



“Saúde do homem- Conhecimento sobre o rastreamento do câncer de próstata por profissionais da Estratégia de Saúde da Família na Zona Oeste do Rio de Janeiro”

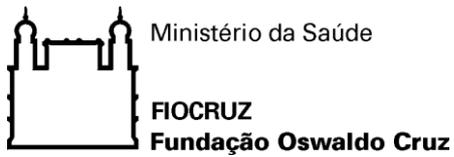
por

Cristiane da Fonseca Colão

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto

Rio de Janeiro, maio de 2015.



Esta dissertação, intitulada

“Saúde do homem- Conhecimento sobre o rastreamento do câncer de próstata por profissionais da Estratégia de Saúde da Família na Zona Oeste do Rio de Janeiro”

apresentada por

Cristiane da Fonseca Colão

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Ricardo Donato Rodrigues

Prof.^a Dr.^a Valéria Ferreira Romano

Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 05 de maio de 2015.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

C683s Colão, Cristiane da Fonseca
Saúde do homem - conhecimento sobre rastreamento do
câncer de próstata por profissionais da estratégia de saúde da
família na zona oeste do Rio de Janeiro. / Cristiane da Fonseca
Colão. -- 2015.
60 f. : il. ; graf.

Orientador: Cesar Augusto Orazem Favoreto
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde do Homem.
3. Neoplasias da Próstata. 4. Prevenção Quaternária.
5. Programas de Rastreamento. 6. Estratégia Saúde da Família.
I. Título.

CDD – 22.ed. – 616.99463

AGRADECIMENTOS

Ao Alexandre Teixeira Martins dos Santos, amado marido, meu companheiro, muito paciente em todos os momentos e um grande incentivador.

Aos meus amados pais Maria da Graça e Luiz Carlos e meu irmão Alexandre, minha família e minha fortaleza, os principais responsáveis por eu ser quem sou hoje.

À amizade fortalecida e adquirida dos queridos colegas de turma Carla Matos, Mariana Scardua, Viviane Jacob, Cyro Mendes e Daniel Puig. Muito trabalho e muito aprendizado em meio a muitas risadas.

Ao meu orientador Cesar Favoreto, presente e paciente em todas as horas e que me acalmou nas horas em que mais precisei.

Às professoras Elyne Engstrom e Amanda Fehn pelo brilhante trabalho na coordenação do MPAP.

Aos professores Maria Alice Pessanha, Carlos Otávio Fiuza e Carlos Eduardo Aguilera Campos pelos ensinamentos e contribuições durante a construção do trabalho.

Aos professores Ricardo Donato e Valéria Romano pelas contribuições valiosas durante o processo de qualificação.

Aos gestores da SMS pelo estímulo ao crescimento dos profissionais da rede.

RESUMO

Com a recente valorização do acesso aos serviços de saúde pela população masculina, os médicos de família atuantes nas unidades básicas de saúde (UBS) são responsáveis pela atenção integral à saúde do homem e devem ser capazes de lidar com questões de gênero e sócio-culturais e com a demanda trazida pelo rastreamento do câncer de próstata por essa população. Suas atitudes são fundamentais para promoção da saúde, bem como para prevenção quaternária ao evitarem o excessivo intervencionismo diagnóstico e terapêutico e a medicalização desnecessária. Além de ser o segundo tipo de câncer mais incidente nos homens, o câncer de próstata tem sua incidência aumentada com a idade e vem aumentando no Brasil a cada ano. O presente estudo objetiva analisar a abordagem à saúde do homem e, em particular, identificar o conhecimento e as atitudes dos profissionais em relação ao rastreamento do câncer de próstata em três unidades básicas de saúde em Santa Cruz, zona Oeste do município do Rio de Janeiro. Foi realizada uma pesquisa qualitativa com médicos atuantes na ESF, não tendo a maioria deles como especialidade a Medicina de Família e Comunidade, utilizando como instrumentos um roteiro de perguntas abertas e fechadas e grupos focais e realizada análise das informações obtidas. Concluiu-se que, apesar de muitos terem o conhecimento teórico de recomendações internacionais contra o rastreamento, na prática, oportunidades para criar o vínculo são perdidas e experiências pessoais acabam por interferir nas condutas, tornando-se imprescindível mudanças no modo que paciente e profissional de saúde enxergam o ser masculino.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde, Saúde do Homem, Neoplasia, Câncer de próstata, Prevenção quaternária, Rastreamento.

ABSTRACT

With the recent appreciation of access to health services by the male population, family doctors working in the Basic Health Units (UBS) are responsible for the comprehensive health care of man and should be able to deal with issues of gender and socio-cultural and with demand brought by screening for prostate cancer. Their attitudes are fundamental for health promotion, as well as quaternary prevention by avoiding excessive interventionism diagnostic and therapeutic and unnecessary medicalization. Besides being the second most incident cancer in men, prostate cancer has a higher incidence with age and is increasing in Brazil every year. The present study aims to analyze the approach to men's health and, in particular, identify the knowledge and attitudes of professionals regarding screening for prostate cancer in three basic health units in Santa Cruz, West of the city of Rio de Janeiro. The methodology will be a qualitative research with practicing physicians in the ESF, almost all without Family Medicine as a specialty, by answering questionnaires and focus groups and analysis of collected information. The conclusion of the study was that, although many professionals have theoretical knowledge of international recommendations against screening in practice opportunities to create the link is lost and personal experiences end up interfering in their decision. We need essential changes in the way that patient and professional health sighted being male.

Keywords: Primary Health Care, Men's Health, Neoplasm, Prostate Cancer, Quaternary Prevention, Screening.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde

AUA – American Urology Association

ERSPC – Estudo Europeu sobre Rastreamento de Câncer de Próstata

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HPB – Hipertrofia Prostática Benigna

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

MS – Ministério da Saúde

NNR – Número Necessário para Rastrear

NNT – Número Necessário para Tratar

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não governamental

PLCO – Estudo Americano sobre Próstata, Pulmão, Colorectal e Ovários.

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PMAQ/AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

PSA – Antígeno Prostático Específico

SUS – Sistema Única de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

USPSTF - U.S. Preventive Service Task Force

WONCA - World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1 Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2014 em homens, exceto pele não melanoma_____	11
Fig 1 Localização da próstata _____	17
Fig 2 Modelo de tabela 2x2 com formas de prevenção na relação médico-paciente_____	22
Fig 3 Faixa etária e sexo dos participantes da pesquisa_____	35
Fig 4 Anos de graduação e Tempo de atuação na ESF x Número de participantes_____	36
Fig 5 Formação acadêmica dos participantes da pesquisa _____	36
Fig 6 Análise temática dos resultados encontrados nos grupos focais_____	38

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	10
2.1	SAÚDE DO HOMEM	10
2.1.1	Epidemiologia e Estatística	10
2.1.2	O Homem e Sua Saúde	12
2.1.3	A Criação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem	13
2.2	CÂNCER DE PRÓSTATA	16
2.2.1	A Doença e seus Fatores de Risco	16
2.2.2	Sintomatologia	17
2.2.3	Diagnostico	18
2.2.4	Tratamento	19
2.3	REVENDO E RELATIVIZANDO AS INTERVENÇÕES DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA	19
2.3.1	Rastreamento de Doenças	19
2.3.2	Prevenção	20
2.4	EVIDÊNCIAS CLÍNICAS PARA O RASTREAMENTO	23
3	OBJETIVOS	26
3.1	OBJETIVO GERAL	26
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4	METODOLOGIA	27
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICES	53

1 INTRODUÇÃO

Dentro do contexto histórico e sociocultural, o indivíduo do sexo masculino tem a ideia de ser invulnerável e, por isso, não julga ser necessário procurar os serviços de saúde para adotar medidas preventivas. Estereótipos de gênero estão enraizados na nossa cultura patriarcal e potencializam tais práticas, pois a doença é considerada um sinal de fragilidade, algo inaceitável para o macho, ser viril e forte (BRASIL, 2008). Dessa forma, os homens acabam adentrando o sistema de saúde por meio da atenção especializada, gerando conseqüentemente o agravo da morbidade pelo retardo na atenção e maior custo para o Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, a posição de provedor da família e o horário dos serviços de atenção primária tornam mais escasso o tempo disponível para cuidar de sua saúde.

As principais causas de morte no sexo masculino são causas externas e doenças cardiocirculatórias, ocupando, assim, as neoplasias o terceiro lugar. Do ponto de vista epidemiológico, o câncer de próstata é o segundo mais incidente nos homens, atrás apenas do câncer de pele não melanoma. Sua incidência aumenta com a idade e vem aumentando no Brasil e, atualmente, já há evidências para tecer recomendações contra o rastreamento de câncer de próstata. Houve o reconhecimento através de estudos internacionais que os malefícios superam os benefícios, pois há o diagnóstico da doença que não seria clinicamente significativa, o que gera tratamentos desnecessários e efeitos adversos crônicos que pioram a qualidade de vida do homem.

Há tempos havia necessidade de uma atenção maior à saúde do homem, este sempre foi a categoria excluída, isto é, só havia políticas de saúde pública com o foco na atenção à saúde da mulher, da criança e do idoso. Recentemente o homem adentrou as políticas de saúde e alguns avanços já foram conquistados como a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) em 2009 e o Plano de Ações 2009-2011. O Caderno de Atenção Primária sobre Saúde do Homem ainda não foi publicado e continua sendo aguardado pelos profissionais de saúde que atendem essa população.

Dentre as inúmeras questões que envolvem a saúde do homem, o maior enfoque, tanto pela nova política tanto pelo imaginário dos usuários, tem sido dado a prevenção do câncer de próstata. A existência de divergências relativas ao rastreamento e o fato de torná-lo elemento

central em campanhas voltadas para a Saúde do Homem como o “Novembro Azul” foram motivações para abordar este tema.

A prática clínica da pesquisadora em atender homens assintomáticos já submetidos a rastreamento e exames invasivos realizados por especialistas e a percepção de que não são todos os profissionais que seguem as evidências clínicas e os consensos internacionais mais recentes e a necessidade de prevenir danos secundários em função da realização de exames desnecessários (prevenção quaternária) torna-se fundamental identificar as informações que tais profissionais atuantes na atenção primária detêm e as atitudes que adotam em relação à atenção integral a saúde do homem e ao rastreamento do câncer de próstata diante de um paciente do sexo masculino.

Esta experiência e a percepção de ainda haver lacunas na abordagem da saúde do homem no âmbito da Atenção Primária motivaram esta pesquisa que busca responder questões como: Quais as informações e as práticas que os profissionais atuantes na estratégia de saúde da família têm em relação à abordagem à saúde do homem e como lidam com o rastreamento do câncer de próstata?

Este estudo alcançou seus objetivos, pois pode contribuir para melhorar a assistência à população masculina usuária dos serviços de saúde, uma vez que identificou as práticas adotadas pelos profissionais em relação ao rastreamento do câncer de próstata e a compreensão destes em relação a abordagem integral a saúde do homem. Evidente que profissionais de saúde devem sempre estar atualizados, capacitados e seguros das recomendações para poderem realizar uma boa prática e estudos como este necessitam ser realizados em outras regiões e também em caráter quantitativo para que sejam evitados tanto os gastos desnecessários no rastreamento do câncer de próstata bem como o reducionismo de limitar a Saúde do Homem ao duvidoso rastreamento deste tipo de neoplasia.

A seguir encontra-se uma breve revisão bibliográfica contendo as recomendações internacionais mais recentes sobre o tema, seguida pelos capítulos apresentando os objetivos, a metodologia utilizada e os resultados desta pesquisa.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 A SAÚDE DO HOMEM

2.1.1 Epidemiologia e Estatística

De acordo com os dados do Censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os homens representam 49% do total da população brasileira (BRASIL, 2011). No que se refere aos dados sobre mortalidade masculina, MEDRADO et al(2009) relatam que as cinco principais causas encontram-se nos grupos de Causas Externas, Doenças do Aparelho Circulatório, Tumores, Doenças do Aparelho Digestivo e Doenças do Aparelho Respiratório. As causas variam conforme faixa etária. Em homens jovens (15-29 anos) os fatores externos respondem por 76% dos óbitos totais, com destaque para agressões e acidentes de transporte. Entre os homens adultos (30-59 anos), a distribuição das causas é mais homogênea, predominando as causas externas (especialmente agressões e acidentes de transporte) e as doenças do aparelho circulatório (doenças do coração e cerebrovasculares). Entre os homens idosos (mais de 59 anos), as causas externas não aparecem entre as principais, destacando-se as doenças do aparelho circulatório, que representam mais de um terço das mortes e os tumores que ocupam o segundo lugar.

A última estimativa mundial apontou o câncer de próstata como sendo o segundo tipo mais frequente em homens, cerca de 1,1 milhão de casos novos no ano de 2012. Aproximadamente 70% dos casos diagnosticados no mundo ocorrem em países desenvolvidos. As mais altas taxas de incidência foram observadas na Austrália/ Nova Zelândia, Europa Ocidental e América do Norte. Esse aumento pode ser reflexo, em grande parte, das práticas de rastreamento pelo teste do Antígeno Prostático Específico (PSA). No Brasil, o aumento da expectativa de vida, a melhoria e a evolução dos métodos diagnósticos e da qualidade dos sistemas de informação do país, bem como a ocorrência de sobrediagnóstico, em função da disseminação do rastreamento do câncer de próstata com PSA e toque retal, podem explicar o aumento das taxas de incidência ao longo dos anos. O único fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento do câncer de próstata é a idade. Aproximadamente 62% dos casos diagnosticados no mundo ocorrem em homens com 65 anos ou mais. Com o aumento da

expectativa de vida mundial, é esperado que o número de casos novos de câncer de próstata aumente cerca de 60% até o ano de 2015 (INCA,2014)

As estimativas de incidência de câncer no Brasil para 2014 pelo Instituto Nacional do Câncer, também válidas para 2015, apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. Estimam-se 68.800 casos novos de câncer de próstata para o Brasil, no ano de 2014 (Tabela 1). Esses valores correspondem a um risco estimado de 70,42 casos novos a cada 100 mil homens. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de próstata é o mais incidente entre os homens em todas as regiões do país, com 91,24/ 100 mil no Sul, 88,06/ 100 mil no Sudeste, 62,55/ 100 mil no Centro-Oeste, 47,46/ 100 mil no Nordeste e 30,16/ 100 mil no Norte (INCA, 2014)

Localização primária	casos	%	Homens 
Próstata	68.800	22,8%	
Traqueia, Brônquio e Pulmão	16.400	5,4%	
Cólon e Reto	15.070	5,0%	
Estômago	12.870	4,3%	
Cavidade Oral	11.280	3,7%	
Esôfago	8.010	2,6%	
Laringe	6.870	2,3%	
Bexiga	6.750	2,2%	
Leucemias	5.050	1,7%	
Sistema Nervoso Central	4.960	1,6%	

Tabela 1. Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2014 em homens, exceto pele não melanoma

A mortalidade por esse câncer apresenta um perfil ascendente semelhante ao da incidência no Brasil, embora sua magnitude seja mais baixa. Pode ser considerado de bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente. Como parte do 3º Informativo da Vigilância do Câncer do INCA, foi realizado um estudo para estimar a sobrevida do câncer e o estudo apontou uma sobrevida aproximada de 80%. A organização de programas de rastreamento do câncer de próstata não está indicada, pois ainda existe considerável incerteza sobre a existência de benefícios associados a essa prática e, por outro lado, evidências científicas de boa qualidade demonstram que essa intervenção produz danos importantes para a saúde dos homens. (INCA,2014).

2.1.2 O Homem e Sua Saúde

GOMES e NASCIMENTO (2006), em uma revisão bibliográfica sobre a relação homens-saúde, identificaram que os homens sofrem mais de condições graves e crônicas de saúde do que as mulheres e, em consequência disso, vivem menos do que elas. Foi observado também uma relação entre a construção da masculinidade e o comprometimento da saúde dos homens, uma vez que tal construção e suas implicações na saúde devem ser interpretadas a partir da ótica relacional de gênero. Além disso, a agressividade resultante da construção da masculinidade, erroneamente concebida como natural pela sociedade, pode fazer dos homens “um fator de risco” e devido à centralidade que o trabalho ocupa na identidade do homem como ser provedor, problemas relacionados ao desemprego podem também comprometer o bem-estar masculino e contribuir para o aumento de suicídios de jovens.

Em nossa cultura, a doença é um sinal de fragilidade. Como o homem julga-se invulnerável, ele não a reconhece como inerente a sua condição biológica, isso faz com que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais a fatores de risco (BRASIL, 2008). Como o homem não cultiva o hábito de se submeter a consultas dos profissionais de saúde periodicamente e tem dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer, a procura pelos serviços de saúde só ocorre quando seu problema já está em estágio grave ou avançado.

O imaginário de ser homem pode aprisionar o masculino em amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de autocuidado, pois, à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança; portanto, poderia aproximá-lo das representações do universo feminino, o que implicaria possivelmente desconfianças acerca dessa masculinidade socialmente instituída (GOMES et al, 2007).

Além das barreiras socialmente construídas e culturalmente perpetuadas que afastam a população masculina do âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), obstáculos organizacionais do SUS (Sistema Único de Saúde) têm agravado ainda mais esta situação. Os

serviços públicos podem ser reconhecidos como um espaço feminilizado frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres. Estes aspectos podem provocar nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço. Para GOMES et al (2007), os serviços de saúde podem ser considerados pouco aptos em absorver a demanda apresentada pelos homens, pois sua organização não estimula o acesso e as próprias campanhas de saúde não se voltam para este segmento. O homem também pode sentir seu papel de provedor ameaçado, pois o horário de funcionamento dos serviços por muitas vezes coincidem com a carga horária de trabalho.

Verifica-se, também, que as ações que conseguem atingir os homens não são exclusivamente destinadas a eles, e ainda assim, os poucos que utilizam estes serviços primários são idosos, captados principalmente pelos programas de acompanhamento a hipertensos e diabéticos (CAMPANUCCI e LANZA, 2011).

Outra questão que reforça a ausência dos homens ao serviço de saúde seria o medo da descoberta de uma doença grave, assim, não saber pode ser considerado um fator de “proteção”. Outra dificuldade para o acesso dos homens a esses serviços é a vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde, particularmente a região anal, no caso da prevenção ao câncer de próstata (GOMES et al, 2007).

Como uma das formas de vencer essas dificuldades no que se refere ao hábito de cuidar da própria saúde, MEDRADO et al (2009) indicam que “é preciso também envolver os homens em reflexões e ações que possam promover a ruptura com padrões culturais fortemente arraigados nas práticas dos profissionais de saúde e na definição de políticas públicas”.

2.1.3 A Criação da Política Nacional Saúde do Homem

Em 2007, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) assumiu o desafio de formular e implementar uma política específica para atender às especificidades da população masculina. Assim, em 2008, foi criada a Área Técnica de Saúde do Homem dentro do Ministério da Saúde com apoio da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e instituída pela Portaria nº 1.944 de 27 de agosto de 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) que visa facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde. Esta está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que utiliza, como porta de entrada do sistema de saúde, a

Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família (ESF) com as estratégias de humanização, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde.

Os homens não são captados pelos serviços de atenção primária como ocorre com as mulheres. A sua entrada no sistema de saúde ocorre principalmente pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidades, configurando um perfil que favorece o agravamento da morbidade pela busca tardia ao atendimento. (CARRARA, RUSSO e FARO, 2009).

A PNAISH também propõe fortalecer e qualificar a atenção primária “para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis” (BRASIL, 2008).

O papel do profissional de saúde não está limitado apenas à prestação direta de cuidados ou à supervisão da equipe ou ainda à prescrição de medicamentos e encaminhamentos para o especialista, também tem o papel de educador e necessita instrumentalizar-se para enfrentar os desafios de saúde. Nesse contexto, segundo Gomes et al (2006), emerge a necessidade de desenvolver uma postura crítica, criativa e reflexiva do profissional com o intuito de melhorar a qualidade das relações interpessoais entre o ser cuidado e cuidador, consolidando suas ações pautadas no compromisso social, ético e de cidadania, participando ativamente dos programas que visem à promoção da saúde do homem.

Para auxiliar os gestores estaduais e municipais no processo de implantação da Política, foi criado o Plano de Ação Nacional. A série de medidas especifica nove eixos de ação com objetivos geral e específico, meta, ação, indicador e responsabilidade. Entre elas: implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; promoção de saúde com foco na elaboração de estratégias para aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde; informação e comunicação para sensibilizar os homens e suas famílias, estimulando o autocuidado e hábitos saudáveis, por meio de ações de informação, educação e comunicação (BRASIL, 2009).

Em maio de 2012 foi realizado um encontro entre os principais expoentes que atuam no campo da investigação e da prática abordando o tema da saúde dos homens, entre eles: gestores, médicos de família, pesquisadores, antropólogos, sociólogos, equipes multiprofissionais, Organizações Não Governamentais (ONGs), academia, representações de entes federais,

estaduais e municipais, entre outros para a construção do Caderno de Atenção Básica sobre a Atenção Integral da Saúde do Homem, tendo por objetivo contribuir para o fortalecimento das ações desenvolvidas por todos os profissionais de Saúde do país. A estratégia fundamental adotada na confecção deste Caderno de Atenção Básica está alicerçada em temas voltados para a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação dos agravos à saúde do homem, priorizando e problematizando a perspectiva relacional de gênero, sobretudo nos serviços oferecidos na Rede SUS, orientados pela Política Nacional de Atenção Básica e o seu Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ/AB, e pelas Redes Temáticas (Cegonha, Atenção Psicossocial, Urgência e Emergência, e Oncológica).

Para KNAUTH et al (2012) a procura ou participação maior dos homens ainda está nas atividades e ações voltadas às demandas específicas (aquelas relacionadas a problemas urológicos). A associação entre saúde do homem e próstata é uma das críticas levantadas à implantação da PNAISH, pois a saúde do homem estaria sendo reduzida à saúde urológica e, mais do que isso, a política estaria enfatizando em particular o câncer prostático, em detrimento de outros problemas que prejudicam a saúde e a qualidade de vida dos homens.

Por outro lado, a oportunidade e as estratégias que o profissional de saúde tem para criar um vínculo e um plano de cuidado para com aquele homem, que procurou a unidade de saúde preocupado apenas em fazer um exame para prevenção de uma doença prostática, não pode ser perdida. Já que segundo GOMES et al (2007) a procura pelo serviço na unidade básica de saúde é feita predominantemente por mulheres e crianças.

Além disso, os profissionais de saúde necessitam ter seus processos de trabalho organizados e saber lidar com a dificuldade do homem em assumir suas fragilidades de modo a captar esta população que raramente frequenta a unidade básica de saúde (UBS). É muito importante reconhecer que as necessidades dos homens em relação a sua saúde não se limitam a enfermidades específicas, como as doenças da próstata. Devem-se levar em consideração os aspectos psicossociais e culturais do processo saúde-doença, não restringindo as ações às práticas assistenciais ou de caráter emergencial. Para que seja efetiva, a atenção deve ser integral, ou seja, não se limitar aos aspectos biológicos individuais, mas incluir os componentes socioambientais da saúde e contemplar todos os níveis de atenção, desde a atenção primária até os procedimentos de média e alta complexidade (MEDRADO et al, 2009).

Apesar de reconhecer que o homem não se limita às doenças de próstata, a estratégia central e nuclear da abordagem da saúde do homem ainda é o rastreamento desta neoplasia, e por isso há necessidade de analisar os fundamentos em que estas ações estão baseadas.

2.2 CÂNCER DE PRÓSTATA

2.2.1 A Doença e seus Fatores de Risco

A próstata é uma glândula que só o homem possui e que se localiza na parte baixa do abdome (Fig 1). Ela é um órgão muito pequeno, tem a forma de maçã e se situa logo abaixo da bexiga e à frente do reto. A próstata envolve a porção inicial da uretra, tubo pelo qual a urina armazenada na bexiga é eliminada. A próstata produz parte do sêmen, líquido espesso que contém os espermatozoides, liberado durante o ato sexual.

À medida que o homem envelhece sua próstata vai aumentando de tamanho. Em razão deste aumento, é comum que a partir dos 50 anos os homens sintam o fluxo urinário mais lento e um pouco menos fácil de sair. Por isso, quando aumenta de volume, a próstata se transforma em uma verdadeira ameaça para o bem-estar do homem, pois começa a comprimir a uretra e a dificultar a passagem da urina: o jato urinário se torna gradativamente fino e fraco (TONON E SCHOFFEN, 2009)

Como todos os outros tecidos e órgãos do corpo, a próstata é composta por células, que normalmente se dividem e se reproduzem de forma ordenada e controlada, no entanto, quando ocorre uma disfunção celular que altere este processo de divisão e reprodução, produz-se um excesso de tecido, que dá origem ao tumor, podendo este ser classificado como benigno ou maligno. Segundo TONON E SCHOFFEN, 2009 apud SROUGI E SIMON, 1996, a próstata pode ser sede desses dois processos: o crescimento benigno, chamado de hiperplasia prostática benigna (HPB), e o maligno, denominado câncer, podendo este último surgir associado ou não ao crescimento benigno.

No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens (atrás apenas do câncer de pele não-melanoma). É considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. O aumento observado nas taxas de incidência no Brasil pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos (exames), pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida. (INCA, 2011)

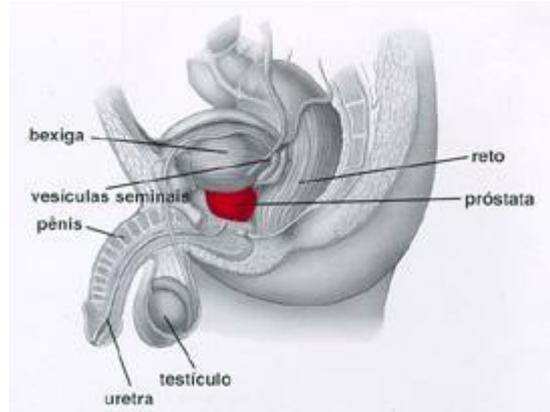


Fig 1. Localização da próstata (fonte: INCA)

Os fatores de risco para câncer de próstata são, na maioria, desconhecidos e inevitáveis. Os dois fatores que apresentam certo consenso entre as fontes no que se refere ao aumento do risco de desenvolvimento do câncer de próstata são a idade e história familiar. A grande maioria dos casos ocorre em homens com idade superior a 50 anos e naqueles com história de pai ou irmão com câncer de próstata. Os riscos aumentam de 2,2 vezes quando um parente de 1º grau (pai ou irmão) é acometido pelo problema, de 4,9 vezes quando dois parentes de 1º grau são portadores do tumor e de 10,9 vezes quando três parentes de 1º grau têm a doença. Nos casos de histórico familiar, recomenda-se que os homens façam exames preventivos a partir dos 40 anos (GOMES, 2008).

Um hábito apontado por GOMES (2008) como outro fator de risco para desenvolver a doença é o tipo de dieta. Nesse sentido, a “dieta rica em gordura saturada (especialmente gordura animal) e pobre em fibra aumenta o risco de câncer de próstata”. Entretanto, algumas fontes consultadas observam que a relação dieta–risco de câncer de próstata ainda está sendo estudada, faltando maior confirmação científica.

2.2.2 Sintomatologia

Os sintomas iniciais mais comuns, segundo TONON E SCHOFFEN (2009) são a redução do jato urinário e aumento da frequência das micções, principalmente á noite. A maioria dos cânceres de próstata não causa sintomas até que atinjam um tamanho considerável.

Outros sinais e sintomas como dor lombar, de bacia ou dos joelhos, problemas de ereção e sangramento pela uretra também merecem atenção. Ainda segundo o INCA, apesar da detecção e do tratamento precoce prevenirem a progressão do câncer e o aparecimento de metástase, também é provável que sejam detectados tumores que teriam um crescimento muito lento e que não causariam problemas à saúde do homem.

2.2.3 Diagnóstico

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a detecção precoce de um câncer compreende duas diferentes estratégias: aquela destinada ao diagnóstico do câncer em indivíduos que apresentam sintomas ou sinais iniciais da doença (diagnóstico precoce) e aquela voltada para pessoas sem qualquer sinal ou sintoma e aparentemente saudáveis (rastreamento) (OMS, 2002).

Sendo assim, diante de um paciente com sintomas, o médico poderá solicitar exames complementares como o toque retal, testes laboratoriais, ultrassonografia transretal, ressonância magnética, tomografia computadorizada, ecografia, urografia, endoscopia urinária, biópsia, entre outros. (TONON E SCHOFFEN, 2009).

O teste do antígeno específico da próstata (PSA), uma glicoproteína do sêmen produzida pela próstata, é um exame feito em laboratório que mede a sua quantidade no sangue. Surgiu na década de 80 nos Estados Unidos da América e, a partir da metade da década de 90, seu uso como método de rastreamento de câncer de próstata disseminou-se, sendo considerado um teste promissor na detecção precoce deste tipo câncer. A primeira dificuldade na avaliação da sensibilidade e especificidade do teste é a falta de consenso sobre o ponto de corte ideal e clinicamente significativo, com autores propondo valores que vão de 3 a 10 ng/ml. Considerando um ponto de corte em 4,0 ng/ml, a sensibilidade estimada varia de 35% a 71% e a especificidade de 63% a 91%. Estudos que estimaram seu valor preditivo positivo apontam para valores em torno de 28%, o que significa que cerca de 72% dos pacientes com dosagem do PSA alterada são submetidos a biópsias desnecessárias (BRASIL, 2002).

O diagnóstico de certeza do câncer da próstata é feito pelo estudo histopatológico do tecido obtido pela biópsia da próstata, que deve ser considerada sempre que houver anormalidades no toque retal ou na dosagem do PSA. O relatório anatomopatológico deve fornecer a graduação histológica do sistema de Gleason, cujo objetivo é informar sobre a

provável taxa de crescimento do tumor e sua tendência à disseminação, além de ajudar na determinação do melhor tratamento para o paciente. Na gradação histológica, as células do câncer são comparadas às células prostáticas normais. Quanto mais diferentes das células normais forem as células do câncer, mais agressivo será o tumor e mais rápida será sua disseminação (BRASIL 2002).

2.2.4 Tratamento

De acordo com revisão de TONON E SCHOFFEN (2009), quando o câncer prostático encontra-se localizado, a radioterapia é uma das opções de tratamento vigentes. Esta se baseia em administrar radiações externas ou internas sobre a próstata para destruir as células cancerígenas. Na radiação interna, também conhecida como braquiterapia, a radiação é emitida dentro do órgão, apresentando-se então, mais eficiente, porém, muitas vezes levando a impotência sexual e a incontinência urinária. Diarréias, inflamações do reto e estreitamento na uretra são também complicações frequentes. Um tratamento muito eficaz e curativo, que oferece maior sobrevivência que a radioterapia é a prostatectomia radical, que consiste na retirada de toda a próstata e das vesículas seminais, posteriormente unindo-se a bexiga à uretra (GOMES et al., 2008). Apesar da eficácia deste tratamento, este procedimento é muito agressivo podendo acarretar certas complicações: estreitamento da nova união entre a bexiga e a uretra, incontinência e perdas involuntárias de urina e impotência sexual.

2.3 REVENDO E RELATIVIZANDO AS INTERVENÇÕES DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

2.3.1 Rastreamento

O termo rastreamento, derivado do inglês *screening*, vem da ideia de peneira – do inglês *sieve* –, rica em furos, ou seja, todos os programas possuem resultados falso-positivos e falso-negativos. Contudo, a palavra *screening* ou *check-up* passou a ter um significado em nossa época de algo sem furos e a expectativa do público intensificou-se tanto que qualquer grau de

falso positivo e negativo é automaticamente assumido como erro do programa ou do médico (GRAY,2004).

No rastreamento, exames ou testes são aplicados em pessoas saudáveis, o que implica na garantia de benefícios relevantes frente aos riscos e danos previsíveis e imprevisíveis da intervenção. Um exame positivo não implica fechar um diagnóstico, pois geralmente são exames que selecionam as pessoas com maior probabilidade de apresentar a doença em questão. Outro teste confirmatório com maior especificidade é necessário para que se possa estabelecer um diagnóstico definitivo. (BRASIL, 2010)

No Caderno de Atenção Primária sobre Rastreamento (2010) existe uma distinção importante entre um programa de rastreamento organizado e o chamado rastreamento oportunístico. De forma geral, esse último ocorre quando a pessoa procura o serviço de saúde por algum outro motivo e o profissional de saúde aproveita o momento para rastrear alguma doença ou fator de risco. Essa forma de proceder tem sido a tônica da maioria dos serviços de saúde no mundo. A desvantagem desse rastreamento é que, além de ser menos efetivo no impacto sobre a morbidade e a mortalidade atribuídas à condição rastreada, também é mais oneroso para o sistema de saúde como um todo. Os programas de rastreamento organizados são aqueles nos quais se detém maior controle das ações e informações no tocante ao rastreamento. São sistematizados e voltados para a detecção precoce de uma determinada doença, condição ou risco, oferecidos à população assintomática em geral e realizados por instituições de saúde de abrangência populacional como os sistemas de saúde.

A maioria dos profissionais de saúde, assim como a população leiga valorizam a detecção da doença num estágio precoce e assintomático, porém o diagnóstico precoce por si só não justifica um programa de rastreamento. A única justificativa é que o diagnóstico precoce resulte em melhorias mensuráveis desses resultados. A proposta principal do rastreamento é reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida. Se os resultados de tal benefício não podem ser demonstrados, perde-se a racionalidade para adoção de um programa de rastreamento (BRASIL, 2010).

2.3.2 Prevenção

Para STARFIELD (2008), o conceito de prevenção vem se expandindo de tal forma ao longo do tempo que seu significado no contexto dos serviços de saúde não é fácil de ser identificado. Os fatores de risco são tão valorizados e quase considerados equivalentes de

doenças com necessidade de intervenção que o conceito de prevenção perde todo seu sentido prático.

Em BRASIL (2010), definem-se quatro tipos de prevenção:

- **Prevenção primária:** ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma condição clínica. Inclui promoção da saúde e proteção específica;

- **Prevenção secundária:** ação realizada para detectar um problema de saúde em estágio inicial, muitas vezes em estágio subclínico, no indivíduo ou na população, facilitando o diagnóstico definitivo, o tratamento e reduzindo ou prevenindo sua disseminação e os efeitos de longo prazo (ex.: rastreamento, diagnóstico precoce).

- **Prevenção terciária:** ação implementada para reduzir em um indivíduo ou população os prejuízos funcionais consequentes de um problema agudo ou crônico, incluindo a reabilitação.

- **Prevenção quaternária:** Para NORMAN e TESSER (2009), prevenção quaternária foi definida de forma direta e simples como a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. Posto que um dos fundamentos centrais da medicina é o *primum non nocere*, ou seja, primeiro não lesar, a prevenção quaternária deveria primar sobre qualquer outra opção preventiva ou curativa.

O conceito foi proposto pela primeira vez por Jamouille, um médico de família e comunidade belga em 1986 (JAMOULLE, 2011). Em 1995, juntamente com Roland, este médico apresenta-o em Hong-Kong, como resposta à questão “*to heal or to harm?*” e, em 1999, a WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) aceita-o, publicando em seu dicionário de Clínica Geral/Medicina Familiar, em 2003 (KUEHLEIN *et al.*, 2010).

A prevenção quaternária nasce da combinação feita por JAMOULLE (2011) entre as visões do paciente sobre a sua enfermidade (*illness*) e as visões do médico sobre a doença (*disease*). A conceituação de prevenção quaternária foi proposta no contexto clássico dos três níveis de prevenção de Leavel & Clark, que classificava a prevenção em primária, secundária e terciária. Como um quarto e último tipo de prevenção, ela não estaria relacionada ao risco de doenças e sim ao risco de adoecimento iatrogênico, ao excessivo intervencionismo diagnóstico e terapêutico e a medicalização desnecessária. Além disso, em termos populacionais, ela

proporciona uma resposta ao crescimento dos gastos com cuidados de saúde que consiste em proporcionar a racionalidade do tratamento, a utilização mais criteriosa dos recursos e a melhoria da qualidade da atividade profissional.

Para JAMOULLE(2011), a prevenção primária refere-se àquela em que não há enfermidade nem doença e em que, verdadeiramente, não existe um paciente – este nível integra, por isso, também, a prevenção primordial apresentada por ALMEIDA (2005); a prevenção secundária refere-se àquela em que, não havendo enfermidade, há doença, isto é, o paciente não apresenta qualquer sintomatologia da doença, embora passe a saber que a possui; a prevenção terciária refere-se àquela em que doença e enfermidade coincidem, o que significa que o doente não apresenta apenas fatores de risco como também manifestações efetivas da doença; e a prevenção quaternária como aquela em que, não havendo doença, há enfermidade (Fig.2).

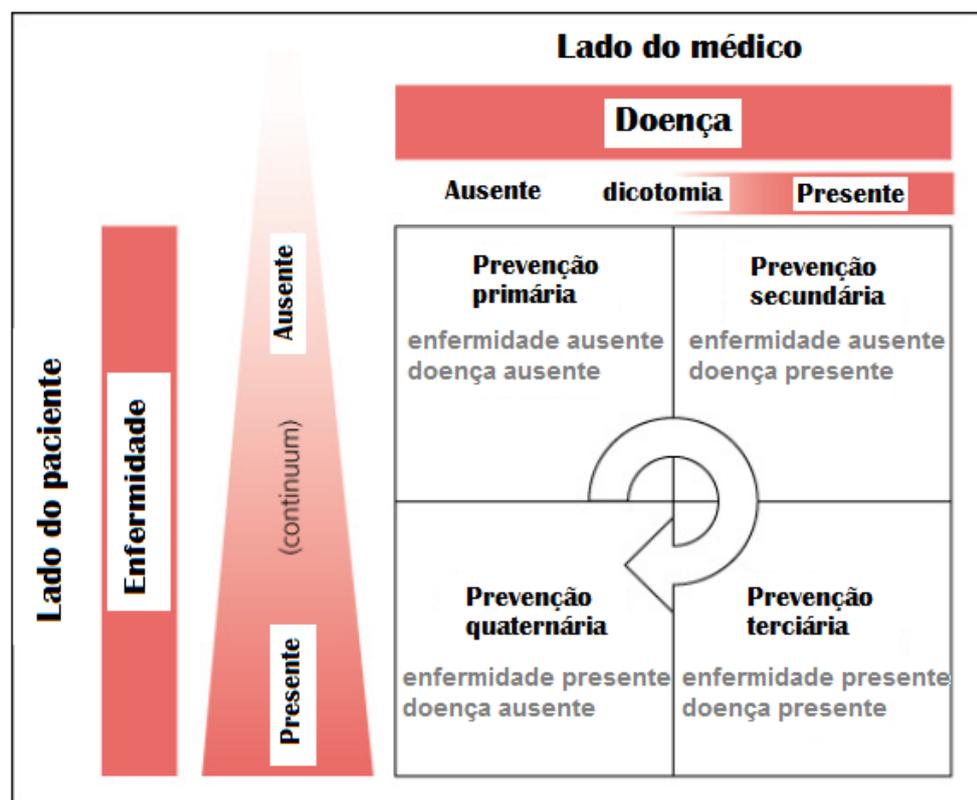


Fig 2. Tabela 2x2 com formas de prevenção na relação médico-paciente (fonte: Khuelein,2010)

Nos dias atuais, a prevenção quaternária deve ser destacada, pois permeia todos os outros níveis de prevenção, também a chamada prevenção primordial (evitar a emergência e o estabelecimento de estilos de vida que contribuem para um risco acrescido de doença), e a

promoção da saúde, revalorizada após a Carta de Ottawa nas últimas duas décadas (NORMAN e TESSER, 2009).

Torna-se essencial não só uma prescrição racional e criteriosa por parte dos médicos da atenção primária, como também a procura adequada dos serviços de saúde, associada ao conhecimento das vantagens e desvantagens de métodos diagnósticos ou terapêuticos por parte dos usuários. É o sinônimo da capacitação do usuário, com equilíbrio entre o que é a sua autonomia e as suas expectativas em saúde. Dessa forma, diante de um método de rastreio diagnóstico deverão se perguntar se são meios preventivos e se promoverão saúde ou se estamos diante apenas de um método de “procura” de patologia em um contexto assintomático.

2.4 EVIDÊNCIAS CLÍNICAS PARA O RASTREAMENTO

Com o advento da dosagem do PSA como um instrumento de rastreamento, os custos com o câncer de próstata aumentaram em 3 a 10 vezes. Conforme as Diretrizes para o rastreamento de câncer de próstata do INCA, este aumento é devido ao maior número de indivíduos sendo rastreados pelo PSA, o maior número de biópsias realizadas para os testes positivos e maior oferta de tratamento para os cânceres confirmados. Alguns profissionais ainda solicitam a dosagem do antígeno específico da próstata e o toque retal e a Sociedade Brasileira de Urologia ainda defende esse rastreio, gerando aumento de gastos, overdiagnosis (sobrediagnóstico) e overtreatment (sobretreamento) e seus danos associados.

A mortalidade por esse tipo de neoplasia apresenta um perfil ascendente semelhante ao da incidência no Brasil, embora sua magnitude seja mais baixa. Pode ser considerado um câncer de bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente. Programas de controle da doença são aplicáveis para a redução da mortalidade, entretanto, os métodos de rastreamentos atuais, como o PSA, não mostraram, até o momento, sucesso na redução da mortalidade.

A Associação Americana de Urologia (American Urology Association –AUA), que antes indicava o rastreamento para todos os homens, decidiu em maio 2013 indicar o procedimento apenas para pacientes de 55 a 69 anos e no caso dos grupos de risco, a partir dos 40 anos de idade. De acordo com a National Cancer Programmes policies and managerial guidelines (2002), os benefícios da detecção precoce precisam ser maiores que as complicações e o risco para os indivíduos que estão sendo submetidos ao rastreamento.

As recomendações da Força Tarefa Canadense (Canadian Task Force on Preventive Health Care) não sustentam a adoção rotineira de exames de rastreamento do câncer da próstata, concluindo que há pobre evidência para incluir ou excluir o toque retal e satisfatória evidência para excluir o PSA e o ultra-som trans-retal do exame periódico de homens assintomáticos acima de 50 anos (FEIGHTNER, 1994).

A Força Tarefa dos Estados Unidos (U.S. Preventive Service Task Force -USPSTF) concluiu em sua última revisão que não há evidência suficiente para recomendar ou para não recomendar o exame rotineiro do câncer de próstata com PSA e toque retal, uma vez que as evidências de sua efetividade são inexistentes, de baixa qualidade ou conflitantes e que o balanço entre benefícios e danos não pode ser determinado (LIN et al, 2008)

GRAY (2004) ressalta que a defesa de um programa de rastreamento não pode ser baseada em nível individual, pois se trata de um serviço de saúde pública e os benefícios devem estar presentes em nível populacional. Para GOMES (2008) ainda não há consenso, pois a Sociedade Brasileira de Urologia, por sua vez, recomenda que os homens que têm acima de 50 anos e os que têm 40 anos e com histórico familiar de câncer de próstata, pensem na possibilidade de “ir anualmente ao urologista para fazer check-up da próstata”, mesmo que não tenham sintomas urinários.

Conforme dados da USPTF, o benefício trazido pelo rastreamento e o tratamento precoce evidenciado até o momento é a possibilidade de evitar uma morte por câncer de próstata em 1000 homens rastreados, porém as evidências de malefícios são maiores. O exame laboratorial com dosagem do PSA produz aproximadamente 80% de resultados falso-positivos quando o corte situa-se entre 2,5 e 4,0 $\mu\text{g/L}$. Além de ter um resultado falso positivo associado a efeitos psicológicos negativos, incluindo medo persistente de ter a neoplasia, há os pacientes submetidos a exames mais invasivos como a biópsia, na qual um terço destes homens estariam sujeitos a dor, febre, sangramento, infecção e queixas urinárias transitórias e 1% necessitaria de hospitalização. Cinco em cada 1000 homens morreria em um mês após a cirurgia (prostatectomia) e entre 10 a 70 teriam complicações graves, mas sobreviveriam. Radioterapia e cirurgia resultam em efeitos adversos crônicos, incluindo incontinência urinaria e disfunção erétil (no mínimo 200 a 300 em cada 1000 homens). Também está claro que a maioria que tem o câncer assintomático detectado pelo rastreamento com PSA apresenta o tumor com critérios histológicos, entretanto não teria progressão ou seria tão lenta ou indolente que não afetaria a vida do homem ou causaria efeitos adversos em sua saúde e o óbito seria por outra causa (MOYER, 2012).

Os dois maiores ensaios clínicos que estavam em andamento sobre o rastreamento de câncer da próstata (European Study of Screening for Prostate Cancer – ERSPC e o Prostate, Lung, Colorectal and Ovary study – PLCO) divulgaram seus resultados conflitantes. O estudo americano (PLCO study) não mostrou diferença de mortalidade com o rastreamento (PSA + toque retal) numa média de seguimento de 11 anos e observou-se aumento de 22% no índice de diagnósticos realizados (Andriole, 2009). Segundo SCHRODER et al (2009), o estudo europeu (ERSPC study) mostrou uma redução relativa de 20% na mortalidade por câncer de próstata com o rastreamento (PSA apenas) durante um seguimento médio de 9 anos (redução de sete mortes por esse câncer a cada 10.000 homens rastreados). Esses dados apresentaram uma redução de mortalidade de 20%, que é marginalmente significativa, pois ao analisar a questão do número necessário para rastrear (NNR) e do número necessário para tratar (NNT), que foram respectivamente 1.400 e 48, identifica-se que para se prevenir uma morte por câncer de próstata, 1400 homens devem ser rastreados e, o mais preocupante, 48 homens devem ser tratados. Este fato nos remete à questão, que já há muito vem sendo discutida, de que o rastreamento com PSA pode ser marginalmente eficaz em reduzir a mortalidade por câncer de próstata, mas à custa de, talvez, mais malefício do que benefício. Os resultados dos dois estudos apontam nesta direção, de que há mais malefício do que benefício. Os resultados juntos mostram benefício marginal a nenhum benefício ao longo de vários anos de seguimento ao custo de muitos homens com diagnósticos e tratamentos excessivos;

No mais recente artigo de revisão da revista British Journal of Medicine (WILT E AHMED, 2013) e de acordo com a OMS, a USPTF, o INCA e os dois maiores ensaios clínicos sobre rastreamento de câncer de próstata (ERSPC e PLCO), a organização de ações de rastreamento para o câncer de próstata não é recomendada, isto é, este tipo de ação tem grau D de recomendação para homens assintomáticos, pois há moderada a muita certeza de que o serviço não traz benefício ou que os danos superam os benefícios e por isso a prática deve ser desencorajada. A orientação e a conduta devem ser individualizadas e os riscos e benefícios do rastreamento conhecidos e explicados. As mortes por doenças cardiovasculares e por causas externas continuam sendo as maiores vilãs da saúde do homem. O foco então da prevenção deve se voltar para a mortalidade cardiovascular e não a causada pelo câncer de próstata (BRASIL, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a compreensão de todos os médicos atuantes em três unidades básicas de saúde em Santa Cruz, zona Oeste do Rio de Janeiro, sendo especialista em Medicina de Família e Comunidade ou não, em relação à abordagem à saúde do homem e, em particular, ao rastreamento do câncer de próstata em suas práticas generalistas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer a relação entre a abordagem à saúde do homem e a prevenção do câncer de próstata.

Identificar a prática dos profissionais que atendem esses homens em relação ao rastreamento do câncer.

4 METODOLOGIA

Este estudo utilizará uma abordagem de caráter qualitativo por entender que

a pesquisa qualitativa ocorre num “*setting natural*”, envolvendo a observação de situações reais e cotidianas; *trabalha* a construção não estruturada dos dados e busca o *significado da ação social segundo a ótica dos sujeitos pesquisados* (DESLANDES E ASSIS, 2002).

Essa abordagem, afirmou BARBOUR(2009), busca esmiuçar a forma como as pessoas constroem o mundo à sua volta, o que estão fazendo ou o que está lhes acontecendo em termos que tenham sentido e que ofereçam uma visão rica.

Segundo SILVA E MENEZES (2001), a pesquisa qualitativa considera que “há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números”. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicos e este tipo de pesquisa não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem.

Os métodos qualitativos geralmente são usados quando o entendimento do contexto social e cultural é um elemento importante para a pesquisa. Para se usar métodos qualitativos é preciso aprender a observar, registrar e analisar as interações entre pessoas e entre essas e os sistemas/ambiente. Mas o investigador qualitativo está mais preocupado com a validade das informações coletadas, isto é, se os dados expressam autenticamente a visão do entrevistado, com interferência mínima do processo de pesquisa. Esse é o critério de validade que orienta a escolha de um local. Portanto, o processo de escolha deve ser acompanhado por uma reflexão que inclui considerações tais como: facilidade de comunicação com os entrevistados, adequação dos meios de registro das informações, e crucialmente, a existência de alguma característica do local que possa influenciar negativamente as opiniões de um entrevistado (GOMES E ARAÚJO, 2005).

A aplicação de um roteiro de perguntas e a técnica de grupo focal foram escolhidas para se complementarem, uma vez que o primeiro apresenta perguntas fechadas e abertas tornando

possível para o entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador e a interação grupal pode produzir dados e insights que seriam dificilmente conseguidos fora do grupo e com o objetivo de obter uma variedade de informações, sentimentos, experiências, representações de pequenos grupos acerca de um tema determinado (KIND, 2004).

Para MINAYO (2012), os grupos focais têm ainda a qualidade de permitir a formação de consensos sobre determinado assunto ou de cristalizar opiniões dispares, a partir de argumentações, ao contrário das entrevistas que costumam ocorrer de forma solitária.

Segundo BARBOUR (2009), os grupos focais, se usados apropriada e criativamente, realmente podem atingir os pontos que os outros métodos não podem.

4.1 CENÁRIO DO ESTUDO

A Área de Planejamento de Saúde 5.3 (AP 5.3) localiza-se na zona oeste do município do Rio de Janeiro e está distante mais de 60 km do centro do Rio de Janeiro. Abrange 3 bairros: Paciência, Santa Cruz e Sepetiba, que totalizavam conforme o último Censo Demográfico do IBGE (2010), 368.534 habitantes (sendo 177.205 homens e 191.329 mulheres), 631 setores censitários, e uma área de 164,1 km². Isto significa uma densidade demográfica de 2.246,01 habitantes / km². Em 2010, segundo a distribuição por faixa etária, os idosos (de 60 anos ou mais) correspondiam a 37.839 pessoas (10,3% do total).

Em 2013, a A.P selecionada possuía em seu território 25 unidades básicas de saúde com total de 109 equipes e cobertura de 100% da população pela Estratégia de Saúde da Família. Foram selecionadas aleatoriamente três das vinte e cinco unidades para o cenário do estudo: Clínica da Família Ernani de Paiva Ferreira Braga (com 7 equipes de ESF), Clínica da Família Jamil Haddad (com 5 equipes de ESF) e Centro Municipal de Saúde Dr Cattapreta (com 4 equipes de ESF). As duas primeiras com funcionamento em horário estendido de 8:00 às 20:00 e a última de 07:00 às 18:00.

4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostragem foi por conveniência que envolveu obter respostas de pessoas que estavam disponíveis e dispostas a participar. O problema principal desta abordagem é que as pessoas que estão dispostas a participar podem diferir de modo importante dos que não estão dispostos. Como características para inclusão na pesquisa, os participantes do estudo deveriam ser profissionais médicos de equipes da estratégia de saúde da família que realizavam atendimentos a homens por demanda livre ou programada nas unidades básicas de saúde selecionadas da área programática 5.3 do município do Rio de Janeiro. Estavam excluídos da pesquisa outros profissionais de ensino superior atuantes na ESF que não fossem médicos, uma vez que as solicitações dos exames complementares e o encaminhamento para o nível secundário de atenção são decisões que competem ao médico de família e/ou outro especialista.

O número de participantes não teve demarcação *a priori*, pois foi escolhida a inclusão progressiva de sujeitos, que foi interrompida pelo critério de saturação (MINAYO, 2012).

4.3 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Como um dos instrumentos para a coleta de dados foi elaborado um roteiro de perguntas abertas e fechadas que foi entregue antes dos grupos focais (Apêndice A). Este roteiro é composto por duas partes: a primeira parte referente aos dados pessoais do médico como especialização, ano de graduação, tempo de atuação na estratégia de saúde da família, idade e sexo e três perguntas, sendo uma fechada e duas abertas, sobre atitude e conhecimento em relação ao rastreamento do câncer de próstata, tais como solicitação do PSA e a frequência do mesmo e sobre a identificação de fatores de risco para o câncer.

O roteiro de perguntas foi aplicado antes da realização do grupo focal, em uma sala disponibilizada dentro do espaço físico da própria unidade de saúde, com horário agendado e adequado ao tempo de cada participante. O tempo médio de preenchimento foi de cerca de 10-15 minutos. As respostas foram arquivadas em um envelope e sem identificação do profissional, garantindo o anonimato e sigilo.

O espaço físico para realizar o grupo focal selecionado era o auditório da unidade básica, que assegura privacidade, conforto, fácil acesso e ambiente neutro. Além disso, o ambiente das

sessões grupais deve sempre ser agradável e por isso, foi oferecido um lanche para ser degustado ao longo do encontro. Alguns cuidados foram necessários em todas as sessões, tais como: agendamento prévio do local com a gerência da unidade, preparo da sala (iluminação, ventilação, cadeiras, espaço adequado para a realização das técnicas), manutenção do gravador (bateria), seleção e preparo antecipado do material específico para cada encontro e organização do ambiente de modo que seja confortável e acolhedor. A formação em círculo permitiu a interação face a face, o bom contato visual e, ainda, a manutenção de distâncias iguais entre todas as participantes, estabelecendo o mesmo campo de visão para todos.

Para cada grupo focal realizado, havia um moderador com um guia de temas e um observador. Observador e moderador sentaram frente a frente no círculo nos dois grupos realizados. RESSEL et al (2008) afirma que o observador e o moderador deverão sentar em lugares que possibilitem a comunicação não-verbal, por meio do olhar e, para não centralizarem a atenção dos participantes, deverão evitar se posicionarem um ao lado do outro. O tempo estimado de duração de cada grupo era em torno de 45 a 60 minutos. A quantidade de grupos focais é muito menos importante do que a qualidade e a riqueza das discussões proporcionadas pelo estilo de condução adotado pelo moderador e por um bom guia de temas (KIND, 2004).

O registro dos grupos focais foi realizado através de gravação em aparelhos digitais, após assinado o termo de consentimento dos participantes para posterior transcrição pela pesquisadora. As gravações dos grupos também foram utilizadas como instrumento de pesquisa, o que permitiu levar em conta várias opiniões sobre o mesmo assunto e obter mais detalhes da discussão sobre a realidade como descrito a seguir.

4.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados foi realizada após aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa pelo protocolo CAAE número 31086214.5.0000.5240. Os dados qualitativos derivados do grupo focal sobre o rastreamento do câncer de próstata foram tratados e analisados através da análise temática proposta por BARDIN (1994).

O primeiro grupo focal foi realizado na Clínica da Família Ernani de Paiva Ferreira Braga no dia 26 de novembro de 2014 no período da tarde. Utilizamos um consultório que

permitiu a privacidade e o conforto e a disposição dos participantes em círculo. Eram esperados 7 médicos desta unidade e dois médicos do CMS Cattapreta, outra unidade selecionada para a pesquisa. Dois médicos presentes na unidade no momento do grupo não quiseram participar da pesquisa, pois estavam, segundo eles, ocupados atendendo demanda livre. Apenas um médico desta clínica aceitou participar e outros dois participantes vieram do CMS Dr Cattapreta, unidade a 2,5km de distância. Cabe destacar que a expectativa de participação era maior, uma vez que a unidade é formada por sete equipes de saúde da família. Porém, no período escolhido para coleta de dados, as unidades de saúde da AP 5.3 passavam por um processo de demissão e admissão de funcionários em razão do término de contrato da Organização Social de Saúde (OSS), o que acarretou falta de médicos em algumas equipes.

Recebendo cada participante de maneira cordial, moderador e observador criaram um ambiente agradável de espera e foi evitado ao máximo que o tema do grupo focal fosse abordado precocemente por conversas informais. Os participantes foram apresentados ao objetivo do grupo focal e às questões que iriam norteá-los. Uma vez iniciados os trabalhos, a palavra coube primeiramente ao moderador, que se apresentou brevemente e expôs os objetivos da pesquisa e do grupo, de modo honesto, mas genérico. O segundo passo foi explicar a forma de funcionamento do grupo e foi explicitamente enfatizado que não se busca o consenso na discussão e que a divergência de perspectivas e experiências era extremamente bem-vinda. Em seguida, uma rodada rápida de apresentação dos participantes, que serviu como quebra de gelo inicial e como uma última tática para esperar os retardatários. Todos os participantes demonstraram estar interessados em participar e discutir o tema proposto. A partir desse ponto, não se admitiu mais a entrada de pessoas no grupo.

O segundo grupo focal foi realizado na Clínica da Família Jamil Haddad no dia quatro de dezembro de 2014 no período da tarde. Diferentemente do primeiro grupo, todos os três médicos presentes na unidade participaram da pesquisa. Apenas um encontrava-se fora da unidade e não participou. Também vieram outros dois médicos do CMS Dr Cattapreta, a 8km de distância desta segunda unidade. Os participantes foram acomodados em uma sala de reuniões confortável e com as cadeiras em círculo e seguidos os mesmos cuidados expostos anteriormente.

A gravação de cada um dos grupos focais foi transcrita *Ipsis litteris*, bem como as respostas da segunda parte do roteiro de perguntas sobre o rastreamento do câncer de próstata.

Os dados pessoais solicitados na primeira parte do roteiro foram agrupados em tabelas e gráficos como dispostos a seguir no capítulo de Resultados e Discussão.

A análise temática dos dados coletados foi o método interpretativo escolhido, pois o estudo se direcionou para as características da mensagem propriamente dita, seu valor informacional, as palavras, os argumentos e as ideias nela expressos. Esta análise deu-se na seguinte sequência: I) Leituras flutuantes dos dados transcritos, II) Seleção das unidades de análise (ou unidades de significados), III) Processo de categorização e sub-categorização e IV) Descrição e Interpretação dos resultados

I) Fase de pré-exploração do material ou de leituras flutuantes

Selecionado o material a ser analisado procedeu-se às leituras flutuantes de todo o material, com o intuito de apreender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes para as próximas fases da análise. Na leitura flutuante toma-se contato com os documentos a serem analisados, conhece-se o contexto e deixa-se fluir impressões e orientações. São empreendidas várias leituras de todo o material coletado, a princípio sem compromisso objetivo de sistematização, mas sim se tentando apreender de uma forma global as ideias principais e os seus significados gerais. Pode-se garantir que nesta fase da análise existe uma interação significativa do pesquisador com o material de análise, pois como um contato totalizante, muitas das impressões trabalhadas no contato direto com o sujeito afloram na lembrança e auxiliam na condução deste procedimento (CAMPOS, 2004).

II) A seleção das unidades de análise (ou unidades de significados)

Após a etapa de leituras flutuantes, veio o momento da escolha das unidades de análise, que posteriormente foram categorizadas. Para Campos (2004), uma das mais básicas e importantes decisões para o pesquisador é a seleção das unidades de análise. Existem várias opções na escolha dos recortes a serem utilizados, mas percebemos um interesse maior pela análise temática (temas), o que nos leva ao uso de sentenças, frases ou parágrafos como unidades de análise. O tema pode ser compreendido como uma escolha própria do pesquisador, vislumbrada através dos objetivos de sua pesquisa e indícios levantados do seu contato com o material estudado e teorias embasadoras, classificada antes de tudo por uma sequência de ordem

psicológica, tendo comprimento variável e podendo abranger ou aludir a vários outros temas. O evidenciamento das unidades de análise temáticas, que são recortes do texto, consegue-se segundo um processo dinâmico e indutivo de atenção ora concreta a mensagem explícita, ora as significações não aparentes do contexto. Difícil neste momento é delinear com absoluta transparência os motivos da escolha deste ou daquele fragmento, sem levar em consideração que a relação que se processa entre o pesquisador e o material pesquisado é de intensa interdependência. Neste constante ir e vir entre os objetivos do trabalho, teorias e intuições do pesquisador emergem as unidades de análise que futuramente são categorizadas (CAMPOS, 2004).

III) O processo de categorização e sub-categorização

O processo de categorização pode ser definido como uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero. Desta forma, podemos caracterizar as categorias como grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo seu grau de intimidade ou proximidade, e que possam através de sua análise, exprimirem significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos de estudo e criem novos conhecimentos, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos (CAMPOS, 2004).

Ainda segundo CAMPOS (2004), as categorias utilizadas podem ser apriorísticas ou não apriorísticas: Se apriorística, o pesquisador de antemão já possui, segundo, experiência prévia ou interesses, categorias pré- definidas. No caso da escolha pela categorização não apriorística, essas emergem totalmente do contexto das respostas dos sujeitos da pesquisa, o que inicialmente exige do pesquisador um intenso ir e vir ao material analisado e teorias embasadoras, além de não perder de vista o atendimento aos objetivos.

Nesta pesquisa as categorias foram não apriorísticas e definidas como Influência das questões de gênero no acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde e Relação entre o uso de medidas de rastreamento e o cuidado integral. A etapa IV que são os resultados e suas interpretações serão discutidos no próximo capítulo.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Esta pesquisa fez uso da Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos) do Ministério da Saúde, que destaca os compromissos éticos com os sujeitos da pesquisa, a nível individual e coletivo, já que envolve seres humanos, de forma direta ou indireta, assegurando e respeitando os direitos dos participantes.

Quanto aos riscos, estes são considerados mínimos já que não foram feitas intervenções clínicas. O único existente seria a identificação do sujeito através do questionário pelo pesquisador. Contudo, o estudo respeitou o sigilo e a confidencialidade das informações e a identidade dos sujeitos. Vale destacar que foi solicitada a autorização aos participantes da pesquisa (APENDICE C) e à Coordenadora da Área Programática (APÊNCICE D).

A coleta de dados só ocorreu após a aprovação do projeto no comitê de ética em pesquisa da instituição proponente (CEP/ENSP/Fiocruz) e da Secretária Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro. Após, a pesquisa foi realizada em dias previamente marcados com a coordenadora da Área Programática 5.3 e a gerência da unidade selecionada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos roteiros autopreenchidos entregues antes do início dos grupos focais foi possível coletar as informações sobre o perfil dos participantes. A divisão entre os sexos foi equivalente. Em relação a faixa etária, metade dos participantes tem mais de 40 anos e 25% tem de 35 a 40 anos (fig3).

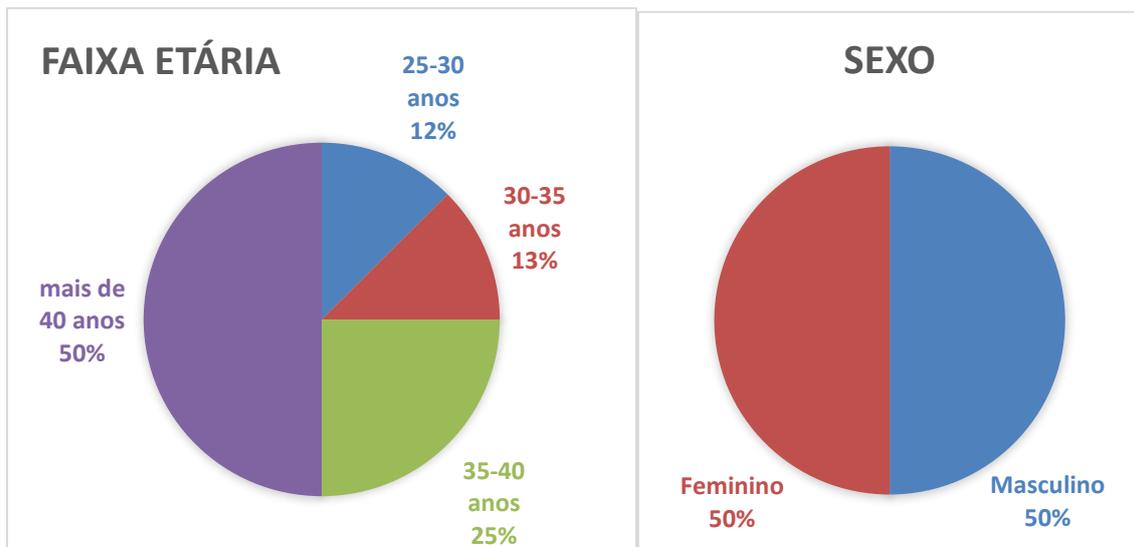


Fig3. Faixa etária e sexo dos participantes da pesquisa (fonte: roteiro de perguntas)

Quanto aos anos de graduação temos que seis dos oito participantes possuem mais de 5 anos de graduação em Medicina, um possui menos de 3 anos e um possui entre 3 a 5 anos. Isto é, são médicos atuantes na atenção primária com alguma experiência na prática e não médicos recém-formados. Quanto ao tempo de atuação na ESF temos que dois participantes estão há menos de 3 anos, quatro participantes estão entre 3 a 5 anos e dois participantes há mais de 5 anos, entendendo que são médicos já inseridos na prática da atenção primária e habituados a condutas e protocolos clínicos (fig 4).

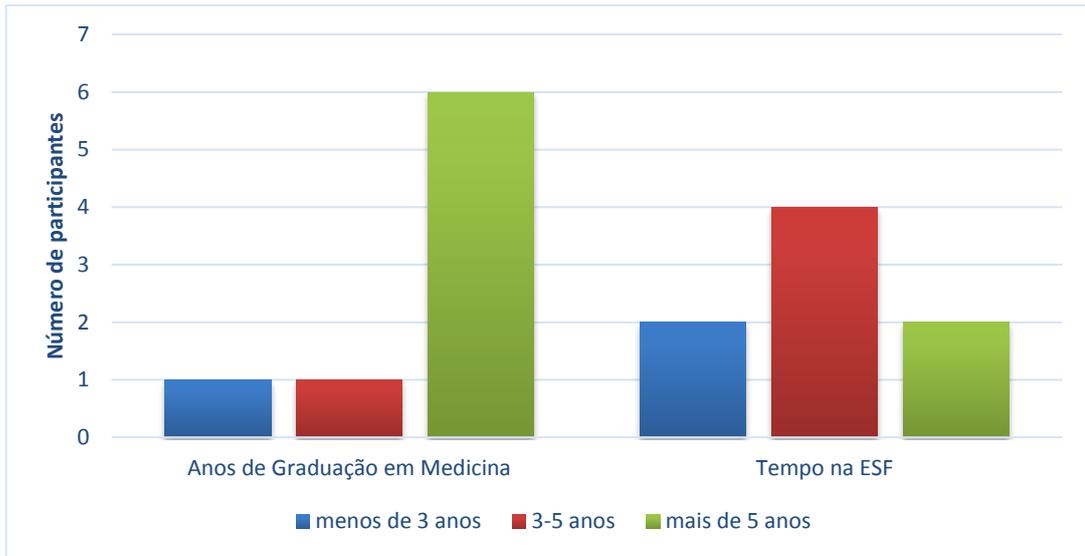


Fig4. Anos de graduação e Tempo de atuação na ESF x Número de participantes (fonte: Roteiro de perguntas)

Quanto a formação acadêmica dos participantes, metade não possui qualquer formação específica para atenção primária, apenas a graduação em Medicina. Um dos participantes possui residência médica em Dermatologia e outros três possuem pós-graduação lato sensu em Saúde da Família, confirmando ainda a falta de profissionais trabalhando na atenção primária com a especialização em Medicina de Família e Comunidade (fig5).

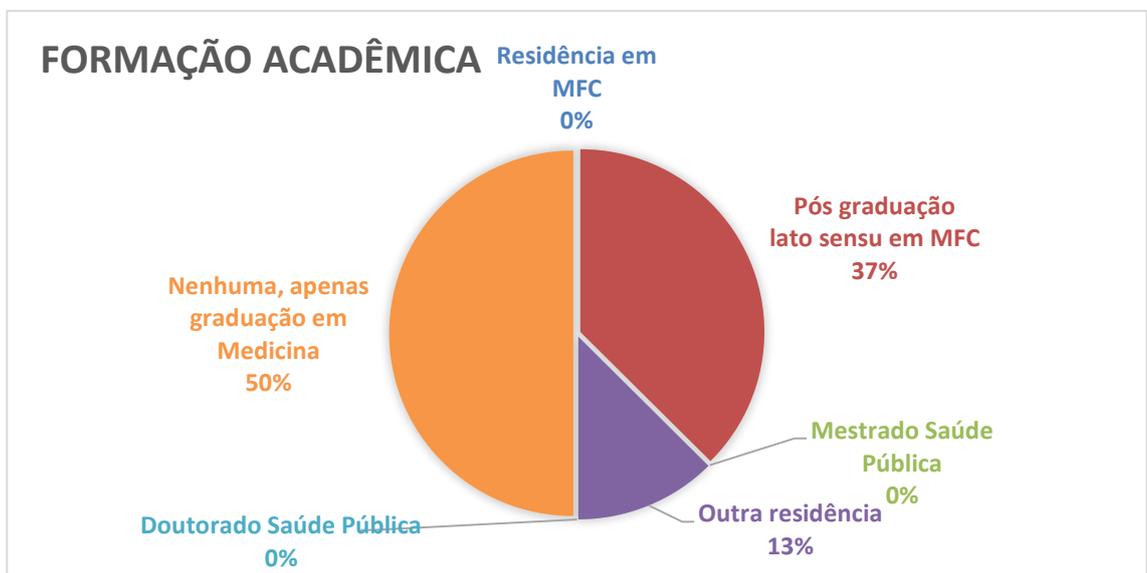


Fig 5. Formação acadêmica dos participantes da pesquisa (fonte: Roteiro de perguntas)

Além do perfil do participante, o roteiro também apresentava uma pergunta fechada sobre solicitação de PSA e duas perguntas abertas sobre o rastreamento do câncer de próstata e

os critérios utilizados para solicitação do PSA. Apenas um participante afirmou não solicitar o PSA como método de rastreio:

“Entendo que o PSA e o toque retal não formam um bom método de rastreio que traga benefícios em relação a mortalidade, visto o caráter insidioso imensa maioria dos casos desta neoplasia. Ao oferecer este exame, podemos ocorrer no sobrediagnóstico e trazer malefícios.”
(Participante 1)

Os demais participantes afirmam solicitar como rastreio anual, sendo identificado apenas variação em relação a idade para iniciar (40, 45 ou 50 anos).

“Sim, Solicitação anual nos casos de sintomatologia para doenças da próstata, idade, solicitação do próprio paciente, história familiar.”
(Participante 4)

“Sim. Eu costumo solicitar PSA em pacientes acima de 50 anos. Sei que a próstata vai tendo modificações a partir dos 40 anos, mas é a hiperplasia benigna. Quando o paciente não tem história familiar, não é negro e não abusa muito em ingestão de gordura solicito acima de 50 anos. PSA e toque retal. Ano em ano (1x ano).” (Participante 7)

Como citado no capítulo anterior, na análise temática das transcrições das falas dos participantes nos grupos foi possível identificar duas categorias principais, estas subdivididas em três subcategorias que, por sua vez, foram separadas por seis temas que são apresentados na figura abaixo (Fig.6) e serão desenvolvidos a seguir.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TEMA
ACESSO	Gênero	1.Influência da mulher e da família no cuidado à saúde do homem
		2.Atendimento na UBS
	Acessibilidade aos serviços de saúde	3.Dificuldade do homem em aceitar seu adoecimento
		4.Organização dos serviços e horário de funcionamento desfavorável
RASTREAMENTO	Cuidado integral	5.Procura pelo exame PSA
		6.Interpretação de recomendações científicas contra o rastreamento

Fig.6 Análise temática dos resultados encontrados nos grupos focais

A primeira categoria identificada na análise temática foi o acesso e como subcategorias temos as questões de gênero influenciando o acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde. Destacam-se nestas subcategorias os seguintes temas: 1-A influência da mulher e da família no cuidado à saúde do homem, 2-Atendimento na UBS, 3-Dificuldade do homem em aceitar seu adoecimento e 4-Organização dos serviços e o horário de funcionamento desfavorável para captação desses indivíduos, dificultando a conciliação do horário de trabalho e do tempo para cuidar da saúde.

Em relação a utilização dos serviços de atenção primária à saúde pelos homens os participantes citam a importância da família, incluindo esposas e filhos, como responsáveis por trazerem os homens para a UBS para realizar o acompanhamento de sua saúde. Um participante relata que é recorrente o atendimento de indivíduos do sexo masculino que só vão à unidade básica de saúde, pois a esposa faz o agendamento da consulta: *“Foi ela que marcou minha consulta. Eu não ia vir. Tenho várias falas assim.”* (Participante 3), já outro participante reforça a necessidade de muitos homens só procurarem o cuidado pela saúde quando acompanhados: *“Difícilmente ele vem sozinho. Ou ele vem acompanhado da esposa, ou trazido por um filho que ta preocupado com o quadro de saúde dele.”* (Participante 7).

A opinião homogênea dos grupos em relação a procura tardia dos homens pela unidade básica de saúde também foi destacada. Este padrão de utilização foi relatado pelos participantes e um dos motivos levantados foi a falta de interesse pelo cuidado, incluindo a prevenção de doenças e hábitos de vida não saudáveis.

“A procura de homens é muito menor que a de mulheres. Acho que o homem doente procura mais a unidade de urgência e emergência. Toma uma remedinha e melhora. Ele não faz prevenção.” (Participante 2)

“O homem já vem no estágio avançado. Porque ele já ta no limite dele. A dor ta muito forte, ele não tá suportando. Aí é aquela coisa assim de uma emergência. É, aquela coisa de se tratar não faz, não faz uma medicina preventiva.” (Participante 3)

“O homem ainda não tem o hábito do cuidado.” (Participante 6)

“Acho que procura pela mulher ainda é muito maior que do homem né. O homem procura atendimento porque ta sentindo alguma coisa. A mulher vem pra prevenção. Ela previne mais que o homem.” (Participante 8)

“Eu acho que o homem adoce mais porque ele procura menos o médico. Ele se cuida menos. Se você for num pronto-socorro quem chega mais grave é o homem, que chega descompensado. A mulher chega mais velha no pronto-socorro do que os homens. Pelos hábitos também. O homem bebe mais, o homem fuma mais. O homem tem uma vida mais

desregrada, ele come, abusa mais da alimentação. E a mulher tá sempre se cuidando mais.” (Participante 8)

A relação do homem com seu trabalho foi outra razão citada pelos participantes justificando a dificuldade de acesso às unidades.

“O homem é muito mais complicado de vir a uma consulta. Até pela questão do trabalho, a gente aqui trabalha até as oito e as vezes a gente consegue jogar esse paciente pro final do dia. Ah não, você dá o dia. Teve paciente que eu dei o dia, falei que podia faltar e ele foi demitido. Mas pô, você levou o dia. Eles não querem saber. Aqui, os pacientes da minha área pedem sempre pra colocar a consulta no final do dia. Se colocar no meio do dia, no horário de trabalho, eles não vem.” (Participante 7)

“A prevenção do homem é muito mais difícil. Mais difícil o empregador aceitar. A população em geral, até as próprias mulheres aceitarem isso. Ele é o provedor da casa, na maioria das vezes. A mulher é um extra, uma complementação da renda. Mas o peso maior continua sendo nas costas do homem. Eles tem medo exatamente disso. Por que a mulher faltou? Ah... por causa do filho. A queixa da mulher é sempre bem mais aceita do que a do homem. Tem sempre essa preocupação, do homem faltar. Se faltar o dinheiro do homem, falta o dinheiro da casa.” (Participante 4)

Ao mesmo tempo, alguns participantes destacaram o interesse em procurar a unidade básica de saúde para aquisição de atestado médico para justificar a ausência no trabalho.

“Ah é. Uma outra queixa muito importante é o atestado. Quando o homem vem, no finalzinho da consulta ele diz doutora a senhora não pode me dar o dia de hoje não? Porque eu trabalho lá na Tijuca, sou caminhoneiro, sou isso sou aquilo. Há uma procura bem grande por atestados médicos. Oportunismo né? Principalmente segundas e sextas.” (Participante 2)

“O homem não vem nem em consulta comum, pra hipertensão. Às vezes é o contrário também, eles vêm pra pegar o atestado médico. Simular e tal.” (Participante 8)

Por outro lado, temos que a organização dos serviços e dos profissionais para acolher e promover a saúde do homem ainda parece ser precária e ser outro ponto importante na dificuldade de acesso dessa população. Foram destacadas duas ações realizadas nas unidades

de saúde: a extensão do horário de funcionamento das clínicas da família até às 20h e a campanha promovida pela mídia sobre o novembro azul.

Para alguns participantes, apesar de existir o período do mês de novembro voltado para a saúde do homem, não há o aumento de demanda esperada, se compararmos com o mês de outubro voltado para a saúde da mulher, como dizem os participantes:

“Nós vivemos dois períodos de campanha. O da mulher, o outubro rosa e o novembro azul do homem. Eu achei que outubro rosa teve uma repercussão muito maior. Até aqui na clínica, teve festa aqui só em outubro.” (Participante 8)

“Nossa! O outubro rosa nem se compara. Eu vejo muito futebol americano, o cara que agarra de luva rosa, quem tá jogando basquete com a faixinha rosa (Participante 7)”.

Dois médicos consideram que tem ocorrido maior divulgação na mídia do novembro azul, o que tem provocado um aumento da procura por parte dos homens a atenção à saúde:

“Quando se faz o novembro azul, [...] é como se nunca tivesse havido nada. Sempre foi muito tímido, e esse ano se destacou, se destacou mesmo. Talvez não o suficiente como deveria se destacar, como o outubro rosa. Foi uma coisa tímida, mas foi...” (Participante 5)

“[...] acho que foi a primeira vez que eu vi o novembro azul na televisão. Agora que tá tentando trazer isso. Parece até que só agora tá começando a idéia de saúde do homem (Participante 6)”.

Apenas um dos médicos destacou de forma positiva o novembro azul em relação a aumentar a acessibilidade do homem a UBS:

“É, eles vêm menos mas acho que eles estão vindo muito mais. Teve um evento que a gente fez aqui sobre saúde do homem. [...]Era novembro, novembro azul né? [...]Foi só demanda livre, não teve marcação. Chegamos aqui parecia o Maracanã. Eu atendi 55 e ele atendeu 44 (Participante 1)”.

Outro ponto discutido foi o horário estendido de funcionamento das unidades de saúde, que parece ser outra estratégia que não conseguiu atrair a população masculina como se

esperava. Fica como um alerta, uma vez que o horário não facilita o acesso ao homem trabalhador, uma vez que ou o profissional não realiza agendamento neste horário ou o homem não consegue chegar a tempo de encontrar a unidade aberta após seu horário de trabalho:

“Eu lembro que assim que eu comecei a trabalhar na estratégia de saúde, que eu tava na 5.2, todas as clínicas funcionavam até as 17h. A ideia de funcionar até as 20h, quando foi levantada essa bandeira foi justamente dar acesso para aqueles que trabalhavam. Mas na realidade, raras as clínicas que colocaram atendimento até as oito. A gente as vezes fica até as oito mas não com agenda.” (Participante 6)

O número de demanda por atendimento de um modo geral pela população nas clínicas também surgiu como um dos obstáculos para a atenção integral a saúde do homem, como destacaram:

“Acho que falta um pouco de tempo, na verdade. A demanda aqui, pelo menos da nossa equipe, tá muito acima do teto”. (Participante 7)

“A situação é terrível. A clínica da família foi criada pra um objetivo e tá virando uma UPA. Tá estragando o atendimento, a prevenção, a qualidade de consulta. A gente atende pressionado, tendo na porta 10,15,20 pessoas e tendo um agendado para a hora seguinte. Tá acontecendo direto com a gente e acredito que nas outras unidades também, não é só na nossa não”. (Participante 8)

Ao perguntar sobre o homem e o seu adoecimento, foi discutido que existe a questão do machismo, do ser forte que atrasa sua procura pelo serviço de saúde. Moura et al (2013) afirma que os homens costumam ter mais dificuldades na busca por assistência em saúde quando veem as necessidades de cuidado como uma tarefa feminina. Assim, eles costumam só chegar aos serviços de saúde com intercorrências graves ou quando se veem impossibilitados de exercer seu papel de trabalhador. Este último aspecto, o de ser o provedor da casa, também foi citado pelos participantes, ressaltando que as relações de trabalho às vezes não são flexíveis ao ponto de permitirem o afastamento do trabalho para permitir o cuidado com a saúde:

“Também tem outra coisa, alguns tem uma responsabilidade muito grande com o trabalho. Vai deixando passar. Provedor da casa. Durante essa semana umas duas pessoas vieram me falar: doutora ele não falta o trabalho de jeito nenhum” (Participante 2).

“Eles não querem ser mandados embora. Porque é o que sustenta, é o que segura ali. Então ele não pode ficar doente.” (Participante 3)

“Eu não deveria estar aqui, mas vim pra fazer o check up. Vim porque minha mulher pediu pra vir. Como se fosse uma vergonha para o homem. Isso é coisa pra mulher que não tem o que fazer em casa, ir ao médico. Fica tão vergonhoso pra nós homens, que essa coisa seja difundida ainda em 2014. Mas muitos falam isso. Eu não deveria estar aqui, sabe que eu sou homem”. (Participante 5)

“É como a ideia do homem não chora. A mãe fala pro filho que o homem não chora. Não são os outros homens que cobram. Geralmente o homem é educado pela mãe, a professora do colégio. Continua ainda a educação sendo a cargo da mulher. Homem não pode chorar. Acho que tem a questão da criação, de se cobrar muito do homem. As próprias mulheres cobram muito isso. Quem cria, quem educa? Em casa, uma mulher. Na escola, na imensa maioria, é uma professora. São poucos professores homens. A educação machista veio de uma mulher. Então, ele acaba procurando menos. Tem muito mais políticas de saúde voltadas para mulher, preventivo. E o homem faltar o trabalho não pode, não deve, porque pode ser demitido. Por isso tento na consulta falar, se cuida, por mais restrições que temos em relação ao tempo, eu tento incentivar atividade física e hábitos mais saudáveis”. (Participante 4)

As questões culturais relacionadas ao gênero masculino, à inserção e valorização social, e aos tabus envolvendo a sexualidade são aspectos que os médicos identificam com frequência na organização das narrativas dos homens que procuram a atenção na Atenção Primária.

Alguns homens buscam o cuidado, mas na maioria das vezes não querem assumir o que estão sentindo e usam subterfúgios como falar de checkup ou falar a real queixa ao final da consulta, o que podemos denominar de agenda oculta.

“Eles chegam assim: Doutora, não quero que me entenda como uma falta de respeito, a senhora é médica e eu to com alguns problemas, não sei como eu vou falar... Chegam cheio de dedos pra falar. Aí eu falo pode falar, eu aqui sou sua médica, eu sou médica, uma pessoa que vai cuidar da sua saúde. Aí demora uma meia hora e diz Ah eu não consigo ficar erétil durante o tempo todo que eu quero”. (Participante 2)

“...a parte urológica, e sexualidade é bem menos. Não sei pra vocês. Eles sempre falam, sempre aquela coisa baixinha, no final da consulta. Aí as vezes por essa coisa de não ir. Posterga e piora. Atendi um jovem de 32 anos que a agente de saúde pediu, tinha um sangramento com uma

hematoquezia. Perguntei há quanto tempo você ta assim? Ele: Desde o início do ano assim. Todo mês eu tenho as crises de sangramento. Aí procurou no doutor google e viu que podia ser uma coisa ou outra e se assustou e procurou atendimento. A mulher tem o contrário. Aquela coisiiiiinha, valoriza muito. No homem dificilmente você vê isso”.
(Participante 1)

“[...]ah!... doutora, eu não consigo engravidar a minha esposa. Isso ta me incomodando muito. Ela já teve filhos com outro parceiro e comigo não consegue ter e ela me cobra. E outra queixa é a ereção”.
(Participante 2)

“Eles até chegam e falam: eu queria falar uma coisa mas eu tenho vergonha” (Participante 6)

“Ai vem com a esposa que fica falando “fala, fala sobre aquilo”
(Participante 7).

Em contrapartida, tem os homens que chegam demandando checkup. Esses casos são, muitas das vezes, uma forma de pedir ajuda e considerada um meio de não expor sua busca como um sinal de fragilidade. Deste modo, o checkup ou a solicitação de exames ao médico acabam sendo uma forma comum de inserção do homem dentro do serviço:

“Mas eles pedem muito check up também. Não sei se é porque eles têm vergonha de falar o que eles sentem. Eles pedem o check up pra ver. Se der algum problema aí falar pra você Ah é doutora eu sentia isso”.
(Participante 2)

“Eles que agem dessa forma. Se acham muito fortes. O paciente diz: É uma dorzinha de nada..., aí você vê que é uma hérnia imensa”.
(Participante 3)

A segunda categoria identificada na análise temática foi o rastreamento, tendo como uma subcategoria o cuidado integral e como temas identificados a procura pelo exame PSA e a interpretação por parte dos profissionais das recomendações científicas contra o rastreamento. Como a busca por check-up tornou-se um repertório importante no acesso dos pacientes aos serviços de saúde, seja pelas questões culturais ou pelo apelo das campanhas midiáticas como o “Novembro Azul”, a forma como o rastreamento do câncer é entendido pelos médicos e sua relação com o cuidado integral assume grande relevância quando se discute a saúde do homem.

“Eles chegam, de uma forma geral eu penso que eles chegam pra fazer check up. Nesse check up é o PSA que é solicitado (Participante 1)

“o PSA... Eu na experiência de consultório, muitos chegam pedindo. Ou é um hipertenso que a gente acaba perguntando se tem queixa urinária, dependendo da idade, a gente pega e faz esse rastreio”. (Participante 7)

“...mas eu ainda acho muito pequena a procura por exame de próstata. Os aposentados, mais idosos até pedem. Mas na faixa dos 40-50 anos é muito difícil”. (Participante 8)

A partir dessa demanda constatada pelos participantes, foi questionado como lidar com a demanda pelo rastreamento do câncer de próstata. Apenas um participante diz explicar que não há necessidade em realizar o rastreamento do câncer de próstata através do PSA e diz seguir as orientações expressas nos guidelines.

“Eu não solicito. Demoro um pouquinho. Tento convencer. Explicando 1-2 minutos. Aquela linguagem. Explico a possibilidade do malefício ser maior que o benefício. Explicar o caráter insidioso do câncer. A possibilidade de fazer mal é maior. Tem até um numerozinho, eu vi num congresso. Tantos PSAs alterados, tantos diagnósticos de câncer, tantos salvos”. (Participante 1)

Os demais mostram medo de não solicitar afim de evitar uma indisposição frente ao pedido do paciente e argumentam, inclusive, que se perde muito tempo explicando para o homem os reais motivos da não indicação do exame e que, muitas das vezes, o paciente não consegue compreender.

Por outro lado, há também condutas baseadas em experiências pessoais, formadas a partir de vivências pessoais que acabam por interferir na interpretação de recomendações científicas contra o rastreamento.

“Todo homem com mais de 40 anos eu peço o PSA” (Participante 8).

“É...o próprio paciente já pede. A gente também solicita. Eu também solicito. Mas muitas das vezes o paciente vem sugerindo uma solicitação. E até você convencer ele de que não precisa, de que talvez não seja necessário. Você acaba solicitando. Porque eles não querem esse tipo de explicação. Eles querem realizar o exame que eles vêm todo dia na televisão passando que tem necessidade de fazer depois dos 45 anos (Participante 2).

“Hoje mesmo veio um senhor pra mim por um problema na perna...Aí ele disse assim [...]Eu queria fazer o PSA que eu nunca fiz. Mas o senhor tem exames recentes? Ah, tenho. Mas eu não fiz o PSA. Eu quero fazer o PSA. A outra doutora não passou o PSA. Eu quero fazer o PSA. Na história clínica você até pergunta se tem algum problema no jato miccional, algum sintoma, algum tipo de disúria. Se tem algum tipo de sintomatologia e história familiar. Muita das vezes não tem nenhuma queixa mas ele quer porque quer” (Participante 2).

“Eles falam é direito meu e eu quero fazer. Aí eu solicito. Sabe por que? Porque as vezes eu deixo passar. Eu já vi um caso de um amigo meu que aconteceu isso. O paciente insistindo para fazer o PSA e não tinha nenhuma necessidade de passar o PSA. O médico, meu amigo, disse não vou solicitar porque estou vendo que não tem necessidade. Depois de um ano o paciente voltou com o exame com CA de próstata. Aí como é que meu amigo ficou? Ele passou isso pra mim e desde então toda vez que o paciente solicitar eu vou solicitar”. (Participante 3)

“É... O mal psicológico que esse dado laboratorial pode trazer pro paciente. Pode ser até pior que o problema patológico que ele tem. Ele pode nunca vir a manifestar nenhuma sintomatologia. Mas a gente se vê numa situação. Não estou falando que eu esteja correta. É só meu ponto de vista. Até porque se fosse meu pai...Eu iria fazer... Dá vontade de pegar nosso pai fazer tudo, ressonância magnética, tomografia, medicina nuclear”. (Participante 2)

Três dos 8 afirmam conhecer as recomendações contra o rastreamento, porém não seguem as orientações:

“Geralmente solicito o exame PSA quando o paciente apresenta alguma queixa. Eu sei que estatisticamente falando a investigação, a pesquisa acaba sendo mais deletéria pro paciente do que não fazer nada. Mas em assintomáticos peço quando o paciente solicita”. (Participante 4)

“Existe uma coisa que eu escutei de um colega uma vez: “ Você pede muita coisa e isso fica muito caro.” Mas são coisas que eu não posso deixar de pedir porque fazem parte de protocolos. Fica meio estranho, meio mecânico, mas é bom que fique mecânico pra certas situações.[...] Se eu tiver errando por excesso com boa intenção não to nem aí se pensam que eu vou pro inferno”. (Participante 5)

“É a rotina que eu trago comigo. E eu já trabalhei na 5.1, na 5.2. Lá os homens procuravam mais. Eu fazia de rastreio mesmo. Ta na faixa?! eu

não quero nem saber se tem ou não queixa, eu pedia o PSA. Aí um colega chegou pra trabalhar disse que não era mais usado. Aí eu falei: Gente, eu to atrasada. Aí quando eu peguei a pós e fui ler artigos, aí eles falavam que as vezes você pega falsos positivos e tal. Mas meu lema é o seguinte, a gente tá na prevenção, eu posso até onerar muito a máquina do Estado, como lá aconteceu. Eu peguei quatro pacientes sem queixa com PSA elevadíssimo e já com câncer de próstata. Me desculpa, mas se eu salvei quatro vidas[...]Me desculpe, mas eu continuo pedindo. Aí se vem alterado o PSA, eu peço a ultrassonografia e encaminho para o Uro. Me desculpa o que ta escrito no livrinho” (Participante 7).

Nota-se que há uma dificuldade em compreender a saúde do homem como mais do que a detecção do câncer de próstata. Dificuldade tanto do profissional quanto do paciente e o PSA surge como metáfora do checkup e fazendo parte da agenda oculta do autocuidado, da preocupação masculina. Não foi discutido em nenhum dos grupos focais a oportunidade de captar o homem que vai para UBS desejando realizar tal exame e discutir a importância de outras doenças mais prevalentes como Hipertensão Arterial ou Diabetes Mellitus. Durante as discussões também não foram citadas pelos participantes nem a PNAISH nem o caderno de atenção básica nº29 sobre rastreamento de doenças.

De uma maneira geral, foi observada a não compreensão da ideia de rastreamento, bem como o conceito *primo non nocere* e prevenção quaternária. Além da dimensão epidemiológica, destacada pelas recomendações internacionais contra o rastreamento, nota-se que as percepções afetivas, sociais e de mercado interferem no processo decisório do profissional de saúde, levando o mesmo a solicitar o exame mesmo sem indicação e, de alguma forma, fazendo tanto médico quanto paciente acreditar que dessa forma está existindo um cuidado com sua saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, é imprescindível reconhecer que gênero é, dentre outras categorias, ordenadora de práticas sociais e, como tal, condiciona a percepção do mundo e o pensamento. Assim, atributos relacionados ao homem - como invulnerabilidade, pouco autocuidado e baixa adesão às práticas de saúde (especialmente de prevenção), perpetuados no cotidiano dos serviços pelos profissionais de saúde e pelos próprios homens, apenas ajudam a reforçar o estereótipo de que os serviços de APS são espaços feminilizados e a aumentar as desigualdades sociais, inviabilizando o cuidado e a atenção pelas reais necessidades e demandas do homem.

Desta forma, são necessárias discussões mais amplas de todo o contexto no qual o homem está inserido, uma vez que o maior desafio das políticas públicas não é somente incluir o gênero masculino nos serviços de atenção primária à saúde, mas de sensibilizá-los sobre a importância do cuidado e da inexistência de invulnerabilidade. A pouca procura e a falta de ligação com as atividades oferecidas pelos serviços de saúde, por parte dos homens, não são de responsabilidade exclusiva dos profissionais que fazem os serviços, já que os homens, seguindo o padrão de masculinidade tradicional, produzem e reproduzem o imaginário social que os afasta das práticas de prevenção e promoção.

Entretanto, os profissionais de saúde e os gestores também têm suas próprias ideias e representações sobre os homens e sobre as ações ofertadas a esta população. Foi possível identificar condutas diversas dentre os participantes, algumas delas sem qualquer preocupação com a abordagem integral e a prevenção quaternária. Não se pode esquecer que enquanto não houver mudanças na forma de enxergar o homem, além de um órgão, a próstata, pouco se conseguirá caminhar em relação a este tema. Recomenda-se que, nas situações em que os homens procurem os serviços de saúde, que sejam aproveitadas de diferentes maneiras para garantir que o homem crie o hábito de utilizar os serviços existentes de forma rotineira, e que diferentes meios sejam utilizados para alcançá-los através de ações de educação para a saúde dentro e fora dos serviços de saúde.

A partir dos resultados desta pesquisa, que analisou a compreensão dos médicos atuantes em três unidades básicas da zona Oeste do Rio de Janeiro, que, por sua vez, não tinham a Medicina de Família e Comunidade como especialidade, pode-se questionar a perspectiva de desenvolvimento e a qualidade que vem se promovendo a Atenção Integral a Saúde do Homem nas UBS no município do Rio de Janeiro.

Esta pesquisa ajudou a fornecer um quadro inicial de um campo até então pouco explorado cientificamente. A abordagem integral a saúde do homem ainda não faz parte da prática da maioria dos médicos participantes da pesquisa e pode-se afirmar que há necessidade de capacitar e atualizar esses profissionais que atuam na porta de entrada do sistema, para que condutas clínicas não sejam tomadas por falta de educação permanente ou por influência da mídia pelas campanhas anuais. Além de afirmar que se faz necessário formar mais especialistas em Medicina de Família e Comunidade para atuar no âmbito dos cuidados primários.

Da mesma forma, esta pesquisa ainda necessita ser complementada por estudos futuros, de caráter também quantitativos, que permitam generalizar tais resultados sobre o conhecimento e as atitudes dos profissionais atuantes na estratégia de saúde da família em relação à abordagem a Saúde do Homem e ao rastreamento do câncer de próstata para o restante do município do Rio de Janeiro.

REFERÊNCIAS

ANDRIOLE G.L et al; **PLCO Project Team. Prostate cancer screening in the randomized Prostate,Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up.** J Natl Cancer Inst. v 104 p.125-32, 2012.

BARBOUR, R. **Grupos Focais.** Porto Alegre: Artmed, 2009. 205p. (Coleção Pesquisa Qualitativa)

BARDIN L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70; 1994. p. 227

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010 - Características da população e dos domicílios.** Resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: eu Acesso em junho 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento. Cadernos de Atenção Primária, n. 29** (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e diretrizes,** Brasília, 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância - **Conprev.Câncer da próstata: consenso** - Rio de Janeiro: INCA, 2002.

CAMPANUCCI, F.S., LANZA, LMB. **A atenção primária e a saúde do homem.** Anais do II simpósio Gênero e Políticas Públicas, ISSN 2177-8248 Universidade Estadual de Londrina, 18 e 19 de agosto de 2011.

CAMPOS, C.J.G. **MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde.** Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out; 57(5):611-4

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane; FARO, Livi. **A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino.** *Physis* [online]. 2009, vol.19, n.3, pp. 659-678.

GOMES, R. *et al.* **A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1):235-246, 2008

DESLANDES S F, ASSIS S G. **Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças.** In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-226.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, 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* [online]. 2007, v.23, n.3, pp. 565-574.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. **A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, maio 2006.

GOMES F, Araújo R. **Pesquisa Quanti-Qualitativa em Administração: uma visão holística do objeto em estudo.** *Seminários Em Administração*, 8, 2005, São Paulo. São Paulo: FEA/USP; 2005.

GRAY, J A M; **New concepts in screening.** *British Journal of General Practice.* Abr, 2004

INCA - Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil.** Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2011: incidência de câncer no Brasil.** Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

JAMOULLE, M. **Quaternary prevention: First, do not harm.** 2011. Disponível em http://docpatient.net/mj/P4_Brasilia2011_en.pdf. Acesso em 25 de janeiro de 2014.

KIND, L. **Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais.** Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v.10,n.15, p.124-136 junho 2004

KNAUTH D.R. et al. **A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(10):2617-2626, 2012

KUEHLEIN, T., SGHEDONI, D., VISENTIN, G., GÉRVAS, J., & JAMOULLE, M. (2010). **Quaternary prevention: A task of the general practitioner.** Primary Care, 10 (18), 350-354.

LIN K, LIPSITZ R, MILLER T, JANAKIRAMAN S; **U.S. Preventive Services Task Force. Benefits and harms of prostate-specific antigen screening for prostate cancer:an evidence update for the U.S. Preventive Services Task Force.** Ann InternMed. 2008;149:192-9. [PMID: 18678846]

MEDRADO, B.; LYRA, J.; AZEVEDO, M.; GRANJA, E. e VIEIRA S. **Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde.** Recife: Instituto PAPAI, 2009.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** 32ed Petropolis, RJ: Vozes, 2012

MOURA E.C *et al.* **Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2):429-438, 2014

MOYER, V.A.; **U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement.** *Ann Intern Med.* v. 157, p. 120-134, 2012.

NORMAN A.H, TESSER C.D. **A prevenção quaternária na atenção primária à saúde.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(9): 2012-2020, set, 2009

OMS Organização Mundial da Saúde. **National cancer control programmes.** Policies and managerial guidelines. OMS, 2002

SCHRODER FH, HUGOSSON J, ROOBOL MJ, TAMMELA TL, CIATTO S, NELEN V, et al; ERSPC Investigators. **Rastreamento e Mortalidade por câncer de próstata em um estudo europeu randomizado** (Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study) *N Engl J Med.* v.360 p.1320-1328; Março, 2009.

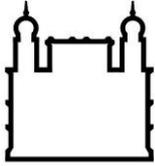
SILVA, Edna Lúcia e MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** – 3. ed. rev. atual. – Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. p.20

STARFIELD B, HYDE J, GÉRVAS J, Heath I. **The concept of prevention: a good idea gone astray?** *J Epidemiol Community Health* 2008 Jul; 62 (7): 580-3.

TONON, T.C.A.; SCHOFFEN, J.P.F.; **Câncer De Próstata: Uma Revisão Da Literatura.** *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 2, n. 3, p. 403-410, set./dez. 2009

WILT, T.J., AHMED, H.U. **Prostate cancer screening and the management of clinically localized disease.** *BMJ*, 346:f325,2013.

APÊNDICE A



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA

MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE COM ÊNFASE
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

PERGUNTAS SOBRE RASTREAMENTO CÂNCER DE PRÓSTATA

Este roteiro de perguntas foi criado para coleta de dados sobre o perfil do médico participante e sobre o conhecimento destes profissionais atuantes na estratégia de saúde da família no rastreamento do câncer de próstata.

As perguntas que se seguem referem-se aos seus dados:

1. Idade _____ (anos)

2. Sexo (Assinale apenas uma resposta)

Feminino _____ 1

Masculino _____ 2

3. Quando foi sua graduação em Medicina?

_____ (ano)

4. Qual a sua formação acadêmica (residência, especializações)?

Residência em MFC Outra Residência. Qual? _____

Pós graduação lato sensu em MFC Mestrado em Saúde Pública

Doutorado em Saúde Pública Nenhuma das anteriores

5. Há quanto tempo trabalha na ESF (Estratégia de Saúde da Família)?

_____ (meses/anos)

As perguntas que se seguem referem-se ao rastreamento do câncer de próstata:

6. O que você sabe sobre o rastreamento do câncer de próstata?

7. Na sua prática clínica, você solicita o exame PSA para seus pacientes?

Não

Sim

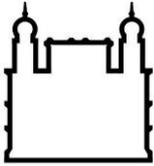
8. Quais os critérios utilizados para a solicitação do exame de PSA? Qual a frequência?

APÊNDICE B

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Questões chave:

- 1) Como os homens utilizam os serviços de Atenção Primária a Saúde (Acesso)?
- 2) Como lidar, como profissional de saúde, com a saúde do homem na APS?
Como os serviços e os profissionais se organizam para acolher e promover a saúde do homem?
- 3) Como lidar com a demanda trazida pelos homens por rastreamento do câncer de próstata?
- 4) Como o homem lida com seu adoecimento? Como as questões de gênero podem influenciar o adoecimento do homem?

APÊNDICE C - PARTICIPANTE NÚMERO _____

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

SAÚDE DO HOMEM – ATITUDE E CONHECIMENTO SOBRE RASTREAMENTO DO
CÂNCER DE PRÓSTATA POR PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NA ZONA OESTE DO RIO DE JANEIRO

Prezado participante,

Convido você a participar da pesquisa SAÚDE DO HOMEM – ATITUDE E CONHECIMENTO SOBRE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA POR PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ZONA OESTE DO RIO DE JANEIRO desenvolvida por Cristiane da Fonseca Colão, discente de Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde com Ênfase na Estratégia de Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. Cesar Favoreto. O objetivo central do estudo é analisar o conhecimento e a abordagem realizada pelos profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família no rastreamento do câncer de próstata no contexto da Atenção Integral a Saúde do Homem. O convite a sua participação se deve à sua graduação em Medicina, bem como a área de atuação ser a Atenção Primária e a área programática selecionada ser AP 5.3.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Rubrica participante _____

Rubrica pesquisador _____

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas abertas e fechadas sobre o rastreamento do câncer de próstata e um grupo focal com outros profissionais médicos convidados abordando os temas saúde do homem e câncer de próstata. O tempo de duração para responder às perguntas é de aproximadamente vinte minutos e do grupo focal é de aproximadamente quarenta e cinco minutos. Os grupos focais serão gravados em aparelhos digitais, transcritos e armazenados, em arquivos digitais, mas somente terão acesso aos mesmos a pesquisadora e seu orientador. Os resultados da pesquisa serão divulgados na dissertação da pesquisadora.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Pode não haver benefícios diretos com sua participação, porém sua colaboração nesta pesquisa permite a compreensão das atitudes e o conhecimento dos profissionais atuantes na estratégia de saúde da família em relação ao rastreamento do câncer de próstata, à prevenção quaternária e o papel de coordenação do cuidado dentro da atenção primária a saúde, podendo através da boa prática, evitar o excessivo intervencionismo diagnóstico e terapêutico e a medicalização desnecessária.

Vale enfatizar que o participante não precisa responder a qualquer pergunta ou parte de informações obtidas em debate/entrevista/pesquisa, se sentir que ela é muito pessoal ou sentir desconforto em falar. Além de não fazer parte dos objetivos da pesquisa, fazer qualquer avaliação e julgamento sobre a prática do profissional.

Rubrica participante _____

Rubrica pesquisador _____

Ressalta-se que os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Pesquisador - ENSP/FIOCRUZ

Contato com a pesquisadora responsável:

Tel(21) 982089305/(21)3158-1734 / e-mail criscolao@uol.com.br

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP ou Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Tel/Fax - (0XX) 21-25982863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Ste: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Rubrica participante _____

Rubrica pesquisador _____

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

Tel -(0XX) 21-3971-1463

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

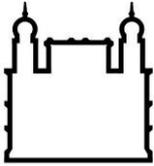
Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/>

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro – RJ

CEP: 20211-901

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

APÊNDICE D

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DE ÁREA PROGRAMÁTICA
AUTORIZAÇÃO PARA PROJETO DE PESQUISA

Autorizo a médica Cristiane da Fonseca Colão, discente do Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde com Ênfase na Estratégia de Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) e sob orientação do Professor Dr. Cesar Favoreto, a realizar o trabalho de campo do projeto "Saúde do Homem – Atitude e Conhecimento sobre o Rastreamento do Câncer de Próstata por Profissionais da Estratégia de Saúde da Família na Zona Oeste do Rio de Janeiro" cuja fonte de dados serão questionários e entrevistas em grupo com profissionais médicos atuantes nas unidades de saúde da família da AP 5.3.

Autorizo os gestores das unidades de saúde pesquisadas a liberarem os profissionais participantes da pesquisa no dia e horário a ser definido com a pesquisadora, sendo preferencialmente em horário de reunião de equipe e sem prejuízo ao funcionamento da unidade.

A pesquisadora se compromete a manter sigilo e confidencialidade das informações e apenas iniciar a coleta após avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ.

Data:

Coordenação da Área Programática 5.3