



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CENTRO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ADRIANA BELCHIOR LIMA BAZANTE

**PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PROSTATA: Relato de
Experiência**

CAMPINA GRANDE – PB

2016

ADRIANA BELCHIOR LIMA BAZANTE

**PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PROSTATA: Relato de
Experiência**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida.

CAMPINA GRANDE – PB

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

B362p Bazante, Adriana Belchior Lima.
Promoção e prevenção do câncer de próstata [manuscrito] : relato de experiência / Adriana Belchior Lima Bazante. - 2016.
29 p.

Digitado.

Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.

"Orientação: Profa. Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida, Departamento de Enfermagem".

1. Educação em saúde. 2. Saúde do homem. 3. Prevenção de câncer. 4. Câncer de próstata. I. Título.

21. ed. CDD 616.994 63

ADRIANA BELCHIOR LIMA BAZANTE

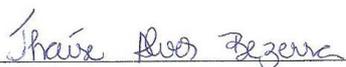
**PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PROSTATA: Relato de
Experiência**

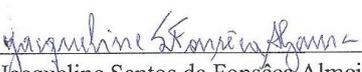
Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 12 / 05 / 2016.

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba


Prof.^a Ma. Thaíse Alves Bezerra
Universidade Estadual da Paraíba


Prof.^a Ma. Jacqueline Santos da Fonseca Almeida Gama
Universidade Estadual da Paraíba

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pois sem Ele eu nada poderia fazer, sequer existiria, agradeço pela vida, pelo cuidado e por seu amor inigualável, rendo-lhe graças pois a conclusão desse curso é fruto do cumprimento de suas promessas em minha vida. Obrigada Senhor por ter me dado força para vencer todos os desafios dessa jornada!

Agradeço aos meus pais avós (IN MEMORIAN), **Josefa de Barros Lima** e **João Barros de Lima** que apesar de muitos sacrifícios e dificuldades não mediram esforços para formar a cidadã que hoje sou.

Ao meu esposo **Nilson** que tem sido meu ajudador, meu companheiro, o ombro amigo que está sempre pronto a me oferecer consolo, carinho, cuidado e amor.

Aos meus filhos e neta: **Jessyca, Joyce, Jonas, Jamily e Jolye Vitoria** que fizeram-me crescer como pessoa, encontrei neles a motivação para continuar lutando pelos meus sonhos.

A minha orientadora **Sueli Albuquerque** que com imensa paciência corrigiu minhas inúmeras produções destinadas à composição deste trabalho. Sua ajuda foi fundamental para a realização do meu sonho. Minha eterna gratidão.

Aos professores que aceitaram meu convite para compor a banca examinadora contribuindo com suas sugestões, o meu abraço.

A todos que fazem parte do Departamento de Enfermagem, e que contribuíram na conclusão desta etapa. Meu muitíssimo obrigada!

“Não te mandei eu? Esforça-te, e tem bom ânimo; não temas, nem te espantes; porque o SENHOR teu Deus é contigo, por onde quer que andares.”

Josué 1:9 (BÍBLIA SAGRADA)

BAZANTE, Adriana Belchior Lima. **PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PROSTATA: Relato de Experiência**

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba – PB 2016.

RESUMO

Introdução: Em âmbito mundial o câncer de próstata é uma das morbidades mais comuns entre o sexo masculino, no entanto tem se tornado desafiador a inclusão de homens nas ações de saúde, pois a maior parte da população masculina não reconhece a importância do cuidado e a valorização do corpo na perspectiva da saúde como questão social. **Objetivos:** Discorrer sobre a experiência nas atividades desenvolvidas durante o EMI no processo de educação em saúde vivenciada com os homens. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência com abordagem descritiva, tendo como fundamento descrever as atividades realizadas no decurso do Estágio Multidisciplinar Interiorizado (EMI), no distrito de Galante, Paraíba, naquele foi proporcionado executar tarefas ou observar procedimentos pertinentes à rotina do serviço. **Relato de Experiência:** Foram realizadas ações voltadas à população masculina, com enfoque para a prevenção e diagnóstico do câncer de próstata. Além dos encontros em grupo, foram realizados atendimentos individuais nos quais eram investigadas e esclarecidas as dúvidas de cada usuário, além disso, eram aferidos os sinais vitais, e sempre que necessário, eram realizados encaminhamentos para outros profissionais ou serviços. **Conclusão:** Observou-se que a unidade de saúde é um local de possibilidades para orientação de temas relacionados à população masculina, em especial, a prevenção do câncer de próstata. Há dificuldade de acesso a clientela masculina as ações de saúde por incompatibilidade do horário laboral da mesma com o funcionamento da unidade de saúde, ou mesmo pelo desinteresse expresso pela grande maioria dos homens. Neste sentido, é importante que os profissionais de saúde estejam sempre atentos aos grupos de risco, enfatizando a necessidade das consultas e exames preventivos, no sentido de evitar os agravos.

Palavras – Chave: Educação em saúde; Enfermagem; Saúde do homem.

BAZANTE, Adriana Belchior Lima. PROMOTION AND PROSTATE CANCER PREVENTION : Experience Report

Work Completion of course (Bachelor of Nursing) - University of Paraiba - PB 2016 .

ABSTRACT

Introduction: worldwide prostate cancer is one of the most common morbidities among males, however has become challenging the inclusion of men in health care, since most of the male population does not recognize the importance of care and appreciation of the body in terms of health as a social issue. **Objectives:** To discuss the experience in the activities developed during the EMI in the health education process experienced with men. **Methodology:** This is an experience report with descriptive approach, taking as a basis to describe the activities performed during the Stage Multidisciplinary internalized (EMI) in Galante district, Paraíba, that was provided to perform tasks or observe relevant procedures to routine service. **Experience Report:** actions towards the male population were carried out, focusing on the prevention and diagnosis of prostate cancer. In addition to the group meetings, individual meetings were held in which were investigated and clarified the doubts of each user also were measured vital signs, and whenever necessary, referrals were made to other professionals or services. **Conclusion:** It was observed that the health facility is a place of possibilities for guidance issues related to the male population, in particular the prevention of prostate cancer. There is lack of access to male clientele health actions by incompatibility of working hours the same with the operation of the health facility, or even the lack of interest expressed by the vast majority of men. In this sense it is important that health professionals are always aware of the risk groups, emphasizing the need for consultation and preventive exams in order to avoid injuries.

Key words : Health education . Nursing. Men's Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB: Atenção Básica

ABS: Atenção Básica de Saúde

CONSEPE: Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão.

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CRAS: Centro de Referência de Assistência Social

E- SUS: E- Sistema Único de Saúde

EMI: Estágio Multidisciplinar Interiorizado

ESF: Estratégia de Saúde da Família

ESB: Equipe de Saúde Bucal

SUS: Sistema Único de Saúde

PSA: Antígeno prostático

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PNAISH: Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

UBS: Unidade Básica de Saúde

UEPB: Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1 Atenção primária à Saúde.....	11
2.2 Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem.....	12
2.3 Importância da educação em saúde na prevenção de agravos.....	13
2.4 O câncer de próstata como agravo na população masculina	13
2.5 Atribuições da equipe de saúde diante do diagnóstico de câncer de próstata	14
2.6 Tipos de tratamento para o câncer de próstata.	14
3 METODOLOGIA.....	19
3.1 Tipo de pesquisa.....	19
3.2 Local do estágio.....	19
3.3 Caracterização do Estágio	20
3.4 Considerações éticas.....	21
4 RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

O termo câncer é utilizado genericamente para representar um conjunto de mais de 100 doenças, incluindo tumores malignos de diferentes localizações, sendo então considerado um grave e importante problema de saúde pública, pois está relacionado às altas taxas de incidência e mortalidade, refere-se assim uma das doenças prevalentes quando se tratando de morte em âmbito mundial (LAGO et al, 2014).

Essa doença caracteriza-se por uma multiplicação desordenada de células, com tendência a propagar-se por tecidos e órgãos vizinhos, sendo uma das patologias responsáveis pela mudança do perfil de adoecimento no Brasil. Isso se deve a alguns fatores, tais como: processo de urbanização populacional, industrialização, a modificação nos padrões de vida relacionados ao trabalho, consumo, alimentação, exposição a fatores químicos, físicos e biológicos, longevidade, redução da fecundidade, avanços da ciência e tecnologia. (INCA, 2012).

Entre os vários tipos de câncer existentes, a neoplasia prostática é a mais prevalente entre os homens e a sexta mais preponderante no mundo (INCA, 2014). As estatísticas mostram que em um grupo de seis homens maiores de 45 anos, pelo menos um pode ter a doença sem que tenha conhecimento do diagnóstico. Essa ampliação de taxas encontra fundamentação no aumento da expectativa de vida dos brasileiros, por meio das melhorias identificadas no sistema de informação e evolução dos métodos utilizados no diagnóstico (SBU, 2010).

Com o ritmo acelerado do crescimento populacional, o Brasil apresenta uma estatística de sua população está em torno de 204 milhões de habitantes, e o Estado da Paraíba registra pouco mais de 3.900.000 habitantes, destes, 1.913.103 são homens (COSME, 2015). Esses assim como a maioria dos brasileiros não buscam a promoção e prevenção de saúde por trazerem consigo o ideal de virilidade, força e invulnerabilidade, ocasionando a depreciação do autocuidado (FREITAS; NEVES, 2013).

Uma explicação para esse elevado número de homens que não buscam a promoção da saúde e a prevenção de agravos é encontrada desde os tempos primitivos, uma vez que o homem apresenta uma característica de virilidade, dedicando-se inteiramente ao trabalho e a ser o chefe da família sendo estes alguns dos fatores responsáveis pela desvalorização do seu autocuidado (SILVA et al., 2010; SILVA, 2011).

O descuido com a saúde associado a essas características supracitadas, mantém o homem nessa condição, fazendo com que o índice de procura de atendimento no setor primário seja inferior ao das mulheres, uma vez que estes só procuram os serviços de saúde quando apresentam algum agravo (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010).

A procura do homem ao serviço de saúde pode estar associada a questões psicológicas, a masculinidade e ao medo de se defrontar com questões mais sérias. No cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (UBS), observa-se que o homem trata a sua doença quando já não há recursos pessoais que façam com que eles adiem a sua ida para as unidades de saúde a procura de uma solução (SILVA, 2011).

Segundo Duarte, Oliveira e Souza (2012), os homens não costumam procurar os serviços de assistência primária, eles geralmente recorrem aos serviços de atenção terciária, pois para alguns a doença é vista como demonstração de fraqueza, o que faz com que parte dessa população não procure informações ou auxílio sobre cuidados com a saúde. Essa é uma realidade constrangedora, pois a procura por serviços de saúde entre a população masculina só vem a efetivar-se quando o câncer de próstata já é tangível (SILVA, 2011).

No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens (atrás apenas do câncer de pele não-melanoma). Em valores absolutos é o tipo mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de cânceres. Sua taxa de incidência é cerca de seis vezes maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento. Estimam-se para o ano de 2016 a ocorrência de câncer de próstata entre 61.000 novos casos, e aproximadamente 14.000 óbitos (INCA, 2016).

Tomando como suporte tais dados, percebe-se a importância da propagação de informações mediante a temática, objetivando sensibilizar a população masculina quanto à necessidade dos métodos preventivos e diagnósticos.

Deste modo este presente relato de experiência teve como objetivo geral discorrer sobre a experiência nas atividades desenvolvidas durante o EMI no processo de educação em saúde com os homens, com relação à prevenção do câncer de próstata, e como objetivos específicos, caracterizar o perfil do campo de estágio, relatar aspectos das palestras realizadas como grupo masculino e destacar a importância do enfermeiro na educação continuada.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção primária à Saúde

Os cuidados de promoção, prevenção e recuperação da saúde estão inseridos em três níveis de atenção, a primária, a secundária e a terciária, sendo que a Atenção Básica (AB) ou primária no Brasil consiste em um importante espaço de promoção da saúde, prevenção de doenças e representa o primeiro passo na busca pela consolidação de uma assistência integral à saúde (ALBANO; BASILIO; NEVES, 2010).

É na atenção primária que se inicia toda a trajetória de assistência à saúde da população e que se garante a continuidade do atendimento, sendo colocada em prática através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) conforme a citação abaixo:

No Brasil, a atenção básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde.

As Unidades Básicas de Saúde instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Dotar estas unidades da infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o Brasil único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito está enfrentando com os investimentos do Ministério da Saúde. Essa missão faz parte da estratégia Saúde Mais Perto de Você, que enfrenta os entraves à expansão e ao desenvolvimento da atenção básica no País (BRASIL, 2012, p.25)

Segundo Campanucci (2010), são quatro os atributos que a Atenção Primária em Saúde (APS) deve apresentar: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. O primeiro está relacionado a acessibilidade e ao cuidado que o serviço presta a cada problema de saúde. A longitudinalidade reflete a continuidade temporal da oferta e da utilização dos serviços de saúde, incluindo uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais.

O autor supracitado considera todos estes atributos importantes, porém, a integralidade da assistência é sempre enfocada com maior importância, pois o indivíduo não deve ser visto apenas como um ser físico, pois deve ser assistido em sua saúde mental e física a partir de uma visão holística do ser humano.

Diante do exposto a Estratégia de Saúde da Família (ESF) trata da expansão do atendimento, dos serviços e das ações em saúde almejando abranger toda a população, considerando as diferentes fases da vida, as peculiaridades territoriais, culturais e pessoais. Significa oferecer um conjunto de serviços que envolvam aspectos educativos e preventivos, mas que também sejam capazes de responder às demandas de forma concreta e rápida (BRASIL, 2012).

2.2 Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

Os primeiros estudos sobre a saúde dos homens foram realizados por norte-americanos na década de 70. Estes foram incentivados pela teoria e política feminista, na qual os homens eram considerados instrumentos, responsáveis pelos agravos à saúde dos outros, especialmente da mulher (SILVA, 2010).

Percebe-se que esse pensamento distorce qualquer paradigma, pois na verdade homens e mulheres são responsáveis pela sua saúde a verdade é que por ser o homem é visto como um sexo forte, diferentemente da mulher, vista como um sexo frágil, ambos possuem responsabilidades por seus atos e suas ações, diante disso se pensou na proposta de preencher dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) o espaço para atender aos homens, uma política que valorizasse a saúde do homem (COUTO et al, 2010).

No Brasil, estas preocupações foram iniciadas com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PSAISH), estabelecida pela Portaria 1.944, de 27 de agosto de 2009, tem por princípio central a integralidade da atenção à saúde da população masculina, em dupla perspectiva: no sentido de atendimento às necessidades de saúde, articulando-se os níveis primário, secundário e terciário da atenção, garantindo a continuidade das ações pelo SUS, e no entendimento de que muitos dos problemas que afetam a saúde do homem devem ser considerados em sua abrangência social e cultural, e não meramente biológica (BRASIL, 2012).

O objetivo principal da PNAISH é melhorar as condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a diminuição da morbidade e mortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2012).

Segundo Conceição e Leão (2011), a proposta inclusiva dos homens em ações de saúde é desafiadora, por não terem reconhecimento do cuidado e valorização do corpo no propósito da saúde como questões sociais.

O preconceito existente em relação ao gênero masculino é evidente, pois é pouco discutida e abordada, além de haver uma escassez de conhecimentos nas campanhas de saúde pública que não são voltadas a este segmento da população (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010).

Evidencia-se que mesmo tendo se falado sobre as propostas e ações que devem ser realizadas para prevenir e promover a saúde da população masculina, ainda existe certa dificuldade de trabalhar com exclusividade esse grupo, porém precisa-se dar mais ênfase nessa proposta, valorizando o conhecimento e avaliando os pontos positivos e negativos.

2.3 Importância da educação em saúde na prevenção de agravos

A educação em saúde se faz importante no cotidiano de todos os profissionais, pois inclui alternativas que acarretem uma mudança no padrão das práticas de saúde, ou seja, incluindo ações de caráter educativo, de comunicação e mobilização social que faz dos indivíduos envolvidos e também dos grupos um sujeito ativo da ação, constituindo a construção do emponderamento (GURGEL, 2015).

Deste modo a educação em saúde previne a saúde do indivíduo e da comunidade, principalmente no controle da transmissão de doenças infecciosas e na redução de riscos ocasionados por doenças degenerativas ou agravos específicos (VIEGAS; PENNA, 2013).

Buscar ultrapassar os obstáculos na promoção de saúde do homem, percebe-se que a aquisição e desenvolvimento de um novo referencial que vem sendo pautado no compromisso ético com a vida, objetivando a promoção aos cuidados cogentes, o estabelecimento de um vínculo entre profissionais e comunidade, a corresponsabilização com o usuário, o monitoramento contínuo dos resultados alcançados e a integralidade da assistência, além disso, requer do profissional, empenho, dedicação e capacitação em sua área de atuação (GURGEL et al, 2015; VIEGAS; PENNA, 2013).

2.4 O câncer de próstata como agravo na população masculina

O câncer de próstata na população masculina é um agravo que vem aumentando consideravelmente em decorrência da não prevenção por parte da população do gênero masculino, sendo que a incidência da doença aumenta com faixa etária da seguinte forma: aos 40 anos, 1 em cada 500; com 50 anos, 1 em cada 50; aos 60, 1 em cada 14; e aos 70, essa incidência torna-se ainda mais nítida, na ocorrência de 1 caso em cada 9 homens. (SOBREIRO; PASQUALOTTO, 2015).

As respostas para essa incidência são a falta de informação da população, com crenças antigas e negativas sobre o câncer e seu prognóstico; o preconceito contra o câncer e o exame preventivo, como o toque retal; a falta de um exame específico e sensível para detectar em fase microscópica e a ausência de rotinas abrangentes programadas nos serviços de saúde tanto públicos como privados que favorecem a detecção do câncer, inclusive o da próstata e que muitas vezes é detectado em estado avançado agravando ainda mais o estado do paciente (VIEIRA, 2013).

2.5 Atribuições da equipe de saúde diante do diagnóstico de câncer de próstata

É muito importante a colaboração dos profissionais de saúde na divulgação e busca ativa dos homens, para a realização dos exames que detectam o câncer de próstata e que pode ser proporcionado com maior ênfase, através das campanhas e palestras, que buscam conscientizar as pessoas sobre os cuidados, a prevenção e as consequências que poderão surgir se não diagnosticado precocemente o câncer de próstata não for diagnosticado precocemente (CONCEIÇÃO; LEÃO, 2011).

Tanto de forma coletiva quanto individual cabe à equipe de saúde, contribuir para a qualidade e manutenção da vida dos homens através da orientação, identificação, exploração e resolução do problema, dando explicações, esclarecendo dúvidas, orientando, enfim, focar no melhor de si, para conquistar o cliente e mostrar a importância do cuidado à saúde e dos exames que previnem e diagnosticam o câncer de próstata precocemente (GUERGEL et al, 2015).

2.6 Tipos de tratamento para o câncer de próstata

Como tratamento para o câncer de próstata, o cliente poderá ser submetido à quimioterapia, radioterapia ou a procedimento cirúrgico, dependendo do estadiamento da

neoplasia. O tratamento por quimioterapia evidencia o benefício da sobrevida em clientes com câncer prostático não dependente de androgênio, como é o caso do esquema do docetaxel (BRUNNER; SUDDARTH, 2014).

Os estudos mais recentes relacionados ao tratamento por quimioterapia evidenciam o benefício da sobrevida naqueles pacientes com câncer prostáticos não dependentes do androgênio, incluindo um esquema à base de docetaxel. (BRUNNER; SUDDARTH, 2014). Quando a doença se propaga localmente e não existem evidências metastáticas o paciente poderá submeter-se à cirurgia ou radioterapia, entretanto quando a metástase é constatada pode-se aplicar o bloqueio hormonal que irá suprimir a produção de testosterona pelo corpo. (SOBREIRO; PASQUALOTTO, 2015).

No processo de hospitalização e durante o ciclo de tratamento o paciente confronta-se com sua angústia, e daqueles que também estão em igual situação, deparam-se com sua impotência, com a carência de apoio, com a mudança no perfil dos papéis sociais e familiares que até o momento eram desempenhados, com o receio dos resultados dos exames, com a mudança na figura corporal, com o medo da morte. Quando mergulhado nessa realidade, o indivíduo necessita encontrar forças internas para confrontar a doença, o tratamento e suas repercussões nos demais âmbitos da vida. (GALVAN, et al, 2013).

Os sintomas provindos de metástase podem ser amenizados e conseqüentemente estender o tempo de progressão da doença, este retardo dá-se através do tratamento hormonal. O método consiste na interrupção da produção do hormônio masculino (testosterona) que é o responsável pelo crescimento do câncer prostático, isto se dá através de procedimento cirúrgico ou tratamento medicamentoso. Todavia, essa supressão de hormônios traz consigo efeitos adversos, como a ginecomastia, perda da massa muscular, diminuição da libido, anemia e osteoporose. Contudo, em determinado estágio da doença o câncer torna-se independente da presença da testosterona para o crescimento, assim outras opções devem ser levadas em consideração. (BRUNNER; SUDDARTH, 2014).

A escolha pelo tratamento é analisada de acordo com a expectativa de vida, nos riscos de recidiva após o tratamento final, na sintomatologia, no escore de Gleason, na dimensão do tumor, nos níveis de PSA, na exequibilidade de complicações e na preferência do paciente. Com frequência, recomenda-se a terapia através da utilização de um esquema de estratificação de riscos ou monograma que é preconizado pelas diretrizes de prática clínica. (BRUNNER; SUDDARTH, 2014).

2.7 Escore de Gleason

Um dos sistemas mais utilizados para classificar tumores na atualidade é o escore de Gleason. Ele atribui um grau de 1 a 5 para o padrão mais recorrente, com risco mais baixo, e de 1 a 5 para o padrão secundário. Em seguimento, ele será expresso como, por exemplo: 2 + 3, esse somatório variará de 2 a 10. Logo, cada progressão neste escore representa um aumento na agressividade do tumor. Os valores mais baixos demonstram a presença de células tumorais menos agressivas, e os mais altos apontam células indiferenciadas e a presença de um câncer mais agressivo. (BRUNNER; SUDDARTH, 2014).

2.8 Tratamento Clínico

Existem determinados fatores de risco que podem ser atribuídos ao câncer de próstata: idade, histórico familiar, raça/etnia, dieta rica em carnes vermelhas, cálcio e embutidos. (INCA, 2014).

O câncer prostático poderá ser diagnosticado através dos seguintes exames: ERD, no nível sérico do PSA (Antígeno Prostático Específico) e USTR dirigido por ultrassom com biópsia, com relação ao tratamento, este, terá sua utilização variável de acordo com a expectativa de vida do paciente, no potencial recidivo após tratamento concludente, nos sintomas, no primeiro tumor, nos níveis de PSA, no escore de Gleason, na exequibilidade de complicações e na opção do paciente. (BRUNNER; SUDDARTH, 2014).

Ainda é válido ressaltar que somente por meio da análise patológica dos fragmentos extraídos da próstata pode-se fornecer um diagnóstico preciso da existência do câncer, logo nenhum tratamento pode ser instaurado sem tal comprovação. Aqueles acometidos com o câncer de próstata podem ser incluídos em uma sub-classificação de acordo com local em que o câncer se encontra. Nos casos em que a doença restringe-se apenas à próstata, existem três opções de tratamento: a cirurgia, que extrairá a próstata e a vesícula seminal, a radioterapia externa ou a braquiterapia. (SOBREIRO; PASQUALOTTO, 2015).

Os estudos mais recentes relacionados ao tratamento por quimioterapia evidenciam o benefício da sobrevida naqueles pacientes com câncer prostático não dependentes do androgênio, incluindo um esquema à base de docetaxel. (BRUNNER; SUDDARTH, 2014).

Quando a doença se propaga localmente e não existem evidências metásticas o paciente poderá submeter-se à cirurgia ou radioterapia, entretanto quando a metástase é constatada pode-se aplicar o bloqueio hormonal que irá suprimir a produção de testosterona pelo corpo. (SOBREIRO; PASQUALOTTO, 2015).

Após o recebimento do diagnóstico de câncer de próstata o paciente passa por diversos transtornos na vida social, psicológica e sexual.

No processo de hospitalização e durante o ciclo de tratamento o paciente confronta-se com sua angústia, e daqueles que também estão em igual situação, depara-se com sua impotência, com a carência de apoio, com a mudança no perfil dos papéis sociais e familiares que até o momento eram desempenhados, com o receio dos resultados dos exames, com a mudança na figura corporal, com o medo. Quando mergulhado nessa realidade, o indivíduo necessita encontrar forças internas para confrontar a doença, o tratamento e suas repercussões nos demais âmbitos da vida. (GALVAN, et. al., 2013).

Em uma revisão realizada sobre o apoio social à família do doente com câncer localizaram-se 51 artigos, sendo 70% de metodologia quantitativa e 26% publicados nos dois últimos anos, em sua maioria pode-se perceber que as esposas de pacientes acometidos com o câncer de próstata afirmaram que estes experimentaram perdurável impotência ou incontinência, também trouxeram transtornos na vida diária do casal. Destes pacientes, 18% tinham sequelas psicossociais, assim como evitavam a intimidade sexual, possuíam ansiedade por medo do descontrole urinário em lugares públicos, tinham o senso de masculinidade prejudicado e sintomas depressivos. (LISBOA SANCHEZ et. AL, 2010).

A principal fonte de apoio para o paciente com câncer é a família. (LISBOA SANCHEZ et. al., 2010). Esta será incumbida de lhe prestar total suporte durante o enfrentamento da patologia.

Vivenciando o câncer, o indivíduo é desafiado a se adaptar incessantemente e a reestruturar-se mediante as novas experiências. Conviver com o câncer e seu tratamento implica em um cotidiano marcado por transformações em todos os aspectos que perpassam a vida. (GALVAN, et. al., 2013).

Os sintomas provindos de metástase podem ser amenizados e conseqüentemente estender o tempo de progressão da doença, este retardo dá-se através do tratamento hormonal. O método consiste na interrupção do hormônio masculino (testosterona) que é o responsável pelo crescimento do câncer prostático, isto se dá através de procedimento cirúrgico ou tratamento medicamentoso. Todavia, essa supressão de hormônios traz consigo efeitos adversos, como a ginecomastia, perda da massa muscular, diminuição da libido, anemia e osteoporose. Contudo, em determinado estágio da doença o câncer torna-se independente da presença da testosterona para o crescimento, assim outras opções devem ser levadas em consideração. (BRUNNER; SUDDARTH, 2014).

A escolha pelo tratamento é analisada de acordo com a expectativa de vida, nos riscos de recidiva após o tratamento final, na sintomatologia, no escore de Gleason, na dimensão do tumor, nos níveis de PSA, na exequibilidade de complicações e na preferência do paciente. Com frequência, recomenda-se a terapia através da utilização de um esquema de estratificação de riscos ou monograma que é preconizado pelas diretrizes de prática clínica de NCCN (2008) e AUA (2007). (BRUNNER; SUDDARTH, 2014).

A atuação de uma equipe multiprofissional no desenvolvimento de um tratamento apropriado torna-se imprescindível. O tratamento pode seguir dois vieses, o cirúrgico, através da prostatectomia, ou o não cirúrgico e implicar em uma espera aflita. O processo de cuidados de enfermagem ao paciente com câncer de próstata está resumido no plano de cuidado de enfermagem. (BRUNNER; SUDDARTH, 2014).

Em casos de câncer prostático com estado avançado indicam-se medidas paliativas. Mesmo a cura sendo improvável, muitos pacientes sobrevivem por um longo espaço de tempo sem sintomas debilitantes. Ainda é válido ressaltar que as lesões ósseas podem resultar em metástase do câncer de próstata, trazendo ao homem muitas dores e até fraturas patológicas, para este caso, utilizam-se medicamentos opioides e não opioides para controlar a dor óssea como EBRT, radiofármacos (estrôncio ou o samário), terapias antiandrogênicas para reduzir os androgênicos circulantes, todavia, se estas terapias não obtiverem resultados favoráveis, medicamentos com prednisona podem ser efetivos para reduzir a dor e melhorar a qualidade de vida. Na presença de fraturas patológicas a terapia com bifosfonatos, como o pamidronato (Aredia), tem se mostrado eficiente. Na existência do câncer prostático avançado, são administrados transfusões de sangue a fim de manter níveis aceitáveis de hemoglobina quando a medula óssea é substituída pelo tumor. (BRUNNER; SUDDARTH, 2014).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

O presente trabalho trata de estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado durante o Estágio Multidisciplinar Interiorizado (EMI) no município de Galante- PB.

De acordo com Cavalcante e Lima (2012), o relato de experiência é um instrumento da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação presenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica.

Para Gil (2010) os relatos de experiência consistem numa modalidade de investigação científica, sendo obrigatória a demonstração de uma experiência prática para maior compreensão e fundamentação de uma teoria.

Estudos descritivos têm como propósito a descrição da realidade, de forma a não intervir ou tentar esclarecer tais vivências, sendo assim de suma importância para os sistemas de saúde (ARAGÃO, 2011).

O EMI conta com 160 horas corridas, subdivididas no intervalo de segunda a sexta, com oito horas diárias, assumindo grande relevância na vida acadêmica do discente, proporcionando assim a real interação entre a teoria e a prática.

3.2 Local do estágio

O estágio multidisciplinar foi realizado no distrito de Galante-PB entre os dias 22 de Fevereiro a 11 de Março de 2016, seguindo o calendário do serviço de saúde, que é elaborado com periodicidade mensal. Está localizado a 18 km do centro de Campina Grande. A denominação Galante apresenta duas versões: a primeira oriunda do entusiasmo demonstrado pelo engenheiro responsável pela construção da ferrovia, o senhor Tomas Mendeles que ao visitar o lugarejo ficou encantado com a beleza natural de seus planaltos, com as montanhas verdejantes que o circundavam. A segunda versão é revelada pela simpatia e elegância do engenheiro no trato para com os moradores do local, que ao avistá-lo diziam: “que moço galante e educado”.

O clima é equatorial semi-árido, com temperatura média de 22°C e umidade variando entre 75% e 83% durante o dia. Os meses mais quentes são de outubro a março e as maiores pluviosidades ocorrem no período de abril a agosto.

A vegetação já foi de floresta, porém é hoje dominada pela agricultura e o capim. Galante limita-se, ao Sul com a Serra de Fagundes, ao Norte com a fazenda Tatu de Baixo, ao Leste com o Surrão e a Oeste com a propriedade Tatu de Cima.

Está situada no sopé da Serra do Bodopitá com uma paisagem que encanta pelo bucolismo. O lugar recebe seu maior público durante o Maior São João do Mundo, quando é operacionalizado o Trem do Forró, famosa travessia de trem pelas serras do agreste rumo à galante (PMCG, 2010).

3.3 Caracterização do Estágio

O distrito de Galante atende atividades assistenciais relacionadas com a atenção primária e de acordo com a demanda dos usuários que frequentam os seus serviços. A divisão se dá da seguinte forma: três UBS (Galante I, Galante II, Galante III), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma unidade mista central que funciona como base para a atenção primária da região e um Centro de Referência em Assistência Social (CRAS).

A unidade Mista de Galante é localizada no antigo hospital do distrito. O intuito é formar uma policlínica, para que se possam oferecer mais serviços para a comunidade. A mesma é composta por um setor de fisioterapia (com três fisioterapeutas), uma farmácia que disponibiliza medicamentos para hipertensos e diabéticos, assim como anti-inflamatórios, antibióticos dentre outros (a equipe desse setor é formado por um farmacêutico, um auxiliar de farmácia, dois bioquímicos, dois técnicos de laboratório e dois auxiliares de laboratório) e uma sala de curativo em pleno funcionamento.

Ainda compondo a equipe da unidade mista, a comunidade conta com seis enfermeiros, treze técnicas de enfermagem, um assistente social, médicos clínicos gerais (que atendem às terças e quartas-feiras, nas sextas-feiras o responsável faz plantão de 24 horas e aos sábados o plantão é de 12 horas), dois digitadores e uma diretora. Fora os atendimentos diários, a unidade oferece uma vez ao mês atendimento à população com urologista e otorrinolaringologista. Duas vezes ao mês (quinzenal) atendimento com o ginecologista e a cada dois meses, um dermatologista para atender a população. No que se refere a saúde bucal a unidade é composta pelo atendimento de procedimentos básicos, sendo composta por 4

cirurgiões-dentistas (os dias de atendimento são segunda-feira, sexta-feira e sábado) e também é composta pelo centro de especialidades odontológicas que engloba quatro especialidades (periodontia, endodontia, cirurgia e pacientes com necessidades especiais).

Cada UBS além de atender a demanda da população local, destina alguns dias da semana para atender usuários situados na zona rural, proporcionando serviços como consulta médica e de enfermagem, atendimento de assistente social, puericultura, pré-natal, hiperdia e imunização.

O CAPS atende a população de Galante e Fagundes, contabilizando atualmente um número de 227 usuários de todas as faixas etárias, que apresentam transtornos moderados a graves como também usuários de álcool e outras drogas. O espaço compreende uma casa, onde se disponibiliza uma sala para a coordenação, três salas para atendimento individual e familiar, uma sala de atividades em grupo e uma recepção. Contando com a contribuição de uma equipe de treze funcionários: uma técnica de enfermagem, uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, três psicólogas, três auxiliares de serviços gerais, uma recepcionista, uma técnica de farmácia, um auxiliar administrativo e um coordenador.

3.4 Considerações éticas

Como o presente estudo trata-se de um relato de experiência, tornou-se dispensável a avaliação pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), todavia, manteve-se o sigilo e o anonimato dos participantes em concordância a resolução 466/12 aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

4 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O EMI teve início com a resolução 07/1994 do CONSEPE considerando de relevante magnitude a atividade extensionista no âmbito da saúde. Proporciona ao graduando em fase final de curso uma experiência com o estágio em um município circunvizinho. Essa atividade é relevante, pois abrange equipe multiprofissional, composta por estudantes de diversas ramificações da saúde (Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Fisioterapia e Psicologia) que se unem para contribuir com a saúde coletiva.

Inicialmente a equipe foi conhecer as Unidades de Saúde onde seriam realizadas as atividades propostas e todos os profissionais que atuam nas mesmas.

Foram repassadas informações acerca do programa de informação dos atendimentos o E-SUS, o cronograma de funcionamento da ESF e as atividades inseridas no calendário mensal de atendimento.

Durante o estágio a equipe participou das atividades de rotina do serviço como: acompanhamento dos usuários do hiperdia, pré-natal, exame citológico, puericultura, visitas domiciliares, planejamento familiar e sala de vacinação, as quais foram rotineiramente sendo inseridas no dia a dia do estágio, incluindo a equipe na rotina do serviço.

Devido ao surgimento de casos de dengue e do zica vírus, e dois casos confirmados de microcefalia, a coordenação do serviço juntamente com os enfermeiros das equipes e os agentes comunitários de saúde, realizaram palestras para intensificar o combate ao mosquito *Aedes Aegypti*. Neste encontro foram intensificadas as medidas de prevenção procurando sensibilizar a comunidade de que a mesma é responsável pela disseminação ou erradicação do mosquito, foi solicitado aos participantes que multiplicassem as informações e ajudassem os vizinhos a manter vigilância em seu domicílio e imediações.

No segundo momento, foi proposto trabalhar a educação em saúde com os homens, visto que muito se tem explanado sobre a dificuldade do profissional atrair este grupo para as palestras que enfocam a prevenção. À medida que alguns homens procuravam o serviço para qualquer tipo de atendimento, os mesmos eram convidados a participarem da palestra sobre a prevenção de câncer de próstata. Da mesma forma mulheres atendidas eram orientadas a convencerem os companheiros a participarem de tais palestras.

Embora sendo o grupo pequeno, de 18 participantes, percebeu-se também o interesse pelo tema exposto, pois o mesmo despertou curiosidades nos que estavam presentes e isso

motivou a equipe a não descartar outras oportunidades de encontros com outros homens, fato que ocorreu mais de uma vez.

Alguns dos participantes revelaram que nunca haviam realizado os exames de prevenção, todavia, mostraram-se preocupados com a temática e manifestaram interesse em buscar um profissional para realizar exames de rotina.

Ao total realizaram-se 8 (oito) palestras, que se sucederam nas seguintes unidades: Escola Manuel Martins Lopes da Silveira – Sítio Jorge; Escola Estadual Isabela Rodrigues de Melo – Rua: Antônio Sérgio de Menezes; Escola Municipal José Gomes Filho – Sítio Massapê; Unidade Mista – Rua: Antônio Pimentel, S/N e nas âncoras do distrito.

Inicialmente se fazia a recepção e o acolhimento dos homens e de suas esposas, objetivando a descontração e desinibição, em momento posterior algumas perguntas básicas eram feitas, como: “O que vocês sabem sobre o câncer de próstata?” “Têm algum parente ou conhecido acometido pela doença?”; estas indagações propiciavam a “quebra de gelo”, todavia percebeu-se que muitos homens tinham vergonha de fazer pronunciamentos, assim, a palestra de fato era introduzida, com linguagem simples e de forma dinâmica. Fora utilizado como método de impacto a exposição de slides, com figuras coloridas e pouquíssimo texto, buscando fundamentalmente atrair a atenção dos participantes. As exposições eram sucintas e expunham índices, que de fato causaram perceptível impacto, conseqüentemente muitos questionamentos surgiam (Como posso fazer o exame? Só o exame de sangue não serve? Com quantos anos devo fazer? Temos suporte para o exame aqui em Galante?...), por fim eram entregues panfletos retomando a temática, para que em casa pudessem refletir sobre o que fora dito no encontro em questão.

Nas primeiras palestras geralmente apenas 1 (um) homem participava, todavia, com a conscientização das mulheres sobre a importância da participação de seus esposos, o número de homens acabara dobrando, mas em média, participavam de 2 a 3 homens por explanação realizada (sem levar em consideração as esposas que os acompanhavam) .

É válido salientar que na explanação do assunto, os exames de toque retal e/ou dosagem do antígeno prostático específico (PSA) foram explicados de forma detalhada, porém quando da explicação do toque retal, os homens mostraram-se constrangidos, mas ao mesmo tempo compreenderam a necessidade de fazê-lo para prevenir a saúde dos mesmos. Esta palestra também foi realizada nos atendimentos âncoras.

Em outro momento foi realizada uma roda de conversa, tendo como base, as dúvidas dos outros homens que participaram de palestras anteriores. Esse momento foi interessante por que teve a participação dos colegas de estágio das demais área de saúde e todos puderam esclarecer as dúvidas dos participantes dentro de suas áreas de atuação.

Para a realização da roda de conversa, foram elaboradas perguntas, como por exemplo o que era câncer de próstata, as quais eram dirigidas ao grupo, e qualquer participante poderia responder, algumas perguntas foram respondidas por mais de um participante, e ao final, um estagiário ou profissional do serviço, fazia uma explanação mais completa do tema.

Também questionaram sobre a possibilidade da detecção do câncer de próstata apenas pelo exame sanguíneo (questionamento que também fora feito nas palestras), e sobre a viabilidade do descarte do exame de toque retal. A indagação foi respondida com base no conhecimento apreendido durante a leitura de diversas literaturas que abordam a temática, onde se afirma que o exame mais indicado é o exame de toque. Nesta mesma oportunidade informou-se sobre a existência do atendimento pelo médico urologista na unidade mista do distrito, sendo este o único profissional capacitado para realizar este tipo de exame.

Nessa explanação também foram abordados os fatores de risco prioritários: hereditariedade e idade. Homens que têm casos diagnosticados na família devem realizar os exames a partir dos 40 anos, aqueles que não se encaixam nesse perfil devem iniciar aos 45 anos.

Esses momentos de educação em saúde permitiram levar aos participantes alguns conhecimentos adquiridos na universidade. Foi observado que o interesse em participar dos encontros, estimulou alguns usuários a convidar outros homens para os encontros seguintes.

Estas palestras direcionadas, especificamente, aos homens mostraram o quão é importante a educação em saúde e a participação e atuação do profissional enfermeiro na promoção da saúde do homem. O enfermeiro é parte integrante da equipe apesar de se mostrar com múltiplas atividades dentro da atenção básica ainda deve buscar disponibilidade para planejar atividades de educação e se preocupar de uma forma efetiva com o bem estar da comunidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O EMI me proporcionou a oportunidade de colocar as teorias em prática e evidenciar a realidade de decidir sobre o plano de cuidados do usuário e da assistência prestada em conformidade com o caso de cada indivíduo.

O período vivenciado neste estágio foi indiscutivelmente enriquecedor, pois a interação com a realidade do enfermeiro no serviço público de saúde contribuiu efetivamente para a formação do graduando, possibilitando a concepção de um profissional crítico, responsável e autônomo.

O conhecimento teórico-metodológico assume relevante importância no campo prático, todavia, neste âmbito, a humanização deve prevalecer, pois o enfermeiro deparar-se-á com diversas situações e inúmeros perfis, logo, deverá prestar assistência ao indivíduo de forma humana, ouvindo com atenção, buscando analisar os desejos e as reais necessidades do mesmo. Nessa perspectiva, diversos paradigmas serão derrubados e a população se mostrará mais receptiva ao atendimento, gerando mútua confiança e um atendimento mais produtivo.

Com relação às atividades educativas e os atendimentos individuais realizadas no serviço, conclui-se que a unidade de saúde é um local de possibilidades para a educação em serviço, e os temas relacionados à prevenção do câncer de próstata deve ser um dos assuntos a serem trabalhados nesse ambiente, sensibilizando a população masculina a cuidar mais de sua saúde.

É possível compreender que embora haja dificuldade de participação dos homens nas palestras educacionais pode-se conversar com a parceira, filho, ou amigo como ponto de apoio para a disseminação das informações.

A partir da experiência vivenciada pode-se perceber que o profissional precisa levar em consideração as questões socioculturais e os aspectos inerentes ao homem que não valorizam a sua ida a unidade de saúde e com isso elaborar um planejamento a partir de uma investigação previa.

REFERÊNCIAS

- ALBANO, B. R; BASÍLIO, M. C; NEVES, J. B. **Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de Atenção Primária à Saúde**. Revista de Enfermagem Integrada, v.3, n.2, 2010.
- ARAGÃO, J. **Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas**. REVISTA PRÁXIS ano III, nº 6 - agosto 2011.
- BRUNNER, S; SUDDARTH, B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 13ªEd– Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
- COSME, P. **Câncer de próstata mata 178 homens na PB; ações vão alertar sobre a doença este mês**. 2013. Disponível em: <http://www.paraiba.com.br/2013/11/02/05544-cancer-de-prostata-mata-178-homens-na-pb-acoes-vaio-alertar-sobre-a-doenca-este-mes>> Acesso em: 4 de fevereiro de 2015.
- CAMPANUCCI, F. S. **A Atenção Primária e a Saúde do Homem: uma análise do acesso aos serviços de saúde**. 2010. 142f. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social, Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2010.
- CONCEIÇÃO, C. C; LEÃO, M. **O enfermeiro na promoção de saúde do Homem**. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de enfermagem da Faculdade Assis Gurjacz –FAG , Cascavél-PR, 2011.
- CAVALCANTE, B. L. L; LIMA, U. T. S. **Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas**. Jornal Nursing Health, Pelotas (RS);v.1, n.2, p.94-103, jan/jun 2012.
- COUTO, M. T. et al. **O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero**. Interface (Botucatu) [online]. v.14, n.33, pp. 257-270. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a03v14n33.pdf>> Acesso em: 16 de julho de 2014
- DUARTE, S. T. H; OLIVEIRA, J. R; SOUZA, R. R. **A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. v.03, Nº. 01, p. 520-530, Ano 2012.

FREITAS, B. N; NEVES, J. B. **Efeitos colaterais da quimioterapia: os sentimentos apresentados pelos homens em tratamento.** Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste, V.6 - N.1 - Jul./Ago. 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5ª ed, São Paulo: Atlas, 2010, 200p.

GURGEL, P. K. F et al. **Promoção da saúde e prevenção de agravos: o conhecimento dos alunos de enfermagem.** Revista de Enfermagem da UFPE on line., Recife, n. 9(supl. 1), p.368-75, jan., 2015. Disponível em:
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5542/11329>
 > Acesso em: 26 de abril de 2016.

GALVAN, C. D. et al. **Percepção dos pacientes acometidos pela leucemia frente a internação hospitalar.** Revista de Enfermagem da UFSM, v. 3. 2013.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. **ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer** . Org. organização Luiz Claudio Santos Thuler. – 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro : Inca, 2012, 129 p.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. estimativa 2016 : **Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA; 2016.

LAGO, E. A. et al. **Sentimentos vivenciados por mulheres frente ao câncer de mama.** Revista de Enfermagem UFPE on line., Recife, v.8, n.10, p.3325-30, out., 2014.

OLIVEIRA, G. R. et al. **A integralidade do cuidado na saúde do homem: um enfoque na qualidade de vida.** Revista Brasileira de Medicina e Famacia Comunidade. Rio de Janeiro, v.8, n.28, p.208-12, Jul-Set 2013.

PEREIRA, I. P; NERY, A. A. **Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família.** Escola Anna Nery, v.18, n.4, p. 635-643, 2014.

PMCG - Prefeitura Municipal de Campina Grande- PB. **Distritos.** Disponível em:
<http://pmcg.org.br/>> Acesso em: 14 de maio de 2016.

RODRIGUES, J. F; RIBEIRO, E. R. **O homem e a mudança de pensamento em relação à sua saúde.** Caderno Saúde e Desenvolvimento ano 1 n. 1, jul-dez 2012.

SOBREIRO, B; PASQUALLOTO, F. **Saúde do homem**- 3ª Ed./ Curitiba: EDUCS, p.101, 2015.

SEPARAVICH, M. A; CANESQUI, A. M. **Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: uma revisão bibliográfica. Saudesoc., São Paulo, v. 22, n. 2, p. 415-428, June 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200013&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 10 Jun. 2015.

SILVA, W. B. **Explorando o conhecimento dos usuários de duas unidades de saúde da família sobre hiperplasia benígna prostática**. Trabalho de Conclusão de Curso, UEPB. 2011.

SILVA et al. **Resistência do homem às ações de saúde: percepção de enfermeiras da estratégia saúde da família**. Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina. v.3, n.3, p.21-25, Jul-Ago-Set- 2010.

SBU - Sociedade Brasileira de Urologia [Internet]. Rio de Janeiro. **Câncer urológico, 2010**. Disponível em: <http://www.sbu.org.br/> > Acesso em: 10 de fevereiro de 2016.

VIEGAS, S. M. F; PENNA, C. M. M. **O SUS é universal, mas vivem de cotas**. Ciência e saúde coletiva. v.18, n.1, p.181-190, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100019> > Acesso em: 26 de abril de 2016.

VIEIRA, ELISANA AGUIAR. **Prevenção do câncer de próstata**. Trabalho de Conclusão de Curso, 2013. Disponível em: <<http://www.catolicaes.edu.br/PREVENCAO%20DO%20CANCER%20DE%20PROSTATA.pdf>>. Acesso em: 29 de abril de 2016.