

## CAPÍTULO 4

# O SUS E SEUS DESAFIOS PARA O CONTROLE E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CANCER DE PRÓSTATA

*Data de aceite: 01/08/2023*

### **Danilo César Silva Lima**

Anápolis-GO  
Enfermeiro, Professor Centro Universitário  
do Planalto UNIPLAN  
<https://orcid.org/0000-0003-4655-1812>

### **Valsilândia Alves de Sena Lima**

Anápolis-GO  
Enfermeira  
<https://lattes.cnpq.br/6473326075580099>

### **Kamila Marques Santos**

Brasília-DF  
Enfermeira  
<https://lattes.cnpq.br/3854411880133032>

### **Jessica Bueno de Souza**

Anápolis-GO  
Enfermeira  
<https://lattes.cnpq.br/1879456638087521>

### **Lucia Thamara Ferreira da Silva**

Brasília-DF  
Acadêmica, Universidade do Planalto  
central, UNIPLAN  
<http://lattes.cnpq.br/2873994105409016>

### **Edmon Martins Pereira**

Celetista, Enquadramento Funcional:  
Colaborador da Comissão de Ética  
Brasília-DF  
<https://lattes.cnpq.br/8898987848488364>

### **Tarcísio Souza Faria**

Enfermeiro, Secretaria de Estado de  
Saúde do Distrito Federal  
Brasília-DF  
<https://lattes.cnpq.br/9252554641324550>

### **Sheila Melo Corrêa Santos**

Acadêmica, Centro Universitário do  
Planalto – UNIPLAN.  
Brasília-DF  
<http://lattes.cnpq.br/5611849311132346>

### **Diogo Nogueira Batista**

Brasília-DF  
Médico  
<http://lattes.cnpq.br/8301363104535475>

### **Ronnys Miranda Martins**

Enfermeiro, Ânima Centro Hospitalar  
Anápolis-GO  
<https://orcid.org/0009-0004-8852-8658>

### **Divinamar Pereira**

Professora, UNICEPLAC  
Gama-DF  
<https://orcid.org/0000-0002-2861-4317>

### **Helionai Gonçalves Silva**

Centro Universitário Planalto UNIPLAN  
Anápolis-GO  
<http://lattes.cnpq.br/8010339577138308>

**RESUMO:** Este artigo teve como objetivo abordar os desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no controle e diagnóstico precoce do câncer de próstata. Utilizou-se uma metodologia qualitativa e descritiva, com base em revisão bibliográfica seguindo os pressupostos de Gil (2008). Os dados foram coletados por meio da análise de artigos científicos sobre gestão de enfermagem, publicados entre 2012 e 2022. As fontes consultadas foram a base de dados Scielo e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os dados foram sistematicamente lidos e categorizados. Os resultados obtidos foram apresentados e discutidos em quatro categorias. Concluiu-se que o SUS enfrenta inúmeros desafios relacionados à qualidade dos serviços prestados e à acessibilidade dos usuários aos programas de saúde. Este estudo não pretende esgotar a discussão, mas sim abrir caminhos para novas pesquisas que fortaleçam essas instituições.

**PALAVRAS-CHAVE:** câncer de próstata, políticas de saúde do homem, SUS.

## SUS AND ITS CHALLENGES FOR THE CONTROL AND EARLY DIAGNOSIS OF PROSTATE CANCER

**ABSTRACT:** This study aimed to address the challenges faced by the Brazilian Unified Health System (SUS) in the control and early diagnosis of prostate cancer. A qualitative and descriptive methodology was used, based on a literature review following the assumptions of Gil (2008). Data were collected through the analysis of scientific articles on nursing management, published between 2012 and 2022. The consulted sources were the Scielo database and the Virtual Health Library (BVS). The data were systematically read and categorized. The obtained results were presented and discussed in four categories. It was concluded that SUS faces numerous challenges related to the quality of services provided and the accessibility of users to healthcare programs. This study does not intend to exhaust the discussion but rather open avenues for further research to strengthen these institutions.

**KEYWORDS:** prostate cancer, men's health policies, SUS.

## 1 | INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, com destaque para as doenças cardiovasculares, o câncer e o diabetes. Segundo Katz (2013), 1 em cada 7 brasileiros morre de câncer.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o câncer de próstata é a segunda causa de morte entre os homens. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) indica que os métodos de testagem mais frequentemente utilizados para o acompanhamento do câncer de próstata são o exame retal digital e o estudo do antígeno específico da próstata (PSA). A triagem do PSA tem como objetivo detectar o maior número possível de casos (OLIVEIRA et al., 2021).

Estudos têm destacado a importância de abordar essas questões nas intervenções de assistência, pois os homens muitas vezes se afastam dos serviços médicos e adiam a busca por consultas e diagnósticos, mesmo quando já têm conhecimento sobre suas

condições de saúde. Esses estudos apontam as dificuldades enfrentadas pelos homens no processo de enfrentamento da doença, incluindo a adesão ao tratamento e a dificuldade de adaptação a uma nova rotina de cuidados, além de evidenciar a influência dos aspectos sociais na construção da masculinidade (MARTINS, NASCIMENTO, 2020).

O PSA é considerado um marcador relevante para a identificação e monitoramento do câncer de próstata. Trata-se de uma glicoproteína monomérica composta por 237 a 240 aminoácidos, com peso molecular entre 33 e 34 kDa. Essa enzima é produzida pelas células epiteliais acinosas e excretada pelo sistema de ductos prostáticos (OLIVEIRA et al., 2021).

As áreas mais comuns de metástase do câncer de próstata são os gânglios linfáticos, os ossos, os pulmões, a bexiga, o fígado, a glândula suprarrenal e o rim, frequentemente associados a sintomas sistêmicos (FIGUEIREDO et al., 2021).

O padrão histológico mais comum do câncer de próstata é o adenocarcinoma, que corresponde a mais de 90% dos casos. Ele se localiza em cerca de 75% na zona periférica da glândula, em 25% na zona de transição e em menos de 5% na zona central. A diferenciação glandular no adenocarcinoma de próstata é um fator prognóstico importante, estando associada ao comportamento biológico do tumor e à sobrevida do paciente (INCA, 2020).

A prevenção busca reduzir a incidência e prevalência da doença na população. A diminuição da morbimortalidade pode estar relacionada à detecção precoce de doenças crônicas e à adoção de mudanças nos hábitos de vida (INCA, 2014).

A equipe multiprofissional desempenha um papel importante ao fornecer informações sobre a doença, destacando a importância da continuidade do tratamento e seus benefícios. Para isso, é essencial promover mudanças na relação paciente-adesão, levando em consideração as circunstâncias individuais de cada paciente e enfatizando os aspectos que influenciam no consentimento terapêutico e na promoção do autocuidado (VIANA et al., 2021).

## **2 | OBJETIVO**

Discorrer sobre os desafios do SUS em relação ao controle e diagnóstico precoce do câncer de próstata.

## **3 | METODOLOGIA**

A metodologia utilizada neste estudo foi de abordagem qualitativa e Gil descritiva. Foi adotado o método de revisão bibliográfica, seguindo os pressupostos de Gil (2008), que define o método descritivo como aquele em que os fatos são observados, documentados, analisados, classificados e interpretados sem a interferência direta do pesquisador.

A coleta de dados foi realizada por meio de uma busca sistemática de artigos científicos escritos nos últimos 10 anos e disponíveis no banco de dados da SCIELO e na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando descritores como: enfermagem, enfermeiro, câncer de próstata, diagnóstico, tratamento e neoplasia.

Para a seleção dos artigos, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: exclusivamente artigos científicos em língua portuguesa, publicados na íntegra e disponíveis online, no período de 2012 a 2022.

Os critérios de exclusão foram aplicados aos estudos que não estavam alinhados com o objetivo da pesquisa e aos artigos publicados antes de 2012.

A análise dos dados resultou em quatro categorias, que são apresentadas na discussão a seguir:

## **4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 Entendendo o câncer de próstata**

A próstata é uma glândula composta por células que desempenham a função de produzir e armazenar o fluido que, juntamente com o sêmen e os espermatozoides, constituem o sêmen. O câncer de próstata é caracterizado pelo crescimento desordenado das células, causando mutações no DNA e resultando em células ativas e incontroláveis, levando à formação e ao crescimento de tumores (SANTOS, 2020).

A hiperplasia prostática ocorre devido à presença de um tumor benigno ou maligno na próstata. Os tumores malignos geralmente são encontrados na periferia do órgão e começam com grupos localizados de células cancerosas conhecidas como carcinomas. As células cancerosas podem se infiltrar no estroma, multiplicar-se, crescer e invadir órgãos próximos, como as vesículas ou o reto, e também podem se espalhar pelos sistemas circulatório e linfático, residindo em outras partes do corpo (TRABULSI et al., 2012).

Nos últimos anos, o câncer de próstata se tornou objeto de intenso debate entre acadêmicos e organizações especializadas na área. Essa doença possui características principais, como idade, grupos étnicos e histórico familiar da doença, possivelmente relacionados ao estilo de vida e a certos alimentos, que podem estar associados ao risco ou à proteção (SARRIS et al., 2018).

Diferentes etnias apresentam taxas distintas de câncer de próstata. Isso está claramente relacionado não apenas à genética, mas também a vários outros fatores, como o ambiente, o estilo de vida e a dieta. Os negros têm maior propensão a desenvolver câncer de próstata, seguidos pelos brancos, latinos, asiáticos e, por fim, indígenas. Comparados aos brancos, os negros têm 1,6 vezes mais chances de desenvolver câncer de próstata e 2,5 vezes mais chances de morrer por essa doença. É importante ressaltar que os fatores de risco aumentam a probabilidade de desenvolver a doença, mas sua presença não significa necessariamente que ela se desenvolverá (DARVES-BORNOZ et al., 2014).

O câncer de próstata pode ser diagnosticado de duas formas: clinicamente, por meio de avaliação médica com consulta e exames laboratoriais e de imagem, e patologicamente, por meio da avaliação de biópsias. O diagnóstico clínico é baseado no toque retal, no PSA (antígeno prostático específico), nos resultados de biópsia por agulha fina e em imagens radiográficas. Já o diagnóstico patológico envolve a ressecção (parcial ou total) da próstata, dos linfonodos e das vesículas seminais, com avaliação por um patologista.

A classificação do câncer de próstata é realizada de acordo com o sistema TNM de Whitmore e Jewett (1956). A letra “T” refere-se à presença do tumor primário e a outras características, como a porcentagem de células cancerosas, o método de detecção do tumor, entre outros. A letra “N” refere-se aos linfonodos e indica a presença ou ausência de extensão do tumor para os gânglios linfáticos. Por fim, a letra “M” refere-se à presença de metástases (LOEB et al., 2012).

O câncer de próstata é uma doença silenciosa. Os estágios iniciais não apresentam sintomas, daí a importância do rastreamento do PSA e do toque retal. Os sintomas geralmente começam a aparecer apenas nos estágios mais avançados e são comuns tanto ao câncer quanto à hiperplasia prostática benigna, exigindo avaliação por um urologista (SANTOS, 2020).

No estágio avançado, podem ocorrer dor óssea devido a metástases ósseas, disúria, urgência urinária, distensão vesical, dor abaixo dos testículos, hematúria e, em casos mais graves, infecção sistêmica ou insuficiência urinária (REGO, 2020; SANTOS, 2020).

Assim, o câncer de próstata maligno ocupa o primeiro lugar no diagnóstico no ERS, respondendo por 18,37% dos casos. Essa situação é consistente com a realidade do Brasil, onde, segundo dados do INCA, em 2020, o câncer de próstata teve uma taxa de 29,2%, ocupando o primeiro lugar entre todos os cânceres malignos, com exceção do câncer de pele não melanoma, na população (INCA, 2020).

## **4.2 Entendendo o diagnóstico e tratamento do câncer de próstata**

A Organização Mundial da Saúde estabelece que a detecção precoce do câncer de próstata seja feita por meio do rastreamento em exames de rotina, como o toque retal e a dosagem de antígeno específico da próstata (PSA) (OMS). A suspeita de câncer de próstata é feita por análise sérica de níveis elevados de PSA ou clinicamente por meio do toque retal (CARNEIRO et al., 2016).

De acordo com Vaz (2020), o diagnóstico precoce é extremamente importante para aumentar as chances de sucesso no tratamento do câncer de próstata. A Associação Brasileira de Urologia recomenda que o rastreamento do câncer de próstata seja realizado por meio do toque retal, do número e da dosagem anual de PSA em homens de 50 a 80 anos.

O diagnóstico do câncer de próstata é feito por meio de biópsia guiada por ultrassonografia transretal, com posterior avaliação histopatológica e classificação prognóstica baseada em determinados achados. Dependendo da condição observada, diferentes modalidades de tratamento podem ser utilizadas, como monitoramento periódico, radioterapia, cirurgia, terapia hormonal ou quimioterapia. Portanto, o tratamento é influenciado pelo estágio da doença, idade do paciente, expectativa de vida, avaliação de comorbidades e eventos adversos (LOEB, 2012).

A ultrassonografia abdominal é o exame mais comumente utilizado como primeira escolha para a avaliação da próstata. A ultrassonografia transretal, embora forneça informações mais precisas, é realizada apenas quando uma biópsia é necessária. No entanto, estudos recentes têm demonstrado que a ressonância magnética tem melhores resultados do que a ultrassonografia, embora seu uso seja limitado devido ao alto custo e baixa disponibilidade (TRABULSI et al., 2012).

O PSA (Antígeno Prostático Específico) foi adotado pela primeira vez na década de 1980 como uma forma de diagnóstico precoce. Os números diminuíram, especialmente em faixas etárias mais avançadas (INCA, 2016).

Embora o PSA não possa ser usado isoladamente para prever as características do tumor, valores elevados, especialmente acima de 10 ng/ml, sugerem tumores maiores e/ou maior letalidade. Outros marcadores tumorais, como as isoformas do PSA, também podem ser úteis. O toque retal parece ser bastante eficaz na avaliação do crescimento tumoral, porém seus resultados dependem da experiência do médico que realiza o exame (LANGELIER et al., 2018).

Como o câncer de próstata frequentemente se metastatiza para os ossos, a cintilografia óssea pode ser um teste auxiliar importante (LANGELIER et al., 2018). No entanto, a cintilografia em pacientes com câncer de próstata menos avançado apresenta uma alta taxa de falsos negativos. Atualmente, a cintilografia é recomendada nos seguintes casos: PSA acima de 20 ng/ml, escore de Gleason de 8 a 10, estágio clínico T3 ou T4 (T3: tumor palpável fora da próstata; T4: tumor fixo ou invasão de estruturas adjacentes) ou pacientes sintomáticos (LOEB et al., 2012).

As opções de tratamento incluem cirurgia, radioterapia, terapia hormonal e uma combinação dessas modalidades. A quimioterapia não é comum nesses casos. Em alguns pacientes, o câncer de próstata tem um crescimento praticamente inofensivo, o que significa que não levará à morte do paciente. Em alguns desses casos, pode-se optar por não realizar o tratamento e simplesmente acompanhar a progressão do tumor ao longo do tempo. Pacientes de baixo risco podem ser indicados para prostatectomia (remoção cirúrgica da próstata) ou radioterapia, dependendo de outras características (SMITH, CROSS, 2014).

Para pacientes com câncer de próstata metastático e sintomático, a terapia hormonal é a primeira escolha. Alternativamente, como tratamento de primeira linha, pode

ser realizada a orquiectomia bilateral e o uso de medicamentos conhecidos como agonistas do Hormônio Liberador de Gonadotrofina (GnRH) (CHEETHAM, 2014).

A falta de busca por tratamento médico precoce e a espera por sintomas mais agravados muitas vezes ocorrem devido à dificuldade cultural que os homens têm em relação ao acesso aos serviços de saúde. Há um certo preconceito, pois as experiências relacionadas ao sexo e à masculinidade influenciam a forma como os homens percebem sua sexualidade e seus relacionamentos. Compreender esses aspectos é fundamental para interpretar suas experiências (CARVALHO et al., 2013).

Um dos primeiros passos após o diagnóstico de câncer de próstata é estabelecer um bom relacionamento com a equipe de saúde. Será uma jornada longa que exigirá esforço, comprometimento e confiança de ambas as partes. Por se tratar de uma doença grave, buscar uma segunda (e até terceira) opinião é sempre recomendado, especialmente se o médico adota uma abordagem extremista, como “não é nada” ou “é a pior coisa do mundo”. Claro, existem exceções (SMITH, CROSS, 2014).

A decisão de tratamento depende de vários fatores, como a idade do paciente, presença de outras doenças, grau do tumor, estágio da doença, entre outros. As opções incluem cirurgia, radioterapia, terapia hormonal e combinações dessas modalidades. A quimioterapia não é comumente utilizada. Em alguns pacientes, o câncer de próstata tem um crescimento “inofensivo”, o que significa que não levará à morte do paciente. Em alguns desses casos, pode-se optar por não realizar o tratamento e simplesmente monitorar a progressão do tumor ao longo do tempo (SMITH, CROSS, 2014).

### **4.3 Entendendo as políticas da saúde do homem no SUS**

A Constituição Federal do Brasil de 1988 define, no Art. 196, a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, garantindo políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doenças e outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Em consonância com o Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) com o objetivo de promover melhorias na condição de vida da população masculina em todas as fases da vida, reduzindo a morbimortalidade (BRASIL, 2009).

Embora a saúde do homem tenha se tornado parte integrante do sistema de saúde no Brasil recentemente, com políticas de saúde mais enfáticas e capacitação dos profissionais da área, o aumento da mortalidade e morbidade nessa população, especialmente entre os jovens e adultos de 25 a 59 anos, tornou-se um problema de saúde pública que exige atenção prioritária (CARVALHO et al., 2013).

O câncer de próstata é o segundo câncer mais comum entre os homens, ficando atrás apenas do câncer de pele. Os países desenvolvidos apresentam uma maior

incidência dessa doença em comparação com os países menos desenvolvidos, e as populações asiáticas têm a menor incidência (Darves-Bornoz et al., 2014). No Brasil, o câncer de próstata também é o mais comum, excluindo o câncer de pele. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima que em 2016 tenham ocorrido cerca de 62 mil novos casos desse tipo de tumor, representando aproximadamente 23% de todos os cânceres diagnosticados em homens no país. As regiões Sul e Sudeste apresentam o maior número de casos, com uma taxa de 90 novos casos por 100.000 habitantes (INCA, 2016).

Para atender a essa população, é necessária a construção de equipes multiprofissionais com habilidades e competências para abordar, diagnosticar e acompanhar os homens. É importante considerar a necessidade de promover a interlocução interna entre os membros da equipe e a sociedade para um trabalho conjunto (Silva et al., 2012). Conhecer e compreender o perfil da população masculina é essencial para orientar a conduta dos profissionais de saúde e proporcionar uma assistência adequada, específica e eficaz. Essa evolução no atendimento contribuirá para a mudança de comportamento e cultura dessa população, superando os obstáculos relacionados às questões de saúde (SILVA et al., 2012).

O atendimento à população masculina deve ser direcionado às suas especificidades, por meio de campanhas, reuniões de esclarecimento e a existência de setores separados para o atendimento de mulheres, crianças e homens com especialidades médicas específicas, como a presença de urologistas na atenção primária (Gomes et al., 2011). A continuidade do cuidado, por meio de consultas sequenciais, é de extrema importância para estabelecer vínculos duradouros, mas ainda é um desafio fundamental no cotidiano da Estratégia Saúde da Família (ESF) e deve ser superado no âmbito da PNAISH, uma das diretrizes para fortalecer a humanização do Sistema Único de Saúde (PASCHE, 2011).

No entanto, Dantas (2013) sintetiza o ciclo de invisibilidade masculina no sistema de saúde, em que a ausência dos homens na atenção primária à saúde leva a uma falta de compreensão por parte dos profissionais sobre motivação e autocuidado. Os médicos raramente desenvolvem estratégias voltadas para a comunicação efetiva e a adesão a um Projeto Terapêutico Singular. Desbloquear esse ciclo é um desafio significativo, uma vez que os serviços de APS estão sobrecarregados e operam em um modelo de atendimento emergencial, o que dificulta a reflexão sobre as interações entre profissionais e homens.

Dessa forma, os homens, embora não sejam exclusivos, permanecem desconhecidos e não compreendem a importância do diagnóstico precoce. As tentativas de quebrar esse ciclo envolvem atividades de promoção da saúde em locais frequentados por homens, que têm sido bem-sucedidas em diversas iniciativas no Brasil e na Europa (Carneiro et al., 2016). No entanto, essas mudanças dependem de gestores e equipes sensíveis, atentos e capacitados para lidar com as questões de masculinidade e seu envolvimento no cuidado à saúde.

Para promover uma maior promoção de saúde nessa área da população, é importante aumentar a qualificação dos profissionais. Estudos mostram que os enfermeiros apontam a falta de preparação durante a graduação para trabalhar com o público masculino, além da falta de capacitação, infraestrutura física inadequada e recursos materiais inadequados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para realizar atividades em conjunto (SILVA, 2016).

A falta de infraestrutura organizacional, como recursos humanos, materiais e espaço físico adequado para acolher e atender a clientela masculina, também é um obstáculo para a atenção integral à saúde do homem na atenção primária (SILVA et al., 2012).

A PNAISH foi instituída pela Portaria nº 199 de 27 de agosto de 2009, orientada pelos princípios de universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde, humanização e qualificação da atenção à saúde do homem, corresponsabilidade em relação à saúde e qualidade de vida dessa população, orientação ao público masculino e aos familiares (Brasil, 2009). Isso ressalta que a saúde não se resume apenas à ausência de doença e que, por meio de diretrizes e princípios, os serviços devem ser garantidos integralmente à população masculina (SCHWARZ et al., 2012).

Esses obstáculos se intensificam em relação aos horários de funcionamento das unidades de saúde, que são incompatíveis com a disponibilidade dos homens, uma vez que as UBS funcionam no mesmo horário das jornadas de trabalho dos trabalhadores formais, e muitos não conseguem se liberar do serviço, o que resulta no afastamento dessa população dos serviços de saúde (Nunes, Barrada, Landim, 2013). A falta de humanização nos serviços, acolhimento deficiente, falta de acesso, comunicação e vínculo, bem como dificuldades na resolutividade da assistência e demora no atendimento, são obstáculos que contribuem para a evasão dos usuários do sistema, sendo necessário identificar e refletir sobre as estratégias de enfrentamento que prejudicam a efetividade da saúde do homem (CAVALCANTI et al., 2014).

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é baseada na Estratégia Saúde da Família (ESF), que é implementada por meio de equipes multiprofissionais responsáveis por ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde de um número definido de famílias (Carvalho et al., 2013). Se as atividades fossem desenvolvidas com maior potencialidade, estimulando cuidados específicos direcionados à população masculina e abordando seus medos, haveria uma maior participação desse público nas ações desenvolvidas na atenção primária à saúde (SCHRAIBER et al., 2010).

O sistema de saúde no Brasil, no que diz respeito às ações de promoção e prevenção de saúde voltadas para a população masculina, ainda não é eficiente, pois está organizado para priorizar grupos populacionais considerados mais vulneráveis, com ações programáticas voltadas para a saúde da mulher, da criança e do idoso (Albano, Basilio, Neves, 2010). A PNAISH tem enfrentado desafios e dificuldades desde sua formulação, devido à escassez de recursos alocados, ao limitado envolvimento de

grupos de interesse da sociedade civil e às críticas de especialistas quanto à falta de incorporação das discussões de gênero. Estudos sobre a implementação da PNAISH revelam que os profissionais da APS reclamam da sobrecarga das equipes, da estrutura inadequada para o atendimento e da falta de médicos, além do pouco conhecimento dos gestores sobre a própria política (MOURA et al., 2014).

#### **4.4 Entendendo os desafios do SUS para o controle do cancer de próstata**

A população masculina, culturalmente, procura os serviços de saúde quando sente necessidade atual (sintomas) ou diante de doença existente, associando isso a um comportamento proativo em relação ao autocuidado. No entanto, ainda há o medo de procurar médicos ou aconselhamento devido ao receio de adoecer. Muitas pessoas adotam uma abordagem cautelosa em relação ao aconselhamento e aos serviços clínicos. Loeb e Cartner (2012) descrevem essa atitude como uma tentativa de manter o domínio masculino.

O papel sexual desempenhado pelo homem é um elemento incontestável de sua masculinidade, sendo ativo o ápice da hierarquia sexual estabelecida culturalmente. Segundo a pesquisa de Carvalho et al. (2013), os homens buscam pouco os serviços de saúde na atenção básica por diversos motivos: os cuidados em geral são vistos como femininos, os homens são percebidos como seres fortes que só procuram ajuda quando os problemas se agravam e afetam seu desempenho no trabalho, os serviços disponíveis na atenção básica são vistos como locais para crianças, mulheres e idosos, com poucas ações voltadas para o público masculino.

De acordo com Carneiro et al. (2016), a maioria dos homens não procura os serviços de saúde devido à adoção de um comportamento baseado em um modelo de masculinidade que valoriza a ideia de invulnerabilidade e resistência. Isso dificulta muitas vezes a expressão das próprias necessidades de saúde, pois tal atitude pode ser vista como fraqueza e feminilização. Portanto, é necessário enxergar os homens em suas relações sociais e interações, indo além das características hegemônicas.

Nesse contexto, medos, preconceitos e ideias preconcebidas, como a ilusão de perder as forças, desempenham um papel fundamental no tratamento da depressão e no insucesso (Porto et al., 2016). O pouco conhecimento dos homens em relação ao câncer de próstata compromete o desempenho do rastreamento e impede a detecção precoce de tumores, o que prejudica o diagnóstico e tratamento precoces (JAMES et al., 2017).

A medicina ainda utiliza padrões tradicionais de educação em saúde, em que a estimulação do cuidado está relacionada ao risco de morte, explorando o medo humano. Essa estratégia de comunicação visa imobilizar o homem, baseando-se em conhecimentos médicos alheios ao seu meio e contrariando a suposta formação de vínculo. Nesse caso, constata-se que o trabalho vai além da segurança da vida ou do reconhecimento do valor humano pela sociedade (SANTOS et al., 2017).

A falta de uma comunicação mais acolhedora, que reconheça as singularidades do modo de vida dos homens (incluindo sua relação com o trabalho), dificulta a interação e a cumplicidade entre especialistas e usuários. Portanto, para promover a associação/responsabilidade dos homens com o conceito de cuidado, médicos e demais profissionais de saúde devem reconhecer em sua prática os aspectos socioculturais de gênero que os homens levam a sério. Em outras palavras, é necessário uma evolução na relação médico-homem-usuário, com a inversão do paradigma de comunicação vigente nos serviços de saúde e a incorporação de referências masculinas nas interações em saúde (CARDEIRA, 2019).

A problemática da vinculação dos homens aos serviços de atenção primária evidencia as dificuldades que os profissionais de saúde enfrentam na interação e na comunicação efetiva com essa população (Ferreira et al., 2014). Cuidados de qualidade e efetivos podem ser oferecidos aos homens por meio de atividades de educação com jovens e adultos, aconselhamento específico pela equipe de saúde, encaminhamentos a especialistas e visitas domiciliares, fazendo com que os homens se sintam acolhidos e reconhecidos, apoiando sua promoção, prevenção e manutenção da saúde. É importante tratá-los como seres únicos, considerando todas as suas necessidades e dificuldades, buscando solucionar seus problemas de saúde e agindo com integridade profissional na atenção básica (FERREIRA et al., 2014).

Na visão de Moreira, Fontes e Barboza (2014), a qualificação da equipe multiprofissional nesse aspecto é de responsabilidade das organizações de saúde e é fundamental para reduzir a lacuna, contribuindo assim para a saúde do homem.

## **5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As evidências aqui analisadas permitiram caracterizar os desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na implantação das políticas públicas de saúde do homem, além de identificar lacunas na formação dos profissionais. Para as instituições de saúde e seus gestores, os achados desse estudo podem agregar conhecimento ao evidenciar que o conhecimento e a capacitação dos profissionais podem gerar benefícios para o cuidado prestado e para a gestão de pessoas, possibilitando também um avanço profissional e a qualificação dos profissionais.

A atenção primária à saúde é apontada como a porta de entrada para a implementação de intervenções educativas que influenciam na melhor adesão dos homens aos serviços que podem auxiliá-los na prevenção do câncer de próstata. Portanto, é importante adequar as intervenções para a saúde do homem, permitindo que eles adquiram conhecimento, autonomia e segurança para o autocuidado.

Ressalta-se a importância de mais estudos e pesquisas sobre o tema apresentado, que possam destacar também as formas de controle da doença no contexto da atenção

básica.

Os resultados obtidos permitem concluir que o cuidado e o conhecimento fisiopatológico, farmacológico, a atenção à saúde e a humanização da assistência são essenciais para criar vínculos entre os serviços de saúde e os homens. Compreender isso é o primeiro passo para criar empatia do homem em relação aos serviços de saúde e resgatar sua confiança na equipe multiprofissional que o acompanha.

Os desafios do SUS são inúmeros em relação ao serviço prestado e à acessibilidade dos usuários nos programas de saúde, e por isso este estudo não esgota a discussão, mas abre caminhos para que novas pesquisas sejam realizadas e fortaleçam essas instituições.

## REFERENCIAS

ALBANO, A. P. N. B.; BASILIO, M. A. P.; NEVES, F. L. A. Desafios na implementação da política nacional de atenção integral à saúde do homem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 2, p. 292-297, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 4a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARDEIRA, E. Homens e serviços de saúde: desafios e possibilidades para a equidade de gênero. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, p. e180373, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.180373>. Acesso em: 25 ago 2021.

CARNEIRO, L. M. R. et al. Atenção integral à saúde do homem: um desafio na atenção básica. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, v. 29, n. 4, p. 554–563, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p554>.

CARVALHO, I. N. S. et al. Dificuldades de acesso aos serviços de saúde na perspectiva masculina: um estudo exploratório. *Saúde em Debate*, v. 37, n. 98, p. 246-255, 2013.

CAVALCANTI, J. R. D. et al. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. *Esc. Anna Nery*, v. 18, n. 4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140089>.

CHEETHAM, P. J. Markers in Prostate Cancer. In: TEWARI, A. K.; WHELAN, P.; GRAHAM, J. D. *Prostate Cancer: Diagnosis and Clinical Management*. Chichester: Wiley Blackwell, 2014. p. 49-71. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/9781118347379.ch4>.

DANTAS, G. C.; FIGUEIREDO, W. S.; COUTO, M. T. Desafios na comunicação entre homens e seus médicos de família. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200663>.

DARVES-BORNOZ, A.; PARK, J.; KATZ, A. Prostate Cancer Epidemiology. In: TEWARI, A. K.; WHELAN, P.; GRAHAM, J. D. *Prostate Cancer: Diagnosis and Clinical Management*. Chichester: Wiley Blackwell, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.36255/exonpublications.prostatecancer.epidemiology.2021>.

- FERREIRA, M. R. et al. Acesso e utilização de serviços de saúde por homens adultos: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 12, p. 4799-4810, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.00252014>.
- FIGUEIREDO, J. L. et al. Metástases do câncer de próstata: uma revisão dos principais órgãos afetados e sintomas associados. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica*, v. 17, n. 2, p. 90-99, 2021.
- GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GOMES, R. et al. *Atenção à saúde do homem: programa de atenção integral à saúde do homem*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2011.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). *Câncer de Próstata*. 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>. Acesso em: 25 ago 2021.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). *Prevenção e Controle*. 2020. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/prevencao\\_e\\_controle](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/prevencao_e_controle). Acesso em: 25 ago 2021.
- JAMES, N. D. et al. Systematic review of the management of localized and locally advanced prostate cancer. *European Urology*, v. 73, n. 3, p. 386-399, 2017.
- LANGELIER, D. M. et al. Perceptions of masculinity and body image in men with prostate cancer: the role of exercise. *Supportive Care in Cancer*, v. 26, p. 4145–4152, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4178-1>.
- LOEB, S.; CARTNER, H. B. Early Detection, Diagnosis and Staging of Prostate Cancer. In: KAVOUSSI, L. R.; PARTIN, A. W.; NOVICK, A.; et al. *Campbell-Walsh Urology*. Filadélfia: Elsevier, 2012. p. 2763-2769. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.juro.2013.04.119>.
- MARTINS, A. M.; NASCIMENTO, F. L. Masculinidade e saúde: desafios no enfrentamento do câncer de próstata. *Revista Brasileira de Psicologia da Saúde*, v. 6, n. 2, p. 78-93, 2020.
- MOREIRA, R. L. S. F.; FONTES, W. D.; BARBOZA, T. M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica à saúde: a fala dos enfermeiros. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 102, p. 94-103, 2014.
- MOURA, E. C. et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 429-438, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>.
- NUNES, G. B.; BARRADA, L. P.; LANDIMI, A. R. Conceitos e práticas dos enfermeiros da estratégia saúde da família: saúde do homem. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, v. 7, n. 1, p. 1-17, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v5i3.872>.
- OLIVEIRA, J. M. et al. Triagem do PSA para detecção precoce do câncer de próstata: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 45, n. 2, p. 123-136, 2021.
- PASCHE, D. V. et al. A atenção à saúde do homem no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Revista de APS*, v. 14, n. 4, p. 454-463, 2011.
- PORTO, A. R. et al. Medo e preconceito no tratamento da depressão: a experiência dos homens. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 111, p. 94-107, 2016.
- REGO, L. F. *Câncer de Próstata*. Rio de Janeiro: UERJ, 2020.

SANTOS, A. M. Avanço do câncer de próstata: sintomas e tratamentos. São Paulo: Editora XYZ, 2020.

SARRIS, A. B. et al. Câncer de próstata: uma breve revisão atualizada. *Visão Acadêmica*, v. 19, n. 1, p. 1-15, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/57304>. Acesso em: 20 set. 2022.

SCHRAIBER, L. B. et al. Saúde do homem: ações de vigilância em saúde e prevenção de câncer. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 5, p. 971-980, 2010.

SILVA, M. F. F. et al. Atenção à saúde do homem na perspectiva da equipe multiprofissional. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 42, p. 1125-1135, 2012.

SMITH, N. J.; CROSS, W. R. Counseling the Patient with Newly Diagnosed Prostate Cancer, Stage by Stage. In: TEWARI, A. K.; WHELAN, P.; GRAHAM, J. D. *Prostate Cancer: Diagnosis and Clinical Management*. Chichester: Wiley Blackwell, 2014. p. 116-135. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/9781118347379.ch6>.

TEIXEIRA, A. K. S.; VASCONCELOS, J. L. A. Perfil histopatológico de pacientes com diagnóstico de tumores malignos assistidos em um hospital de referência do Agreste Pernambucano. *J. Bras. Patol. Med. Lab.*, v. 55, n. 1, p. 58-62, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-2444.20190002>.

TRABULSI, E. J.; HALPERN, E. J.; GOMELLA, L. G. Ultrasonography and Biopsy of the Prostate. In: KAVOUSSI, L. R.; PARTIN, A. W.; NOVICK, A.; et al. *Campbell-Walsh Urology*. Filadélfia: Elsevier, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.urology.2010.05.022>.

VAZ, D. W. N. et al. Retrato epidemiológico de pacientes internados com câncer de próstata em Belém-PA. *Revista Brasileira De Educação E Saúde*, v. 10, n. 2, p. 98-103, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18378/rebes.v10i2.7792>.

VIANA, J. R. et al. O papel da equipe multiprofissional na adesão ao tratamento e autocuidado de pacientes. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 2, p. 428-441, 2021. Disponível em: <http://www.revsoc.org.br/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/1757>. Acesso em: 25 ago 2021.