



**FACULDADE DINÂMICA DO VALE DO PIRANGA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO AMBIENTE – PROCISA**

**BRANSILDES BARCELLOS TERRA**

**RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA  
EM UM MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA REGIONAL**

**PONTE NOVA-MG**

**2019**

**BRANSILDES BARCELLOS TERRA**

**RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA  
EM UM MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA REGIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências da Saúde e do Meio Ambiente da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, como parte integrante dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente

Orientador: Prof. Dr. Sávio Lana Siqueira

**PONTE NOVA - MG  
2019**

**BRANSILDES BARCELLOS TERRA**

**RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA  
EM UM MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA REGIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências da Saúde e do Meio Ambiente da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, como parte integrante dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente

Orientador: Prof. Dr. Sávio Lana Siqueira

Aprovado em: 29 de setembro de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Augusto Barbosa Reis

---

Prof. Dra. Lindisley Ferreira Gomides

---

Prof. Dr. Sávio Lana Siqueira - Orientador

## **Agradecimentos**

Aos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Ponte Nova e das regiões vizinhas, pela compreensão, e por possibilitarem a divulgação do projeto.

Ao Amigo e Prof. Dr. Sávio Lana Siqueira, orientador sempre presente, incentivador do amadurecimento científico e exemplo a ser seguido.

Aos Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, pela ajuda na confecção e divulgação do produto educacional objeto deste estudo.

Aos Amigos e Colaboradores da Biblioteca da Faculdade Dinâmica, pela ajuda e disponibilidade.

Às Secretarias de Saúde de Ponte Nova e região, pelo apoio e incentivo ao projeto.

À minha esposa, Izabela Bartholomeu, pela compreensão nos momentos de falta.

## **RESUMO**

O Câncer de Próstata (CAP) é o tumor mais prevalente nos homens (excluindo os tumores de pele não melanoma), com estimativa de surgimento de mais de 68.000 novos casos no ano de 2019. Apesar da elevada incidência, o CAP, quando diagnosticado nas suas fases iniciais, apresenta elevada chance de cura. Infelizmente, ainda não há medidas profiláticas eficazes para a prevenção da doença. O CAP, nas suas fases iniciais, quando é potencialmente curável, não apresenta sintomas, daí a importância de se realizar o rastreamento populacional da doença. O objetivo deste estudo foi compreender e discutir a importância da conscientização popular como estratégia de combate ao CAP, utilizando como ferramenta um plano de educação continuada junto às equipes assistenciais da Atenção Primária (AP). De janeiro de 2019 a maio de 2019, foram realizados treinamentos das equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de Enfermeiros e Médicos, além de encontros com efetiva participação dos Gestores das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos municípios envolvidos e do setor privado. Foram realizadas oito reuniões: duas com os ACS do município de Ponte Nova, com participação dos médicos e equipes de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no Hospital de Nossa Senhora das Dores (HNSD); uma no setor privado e cinco nas SMS de Ponte Nova e dos municípios polos da macrorregião (Raul Soares, Acaíaca, São José do Goiabal e Amparo do Serra). Compareceram aos encontros aproximadamente 180 participantes. Ao avaliar a participação dos homens nas reuniões, foi observado que os mais jovens são comumente mais ativos. Porém, isso não reflete a realidade dentro dos ambulatórios, onde o público mais idoso responde pela maior demanda. Foi elaborado um produto educacional sobre o rastreamento do CAP, em forma de fólder informativo, com o objetivo de ser distribuído em visitas domiciliares e nas UBS. As reuniões se mostraram importantes ao oferecer uma ferramenta a mais de divulgação do programa e propiciar o treinamento para o rastreamento populacional do CAP.

**Palavras-chave:** Câncer de Próstata; Programas de rastreamento; Conscientização.

## **ABSTRACT**

Prostate cancer (CAP) is the most prevalent tumor in men (excluding skin tumors non-melanoma) with an estimated incidence of over 68,000 new cases by the year 2019. Despite the high incidence, CAP when diagnosed in their early stages, has high chance of cure. There are no effective prophylactic measures for disease prevention. CAP in its early stages, when potentially curable, has no symptoms, because of this the importance of performing population screening for the disease. The aim of this study was to understand and discuss the importance of popular awareness as a strategy to combat the CAP, using as a tool a continuing education plan with primary care teams. From January 2019 to May 2019, training was conducted with teams of community health agents (ACS), nursing and medical teams, as well as the participation of managers of municipal health secretaries of the municipalities involved and the private sector. During this period 8 meetings were held. Two meetings with the ACS of Ponte Nova municipality, with the participation of doctors and nursing teams from the Basic Health Units (UBS) at the Hospital de Nossa Senhora das Dores (HNSD), one meeting in the private sector, and five meetings in the municipal secretariats of Ponte Nova and in the municipalities of the macroregion (Raul Soares, Acaiaca, São José do Goiabal and Amparo do Serra). Approximately 180 participants attended the meetings. When evaluating men's attendance at meetings, it is found that younger people are commonly more active. However, this does not reflect the reality within outpatient clinics, where the older public responds for the greatest demand. An educational product in the form of an informational folder on CAP tracking was elaborated to be distributed in home visits and in UBS. The meetings proved important in providing an additional dissemination and training tool for CAP screening.

**Keywords:** Prostate cancer; Screening program; Awareness

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS - AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

AP - ATENÇÃO PRIMÁRIA

CAP - CÂNCER DE PRÓSTATA

CRAS - CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

EPD - EXAME PROSTÁTICO DIGITAL

ERSPC - *EUROPEAN RANDOMIZED STUDY OF PROSTATE CANCER*

ESF - EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

FADIP - FACULDADE DE MEDICINA DO VALE DO PIRANGA

FDA - *FOOD AND DRUG ADMINISTRATION*

HNSD - HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES

HPB - HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE

PSA - PROSTATE SPECIFIC ANTIGEN

PSF - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

PUBMED - *US NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH*

SBU - SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA

SISVAN-SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TR - TOQUE RETAL

UBS - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

VIVA - SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES EM SERVIÇOS  
SENTINELA

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	8
1.1	O rastreamento .....	8
1.2	Anatomia e fisiologia da próstata .....	10
1.3	O CAP .....	10
1.4	Epidemiologia.....	11
1.5	Desafios do rastreamento .....	12
1.6	Objetivos .....	12
1.6.1	Objetivo geral .....	12
1.6.2	Objetivos específicos .....	12
2.	METODOLOGIA .....	13
3.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	15
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
5.	REFERÊNCIAS .....	21
6.	APÊNDICES .....	25
7.	DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DO PRODUTO EDUCACIONAL ....	32

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 O rastreamento

O Câncer de Próstata (CAP) é a neoplasia mais prevalente no homem (excetuando os tumores de pele não melanoma) e a segunda com maior mortalidade. Estimativas do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) apontam para uma incidência de 68.220 casos novos de CAP para cada ano do biênio 2018-2019, no Brasil. Esses valores correspondem a um risco estimado de 66,12 casos novos a cada 100 mil homens, respondendo, isoladamente, por mais de 25% dos tumores nesse grupo. A doença acomete um a cada seis homens, com incidência de 16% na população masculina. Entretanto, apenas 3% dos pacientes evoluem para óbito (1).

O “*Prostate Specific Antigen*” – Antígeno Específico da Próstata (PSA) é uma glicoproteína da família das calicreínas humanas, produzida pelas células epiteliais da próstata. Pode ser dosado através de exames de sangue. O valor normal varia com a idade do paciente e com o tamanho da próstata. Essa avaliação também deve levar em consideração o seguimento horizontal, que representa a velocidade de crescimento do PSA ao longo do tempo (2).

O PSA é responsável por liquefazer o sêmen e tem função reprodutiva; ela encontra-se anormalmente alterada nos casos de CAP, propiciando, portanto, uma ferramenta para o rastreamento e o diagnóstico dessa doença. Esse exame também auxilia no acompanhamento do tratamento dos pacientes acometidos por essa neoplasia. Outras doenças ou situações podem alterar o valor laboratorial, como inflamação na próstata, infecção urinária, alguns medicamentos, aumento benigno da próstata, manipulação das vias urinárias e, até mesmo, o exame de TR. Por isso, é fundamental uma avaliação criteriosa para refinar os resultados (3).

O exame do Toque Retal (TR) é realizado pelo médico. Faz-se necessário, uma vez que a próstata é uma glândula interna e não é palpável pelo exame físico convencional. Durante o procedimento, o avaliador examina a regularidade da superfície prostática, a presença de nódulos, a consistência do tecido, bem como a sua mobilidade e tamanho. Com essas informações, o avaliador é capaz de distinguir uma próstata suspeita para neoplasia de uma inocente (4). A curva de aprendizado para realização do TR é variável e o exame pode apresentar alterações

inter-examinadores e entre exames pelo próprio examinador, sendo essas alterações não desprezíveis (5).

O rastreamento do CAP começou a ser discutido em meados dos anos 80, a partir do advento do PSA. Na era pré-PSA, muitos homens morriam da doença sem terem o diagnóstico (6).

Antes da utilização do PSA, o rastreamento e o diagnóstico eram realizados apenas com o TR. Nessa época, apenas 1/3 dos pacientes apresentavam doença localizada, 35% apresentavam sinais de acometimento ósseo e 45% apresentavam doença localmente avançada (7).

Em 1986, o “*Food and Drug Administration*” – Administração de Alimentos e Medicamentos (FDA), aprovou o PSA como exame de rastreamento, sendo um divisor de águas na história natural da doença, implementado nos programas e protocolos de políticas de saúde pública em todo o mundo (8).

Com o aumento da expectativa de vida e o desenvolvimento tecnológico da medicina, o crescimento da incidência e da prevalência das neoplasias se tornou um dos temas mais importantes no desenvolvimento de políticas de saúde pública. Sendo assim, o Ministério da Saúde (MS), em 2010, elaborou os fundamentos para uma política nacional de prevenção e controle do Câncer, com o intuito de reduzir a mortalidade da doença. O objetivo era que, por meio da conscientização da população, o acesso dos pacientes ao tratamento fosse melhorado (9).

O rastreamento do CAP é realizado por meio do TR e a dosagem sérica do PSA. A recomendação é que seja realizado a partir dos 45 anos com intervalo semestral para pacientes com fatores de risco e, a partir dos 50 anos, de forma anual, para pacientes sem fatores de risco. Histórico familiar positivo, com parente de primeiro grau (pai ou irmão) acometido pela doença e raça negra foram definidos como fatores de risco para essa neoplasia (10).

Atualmente, considera-se o valor normal de 2,5 ng/mL para pacientes em torno de 50 anos, e de 4,0 ng/ml, para aqueles em torno de 60 anos. O PSA é um marcador específico da próstata, porém não doença específica, e pode estar aumentado em algumas situações que não o câncer, entre elas, a Hiperplasia Prostática Benigna (HPB), prostatites (que podem aumentar muito o PSA) e manipulações da próstata (11).

Frente a uma alteração do TR e ou PSA, a complementação da propedêutica faz-se necessária para finalizar o diagnóstico; deve ser realizada por meio da biópsia

prostática transretal guiada por ultrassonografia transretal, sob sedação e monitorização anestésica (12).

Após a avaliação inicial, com o diagnóstico de CAP confirmado por biópsia prostática transretal, é necessário estudar o melhor caminho terapêutico, levando-se em consideração a idade, as comorbidades, a expectativa de vida do paciente, além da agressividade e do estadiamento da doença (13).

As principais modalidades de tratamento a serem discutidas com o paciente são: 1) Cirurgia, realizada de forma aberta (convencional), laparoscópica ou assistida por robô; 2) Radioterapia; 3) Bloqueio hormonal e 4) Vigilância ativa (14).

## 1.2 Anatomia e fisiologia da próstata

A próstata é uma glândula que faz parte do aparelho reprodutor masculino. Está localizada logo abaixo da bexiga, posterior ao osso do quadril – púbis e anterior ao reto. Em virtude de sua localização, é impossível realizar o exame físico dessa glândula pela parede abdominal anterior, sendo então necessária a avaliação pelo TR. Essa glândula, na ausência de patologia, apresenta o formato e o tamanho de uma noz. É constituída de tecido glandular e fibromuscular com sobreposição desse último. A porção glandular, região mais comum do CAP, está localizada na região periférica do órgão, local de palpação do TR (15).

Essa glândula, sob a ação da testosterona, hormônio produzido pelo testículo, começa a se desenvolver a partir da puberdade. O aumento do seu volume de forma acentuada é muito comum em homens, principalmente após os 50 anos. Uma condição clínica relevante, porém sem relação com o CAP, é a HPB. Essa patologia cursa com sintomas urinários obstrutivos que repercutem negativamente na qualidade de vida dos pacientes acometidos e, muitas vezes, é confundida com o CAP (16).

## 1.3 O CAP

O tipo histológico mais comum de CAP é o adenocarcinoma acinar usual de próstata, respondendo por mais de 90 % da histologia tumoral. Esse tipo histológico pode ser classificado de acordo com sua agressividade neoplásica, levando-se em consideração basicamente a arquitetura celular glandular. Os patologistas avaliam e classificam o CAP de acordo com o Escore de Gleason. Esse sistema atribui uma pontuação que avalia o quanto as células do tecido tumoral se assemelham com o tecido normal da próstata. A classificação, também denominada de Escala ou

Pontuação de Gleason, está intimamente relacionada com o tipo de propedêutica a ser solicitada, a escolha da melhor abordagem terapêutica e o prognóstico da doença (17).

Após o diagnóstico, confirmado através da biópsia prostática transretal, deve-se iniciar o estadiamento da patologia. A propedêutica a ser realizada depende da agressividade tumoral fornecida pela classificação de Gleason, do valor do PSA e do aspecto do TR. A partir desses dados é possível estratificar o risco da doença e definir quais são os melhores exames para estadiar a doença (18).

Basicamente, o CAP pode ser estadiado em: 1) doença localizada, quando o tumor ainda está restrito anatomicamente à glândula prostática; 2) doença localmente avançada, quando a lesão se estende além dos limites da superfície prostática, porém ainda está localizada em suas adjacências, não comprometendo outros órgãos e 3) doença avançada, quando o tumor invade outros órgãos, seja por extensão ou através da disseminação hematogênica e ou linfática (19).

Definido o estadiamento, deve-se prosseguir com o tratamento. A melhor abordagem terapêutica vai depender basicamente de fatores como idade do paciente, expectativa de vida, agressividade e estadiamento tumoral. É importante considerar também a vontade do paciente, respeitando sua autonomia. Os principais tipos de tratamento incluem as terapias ablativas, cirurgia, radioterapia ou seguimento observacional (20).

A idade para começar o rastreamento e o intervalo das avaliações não é consenso entre os principais colégios de urologia no mundo (21, 22). Vale ressaltar, também, que as diretrizes e as recomendações da SBU são bastante criteriosas e atendem às necessidades da realidade brasileira (23).

#### **1.4 Epidemiologia**

O perfil de morbimortalidade por CAP no Brasil e no mundo tem se alterado nas últimas décadas. Segundo o INCA, o número de novos casos estimados para o Brasil em 2005 era de 46.330. Atualmente, a estimativa é de 68.220 novos casos por ano (5).

De acordo com a SBU, um a cada seis homens com idade acima de 45 anos pode ter a doença. O aumento nas taxas de incidência pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos, melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e aumento da expectativa de vida do homem (24).

Não existem estudos epidemiológicos, até a presente data, nos principais bancos de dados que atentem para diferenças e desigualdades sociais com relação à incidência e à prevalência do CAP. Além disso, não é fator de risco para o desenvolvimento da doença a condição social e econômica do paciente (25).

### **1.5 Desafios do rastreamento**

Embora o preconceito contra o TR entre o público-alvo venha reduzindo, ele ainda é um fator que limita as estratégias de rastreamento populacional, pois a crença no imaginário masculino relativa à invasão e violação do corpo, é uma das principais barreiras encontradas (26).

Destaca-se, também, nesse cenário, a relevância do papel da mulher no rastreamento do CAP, em virtude da sua responsabilidade quanto à saúde do homem. Esse cuidado opera a partir de um modelo de feminilidade fundado no estereótipo da “mulher cuidadosa” (27).

A falta de informação da população e o preconceito relativo ao TR são os principais motivos para o diagnóstico tardio do CAP (28). Esses fatores, somados à carência dos serviços públicos e privados, dificultam a detecção do CAP nos programas de rastreamento populacional (29).

Outro fator importante a ser analisado é o impacto econômico das estratégias de rastreamento e diagnóstico precoce do CAP, na redução substancial do ônus para o sistema público de saúde, uma vez que essas ações em conjunto diminuem, consideravelmente, os altos custos decorrentes do tratamento da doença em estádio avançado ou em fase metastática (30).

### **1.6 Objetivos**

#### **1.6.1 Objetivo geral**

Promover a conscientização popular como estratégia de combate e rastreamento ao CAP.

#### **1.6.2 Objetivos específicos**

- Demonstrar a importância da participação popular na prevenção do CAP;

- Elaborar um plano de educação continuada para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre o rastreamento do CAP na macrorregião de Ponte Nova;
- Reunir com os médicos da atenção básica do município para discussão sobre as estratégias de rastreamento do CAP;
- Criar ferramentas que auxiliem na busca ativa da demanda oculta do CAP para o serviço de referência regional.
- Propôr medidas que melhorem o acesso dos pacientes portadores de CAP aos Centros de Referência.
- Propôr como produto educacional um fólder explicativo, elaborado com informações sobre o rastreamento do CAP.

## 2. METODOLOGIA

Este trabalho descreve um projeto que faz parte da iniciativa do Instituto de Oncologia Miguel Bartholomeu do Hospital de Nossa Senhora das Dores (HNSD). O projeto foi planejado com o intuito de fornecer oportunidade de rastreamento e detecção precoce do CAP.

O treinamento dos agentes comunitários de saúde foi composto de informações sobre a população alvo do programa de rastreamento, formas de divulgação do programa, técnica e aspectos gerais do rastreamento do CAP.

A amostra foi realizada por ACS que atuaram em 2019, no município de Ponte Nova, nas treze Equipes de Saúde da Família (ESF), as quais se encontram distribuídas em dez unidades físicas, a saber: Estratégia Saúde da Família José Silva (Raza); Estratégia Saúde da Família José Evangelista Pinheiro (Santo Antônio); Estratégia Saúde da Família Sette de Barros (Triângulo); Estratégia Saúde da Família José Pinto da Paixão (São Pedro); Estratégia Saúde da Família Juquinha Lanna (Pacheco); Estratégia Saúde da Família Rosário do Pontal (Pontal); Estratégia Saúde da Família Catru (Novo Horizonte); Estratégia Saúde da Família Abdalla Felício (Fátima); Estratégia de Saúde da Família do bairro Centro e Estratégia Saúde da Família do bairro Vau-Açu.

No presente estudo, inicialmente, a faixa etária do grupo amostral era entre 50 e 74 anos, e, nos casos de homens com história familiar de CAP ou da raça negra, a idade era 45 anos. Entretanto, como este projeto foi realizado em pacientes

do SUS (Sistema Único de Saúde) e reflete um papel social do rastreamento populacional, mesmo para um grupo de pacientes fora do intervalo etário de maior interesse, não foi vetado acesso ao rastreamento.

Quando os ACS voltavam à Unidade Básica de Saúde (UBS), implementavam a divulgação sobre a importância e a estratégia de rastreamento e distribuíam os fôlderess informativos para os pacientes de suas respectivas regiões. Em seguida, os pacientes procuravam as UBS da sua região e eram direcionados para o ambulatório de urologia do município, onde eram inseridos no programa de rastreamento populacional de CAP.

Os atendimentos eram realizados nos ambulatórios do Departamento de Urologia do HNSD, uma vez por semana, com média de agendamento de 25 homens. Esse agendamento era realizado e organizado pela secretaria municipal de saúde, respeitando as demandas das UBS.

No período de janeiro a maio de 2019, foram realizados os treinamentos com os ACS, no auditório do HNSD. Além dos agentes, participaram membros das equipes de enfermagem, médicos do Programa de Saúde da Família (PSF) e os gestores de saúde dos municípios.

Foi elaborado um plano de educação continuada dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o rastreamento do CAP com a divulgação através de um fôlder. Além desses, foram realizadas palestras educativas em empresa do setor privado e nas Secretarias Municipais de Saúde de Ponte Nova e dos municípios vizinhos que fazem parte da macrorregião de Ponte Nova.

Os municípios vizinhos contemplados foram Acaiaca, Raul Soares, Amparo do Serra e São José do Goiabal, que correspondem a microrreferências das áreas circunvizinhas.

Foi realizada revisão bibliográfica baseada em pesquisa descritiva de caráter qualitativo e quantitativo. Os artigos foram selecionados em banco de dados *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PUBMED), utilizando os termos: próstata, câncer, rastreamento, toque retal, PSA.

O produto educacional foi confeccionado através do programa *Keynote*, para Macintosh.

Como elementos principais, para compor a estrutura do produto educacional do fôlder, foi selecionado a explanação básica e simples da anatomia da próstata, a forma de rastreamento e como é realizada, os principais fatores de risco do CAP e o público-alvo da política de rastreamento.

A divulgação ocorreu de forma sistemática, priorizando as áreas mais carentes, zonas rurais e demais regiões com difícil acesso aos serviços de saúde, preservando os princípios de equidade e igualdade do SUS. O fôlder foi distribuído nas UBS dos municípios pertencentes à macrorregião de Ponte Nova.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para atender os objetivos do presente estudo, foram realizadas oito reuniões. Duas com os ACS do município de Ponte Nova, com participação dos médicos e equipes de enfermagem das UBS no HNSD; uma no setor privado, e cinco nas secretarias municipais de saúde de Ponte Nova e nos municípios polos da macrorregião (Raul Soares, Acaíaca, São José do Goiabal e Amparo do Serra).

Nas reuniões foram utilizadas mídia com apresentação em *Keynote*. O tema era CAP e o intuito dos encontros era discutir a importância da conscientização popular como estratégia de rastreamento do CAP. Nesses encontros, foram discutidos os aspectos principais do CAP tais como história natural da doença, dados epidemiológicos, fatores de risco, diagnóstico e tratamento. As primeiras reuniões serviram como modelo para o desenvolvimento do produto educacional com base nas perguntas mais frequentes.

O primeiro encontro foi na Câmara Municipal de Ponte Nova para apresentar o projeto e a proposta de divulgação dos fôlderes pelos ACS. Estavam presentes membros da sociedade e os vereadores do município. Na ocasião, foi discutido o projeto e a melhor forma de divulgação.

A segunda reunião foi realizada no município de Raul Soares, na Sede da Câmara Municipal de vereadores. Dentre as questões levantadas, a que foi mais discutida foi o preconceito dos homens com relação ao TR. Com um público

heterogêneo, contando com mulheres e crianças no auditório; foi importante o debate sobre o encorajamento do homem em realizar a consulta e a importância e o papel da mulher e da família na decisão do homem.

Nessa segunda reunião, estavam presentes 32 pessoas, sendo 14 mulheres e 18 homens. Por se tratar de uma cidade com menor população, esse número foi considerado razoável e, possivelmente, a informação foi transmitida a uma boa parcela da população pelos participantes. Essa reunião contou mais com a presença do público-alvo do rastreamento propriamente dito do que de profissionais da saúde. A forma de apresentação com mídia facilitou o entendimento das pessoas, otimizando a discussão. Ao final do encontro foi registrada a presença do público e os pontos importantes da discussão.

A reunião em Acaíaca aconteceu na sede da Prefeitura Municipal e contou com a participação de um público maior, constituído pelos trabalhadores da área da saúde e com grande número de mulheres.

O encontro seguinte foi realizado no HNSD com a participação dos ACS, equipe de enfermagem e médicos do PSF do município de Ponte Nova. Nessa oportunidade, foram discutidos aspectos mais técnicos da estratégia de rastreamento populacional do CAP, a melhor maneira de abordagem dos homens e a divulgação do fôlder. Foi registrada a presença de 31 participantes, sendo 22 ACS, 02 enfermeiros, 04 técnicos de enfermagem e 03 médicos da assistência básica.

Diferente das anteriores, a reunião em Amparo do Serra foi de caráter mais político, no qual se discutiu a necessidade e a importância de uma política pública de saúde voltada para a saúde do homem. Estavam presentes representantes dos setores executivo e legislativo do município e os funcionários da área da saúde. Foi apresentado o fôlder e os participantes orientados com relação à estratégia de rastreamento.

Em seguida, foi realizada uma palestra em uma empresa do setor atacadista da região, a qual envolveu a participação dos acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP) que contribuíram com a orientação e a distribuição dos fôlder. O público presente foi composto por funcionários e dirigentes da empresa totalizando 79 pessoas, sendo 01 mulher e 78 homens. A

idade média foi de 52 anos, sendo que o mais jovem tinha 23 anos e o mais velho 78 anos.

A maioria dos presentes, nessa reunião, não sabia como era realizado o rastreamento e ainda não haviam sido submetidos ao exame. Esse dado foi alarmante, uma vez que a parcela da população avaliada representava, majoritariamente, a classe socioeconômica mais favorecida e com mais oportunidade de instrução. Durante a palestra foram distribuídos os fôlder e esclarecidas as dúvidas sobre o rastreamento.

A palestra em São José do Goiabal foi realizada na Policlínica municipal e contou com a participação dos ACS, equipes de enfermagem e médicos da assistência básica. Além da apresentação do fólder, foram discutidos os fluxogramas de atendimentos e as estratégias de rastreamento e, ainda, sedimentada a questão de referência e contrarreferência para a população daquele município.

Por fim, foi realizada mais uma reunião com os ACS do município de Ponte Nova que não estiveram presentes na primeira reunião do HNSD. O encontro contou com a presença de 16 participantes, sendo 12 ACS e 04 médicos da assistência básica. Na ocasião, foram ratificadas as decisões do primeiro encontro e apresentado o fólder.

O objetivo das palestras e do desenvolvimento do produto educacional é levar a uma população, sem acesso à saúde, atendimento especializado e conhecimento sobre o programa de rastreamento em CAP. Mesmo uma única palestra pode ser capaz de chamar a atenção do poder público e dos homens, para dar prosseguimento ao projeto.

Essa divulgação sobre o rastreamento com TR e PSA é chamada pelos estudiosos do tema como “contaminação”, ou seja, a oferta do rastreamento sendo levada inclusive para os pacientes sadios. Essa observação foi feita na seção de Rotterdam do Estudo Europeu “European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer” (ERSPC) (31), na qual, após o início do rastreamento, a demanda pelo exame, nos homens em geral, aumentou de 3,5% para 5,9%. Algumas hipóteses para essa elevação apontam que, tanto os homens que fizeram parte do grupo controle, como os da população em geral, são alertados acerca dos possíveis

benefícios do rastreamento e acabam por fazê-lo. Outra possibilidade abordada é a de que os clínicos generalistas e médicos de outras especialidades, que atendem homens em ambos os grupos do estudo de Rotterdam, requisitariam esses exames para o grupo controle, pois o rastreamento é simples, de baixo custo e factível, mesmo com mínimos recursos, e pode ser incluído em exames periódicos. Outra hipótese poderia ser a exacerbção constante, realizada pela mídia, das vantagens do rastreamento do CAP. (32).

A faixa etária com maior participação nas reuniões foi de 45 a 75 anos e correspondeu à maioria dos homens presentes nas reuniões. Em virtude das apresentações serem parte de um projeto social e de livre arbítrio, não foi restringida a participação de homens mais jovens que 45 anos e mais velhos que 75 anos, nem do público feminino.

Discutindo a questão etária, entidades como a *American Cancer Society* e a *American Urological Association* têm recomendado o rastreamento precoce de CAP para homens a partir dos 50 anos, com risco geral, para os portadores de história familiar positiva e para os homens de etnia negra (33).

Levando em consideração a história natural da doença, os óbitos por CAP geralmente ocorrem após 10 a 15 anos do seu diagnóstico precoce; sendo assim os acometidos pela doença, que morrem entre 55 e 64 anos de idade, possivelmente teriam sido diagnosticados e tratados antes dos 50 anos (34). Estudos sugerem que homens, entre 40 e 50 anos, com o valor de PSA mais elevado, apresentam um preditor de CAP superior aos fatores de risco como raça negra e história familiar positiva. Outro ponto a destacar é que o valor do PSA parece ser mais específico em homens jovens, uma vez que homens mais velhos podem apresentar HPB, o que leva à dificuldade de interpretação desses exames (35).

Em relação à idade limite para o rastreamento, é preciso levar em consideração que a incidência de CAP aumenta com a idade e a prevalência de tumores de alto risco também aumenta com a faixa etária, sendo evidenciado mais de 40% dos tumores em homens com mais de 75 anos e menos de 25% em homens com idade inferior a 75 anos, conforme revelado no estudo Capsure (36). Esses dados levam a uma discussão com relação à idade limite de rastreamento, em que importa ponderar dois aspectos: diagnóstico e tratamento. Ao analisar essas

considerações, homens mais velhos que foram diagnosticados com doença insignificante poderiam ser seguidos com observação ativa. Porém, homens mais idosos, com tumores mais agressivos, não deveriam ter seu diagnóstico e tratamento negados, uma vez que, pela história natural da doença, afetaria a qualidade de vida e a longevidade do paciente. Entretanto, essa questão ainda apresenta controvérsias (37).

Com relação ao EPD, embora haja a percepção de que esse simples exame é imprescindível para a identificação do CAP na fase inicial, o toque ainda esbarra na desinformação e na cultura de dois terços dos homens brasileiros, que não se submetem ao teste (38). A questão foi o que mais gerou discussão nas reuniões, sendo necessário um tempo maior de explanação sobre o assunto. Também foi ponderado que esse procedimento deve ser encarado da mesma forma que um exame de boca, nariz ou ouvido. Foi importante destacar que o exame não interfere na masculinidade dos pacientes; pelo contrário, é sinal de que o homem está preocupado com sua saúde e com sua família. Essa preocupação, em relação ao zelo com os familiares, foi um dos apelos abordados pelo fólder, em que o homem aparece como o “herói” da família.

Quando se avalia a participação dos homens nas reuniões, verifica-se que os mais jovens são comumente mais ativos. Porém, isso não reflete a realidade dentro dos ambulatórios, onde o público mais idoso responde pela maior demanda.

No total de encontros compareceram às reuniões, aproximadamente, cerca de 180 participantes. Essa taxa de comparecimento foi considerada alta se levarmos alguns aspectos em consideração. Primeiro, embora a convocação tenha sido enviada aos setores interessados, talvez nem todos, entre a população-alvo, tenham sido informados pela secretaria municipal de saúde. Segundo, as reuniões nos municípios pólos adjacentes ficavam restritas à população local, não abrangendo a real área de atuação. Terceiro, muitas pessoas, entre a população de interesse, moravam em áreas distantes, como zonas rurais, e, por motivos socioeconômicos e dependência de transporte não compareceram aos encontros. Mesmo assim, foi possível observar uma presença significativa e representativa, se levarmos em consideração essas limitações e a área de interesse do rastreamento.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O fôlder e as reuniões se mostraram importantes ao oferecer uma ferramenta a mais de divulgação e treinamento para o rastreamento populacional do CAP. Levando em consideração que os ACS vão propagar essas informações com a distribuição dos foldêres, principalmente entre a população com acesso médico precário, torna-se um recurso útil para um município como Ponte Nova a divulgação dessa ferramenta educacional como importante estratégia de rastreamento e prevenção do CAP.

## REFERÊNCIAS

1. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Estimativas 2018 Incidência de câncer no Brasil.**, Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018>. Acesso em julho/2019.
2. MAGNANI, C.J.; LI, K.; SETO, T.; MCDONALD, K.M.; BLAYNEY, D.W.; BROOKS, J.D.; HERNANDEZ-BOUSSARD, T. PSA Testing Use and Prostate Cancer Diagnostic Stage After the 2012 U.S. Preventive Services Task Force Guideline Changes. **J Natl Compr Canc Netw.**, Stanford, v. 1, p. 795-803, 2019.
3. BLACKWELDER, R.; CHESSMAN, A. Prostate Cancer Screening: Shared Decision-Making for Screening and Treatment. **Prim Care**. Charleston, p. 149-155, 2019.
4. PORTO, CC. **Semiologia Médica**, 7º Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 913 p.
5. BORENHAGEN, J.F.; EASTWOOD, D.; KILARI, D.; SEE, W.A.; VAN WICKLE, J.D.; LAWTON, C.A.; HALL, W.A. Digital Rectal Examination Remains a Key Prognostic Tool for Prostate Cancer: A National Cancer Database Review. **Natl Compr Canc Netw**, Milwaukee, p. 829-837, 2019.
6. THOMPSON, I.M.; ZEIDMAN, E.J. Presentation and clinical course of patients ultimately succumbing to carcinoma of the prostate. **Scand J Urol Nephrol.**, Houston, p. 111-4, 1991.
7. THOMPSON, I.M.; ERNST, J.J.; GANJAI, M.P.; SPENCE, C.R. Adenocarcinoma of the prostate: results of routine urological screening. **J. Urol.**, Houston, p. 690-2, 1984.
8. ETZIONI, R.; GULATI, R.; FALCON, S.; PENSON, D.F. Impact of PSA screening on the incidence of advanced stage prostate cancer in the United States: A surveillance modeling approach. **Med Decis Making**, Washington, v. 28 (3), p. 323-31, 2008.
9. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Fundamentos para uma política nacional de prevenção e controle do câncer.**, Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v01/editorial](http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/editorial) . Acesso em fevereiro/2019.
10. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Sociedade Brasileira de Urologia.**, Disponível em: <http://diretrizes.amb.org.br/category/urologia/> Acesso em: maio/2019.
11. WANG, M.C.; VALENZUELA, L.A.; MURPHY, G.P.; CHU, T.M. Purification of a Human Prostate Specific Antigen. **J Urol.**, Buffalo, p. 148-152, 2017.
12. JANBAZIROUDSARI, H.; MIRZAEI, A.; MALEKI, N. Association of serum prostate-specific antigen levels with the results of the prostate needlebiopsy. **Bull Cancer**, Bushehr, v. 9, p. 730-4, 2016.

13. LAVERY, H.J.; COOPERBERG, M.R. Clinically localized prostate cancer in 2017: A review of comparative effectiveness. **Urol Oncol.**, San Francisco, v. 2, p. 40-41, 2017.
14. SEDELAAR, J.P.; SCHALKEN, J.A.; The need for a personalized approach for prostate cancer management. **BMC Med.**, Nijmegen, v. 9, p. 109, 2015.
15. GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças**, 6 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 639 p.
16. KIRBY, R.S. The natural history of benign prostatic hyperplasia: what have we learned in the last decade?. **Urology**, London, v. 5, p. 3-6, 2000
17. DEMARZO, A.M.; NELSON, W.G.; ISAACS, W.B.; Pathological and molecular aspects of prostate cancer. **Lancet**, Baltimore, v. 89, p. 955–64, 2003.
18. D'AMICO, A.V.; WHITTINGTON, R.; MALKOWICS, S.B.; WEINSTEN, M; TOMASZEWSKI, J.E.; SCHULTZ, D. Predicting prostate specific antigen outcome preoperatively in the prostate specific antigen era. **J Urol.**, Boston, v. 6, p. 2185-8, 2001.
19. RODGERS, L.; PEER, C.J.; FIGG, W.D. Diagnosis, staging, and risk stratification in prostate cancer: Utilizing diagnostic tools to avoid unnecessary therapies and side effects. **Cancer Biol Ther.**, Bethesda, v. 7, p. 470-472, 2017.
20. KANDASAMY, S.; KHALID, A.F.; MAJID, U.; VANSTONE, M. Prostate Cancer Patient Perspectives on the Use of Information in Treatment Decision-Making: A Systematic Review and Qualitative Meta-synthesis. **Ont Health Technol Assess Ser.**, Hamilton, v. 7, p. 1-32, 2017.
21. CARLSSON, S.; ASSEL, M.; ULMERT, D.; GERDTSSON, A.; HUGOSSON, J.; VICKERS, A.; LILJA, H. Screening for Prostate Cancer Starting at Age 50-54 Years. A Population-based Cohort Study. **Eur Urol.**, Göteborg, v 71, p. 46-52, 2017.
22. TABAYOYONG, W.; ABOUASSALY, R.; Prostate Cancer Screening and the Associated Controversy. **Surg Clin North Am.**, Cleveland, v. 95, p. 1023-39, 2015.
23. SASSE, A.D.; DOS REIS, R.B.; NOGUEIRA, L.M.; MALUF, F.C.; HERCHENHORN, D.; SMALETZ, O.; LIMA. V.S.; SCHUTZ, F.; BASTOS, D.; WIERMANN, E.G.; MORBECK, I.A.P.; JARDIM, L.F.; SOUZA, V.C.; CARVALHO, I.T.; LEITE, E.T.T.; NARDOZZA, A.; POMPEO, A.C.L.; BRETAS, F.; LEAL, M.L.O.; SADI, M.V.; DA PONTE, J.R.T.; CARVALHAL, G.F. First brazilian consensus on the treatment of advanced prostate cancer. **Int Braz J Urol.**, Campinas, v. 45, p. 449-458, 2017.
24. BRAGA S.F.M.; DE SOUZA, M.C.; CHERCHIGLIA, M.L.; Time trends for prostate cancer mortality in Brazil and its geographic regions: An age-period-cohort analysis. **Cancer Epidemiol.**, Belo Horizonte, v. 50, p. 53-59, 2017.
25. KILPELAINEN, T.P.; TALALA, K.; RAITANEN, J.; TAARI, K.; KUJALA, P.; TAMMELA, T.L.J.; AUVINEN, A. Prostate Cancer and Socioeconomic Status in the Finnish Randomized Study of Screening for Prostate Cancer. **Am J Epidemiol.**, Helsinki, v. 15, p. 720-731, 2016.

26. NASCIMENTO, M.R. **Câncer de Próstata e Masculinidade: motivações e barreiras para a realização do diagnóstico precoce da doença.** Em: Encontro de Estudos Populacionais da ABEP, XII. Anais. Caxambu: ABEP, 2000. 1-18 p.
27. GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 825-829, 2003.
28. DAUM, L.M.; REAMER, E.N.; RUTERBUSCH, J.J.; LIU, J., HOLMES-ROVNER M.; XU, J. Patient Knowledge and Qualities of Treatment Decisions for Localized Prostate Cancer. **J Am Board Fam Med.**, Detroit, v. 30, p. 288-297, 2017.
29. BRAGA, S.F.M.; SOUZA, M.C.; OLIVEIRA, R.R.; ANDRADE, E.I.G.; ACURCIO, F.A.; CHERCHIGLIA, M.L. Patient survival and risk of death after prostate cancer treatment in the Brazilian Unified Health System. **Rev Saude Publica.**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 46, 2017.
30. TORVINEN, S.; FÄRKKILÄ, N.; ROINE, R.P.; SINTONEN, H.; SAARTO, T.; TAARI, K. Costs in different states of prostate cancer. **Acta Oncol.**, Helsinki, v. 55, p. 30-7, 2016.
31. SCHRODER, F.H.; HUGOSSON, J.; ROOBOL, M.J.; TAMMELA, T.L.; ZAPPA, M.; NELEN, V.; KWIATKOWSKI, M.; LUJAN, M.; MÄÄTTÄNEN, L.; LILJA, H.; DENIS L.J.; RECKER, F.; PAEZ, A.; BANGMA, C.H.; CARLSSON, S.; PULITI, D.; VILLERS, A.; REBILLARD, X.; HAKAMA, M.; STENMAN, U.H.; KUJALA, P.; TAARI, K.; AUS, G.; HUBER, A.; VAN DER KWAST, T.H.; VAN SCHAIK, R.H.; DE KONING, H.J.; MOSS, S.M.; AUVINEN, A.; ERSPC Investigators. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. **Lancet**, Rotterdam, v. 6, p. 2027-2035, 2014.
32. KABORE, F.A.; KAMBOU, T.; ZANGO, B.; OUÉDRAOGO, A. Knowledge and awareness of prostate cancer among the general public in Burkina Faso. **J Cancer Educ.**, Ouagadougou, v. 29, p. 69-73, 2014.
33. AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION In: **Diretrizes da American Urological Association**, Disponível em: <https://www.auanet.org/guidelines/prostate-cancer-early-detection-guideline>. Acesso em: junho/2019.
34. ESTEBANEZ , J.; TEYROUZ, A.; GUTIERREZ, M.A.; LINAZASORO, I.; BELLOSO, J.; CANO, C.; PERALTA, J.M.; SANZ, J.P. Natural history of prostate cancer. **Arch Esp Urol.**, San Sebastian-Donostia, v. 67, p. 383-387, 2014.
35. PEZARO, C.; WOO, H.H.; DAVIS, I.D. Prostate cancer: measuring PSA. **Intern Med J.**, Melbourne, v. 44, p. 433-40, 2014.
36. COOPERBERG, M.R.; BROERING, J.M.; LITWIN, M.S.; LUBECK, D.P.; MEHTA S.S.; HENNING, J.M.; CARROLL, P.R.; CaPSURE Investigators. The contemporany management of prostate cancer in the United States: lessons form the cancer of the prostate strategic urologic research endavor (CapSURE), a national disease registry. **J Urol.**, San Francisco, v. 171, p. 1393-1401, 2004.

37. Klap, J.; Schmid, M.; Loughlin, K.R.; The relationship between total testosterone levels and prostate cancer: a review of the continuing controversy. **J Urol.**, Boston, v. 193, p. 403-413, 2015.
38. Carneseca, E.C.; Maúad, E.C.; De Araujo, M.A.; Dalbó, R.M.; Longatto Filho, A.; Vazquez, V.D.E.L. The Hospital de Câncer de Barretos Registry: an analysis of cancer survival at a single institution in Brazil over a 10-year period. **BMC Res Notes.**, Barretos, v. 10, p. 6-141, 2013.

## APÊNDICES

APÊNDICE A: Reunião na Câmara Municipal de Vereadores de Ponte Nova.



APÊNDICE B: Reunião na Câmara Municipal de Vereadores de Raul Soares.



APÊNDICE C: Reunião na Câmara Municipal de Vereadores de Raul Soares.



APÊNDICE D: Reunião na sede da Prefeitura Municipal de Acaica.



**APÊNDICE E: Reunião no HNSD.****APÊNDICE F: Reunião no HNSD.**

APÊNDICE G: Reunião em empresa do setor privado.



APÊNDICE H: Reunião em empresa do setor privado.



APÊNDICE I: Reunião em empresa do setor privado.



APÊNDICE J: Reunião em empresa do setor privado.



APÊNDICE L: Produto educacional - Anverso do fólder.



APÊNDICE M: Produto educacional - Verso do fôlder.

## **ESCOLHA QUAL CAMINHO SEGUIRI**

### **UM EXAME PODE MUDAR SUA VIDA E A VIDA DA SUA FAMÍLIA!**

**Cancer de Próstata**

**Ir ao Urologista**

**Não ir ao Urologista**

**Se atente aos fatores de risco**

**Não se importar com os fatores de risco**

**Fazer a prevenção sempre que necessário**

**Não Fazer a prevenção sempre que necessário**

**VOCÊ SABIA ...**

1. O câncer de próstata é o segundo tipo de câncer que mais mata entre os homens. O câncer é suspeitado ao encontrar alguma alteração no exame de sangue (PSA) ou no toque retal.
2. O exame de toque é rápido e indolor. Por meio dele, urologista pode detectar anormalidades da próstata e solicitar exames complementares.
3. Mesmo na ausência de sintomas, homens a partir dos 50 anos de idade, ou dos 45, se houver fatores de risco, devem ir anualmente ao urologista.
4. Existem alguns fatores que podem aumentar as chances do homem desenvolver o câncer de próstata. São eles: História Familiar, raça negra, idade, tabagismo e obesidade.

## **DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DO PRODUTO EDUCACIONAL**

O produto educacional desenvolvido foi um fôlder informativo sobre o rastreamento do CAP.

O fôlder foi planejado a partir da avaliação de alguns aspectos relevantes que deveriam ser contemplados, tais como: epidemiologia, público alvo do rastreamento, forma de rastreamento, fatores de risco e apelo em relação ao zelo e cuidado familiar do homem. Foi elaborada uma abordagem interativa em que o personagem do fôlder tinha a opção de escolher qual caminho gostaria de seguir, tais como: primeiro, ir ao urologista, levar em conta os fatores de risco e fazer os exames preventivos com o desfecho positivo evidenciando a imagem de uma família de “heróis” felizes; e, o segundo, que era não ir ao urologista, não se atentar nos fatores de risco e não fazer os exames preventivos culminando com o desfecho desfavorável representado no fôlder com a animação de um personagem representando a “morte”. As informações relevantes foram colocadas em destaque com o título de “você sabia...”. No verso do fôlder, foi retratada uma imagem de um pai com uma filha, sendo tratado como “herói”.

Os fôlderes foram distribuídos pelos ACS nas visitas domiciliares e nas UBS. A capacitação junto aos ACS do município de Ponte Nova foi realizada durante as reuniões.

Para subsidiar a confecção do fôlder foram utilizados recursos próprios do pesquisador. Não houve conflito de interesse e nem participação de capital público ou privado de terceiros.