZ, V. Avaliação da extensão da neoplasia em câncer de próstata: valor do PSA, da percentagem de fragmentos e da escala de Gleason. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 250-254, set. 2003.

CARVALHO, E. C.; TONANI, M.; BARBOSA, J. S. Ações de enfermagem para combate ao câncer desenvolvidas em unidades básicas de saúde de um município do estado de São Paulo. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, out/dez. p. 297-303. 2005.

COSTA, R. A.; SHIMIZU, H. E. Estudo das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros em um hospital-escola. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 418-26. 2006.

DINIZ, R. W. et al. O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 298-30, out. 2006.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-9, mar. 2005.

FRASSON, A. ZERWES, F. Câncer de Mama. In: AZEVEDO, D. R.; BARROS, M. C. M.; MÜLLER, M. C. (Orgs.). **Psicooncologia e interdisciplinaridade: uma experiência na educação à distância**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. cap. 3, p. 95-108.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. 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, p. 565-74, mar. 2007. Acesso em 02/04/2011.

GONCALVES, I. R.; PADOVANI, C.; POPIM, R. C.. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1337-42, Ago. 2008.

MARUYAMA, S. A. T.; ZAGO, M. M. F. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 216-22, mar/abr. 2005.

MATOS, J. C.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 888-98. 2011.

MIGOWSKI A.; SILVA, G. A. Sobrevida e fatores prognósticos de pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 344-52. 2010.

MIRANDA, S. C. M.; WERNECK CÔRTEZ, M. C. J.; MARTINS, M. E.; CHAVES, P. C.; SANTAROSA, R. C. Práticas de diagnóstico precoce de câncer de próstata entre professores da Faculdade de Medicina – UFMG. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 272-75, set. 2004.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-72, abr. 2007.

NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M.; HAYES, V. H; LIMA, R. A. G. Crianças com câncer e suas famílias. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 469-474, dez. 2005.

NETTINA, S. M. Brunner. **Prática de Enfermagem**, 8ed., v.1, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap. 8, pg. 131-159.

PAIVA, E. P.; MOTA, M. C.; GRIEP, R. H. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 88-93. 2010.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S.. Enfrentamento do câncer em família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. spe, p. 178-186. 2011.

SANCHEZ, K. O. L.; FERREIRA, N. M. L. A.; DUPAS, G.; COSTA, D. B.. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 290-99, abr. 2010.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, dez. 2004.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. Brunner & Suddarth, **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**, 12 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 5693p.

SOBREIRO, B; PASQUALOTTO, F. F. **Saúde do Homem: uma abordagem das questões mais relevantes da saúde masculina**. Caxias do Sul/RS: EDUCS. cap. 2, pg. 24-31. 2007.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed. 2005.

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 426-435, abr. 2005.

TOFANI, A. C. A.; VAZ, C. E. Câncer de próstata, sentimento de impotência e fracassos ante os cartões IV e VI do Rorschach. **Interam. j. psychol.**, Porto Alegre, v. 41, n. 2, ago. 2007