

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ADOLFO MARCELO MARTINS SOARES

PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE SOBRE A LINHA
DE CUIDADO DE HOMENS COM SUSPEITA DE CÂNCER DE PRÓSTATA NA
AP 3.2 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro

Ano 2022

ADOLFO MARCELO MARTINS SOARES

PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE SOBRE A LINHA
DE CUIDADO DE HOMENS COM SUSPEITA DE CÂNCER DE PRÓSTATA NA
AP 3.2 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Dissertação apresentado à Universidade
Estácio de Sá como requisito final ao
Título de Mestre do Programa de Pós-
graduação em Saúde da Família.
Orientado pelo Professor Dr^a Luís
Guilherme Barbosa

Rio de Janeiro

Ano 2022

FICHA CATALOGRÁFICA

S676p Soares, Adolfo Marcelo Martins

Percepção de médicos de família e comunidade sobre a linha de cuidado de homens com suspeita de câncer de próstata na ap 3.2 do município do rio de janeiro. / Adolfo Marcelo Martins Soares – Rio de Janeiro, 2022.

105f.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro / RJ, 2022.

Orientador: Prof. Dr. Luís Guilherme Barbosa.

1. Sistema Único de Saúde (SUS). 2. Linha de Cuidado. 3. Prática Profissional. 4. Câncer de Próstata. I. Título.

CDD 616.65

ADOLFO MARCELO MARTINS SOARES

PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
SOBRE A LINHA DE CUIDADO DE HOMENS COM SUSPEITA DE
CÂNCER DE PRÓSTATA NA AP 3.2 DO MUNICÍPIO DO RIO DE
JANEIRO

Dissertação apresentada à
Universidade Estácio de
Sá como requisito final ao
Título de Mestre do
Programa de Pós-
graduação em Saúde da
Família.

Aprovado em 22 de agosto de 2022

Professor Dr Luís Guilherme Barbosa (presidente)
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Luciana Maria Borges da Matta Souza (co-orientadora)
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Profª Drª Maria Tereza Fonseca da Costa
Universidade Estácio de Sá

Legenda de Assinaturas dos Servidores Públicos
CNPJ 07.700.074

Prof. Dr. Leonardo de Albuquerque dos Santos Abreu
Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro

DEDICATÓRIA

**À memória de minha mãe Ananídia Falcão Martins Soares, que
esteve comigo nos momentos mais difíceis de minha vida.**

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos benfeitores espirituais, por terem me conduzido, amparado e me protegido durante toda minha vida e nesta longa jornada de estudo.

Aos meus pais, Walter e Ananidia (in memoriam), que não mediram esforços para me proporcionar uma excelente educação, tendo sabiamente que este seria o bem mais precioso que poderiam me dar e por me rodearem sempre de muito amor.

A minha orientadora, Professora Doutora Luciana Maria Borges da Matta Souza por ter acreditado em mim. Seus ensinamentos me orientaram para muito além deste trabalho. Seus conhecimentos, sinceridade, alegria e apoio sedimentaram minhas referências em Medicina de Família e Saúde Coletiva.

A minha querida amiga, Eliane Barreto dos Santos que sempre me ajudou em cada passo dessa dissertação, pelo esforço, dedicação, comprometimento e ensinamentos que me permitiram hoje estar concluindo esse trabalho.

Ao Programa de Saúde da Família e seus funcionários, que compartilharam seus conhecimentos e me acolheram no programa.

Aos colegas e amigos dos cursos de Mestrado, pela ajuda mútua, acolhimento e conhecimentos compartilhados.

Ao Professor Carlos Serra (in memoriam), pelo grande exemplo de coragem e persistência, ensinando-me o verdadeiro valor de nunca desistir.

Aos professores Maria Tereza Fonseca da Costa e Leonardo de Albuquerque dos Santos Abreu que, gentilmente, aceitaram fazer parte da Banca Examinadora e pelas suas contribuições valiosas.

Aos meus irmãos – André Luiz, Alexandre Guilherme, Augusto Cesar e amiga(o)s, que, de perto ou de longe, me incentivaram e torceram por mim, compreenderam minhas ausências e me incentivaram nos momentos mais difíceis desta longa caminhada.

Muito obrigado por fazerem parte de minha vida!

**Há coisas que, de tão profundas só se sente, não se
descrevem.**

Leon Denis

RESUMO

SOARES, Adolfo Marcelo Martins. Percepção de médicos de família e comunidade sobre a linha de cuidado de homens com suspeita de câncer de próstata na AP 3.2 do Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). Programa de Pós- graduação em Saúde da Família. Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2022.

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, que se propõe conhecer a percepção dos médicos de família e comunidade sobre a linha de cuidado de homens com suspeita de câncer de próstata na AP 3.2 do município do Rio de Janeiro. Os objetivos propostos foram: descrever o programa de prevenção e tratamento do câncer de próstata vigente nessa área programática, identificar as tecnologias e os recursos utilizados na assistência, analisar os desafios enfrentados pelos médicos de família e propor estratégias para a melhoria da linha de cuidado para a atenção aos usuários com suspeita de câncer de próstata. Os participantes da pesquisa foram 08 médicos de família e comunidade e 02 responsáveis técnicos que trabalham nas Clínicas da Família da AP 3.2. A coleta de dados foi realizada por entrevista semiestruturada, gravada e posteriormente transcrita e submetida ao tratamento de dados através da técnica de análise de conteúdo, modalidade análise temática. Os resultados refletiram que há um dissenso de opiniões entre os médicos sobre a linha do cuidado do câncer de próstata e outras abordagens revelando a dificuldade desta linha ser construída e mantida, evidenciando uma desarticulação e fragmentação do cuidado à população masculina com suspeita de câncer de próstata, embora haja compromisso por parte dos médicos da AP 3.2 com a saúde do homem. Finalmente, acredita-se que o cuidado integralizado, com ênfase na saúde do homem é responsabilidade de todos os profissionais que integram a Rede de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS), linha de cuidado, prática profissional e câncer de próstata

ABSTRACT

Soares, Adolfo Marcelo Martins. Perception of family and community physicians about the line of care of men with suspected prostate cancer in AP 3.2 of the Municipality of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2022. Dissertation (Master's degree in Family Health). Graduate Program in Family Health. Estácio de Sá University, Rio de Janeiro, 2022.

This is an exploratory and descriptive research, with a qualitative approach, which proposes to know the perception of family and community physicians about the line of care of men with suspected prostate cancer in PA 3.2 in the city of Rio de Janeiro. The proposed objectives were: describing the prostate cancer prevention and treatment program in force in this programmatic area, identifying the technologies and resources used in care, analyzing the challenges faced by family physicians, and proposing strategies to improve the line of care for users with suspected prostate cancer. The participants of the research were 08 family and community physicians and 02 technical leaders working in the Family Clinics of AP 3.2. Data collection was performed by semi-structured interview, recorded and later transcribed and submitted to data processing through the content analysis technique, thematic analysis modality. The results reflected that there is a dissense of opinions among physicians about the line of prostate cancer care and other approaches revealing the difficulty in being constructed and maintained, evidencing a disarticulation and fragmentation of care to the male population with suspected prostate cancer, although there is commitment on the part of the physicians of PA 3.2 with men's health. Finally, it is believed that comprehensive care, with emphasis on men's health, is the responsibility of all professionals who are part of the Health Care Network.

Keywords: Unified Health System (SUS), line of care, professional practice and prostate cancer

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Linha de cuidado do Câncer de Próstata.....	26
Figura 2: Mapa da divisão do município do Rio de Janeiro por Áreas de Planejamento em Saúde, 1993	28
Figura 3: Temas abordados pelos médicos entrevistados a partir do objeto de estudo..	41
Gráfico 1: Naturalidade dos profissionais entrevistados	355

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: - Principais diferenças entre tumores benignos e malignos.....	9
Quadro 2: Sistema de estadiamento do câncer de próstata.....	19
Quadro 3: Características sociodemográficas e perfil de trabalho dos médicos entrevistados	33
Quadro 4: Categorias analíticas e subtemas emergentes dos depoimentos dos médicos da Estratégia Saúde da Família da CAP 3.2	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição de óbito no sexo masculino, de acordo com a faixa etária no Brasil, 2014-2019.	11
Tabela 2: Taxa de mortalidade por câncer de próstata segundo faixa etária. Brasil, 2014 a 2019	12

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMC	American Cancer Society
AP	Área Programática
APS	Áreas Programáticas
CACON	Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CAP	Coordenação de Área Programática
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Clínica de Família
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HPA	Hidrocarbonetos Policíclicos Aromáticos
IMC	Índice de Massa Corporal
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LC	Linha de Cuidado
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PSA	Antígeno Prostático Específico
REUN	Regulação Unificada
RJ	Rio de Janeiro
RT	Responsável Técnico
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SER	Sistema Estadual de Regulação
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TNM	Tumor Nodo Metastase
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade
USPSTF	United States Preventive Services Task Force

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	1
1 OBJETIVOS	4
1.1 GERAL.....	4
1.2 ESPECÍFICOS	4
2 REFERENCIAL TEÓRICO	4
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL DA SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)	4
2.2 CÂNCER (NEOPLASIA) DE PRÓSTATA.....	9
2.2.1 Definição e características principais	9
2.2.2 Ações de controle do câncer de próstata	13
2.2.2.1 <i>Educação em saúde</i>	13
2.2.2.2 <i>Medidas preventivas e de diagnóstico precoce</i>	14
2.2.2.3 <i>Tratamento</i>	18
2.3 LINHA DE CUIDADO.....	22
2.3.1 Linha de cuidado para o câncer de próstata	25
3 MATERIAL E MÉTODOS	26
3.1 LOCAL DO ESTUDO	27
3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	29
3.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	30
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	31
3.5 QUESTÕES ÉTICAS	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	33
4.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	36
4.2.1 Temas e Subtemas identificados e categorias construídas	36
2.1 <i>Abordagem dos homens nas Clínicas da Família</i>	37

2.3	<i>Descrição do fluxo de referência e contrarreferência</i>	37
2.4	<i>Depois da atuação do nível terciário: atendimento domiciliar para o paciente com câncer de próstata</i>	37
3.2	<i>Falta de acessibilidade ao especialista</i>	37
3.3	<i>Pandemia do COVID 19</i>	38
3.7	<i>Acesso e acolhimento na porta de entrada</i>	38
4.1	<i>Equipe da estratégia saúde da família completa</i>	38
4.2	<i>Realização de consultas médicas e de enfermagem</i>	38
4.3	<i>Exames de rastreio para o câncer de próstata disponíveis na atenção primária</i>	39
4.2.2.	Categoria Analítica 1: Conhecimento sobre o conceito de linha de cuidado para a prevenção do câncer de próstata na atenção primária	42
4.2.3	Categoria analítica 2: Como se organiza a Linha de Cuidado para portadores de Ca de próstata na AP 3.2/ SMS-RJ	45
4.2.4	Categoria Analítica 3: Desafios para colocar em prática a linha de cuidado	55
4.2.5.	Categoria Analítica 4: Potencialidades e facilidades para a efetivação da linha de cuidado do câncer de próstata na atenção primária	69
4.2.6.	Categoria Analítica 5: Sugestões para melhoria da linha de cuidado de homens portadores de suspeição diagnóstica de câncer de próstata na AP 3.2 do município do Rio de Janeiro	75
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICES	96
	Apêndice 1: Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	96
	Apêndice 2: Parecer Consubstanciado do CEP	100
	Apêndice 3: Roteiro de entrevista semi-estruturado	104

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo tem como objeto a percepção dos médicos de família e comunidade sobre a linha de cuidado de homens com suspeita de câncer de próstata na AP 3.2 do município do Rio de Janeiro. Uma das mais importantes causas de morbimortalidade no mundo é o câncer de próstata, câncer mais comum no homem e o segundo em mortalidade por neoplasias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2020). Segundo estimativa do Instituto Nacional do Câncer, em 2019 foram 600 mil o número de casos novos de câncer no Brasil e os tipos de câncer mais incidentes, excetuando pele não melanoma, foram, nos homens: o câncer de próstata com 66,12% dos casos (396.720 homens); traqueia, brônquios e pulmão com 18,16%; cólon e reto com 16,83% e nas mulheres: mama 56,33%; cólon e reto com 17,90% e colo do útero com 15,43% enquanto localização primária (INCA,2019).

Oliveira et al (2019) citam que em alguns homens, por motivos pouco conhecidos, a próstata cresce mais rapidamente, em outros o aumento é mais lento, mas em todos, a partir dos 50 anos, esse crescimento é mais acelerado. A detecção precoce é uma estratégia para encontrar um tumor em fase inicial que pode ser feita através da investigação com exames clínicos, laboratoriais, endoscópios ou radiológicos de pessoas com sinais e sintomas sugestivos da doença, ou de pessoas sem sinais e sintomas, mas pertencentes a grupos com maior chance de ter o câncer de próstata que podem realizar o toque retal e o exame de sangue para avaliar o PSA -antígeno prostático específico (INCA, 2022).

Os fatores de risco englobam condições sociais, ambientais, políticas, econômicas e biológicas e dentre as causas estão fatores relacionados a idade, etnia/raça e herança genética ou hereditariedade, assim como o tabagismo, as infecções, a baixa ingestão de hortaliças, a inatividade física, o sobrepeso ou a obesidade, a ingestão de sal, alguns agentes ocupacionais, a ingestão frequente de álcool, a radiação, o consumo de carne vermelha entre outros (INCA,2019). Em estágios avançados, os sintomas estão relacionados a dor óssea, sintomas urinários, infecção generalizada ou insuficiência renal (INCA, 2021).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, publicada em 2008 pelo Ministério da Saúde, objetiva qualificar a saúde da população masculina na perspectiva da linha de cuidado, visando a integralidade da atenção. Tem como meta “fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos

agravos evitáveis.” (2008, p.05) Reconhece ainda que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Para Mendes (2012), o Brasil vivencia uma crise no sistema de atenção à saúde que é determinado pela ausência de coerência. Afirma que o Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema organizado de forma fragmentada para as condições agudas e para as agudizações das condições crônicas. E que para a solução desta crise é necessário implementar reformas profundas nas redes de atenção à saúde, coordenadas pela atenção primária à saúde, que devem cumprir três funções sociais: a função resolutiva no atendimento de 85% dos problemas mais comuns de saúde; a função ordenadora de coordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, produtos e informações na rede e a função de responsabilização da saúde da população pelas equipes de unidades primárias.

Malta e Merhy (2010) inferem que esta crise no setor de saúde induz um modelo médico hegemônico que se traduz em procedimentos, não sendo consideradas as determinações do processo saúde-doença como os aspectos sociais, ambientais e relacionados às subjetivações, o que eleva os custos, pois utiliza recursos tecnológicos centrados em exames e medicamentos (tecnologias duras) reduzindo a eficácia da assistência prestada. Para os autores é fundamental:

repensar o processo saúde-doença, quanto aos seus determinantes e condicionantes, e a intervenção em toda a cadeia de produção de saúde, desde a promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação. Neste sentido, a linha do cuidado (LC) passa a ser desenhada também no campo da gestão, articulando intervenção nos determinantes sociais, em medidas de regulação e legislação, equacionando-se tecnologias, instrumentos, dentre outros, capazes de impactarem o processo saúde-doença, porém partindo do lugar do singular no ato do cuidado, que só o trabalho vivo pode dar conta (MALTA, MERHY, 2010, p. 594).

É notório que estas fragilidades do setor de saúde resultam em uma deficiência na responsabilização e vinculação do profissional na linha de cuidado da atenção à saúde do homem que têm um diagnóstico suspeito de câncer de próstata.

Com base na minha experiência profissional e vivência de trabalho como médico de família e, posteriormente, responsável técnico em Clínica da Família, fiquei motivado em desenvolver esta pesquisa no território onde atuo, tendo em vista que acredito que a resolubilidade na Estratégia Saúde da Família, no sentido da integralidade da atenção à saúde depende da existência e conhecimento sobre as diferentes linhas de cuidado.

Para Quijada et al. (2017), uma das preocupações em saúde pública é o câncer de próstata, principalmente em países desenvolvidos, pois os casos aumentam em concomitância com o aumento da expectativa de vida da população masculina. Citam que a compreensão das

características sociais e clínicas desses pacientes, pelos profissionais de saúde, podem contribuir para o planejamento de suas ações, na orientação de escolhas intervencionais e na melhoria do atendimento prestado e ressaltam que poucos estudos são publicados no mundo sobre estas características e muitos focam suas discussões nas técnicas terapêuticas isoladas ou combinadas, nos comportamentos masculinos diante dos exames preventivos e nas medidas preventivas, tendo a caracterização do perfil desses pacientes uma literatura limitada.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), denominadas no município do Rio de Janeiro como Clínicas da Família, se caracterizam como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), o que significa que, a partir deste ponto, pelo menos em teoria, a clientela teria acesso a serviços de média e alta complexidade. Tal expectativa se dá pelo pressuposto que as equipes de saúde da família são responsáveis pelo projeto terapêutico do usuário garantindo a melhor assistência e resolutividade (MERHY, 1999).

A intenção do presente estudo é subsidiar a escolha de estratégias que garantam acesso pelo usuário oriundo da atenção primária, com suspeita de câncer de próstata, aos serviços de média e alta complexidade, em momento oportuno e de forma contínua, propiciando vínculo com a equipe de profissionais de saúde e, conseqüentemente, adesão ao tratamento proposto.

De acordo com a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS):

A linha de cuidado é uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.9).

Temos então como pergunta norteadora para nossa pesquisa: Como se organiza a linha de cuidado do usuário com suspeita de câncer de próstata oriundo da CAP 3.2 no município do Rio de Janeiro, a partir da percepção de médicos de família e comunidade?

O objeto deste estudo, portanto, é a percepção dos médicos de família e comunidade sobre as linhas de cuidado de homens com suspeita de câncer de próstata na atenção primária na AP 3.2 do município do Rio de Janeiro.

1 OBJETIVOS

1.1 GERAL

- Conhecer a linha de cuidado de homens com suspeita de câncer de próstata, a partir da percepção dos médicos de família e comunidade da área programática 3.2 do município do Rio de Janeiro.

1.2 ESPECÍFICOS

- Descrever o programa de prevenção e tratamento do câncer de próstata vigente na área programática 3.2.

- Identificar as tecnologias e os recursos utilizados na assistência aos usuários em processo de avaliação diagnóstica com suspeita de câncer de próstata.

- Analisar os desafios enfrentados, pelos médicos de família, para atenção aos usuários com suspeita de câncer de próstata.

- Propor estratégias para a melhoria da linha de cuidado para a atenção aos usuários com suspeita de câncer de próstata.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL DA SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)

Em agosto de 2008, nos marcos dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – princípios e diretrizes – PNAISH (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Resultado da movimentação de vários atores coletivos – setores da sociedade civil organizada, sociedades científicas, pesquisadores acadêmicos e agências internacionais de fomento à pesquisa –, o documento apontava os agravos à saúde dos homens como verdadeiros problemas de Saúde Pública. Um dos princípios destacados é a necessidade de mudança da percepção masculina nos cuidados com a própria saúde e a dos seus familiares. Especificamente, o objetivo proposto pela política é organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem, dentro dos princípios que regem o SUS. Ao promover a melhora da condição de saúde dos

homens espera-se contribuir para a redução dos índices de morbimortalidade masculinos, considerados altos em relação aos femininos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres (SCHRAIBER et al., 2010; TONELI et al., 2010; PINHEIRO E COUTO, 2008; NASCIMENTO E GOMES, 2008; GOMES et al, 2007) e, quando o fazem, adentram o sistema por meio da média e alta complexidade. Na prática, isto significa que se encontram com a enfermidade agravada, muitas vezes num estágio em que não há mais cura, como no caso das neoplasias prostáticas, demandando, assim, maior custo ao Sistema de Saúde. Ao definir-se uma política que facilite o acesso de homens aos serviços de atendimento integral à saúde na atenção primária, é proposta uma ação mais abrangente no cuidado desta população. No que concerne aos agravos à saúde masculina, o PNAISH evoca uma literatura científica que caracteriza a maior vulnerabilidade dos homens às doenças, principalmente às crônicas. Reconhece os determinantes sociais da vulnerabilidade dos homens às doenças, destacando a não adesão masculina aos serviços de saúde.

Além disso, a PNAISH tem como diretriz promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão de Estados e Municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Para atingir o seu objetivo geral, que é ampliar e melhorar o acesso da população masculina adulta – 20 a 59 anos – do Brasil aos serviços de saúde, a política é desenvolvida a partir de cinco (05) eixos temáticos:

- **Acesso e Acolhimento:** reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados.
- **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva:** sensibilizar gestores (as), profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, os envolvendo nas ações voltadas a esse fim e implementando estratégias para aproximá-los desta temática.
- **Paternidade e Cuidado:** sensibilizar gestores (as), profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus filhos, destacando como esta participação pode

trazer saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e suas parceiras.

- **Doenças prevalentes na população masculina:** fortalecer a assistência básica no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.
- **Prevenção de Violências e Acidentes:** propor e/ou desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina e as violências (em especial a violência urbana) e acidentes, sensibilizando a população em geral e os profissionais de saúde sobre o tema.

No Brasil, a saúde do homem vem sendo inserida lentamente na pauta da saúde pública desde o lançamento desta Política, formalizada em 27 de agosto de 2009. No entanto, um estudo que explorou a implantação da PNAISH em cinco municípios do país concluiu que os Planos de Ação Municipal não apresentam descrições precisas para implantação da política, priorizando ações baseadas em procedimentos e exames que reforçam a centralidade da atenção no aparelho genital masculino. Esse estudo destacou também que gestores e profissionais na assistência direta têm pouco ou nenhum conhecimento sobre a política (GOMES, 2012).

Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral à saúde, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (Ministério da Saúde, 2008). Tomamos como base de uma sociedade patriarcal, a representação do “homem de verdade”. Meninos e meninas crescem sob a crença de que mulher e homem são o que são por natureza, no modelo de masculinidade a ser seguido, ressaltam-se as ideias de que o “homem de verdade” é solitário e reservado no que se refere às suas experiências pessoais, ou, quando muito superficial e prático, direcionado para agir e realizar atividades (GOMES, 2003).

Uma questão apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está ligada à sua posição de provedor. Alegam que o horário do funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho. Não se pode negar que, na preocupação masculina, a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social, o

que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. Ainda que isso possa se constituir, em muitos casos, uma barreira importante, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias socioeconômicas, faz hoje parte da força produtiva, inserida no mercado de trabalho (BRASIL, 2008).

Vários estudos constatam que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e morrem mais do que elas pelas principais causas de morte. Entretanto, apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres (GOMES, 2007).

Para atender algumas demandas, referentes à dificuldade do acesso aos serviços, decorrente do horário de funcionamento das unidades ser semelhante à jornada de trabalho dos homens, o Ministério da Saúde instituiu o Programa “Saúde na Hora”, através da Portaria nº 930, implementando o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

“Parágrafo único. As disposições desta Portaria aplicam-se ao Distrito Federal e aos municípios que aderirem ao Programa "Saúde na Hora", para fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, permitindo a realização de ações e serviços de saúde, como imunização, pré-natal, puericultura, pequenos procedimentos ambulatoriais, consultas odontológicas, consultas médicas e de enfermagem, serviços de rastreamento populacional, cuidado às condições crônicas, atividades de promoção de saúde e coleta de exames, durante todo o horário estendido de funcionamento da USF.”

Esta proposta nem sempre é factível, dadas as características de cada território, principalmente no que diz respeito às situações de violência. Por outro lado, este horário estendido na atenção primária não existe em nível secundário, o que implica num gargalo para o acesso ao serviço especializado, sobretudo em seu componente ambulatorial. Elementos de infraestrutura e aspectos sociais comprometem, portanto, o dimensionamento e organização das ofertas e o grau de resolutividade da Atenção Básica nos diversos lugares. Os obstáculos, anteriormente mencionados, requerem, para a sua superação, que se constituam estratégias que impactem na Atenção Básica, nos processos de regulação do acesso (desde os serviços solicitantes até as centrais de regulação), bem como na organização da atenção especializada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Cabe ressaltar que a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde é uma importante política na promoção de saúde dos usuários com suspeita de câncer de próstata. Esta política visa a redução de mortalidade e da incapacidade causadas pelo

câncer, assim como a diminuição da incidência de alguns tipos de câncer contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários acometidos pela doença através de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Segundo a Portaria é responsabilidade da Atenção Primária:

- a) realizar ações de promoção da saúde com foco nos fatores de proteção relativos ao câncer, tais como alimentação saudável e atividade física, e prevenção de fatores de risco, tais como agentes cancerígenos físicos e químicos presentes no ambiente;
- b) desenvolver ações voltadas aos usuários de tabaco, na perspectiva de reduzir a prevalência de fumantes e os danos relacionados ao tabaco no seu território, conforme o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer ou conforme diretrizes definidas localmente;
- c) avaliar a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado das pessoas com câncer e realizar atividades educativas, conforme necessidade identificada, ampliando a autonomia dos usuários;
- d) realizar rastreamento de acordo com os protocolos e as diretrizes federais ou de acordo com protocolos locais, baseado em evidências científicas e na realidade locorregional;
- e) implementar ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e de sintomas suspeitos dos tipos de cânceres passíveis desta ação e o seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes, respeitando-se o que compete a este nível de atenção;
- f) encaminhar oportunamente a pessoa com suspeita de câncer para confirmação diagnóstica;
- g) coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados para outros pontos da rede de atenção à saúde;
- h) registrar as informações referentes às ações de controle de câncer nos sistemas de informação vigentes, quando couber;
- i) realizar atendimento domiciliar e participar no cuidado paliativo às pessoas com câncer, de forma integrada com as equipes de atenção domiciliar e com as UNACON e os CACON¹, articulada com hospitais locais e com demais pontos de atenção, conforme proposta definida para a região de saúde; e
- j) desenvolver ações de saúde do trabalhador por meio da capacitação das equipes para registro do histórico ocupacional, tanto a ocupação atual quanto as anteriores, contendo atividades exercidas e a exposição a agentes cancerígenos inerentes ao processo de trabalho, otimizando as ações de vigilância do câncer relacionado ao trabalho. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.131-132)

Aspectos relacionados à percepção ou não da crise da masculinidade, em específico, e aos sentidos atribuídos à sexualidade masculina, em geral, produzem reflexos no campo da saúde, revelando dificuldades, principalmente, no que se refere à promoção de medidas preventivas. Entre elas, podemos focalizar a nossa atenção para a prevenção do câncer de próstata (GOMES, 2003).

¹ Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)

2.2 CÂNCER (NEOPLASIA) DE PRÓSTATA

2.2.1 Definição e características principais

A palavra câncer foi citada pela primeira vez pelo pai da medicina Hipócrates com origem no termo grego *Karkinos* que significa caranguejo. A doença foi detectada nas múmias do Egito antigo há mais de três mil anos. Nos dias atuais, “câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células[...], que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos” (INCA, 2019, p. 13).

Segundo o INCA (2019), as células normais que compõem os tecidos do corpo humano são capazes de multiplicar através de um processo contínuo de forma natural e, como respondem às necessidades específicas do corpo, não implicam em malignidade. Já o crescimento desordenado celular forma células anormais caracterizadas pela “perda do controle da divisão celular e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas” (INCA, 2019, p. 13).

Os tipos de crescimento celular podem ser controlados ou não controlados. Ele é controlado quando se tem um aumento localizado e autolimitado do número de tecidos normais que formam o organismo, causado por estímulos fisiológicos e patológicos. São exemplos de crescimento celular controlado: a hiperplasia, a metaplasia e a displasia. No crescimento não controlado tem-se massa anormal de tecido e persiste excessivamente após a cessação dos estímulos que o provocaram. As neoplasias (câncer *in situ* e câncer invasivo) são exemplos de crescimento desordenado (INCA, 2019).

Em relação a classificação, as neoplasias podem ser benignas ou malignas e suas principais diferenças podem ser observadas no quadro nº1 abaixo:

Quadro 1: - Principais diferenças entre tumores benignos e malignos

TUMOR BENIGNO	TUMOR MALIGNO
Formado por células bem diferenciadas (semelhantes às do tecido normal); estrutura típica do tecido de origem	Formado por células anaplásicas (diferentes das do tecido normal); atípico; falta diferenciação
Crescimento progressivo; pode regredir; mitoses normais e raras	Crescimento rápido; mitoses anormais e numerosas
Massa bem delimitada, expansiva; não invade nem infiltra tecidos adjacentes	Massa pouco delimitada, localmente invasivo; infiltra tecidos adjacentes
Não ocorre metástase	Metástase frequentemente presente

Fonte: INCA (2019, p. 16)

O câncer não invasivo ou carcinoma *in situ* é o primeiro estágio de classificação. As células cancerosas estão somente na camada de tecido na qual se desenvolveram e que não se espalharam para outras camadas do órgão de origem. Nesta fase, a maioria dos cânceres *in situ* é curável se for tratada antes de sua progressão para a fase de câncer invasivo. No câncer invasivo, as células cancerosas propagam-se para outras camadas celulares do órgão, invadem a corrente sanguínea ou linfática e se disseminam para outras partes do corpo. “Essa capacidade de invasão e disseminação que os tumores malignos apresentam de produzir outros tumores, em outras partes do corpo, a partir de um já existente, é a principal característica do câncer. Esses novos focos de doença são chamados de metástases” (INCA, 2019, p 16).

A neoplasia de próstata, no Brasil, é a segunda mais comum entre os homens ficando atrás apenas do câncer de pele não melanoma. Considerando as regiões brasileiras, o câncer de próstata ocupa a primeira posição com um risco estimado de 72,35/100 mil na Região Nordeste; de 65,29/100 mil na Região Centro-Oeste; de 63,94/100 mil na Região Sudeste; de 62,00/100 mil na Região Sul; e de 29,39/100 mil na Região Norte. Sua taxa de incidência é maior em países desenvolvidos quando comparados aos países em desenvolvimento. É considerado um câncer da terceira idade, uma vez que 75% dos casos mundiais ocorrem a partir dos 65 anos. A próstata é uma glândula masculina localizada na parte baixa do abdome, a qual apresenta a forma de maçã situando-se abaixo da bexiga e à frente do reto. Produz uma parte do sêmen, líquido que contém espermatozoides liberado no ato sexual. Observa-se que no Brasil, a taxa de incidência está em elevação considerando a evolução dos métodos diagnósticos, pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação e pelo aumento na expectativa de vida. Alguns tipos de tumores têm crescimento rápido com metástase para outros órgãos, enquanto outros crescem tão lentamente que não chegam a dar sinais e nem ameaçar a saúde do homem (INCA, 2021).

A estimativa de casos novos no Brasil para cada ano no triênio 2020-2022 será de 65.840 correspondendo a 29,2% de tumores incidentes no homem. Esse valor corresponde a um risco estimado de 62,95 casos novos a cada 100 mil homens. Em 2019 ocorreram 15.983 mortes no Brasil. Estima-se mundialmente 1.280 milhões de casos novos, o equivalente a 7,1% de todos os valores de cânceres considerados. Esse valor corresponde a um risco estimado de 33,1/100 mil. As maiores taxas de incidência de câncer de próstata encontram-se na Austrália e Nova Zelândia e nos países europeus (INCA, 2021). Dentre os fatores de risco estão o envelhecimento, uma vez que tanto a incidência quanto a mortalidade aumentam

substancialmente após os 50 anos; história familiar como pai ou irmão com câncer de próstata antes dos 60 anos, assim como fatores genéticos, hábitos alimentares ou até mesmo estilo de vida; raça negra; obesidade; e exposição a aminas aromáticas (comuns nas indústrias química, mecânica e de transformação de alumínio, arsênio (usado como conservante de madeira e como agrotóxico), produtos de petróleo, motor de escape de veículo, hidrocarbonetos policíclicos aromáticos (HPA), fuligem e dioxinas (INCA, 2021). Outros fatores como mutações genéticas herdadas representam cerca de 5 a 10 por cento de todos os cânceres (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2022) e outros incertos como dieta, tabagismo, inflamação da próstata, doenças sexualmente transmissíveis e vasectomia também podem aumentar o risco de câncer de próstata (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2020).

Outros fatores comportamentais no universo masculino também são apontados como fatores predisponentes, tais como: o consumo do tabaco, a ingestão de álcool e o sedentarismo, alimentos ricos em gordura saturada, incluindo a gordura animal, dietas pobres em fibra, pouca exposição ao sol com déficit de vitamina D (BELTRAN; DEMICHELIS, 2015).

Em relação à mortalidade masculina, o boletim epidemiológico da Vigilância epidemiológica expõe dados entre os períodos de 2010 e 2019, nos quais foram notificados 143.554 óbitos por câncer de próstata no Brasil. O ano de 2019 foi o período com mais óbitos, com 15.983 notificações correspondendo a 2,26% da população masculina conforme o quadro 2 abaixo, seguido do ano de 2018 com 15.576 (2,25%) e 2017 com 15.391 (2,23%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Abaixo, segue a distribuição de óbitos da população masculina conforme a faixa etária no Brasil no período de 2014 a 2019, sendo notório o aumento do número de óbitos com o envelhecimento da população.

Tabela 1: Distribuição de óbito no sexo masculino, de acordo com a faixa etária no Brasil, 2014-2019.

Faixa etária	2014	2015	2016	2017	2018	2019	total
20-29 anos	45.628	44.144	45.248	45.870	42.260	38.955	262.105
30-39 anos	46.881	45.998	46.230	45.822	43.582	42.346	270.859
40-49 anos	60.053	59.739	60.178	58.165	57.632	57.306	353.073
50-59 anos	94.131	95.354	99.031	95.703	96.725	97.190	578.134
60-69 anos	119.279	124.492	132.642	133.125	136.507	140.540	786.585
70-79	133.110	137.813	143.836	144.218	147.693	153.130	859.800

anos							
80 e+	143.646	152.923	160.703	163.660	164.294	173.884	959.110
Ignorados	2.879	2.600	2.565	2.353	2.200	1.884	14.481
Total	647.621	665.078	692.449	690.933	692.911	707.254	4.096.246

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

O quadro 3 assinala a taxa de mortalidade por câncer de próstata considerando a faixa etária e observa-se que após os 70 anos de idade há uma elevação em mais de 35% no número de óbitos.

Tabela 2: Taxa de mortalidade por câncer de próstata segundo faixa etária. Brasil, 2014 a 2019

Ano do óbito	Taxa de mortalidade por faixa etária		
	< 30 anos	30-69 Anos	>70 anos
2014	0,01	6,82	248,22
2015	0,02	6,83	245,15
2016	0,03	7,19	240,66
2017	0,03	7,33	238,34
2018	0,03	7,06	233,87
2019	0,02	7,31	228,80

Fonte: Ministério da Saúde, 2022, p. 5.

A maioria dos homens procura o serviço de saúde quando apresenta sintomas, ou seja, tardiamente. Esse fato está relacionado ao desconhecimento desses indivíduos sobre a prevalência, idade, hereditariedade e a raça como fatores de riscos, porque o adenocarcinoma prostático tem maior incidência em homens negros. Além disso, o processo de urbanização, a industrialização das cidades, redução da fecundidade, avanços científicos e tecnológicos permitiram mudanças no perfil populacional, caracterizando o seu envelhecimento. Nos estágios iniciais, o câncer na próstata é completamente assintomático, porém, com o decorrer do tempo, poderão surgir dificuldades para expelir a urina, caracterizando um jato urinário fraco, presença de sangue, queimação e o aumento do número de micções durante o dia. Entretanto, esses sintomas não são específicos para a doença, de modo que a presença deles não indica, necessariamente, a existência da neoplasia e exige uma melhor avaliação médica para confirmação do diagnóstico (MOTA, 2019).

O câncer de próstata tem evolução silenciosa, em sua fase inicial. Os sinais e sintomas são similares ao tumor benigno da próstata que são: dificuldade para urinar, aumento da frequência urinária e diminuição do jato urinário. Sintomas avançados incluem dor óssea, sintomas urinários, infecção generalizada, insuficiência renal, hematúria, fraturas ósseas patológicas, esgotamento físico e perda de peso (GOMES; IZIDORO, MATA, 2015; INCA, 2021).

2.2.2 Ações de controle do câncer de próstata

2.2.2.1 Educação em saúde

A educação é uma das ações de promoção da saúde para o controle do câncer de próstata na medida que reúne e transforma recursos em saúde.

A Promoção da saúde é definida pela Carta de Ottawa como um processo de capacitação da comunidade para contribuir na melhoria da sua qualidade de vida e saúde (Ministério da Saúde, 2001). Considerando esta definição, pode-se pressupor o quanto é relevante a educação para a população na medida que transforma o modo de agir e pensar de cada indivíduo na construção de saberes e produção de conhecimentos e assim melhorando a qualidade de vida e saúde.

Machado et al. (2010) inferem que a transformação do modelo assistencial curativo para um padrão voltado para a atenção primária foi necessária para adequação a um novo conceito de saúde que foi consolidado a partir das discussões e das conferências de saúde realizadas em Ottawa, Sundswall, Adelaide e Jacarta que retificaram a participação dos grupos coletivos na ações para a promoção de saúde como um instrumento de desenvolvimento de políticas públicas saudáveis no fortalecimento de ações comunitárias e habilidades sociais. Para os autores, o PSF é uma estratégia política que contribui para a redução de inequidades e ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde e a vinculação de equipes junto aos indivíduos, famílias e comunidades na complexa tarefa de cuidar da vida, doença, sofrimento e morte.

E conceituam educação em saúde como:

Educação em saúde é um processo que, ao fazer uso da comunicação, busca conferir às pessoas conhecimentos e aptidões para que estas possam fazer escolhas sobre sua saúde, despertando a consciência crítica, reconhecendo os fatores que influenciam a saúde e encorajando-as a fazer algo para mudar o status quo, com base na interação respeitosa da cultura popular, em oposição à prática comumente adotada através do autoritarismo paternalista que faz da educação em saúde muitas vezes um fracasso. (MACHADO et al. 2010, p. 2134)

Para Morosini, Fonseca e Pereira (2009), a educação em saúde é uma das formas do homem reunir e dispor recursos para intervir e transformar as condições objetivas no alcance a saúde como um direito socialmente adquirido fundamentado na atuação individual e coletiva de sujeitos político-sociais e a partir de um movimento de defesa do SUS relaciona a educação e a saúde como configuração de uma ação política entre indivíduos e a coletividade,

baseadas no entendimento da saúde e da educação e suas múltiplas dimensões: social, ética, política, cultural e científica.

Uma das estratégias para alertar os homens para o diagnóstico precoce do câncer de próstata é a campanha do “Novembro Azul”, instituída pelo Instituto Lado a Lado pela Vida em 2011. Este movimento busca conscientizar a população masculina sobre a importância do cuidado do corpo e da mente por meio da prática de exercícios físicos, da manutenção de uma dieta equilibrada, do hábito de parar de fumar, prática do sexo seguro, cuidado da saúde mental e da periodicidade do exame prostático. Outros cuidados são relevantes como a aferição da pressão arterial, realização do hemograma completo, a dosagem da glicemia e do colesterol, testes de urina, atualização da caderneta de vacinação, a verificação do perímetro abdominal e do índice de massa corporal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Por outro lado, Modesto et al. (2018) salientam que há inúmeros desafios que a saúde masculina representa aos serviços que se empenham com a integralidade e a equidade. De acordo com os autores, cuidar da saúde do homem perpassa por intervenções éticas e aceitáveis com abordagem do etilismo, tabagismo e medida anual da pressão arterial. Afirmam ainda que o rastreamento do câncer de próstata não deve ser estimulado, mas os profissionais de saúde devem ser capazes de discutir os malefícios e os benefícios com homens que procuram esse procedimento.

As ações educativas são fundamentais na conscientização do câncer de próstata pela população masculina, uma vez que despertam inquietações, conhecimentos, mudanças de atitudes e habilidades para um agir autônomo e consciente.

2.2.2.2 Medidas preventivas e de diagnóstico precoce

A prevenção do câncer de próstata compreende ações realizadas para reduzir o risco de ter a doença (INCA, 2022), sendo efetuada por meio de dois níveis de programas de prevenção: a primária, que previne a ocorrência da doença e a secundária, que consiste no diagnóstico precoce por meio de rastreamento objetivando a redução da incidência e prevalência do câncer de próstata (GOMES et al., 2008).

Já Barcelar Júnior et al. (2015) afirmam que para a prevenção primária é fundamental a limitação da exposição a agentes causais ou fatores de riscos como o tabagismo, sedentarismo, dieta inadequada e em relação à prevenção secundária, os procedimentos indispensáveis são aqueles que permitam o diagnóstico precoce ou detecção

das lesões pré-cancerosas, cujo tratamento pode levar à cura ou, ao menos, à melhora da sobrevida dos indivíduos acometidos.

Uma das estratégias para localizar um tumor em fase inicial é a detecção precoce que pode ser realizada por exames clínicos, laboratoriais, endoscópicos ou radiológicos, de pessoas com sinais e sintomas sugestivos da doença (diagnóstico precoce), ou de pessoas sem sinais ou sintomas (rastreamento), mas pertencentes ao grupo de risco. Os exames específicos para o câncer de próstata são o toque retal e o exame de sangue para avaliar a dosagem de PSA (antígeno prostático específico). Para o diagnóstico precoce há uma investigação de sinais e sintomas como: dificuldade de urinar, diminuição do jato de urina, necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou à noite e sangue na urina. Estes sintomas, em sua maioria, não são causados pelo câncer, mas devem ser investigados pelo médico (INCA, 2021).

Moraes et al. (2017) sustentam que uma das medidas de baixo custo para a prevenção do câncer de próstata é o toque retal, entretanto, em alguns casos, esta abordagem, por conta da ideiação masculina, afasta esse público da realização do mesmo por alguns motivos como: a escassez de informação, a simbologia e a vergonha, questões psicológicas e emocionais ou até mesmo por estruturas de acesso a esse tipo de exame pela rede pública.

Por outro lado, o medo da doença, dor e morte é considerado como uma das principais motivações para que os homens busquem a realização de exames preventivos e diagnósticos para avaliar seu estado de saúde (MORAIS et al., 2020).

Prado et al (2020) suscitam que os métodos de rastreamento bem como os de diagnóstico em pacientes com sintomas iniciais da doença correspondem a dois exames principais que são a dosagem de PSA e o exame de toque retal. Para o rastreio de câncer de próstata, os homens devem ser informados sobre as incertezas, riscos e benefícios potenciais desses exames. No exame retal digital, o médico insere um dedo lubrificado no reto para sentir edema ou áreas endurecidas na próstata, pois os cânceres geralmente surgem na parte posterior da glândula e às vezes podem ser sentidos durante o exame retal. Já o PSA é uma proteína produzida pelas células da próstata. A chance de um homem ter câncer de próstata aumenta à medida que o nível de PSA aumenta, mas não há um ponto de corte definido que possa dizer com certeza se um homem tem ou não câncer de próstata. Para o *American Cancer Society*, a maioria dos homens sem câncer de próstata têm níveis de PSA abaixo de 4ng/dl no sangue, homens com um nível de PSA entre 4 e 10 ng/dl têm cerca de 1 a 4 vezes chance de ter o câncer de próstata (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2021).

Segundo o INCA (2021), o diagnóstico é feito através da biópsia de próstata via trans retal ou trans perineal guiada por ultrassonografia e/ou ressonância magnética. A biópsia é indicada caso seja encontrada alguma alteração no exame de PSA ou toque retal.

Para Srougi et al. (2008), a biópsia da próstata é indicada quando o nível do PSA está muito elevado, entretanto não é possível diagnosticar com precisão o adenocarcinoma uma vez que nódulos de hiperplasia benigna, infecção, cálculos ou infartos prostáticos podem alterar o exame e simular a presença de câncer local e ainda segundo o autor, a realização da biópsia prostática pode resultar em testes falsos-positivos em 10% a 22% dos casos.

O estudo histopatológico é um exame complementar à biópsia de próstata e de certeza e é indicado quando há alteração no toque retal e/ou na elevação do PSA. O relatório anatomopatológico deve incluir a graduação de Gleason que informa a taxa de crescimento e a disseminação do tumor (INCA, 2021).

Nesse tipo de estudo histopatológico, é utilizado o escore de Gleason, no qual as células do câncer são comparadas às células prostáticas normais. Quanto mais diferentes das células normais forem as células do câncer, mais agressivo será o tumor e mais rápida sua disseminação (BACELAR et al., 2015).

A classificação dos tumores varia de 1 a 5, sendo grau 1 o mais bem diferenciado e grau 5, o mais indiferenciado. O escore final de Gleason é resultado da soma dos graus do padrão primário (predominante) e secundário (segundo grau histológico mais comum). Assim, as neoplasias mais bem diferenciadas seriam escore 2 (1+1) e as mais indiferenciadas 10 (5+5). Tumores com escores 2 a 4 são bem diferenciados, os de 5 a 7 são moderadamente diferenciados e os de 8 a 10 são tumores indiferenciados (ARAP e COELHO, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde para diagnóstico do câncer 5,7 milhões de exames anuais são realizados pelo SUS, com investimento médio anual de R\$ 102 milhões, sendo que o Brasil dispõe de 314 serviços habilitados em oncologia. Em média, são cerca de 685 mil procedimentos para tratamentos de câncer de próstata por ano, com investimento de R\$ 360 milhões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Existem algumas instituições que se posicionam a favor do rastreio da população masculina para o câncer de próstata, como: o Instituto não governamental Lado a Lado pela Vida que iniciou a campanha do Novembro Azul (Ministério da Saúde, 2021), a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (Fernandes, Assed e Smaletz, 2015) e a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU, 2015). Todos alertam para a importância do diagnóstico precoce do câncer

de próstata no homem. Steffem et al. (2018) ressaltam que, nos últimos anos, inúmeras campanhas nacionais promovidas por hospitais, sociedades médicas e outras organizações para estimular o rastreamento de câncer de próstata têm proliferado. Afirmam que essas campanhas recomendam a utilização do toque retal acompanhado do PSA motivadas pela detecção precoce da neoplasia, com redução da sua mortalidade e das complicações e impactos associados ao seu tratamento.

Em 2016, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) não recomendava a solicitação do PSA para rastreamento populacional do câncer de próstata e afirmava que era necessário levar em consideração as preferências pessoais dos pacientes e informá-los sobre potenciais benefícios e malefícios do rastreamento. Para pacientes com sintomas do trato urinário inferior, o PSA deveria ser solicitado conforme suspeita clínica (SMS-RJ, 2016). Da mesma forma, Modesto et al. (2018) ponderam que o rastreio populacional tem sido alvo de críticas crescentes de entidades voltadas à formulação de políticas de saúde e diretrizes preventivas – como o United States Preventive Services Task Force (USPSTF), o United Kingdom National Screening Committee, o Instituto Nacional do Câncer (INCA e o Ministério da Saúde (MS). Todas essas instituições têm estudado as pesquisas sobre o assunto e se posicionado contra esta estratégia, considerando que os potenciais malefícios superam seus potenciais (e questionáveis) benefícios, assim como a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) que tem compromisso com a prevenção quaternária.

A U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE publicou, em 2018, uma atualização sobre o rastreamento de câncer de próstata baseado em PSA que substituiu uma recomendação de 2012, que trata dos benefícios potenciais do rastreamento do câncer de próstata, os quais não superam os danos esperados o suficiente para recomendar o rastreamento de rotina (USPSTF, 2012). Em 2018, retira, então, sua oposição ao rastreamento rotineiro e emite nova recomendação para homens com idade entre 55 e 69 anos, que devem decidir individualmente sobre o rastreamento periódico baseado no PSA para o câncer de próstata e para homens com 70 anos ou mais, que não devem ser rastreados para esse tipo de câncer (USPSTF, 2018).

Para Catalona (2018) o rastreamento para o câncer de próstata é controverso, embora ainda salve vidas. O autor tece considerações para uma triagem mais acentuada em homens com fatores de risco elevados, com ascendência africana e/ou forte histórico familiar de câncer de próstata, bem como para homens saudáveis com idade maior ou igual a 70 anos.

Afirma que o rastreamento, quando bem interpretado, reduz significativamente o sofrimento e a morte por câncer de próstata.

De acordo com Barbosa et al. (2022), não há consenso sobre a efetividade da aplicação de rastreios para o câncer de próstata. Comentam que há uma preocupação, por parte de alguns estudiosos, com o diagnóstico excessivo e subestadiamento que não comprometem a saúde do homem, mas podem resultar em piora da qualidade de vida consequente aos efeitos colaterais do tratamento, como incontinência urinária e impotência sexual, prejuízo psicológico e custos médicos significativos.

As medidas preventivas e de diagnóstico precoce são fundamentais na atenção primária, à medida em que essas ações focam no cuidado integral à saúde do homem.

2.2.2.3 Tratamento

O objetivo do tratamento oncológico é o de prolongar a sobrevida dos indivíduos pelo maior tempo possível, desde que lhes seja mantida a qualidade de vida. Tratando-se do câncer na próstata, a terapia adequada deve ser individualizada e levar em conta o estadiamento do tumor, idade, tamanho da próstata, grau histológico, comorbidades, anseios do paciente e recursos técnicos disponíveis (MOTA, 2019).

As indicações para o encaminhamento médico ao especialista em Urologia, segundo a SMS-RJ (2016a) são:

- neoplasia em biópsia prostática;
- suspeita clínica (toque retal suspeito com nódulo, endurecimento ou assimetria);
- pacientes com sintomas de trato urinário inferior e PSA total elevado para sua idade. Nesses casos, excluir aumento por infecção urinária ou prostatite e, se infecção, repetir PSA total após um mês do tratamento;
- pacientes assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total maior ou igual a 10 ng/ml;
- pacientes assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total menor do que 10 ng/ml, porém persistentemente elevado para sua idade (repetir PSA total após 1 mês).

A maioria dos casos urológicos com diminuição de libido, balanopostite e disfunção erétil podem e devem ser manejados na APS; somente devem ser encaminhados os casos em que o especialista será indispensável para investigação e em que o manejo de situações que não é possível de ser realizada na APS, como paciente com dor aguda em testículo de forte intensidade; suspeita de neoplasia; quadros de oligospermia e nefrolitíase. É desejado que na APS procure-se investigar os casos da forma mais aprofundada o possível,

sendo o mais resolutivo no manejo, antes do encaminhamento para níveis de maior complexidade (SMS-RJ, 2016a).

Após o diagnóstico do câncer é fundamental que o médico classifique a doença por estágios. A classificação do estadiamento do câncer de próstata foi atualizada em 2018 pelo American Joint Committee on Câncer e segue o Sistema TNM (Tumor Nodo Metástase).

Segundo o American Cancer Society (AMC, 2021), o sistema TNM para câncer de próstata é baseado em 5 informações principais:

- A extensão do **tumor** principal (primário): categoria **T**;
- Se o câncer se espalhou para os linfonodos **próximos**: categoria **N**;
- Se o câncer se espalhou (**metástase**) para outras partes do corpo: categoria **M**;
- O **nível de PSA** no momento do diagnóstico;
- O grau do grupo (com base na **pontuação de Gleason**), que é uma medida da probabilidade de o câncer crescer e se espalhar rapidamente. Isso é determinado pelos resultados da biópsia da próstata ou cirurgia.

De acordo com AMC (2021) o estadiamento do câncer de próstata é definido conforme o quadro nº 2 descrito abaixo:

Quadro 2: Sistema de estadiamento do câncer de próstata

Estágio American Joint Committee on Cancer	Grupo	Descrição
I	cT1, N0, M0 Grupo de Série 1 (pontuação de Gleason 6 ou menos) PSA inferior a 10	O médico não pode sentir o tumor ou vê-lo com um exame de imagem, como ultrassonografia transretal (ele foi encontrado durante uma ressecção transuretral da próstata (RTU) ou foi diagnosticado por biópsia com agulha feita para PSA alto) [cT1]. O câncer não se espalhou para os linfonodos próximos [N0] ou em qualquer outro lugar do corpo [M0]. O Grau do grupo é 1 e o nível de PSA é inferior a 10.
OU		

I	cT2a, N0, M0 Grupo de Série 1 (pontuação de Gleason 6 ou menos) PSA inferior a 10	<p>O tumor pode ser sentido pelo toque retal ou visto com imagens como ultrassonografia transretal e está na metade ou menos de apenas um lado (esquerdo ou direito) da próstata [cT2a]. O câncer não se espalhou para os linfonodos próximos [N0] ou em qualquer outro lugar do corpo [M0]. O Grau do grupo é 1 e o nível de PSA é inferior a 10.</p>
OU		
I	pT2, N0, M0 Grupo de Série 1 (pontuação de Gleason 6 ou menos) PSA inferior a 10	<p>A próstata foi removida com cirurgia e o tumor ainda estava apenas na próstata [pT2]. O câncer não se espalhou para os linfonodos próximos [N0] ou em qualquer outro lugar do corpo [M0]. O Grau do grupo é 1 e o nível de PSA é inferior a 10.</p>
IIA	cT1, N0, M0 Grupo de Série 1 (pontuação de Gleason 6 ou menos) PSA pelo menos 10 mas inferior a 20	<p>O médico não pode sentir o tumor ou vê-lo com imagens como ultrassonografia transretal (ele foi encontrado durante uma ressecção transuretral da próstata (RTUP) ou foi diagnosticado por biópsia com agulha feita para um nível alto de PSA) [cT1]. O câncer não se espalhou para os linfonodos próximos [N0] ou em qualquer outro lugar do corpo [M0]. O Grau do grupo é 1. O nível de PSA é de pelo menos 10, mas inferior a 20.</p>
OU		
IIA	cT2a ou pT2, N0, M0 Grupo de Série 1 (pontuação de Gleason 6 ou menos) PSA pelo menos 10 mas inferior a 20	<p>O tumor pode ser sentido pelo toque retal ou visto com imagens como ultrassonografia transretal e está na metade ou menos de apenas um lado (esquerdo ou direito) da próstata [cT2a]. OU a próstata foi removida com cirurgia e o tumor ainda estava apenas na próstata [pT2]. O câncer não se espalhou para os linfonodos próximos [N0] ou em qualquer outra parte do corpo [M0]. O Grau do grupo é 1. O nível de PSA é de pelo menos 10, mas inferior a 20.</p>
OU		
	cT2b ou cT2c, N0, M0 Grupo de Série 1	<p>O tumor pode ser palpado pelo toque retal ou visto com exames de imagem, como a ultrassonografia transretal. Está em mais da metade</p>

IIA	(pontuação de Gleason 6 ou menos) PSA inferior a 20	de um lado da próstata [cT2b] ou em ambos os lados da próstata [cT2c]. O câncer não se espalhou para os linfonodos próximos [N0] ou em qualquer outro lugar do corpo [M0]. O Grau do grupo é 1. O nível de PSA é inferior a 20.
IIB	T1 ou T2, N0, M0 Grupo de Grau 2 (Pontuação de Gleason 3+4=7) PSA inferior a 20	O câncer ainda não se espalhou para fora da próstata. Pode (ou não) ser sentido pelo toque retal ou visto com imagens como ultrassonografia transretal [T1 ou T2]. O câncer não se espalhou para os linfonodos próximos [N0] ou em qualquer outro lugar do corpo [M0]. O Grau do grupo é 2. O nível de PSA é inferior a 20.
CII	T1 ou T2, N0, M0 Grupo de Grau 3 ou 4 (Pontuação de Gleason 4+3=7 ou 8) PSA inferior a 20	O câncer ainda não se espalhou para fora da próstata. Pode (ou não) ser sentido pelo toque retal ou visto com imagens como ultrassonografia transretal [T1 ou T2]. O câncer não se espalhou para os linfonodos próximos [N0] ou em qualquer outro lugar do corpo [M0]. O Grau do grupo é 3 ou 4. O nível de PSA é inferior a 20.
IIIA	T1 ou T2, N0, M0 Grupo de notas 1 a 4 (pontuação de Gleason 8 ou menos) PSA pelo menos 20	O câncer ainda não se espalhou para fora da próstata. Pode (ou não) ser sentido pelo toque retal ou visto com imagens como ultrassonografia transretal [T1 ou T2]. O câncer não se espalhou para os linfonodos próximos [N0] ou em qualquer outro lugar do corpo [M0]. Grau do grupo é de 1 a 4. O nível de PSA é de pelo menos 20.
IIIB	T3 ou T4, N0, M0 Grupo de notas 1 a 4 (pontuação de Gleason 8 ou menos) Qualquer PSA	O câncer cresceu fora da próstata e pode ter se espalhado para as vesículas seminais [T3], ou se espalhou para outros tecidos próximos à próstata, como o esfíncter uretral (músculo que ajuda a controlar a micção), reto, bexiga e/ou a parede da pelve [T4]. Não se espalhou para os linfonodos próximos [N0] ou para qualquer outro lugar do corpo [M0]. O Grau do grupo é de 1 a 4, e o PSA pode ser qualquer valor.
IIIC	Qualquer T, N0, M0 Grupo de Série 5 (pontuação de Gleason 9 ou 10) Qualquer PSA	O câncer pode ou não estar crescendo fora da próstata e nos tecidos próximos [qualquer T]. Não se espalhou para os linfonodos próximos [N0] ou para qualquer outro lugar do corpo [M0]. O Grau do grupo é 5. O PSA pode ter qualquer valor.
	Qualquer T, N1, M0	O tumor pode ou não estar crescendo em tecidos próximos à próstata [qualquer T]. O câncer se espalhou para os linfonodos próximos

IVA	Qualquer grupo de notas Qualquer PSA	[N1], mas não se espalhou para outras partes do corpo [M0]. O Grau do grupo pode ser qualquer valor e o PSA pode ser qualquer valor.
IVB	Qualquer T, qualquer N, M1 Qualquer grupo de notas Qualquer PSA	O câncer pode ou não estar crescendo nos tecidos próximos à próstata [qualquer T] e pode ou não ter se espalhado para os linfonodos próximos [qualquer N]. Ele se espalhou para outras partes do corpo, como linfonodos distantes, ossos ou outros órgãos [M1]. O Grau do grupo pode ser qualquer valor e o PSA pode ser qualquer valor.

Fonte: adaptado de American Cancer Society (AMC, 2021).

Segundo o Ministério da Saúde (2022), em suas diretrizes diagnósticas e terapêuticas para o adenocarcinoma de próstata, as opções terapêuticas disponíveis variam conforme a agressividade do tumor e características do paciente e incluem a observação, a vigilância ativa e as condutas invasivas (como a prostatectomia radical) ou a radioterapia, nos pacientes com tumores de comportamento agressivo.

O INCA (2021) recomenda que o tratamento para a doença localizada na próstata, a cirurgia, a radioterapia e até mesmo a observação vigilante devem ser oferecidos pelos médicos especialistas aos homens com diagnóstico de câncer de próstata. Para a doença localmente avançada, a radioterapia ou a cirurgia em combinação com o tratamento hormonal têm sido utilizados. Para a doença metastática, o tratamento indicado é a terapia hormonal. A escolha do tratamento deve ser individualizada e discutida por médicos e pacientes tendo em vista os riscos e benefícios de cada um.

2.3 LINHA DE CUIDADO

Malta et al. (2004, p.438) definem Modelo Assistencial como “organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde em uma coletividade.” Afirmam também que a linha de produção do cuidado analisa o modelo assistencial, partindo do argumento que a produção de saúde tem uma sistematização a partir de redes macro e microinstitucionais, em processos ativos, às quais está relacionada a imagem de uma “linha de produção” voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades. Discute, também, a “linha de cuidado” como mecanismo de acesso adequado para análise do usuário no “percurso assistencial” e defende que o trabalho em saúde tem particularidades que o distingue de outras ocupações à medida que abarca o usuário e o produtor do cuidado.

O “trabalho vivo” é conceituado em referência ao trabalho em ato, o trabalho criador que é disponibilizado pelos profissionais de saúde no momento de seu cuidado. Em oposição, o “trabalho morto”, considerado como um trabalho aprisionado, mecânico, comum nas linhas de produção da saúde, representado pelas “tecnologias duras” e “leve-duras”. O “trabalho vivo” em saúde é esperado que se exerça com as “tecnologias leves” (saberes que resultam na produção do cuidado em saúde), liberando assim o potencial transformador e qualificando a assistência (MERHY, 1997; MALTA & MERHY, 2003).

A Linha do Cuidado (LC) no campo da gestão é conceituada como forma de articulação de:

intervenção nos determinantes sociais, em medidas de regulação e legislação, equacionando-se tecnologias, instrumentos, dentre outros, capazes de impactarem o processo saúde-doença, porém partindo do lugar do singular no ato do cuidado, que só o trabalho vivo pode dar conta (MALTA & MERHY, 2010, p. 594)

A linha do cuidado implica em produtos, clientela e qualidade da assistência, que é alimentada por recursos/insumos que salientam as tecnologias a serem consumidas durante o processo de assistência ao beneficiário, funcionando de forma sistêmica e operando vários serviços. Inicia-se com a entrada do usuário nos serviços de urgência, consultórios ou clínicas da rede operadora e se estende em um percurso segundo as necessidades do beneficiário por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros (MALTA et al, 2004; MERHY & CECÍLIO, 2003).

Ou seja, a linha de cuidado é o itinerário que o usuário faz dentro de uma rede de saúde. Ela integra ações preventivas, curativas e de reabilitação, acesso a todos os recursos tecnológicos e requer uma opção de política de saúde e boas práticas dos profissionais. Para os autores, o acolhimento dos usuários pelos profissionais, significa atender bem, fazer uma escuta qualificada do problema de saúde, resolver a situação, e se necessário, fazer um encaminhamento seguro. É necessário que os trabalhadores estabeleçam vínculo com os usuários, no sentido de acompanhar seus processos por dentro da rede, e se responsabilizem, procurando facilitar o seu “caminhar na rede” para atendimento às suas necessidades (FRANCO E FRANCO, 2012).

O percurso assimila-se a um “caminhar” na rede de serviços que para uma assistência de qualidade deve ser seguro e sem obstáculos. A “linha de produção do cuidado” deve continuar no acompanhamento deste usuário para garantir a integralidade do cuidado (MALTA et al, 2004).

Malta et al (2004) citam vários fatores que podem romper ou fragmentar a linha de cuidado como: a ausência das práticas de promoção e prevenção pode ser determinante do estímulo à entrada na rede de serviços; a deficiência da rede de serviços (insuficiência do apoio diagnóstico terapêutico), inexistência de ofertas específicas (alta complexidade, exames não cobertos, carências) e outros; a segmentação dos planos (plano hospitalar, plano ambulatorial, plano obstétrico, plano odontológico), ou a contratação de um plano com cobertura limitada; atitudes de desresponsabilização do cuidador (não vinculação, saber insuficiente, negação ou cerceamento de uso de tecnologias adequadas, retardo ou não fechamento do diagnóstico, não oferta de mecanismo de acolhida às demandas agudas); atitudes de cerceamento ao acesso por parte da operadora e prestador com falta de insumos, perda de exames, qualidade questionável na prestação de assistência. Os autores elencam como desafios o restabelecimento de uma nova prática, centrada no estímulo à promoção da saúde, prevenção, relacionada ao vínculo e na responsabilização do profissional de saúde.

Na esfera da perspectiva da macrogestão, é fundamental o apoio e o investimento dos gestores em processos de gestão coletivos e participativos, tendo em vista, a corresponsabilidade entre os atores envolvidos no ato de cuidar (MALTA & MERHY, 2010). Ainda, “a efetivação da LC depende da determinação e apoio dos gestores, sejam públicos ou privados, na garantia do caminhar pela LC, equacionando os fluxos micro da LC com os macroprocessos” (MALTA & MERHY, 2010, p.595).

Para Malta & Merhy (2010), a linha de cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sob a perspectiva dos macroprocessos, compreende a organização da vigilância e da informação em saúde; a comunicação em saúde; medidas intersetoriais, legislação, e de regulação levando se em conta os vários ciclos da vida, as condições e necessidades locais; a organização da rede de serviços de saúde; e a identificação de grupos de risco e os protocolos como ferramentas para organizar o processo de atenção ao usuário. Em relação a perspectiva da micropolítica e do processo de trabalho em saúde é fundamental a atuação da equipe na coordenação do cuidado; e a vinculação e responsabilização do cuidador; a busca da produção da autonomia do usuário e no fortalecimento da capacidade de o usuário cuidar de si.

Todas estas perspectivas quando aplicadas na prática profissional do médico que atende ao usuário com suspeita de câncer de próstata resultam em melhoria da qualidade do cuidado centrado na integralidade e nas necessidades de cada indivíduo.

2.3.1 Linha de cuidado para o câncer de próstata

No caso dos portadores de DCNT como, por exemplo, o câncer de próstata, as linhas de cuidado demandam articular ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência centradas no campo de necessidades dos usuários (MALTA & MERHY, 2010).

Em novembro de 2021, o Ministério da Saúde lançou a linha de cuidado do homem intitulada de “Linha Azul” uma iniciativa que tem como finalidade fortalecer a atenção à saúde do homem na medida que sensibiliza o público sobre a importância do diagnóstico precoce e o tratamento do câncer de próstata. A “Linha Azul” delineia um caminho terapêutico para homens que apresentam sinais e alterações na próstata desde a Unidade Básica de Saúde até o tratamento especializado tendo em vista que as chances de cura aumentam 90% se o diagnóstico for feito no estágio inicial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

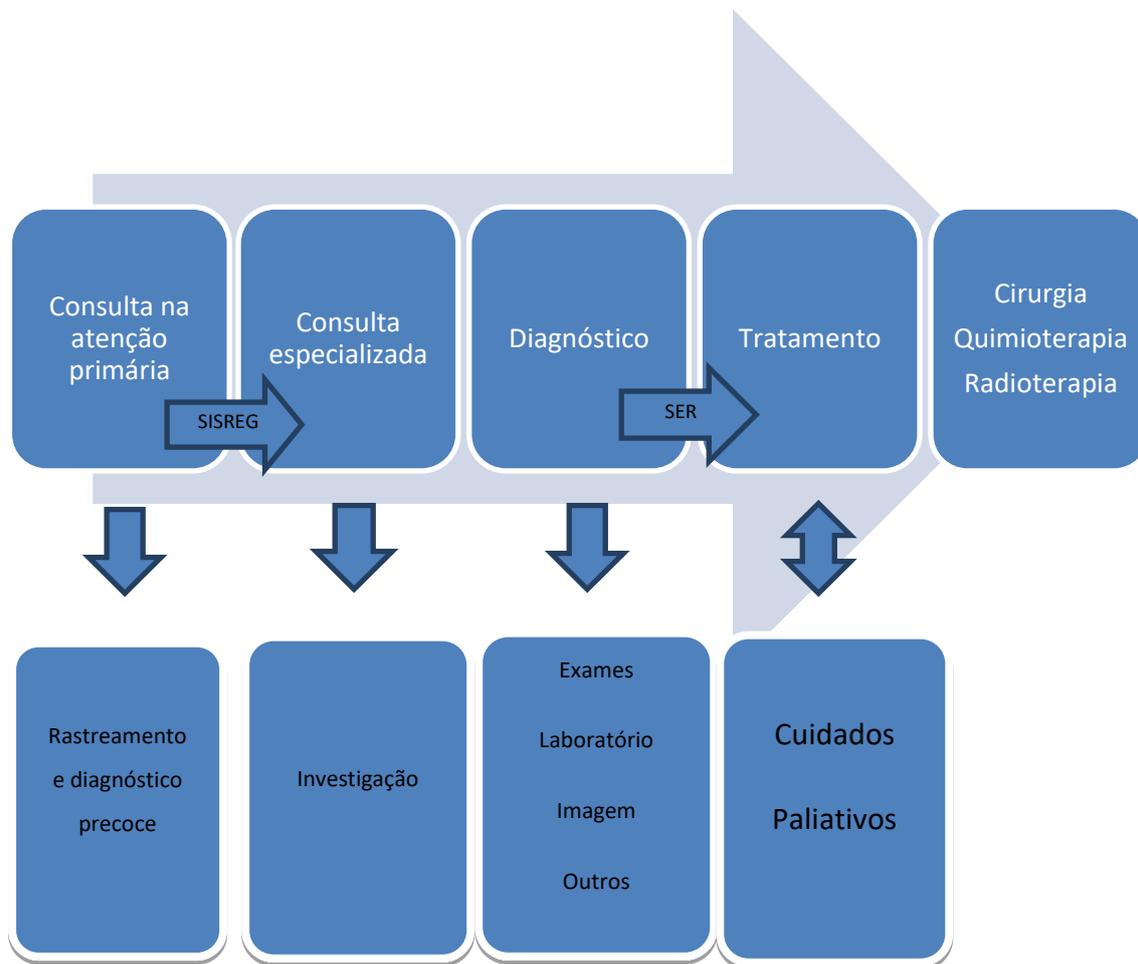
Segundo a SMS/RJ (2019), a organização da rede de atenção oncológica no Município do Rio de Janeiro é orientada pelas diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica, sendo a atenção básica a porta de entrada do sistema, onde são realizadas ações voltadas para a promoção de saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e as ações clínicas para o seguimento de doentes tratados. A SMS-RJ utiliza o SISREG como sistema oficial de regulação, onde estão disponibilizadas as vagas para atendimento em atenção secundária, com agendamento realizado na própria unidade de atenção primária, conforme protocolos e fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil e unidades executantes. Os agendamentos de consulta oncológica em unidades de atenção terciária são realizados através do Sistema Estadual de Regulação (SER), com inserção das solicitações pela APS e regulação pela Central unificada de Regulação (REUNI). Os pacientes são encaminhados à unidade de alta complexidade com o laudo de biópsia, lâmina e bloco de parafina (exceto quando a confirmação diagnóstica não for exequível na atenção secundária).

Nas Unidades de Atenção Primária da SMS-Rio:

as equipes deverão estar preparadas para receber os usuários, avaliar suas queixas, realizar os devidos encaminhamentos e solicitar exames para investigação diagnóstica dos pacientes sintomáticos, tendo como foco o diagnóstico precoce, além de esclarecer quanto a inexistência de recomendações para o rastreamento do câncer de próstata. (SMS/RJ, 2019, p. 13)

A figura 1 sinalizada abaixo representa a linha de cuidado do câncer a ser seguida por todos os profissionais que atuam na área.

Figura 1: Linha de cuidado do Câncer de Próstata



Fonte: adaptado de SMS/RJ (2019, p.1)

De acordo com este fluxo, os profissionais de saúde são fundamentais na atenção básica por fortalecerem a linha de cuidado do câncer de próstata, de forma integral, através de ações voltadas para a promoção da saúde, tratamento e campanhas preventivas direcionadas à população suscetível.

3 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa realizada teve caráter descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. Esta escolha permitiu uma proximidade entre os participantes do estudo e o pesquisador e favoreceu um estreitamento das relações, que através de abordagens amplas, permitiu uma riqueza de detalhes na composição da pesquisa. A metodologia para o estudo proposto foi a pesquisa qualitativa que, segundo Minayo (2014, p.57):

(...) se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Este método de pesquisa visa captar aspectos subjetivos da realidade social, pois trabalha com significados, valores, atitudes que vêm ao encontro dos objetivos deste estudo cuja finalidade é conhecer, na percepção dos entrevistados, a rede e a assistência ao usuário com suspeita de câncer de próstata, na perspectiva da linha do cuidado.

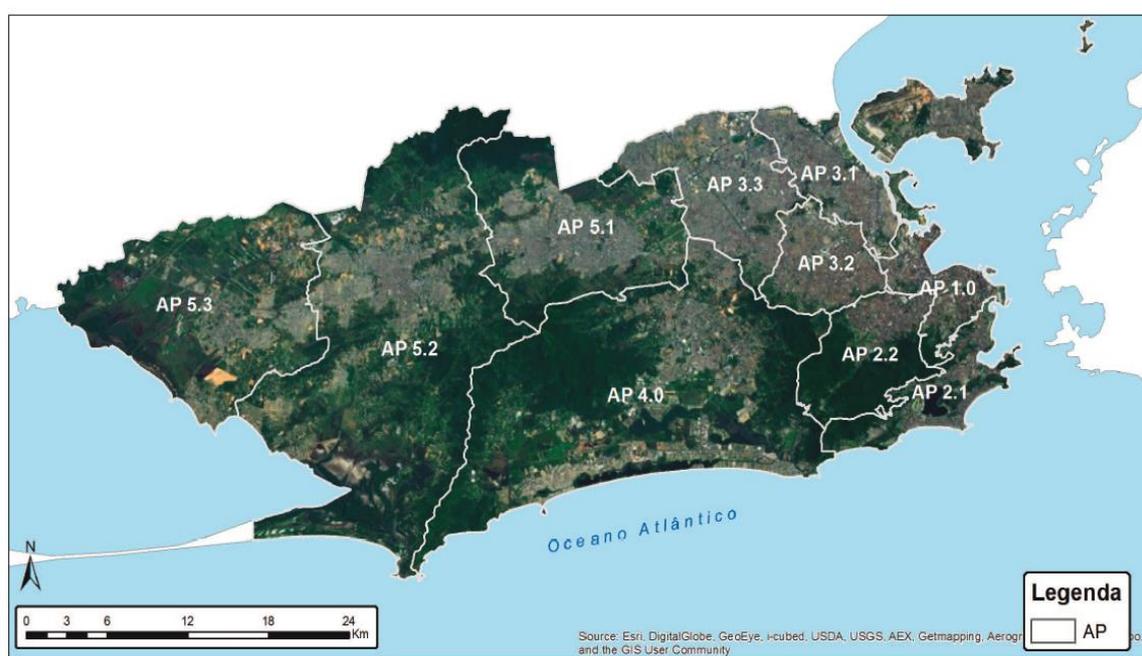
De acordo com Turato (2005), no contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo a qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. É essencial saber o que significa para as pessoas o fenômeno da doença e da vida. Assim, as pessoas organizam, de certo, modo suas vidas, inclusive o cuidado com a saúde.

Para compor o estudo realizei pesquisa bibliográfica sobre os temas principais: Sistema Único de Saúde (SUS), linha de cuidado, prática profissional e câncer de próstata. Utilizei também o Banco de Teses da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) como fonte de pesquisa que inclui teses, dissertações, além de acessar livros, e textos com acesso aos seguintes bancos: PubMed/Medline (National Library of Medicine and National Institutes of Health), Scopus, SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e a BVS (Biblioteca Virtual da Saúde). Esta revisão bibliográfica iniciou em julho de 2019 e foi desenvolvida e realizada durante todo o processo de elaboração da pesquisa. Como critérios de inclusão utilizei artigos, revisões bibliográficas, de acesso aberto, com os temas Sistema Único de Saúde (SUS), linha de cuidado, prática profissional e câncer de próstata.

3.1 LOCAL DO ESTUDO

De acordo com o Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ, 2018), o município tem 1224 Km² de área com densidade demográfica de 5.163 habitantes por Km². Ele está organizado em 33 Regiões Administrativas e 160 bairros. A cidade está dividida e 10 áreas de Planejamento conforme mapa abaixo:

Figura 2: Mapa da divisão do município do Rio de Janeiro por Áreas de Planejamento em Saúde, 1993



Fonte: Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (SMS-RJ, 2013).

É importante destacar a heterogeneidade destas áreas de planejamento que determinam as características de cada região e das formas de adoecimento e mortalidade. O Rio de Janeiro, enquanto cidade, é heterogênea, com diferentes graus de desenvolvimento e, em detrimento disso, apresenta desigualdades na distribuição e utilização dos recursos disponíveis, inclusive dos serviços de saúde. O estudo foi desenvolvido nas Clínicas da Família da AP 3.2, que junto com as APs 3.1 e 3.3 se caracteriza como a área mais populosa da cidade (37,9%), sendo que metade dos moradores de favelas vive nessa região (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO - PCRJ, 2021).

As unidades de atenção primária do município são responsáveis pelo acompanhamento das famílias em todas as etapas do ciclo de vida. Realizam a regulação de exames/consultas especializadas na própria unidade através de um médico responsável técnico, que tem como uma das suas atribuições a regulação do acesso dos usuários de seu território para outros níveis de complexidade, assegurando o vínculo, a coordenação do cuidado e o regresso do usuário para a unidade de atenção dar seguimento ao seu acompanhamento e/ou tratamento (SMS-RJ, 2018)

A AP 3.2 tem como visão a construção de uma rede de serviços de saúde de excelência, fundamentado nas práticas de integralidade, igualdade de acesso e territorialização da assistência e missão “qualificar e integrar a assistência e os serviços de saúde da área, por intermédio da coordenação de programas, supervisão, controle e avaliação”. É composta por 25 unidades e engloba diversas Clínicas da Família, Centros Municipais de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento, Coordenadoria Geral de Saúde, Policlínica, Maternidade, Instituto Municipal de Assistência à Saúde, e Centro Municipal de Reabilitação (SMS, cap 3-2, 2015). E abrange os bairros: Abolição, Água Santa, Cachambi, Encantado, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Jacaré, Lins de Vasconcelos, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos, Del Castilho, Engenho da Rainha, Inhaúma, Higienópolis, Maria da Graça, Tomás Coelho e Jacarezinho. É localizada na zona norte do Município do Rio de Janeiro e de acordo com seu infográfico tem 576.268 usuários (SMS, cap 3-2, 2015).

O estudo foi realizado em 10 Clínicas da Família: CF Bibi Vogel, CF Sérgio Nicolau Amin, CF Bárbara Starfield, CF Izabel dos Santos, CF Anna Nery, CF Anthíbio Dias da Silveira, CF Bairro Carioca, CF Edney Canazaro de Oliveira, CF Herbert José de Souza e CF Emygdio Alves da Costa Filho. As Unidades foram escolhidas porque durante o nosso trabalho como médico de família na CAP 3.2 foi observado que a organização da linha de cuidado do usuário com suspeita de câncer de próstata nas clínicas da família era fragmentada. Acredita-se que alguns fatos como problemas na infraestrutura, no acolhimento, nas ações sociais, na referência e contrarreferência, na desresponsabilização do profissional que assiste a clientela, entre outros podem contribuir com a fragmentação da linha do cuidado desses usuários.

3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Inicialmente os participantes da pesquisa seriam médicos responsáveis técnicos que trabalhavam nas Clínicas da Família da CAP 3.2, entretanto com a pandemia do COVID-19 houve saída de diversos médicos RTs e optamos por realizar entrevistas com um médico de cada ESF, totalizando dez entrevistas. Das dez entrevistas realizadas com os profissionais 06 foram feitas em parte nos consultórios de atendimento e 04 por vídeo chamada devido à Pandemia do COVID-19. A duração das entrevistas variou de 20 a 45 minutos.

Como critérios de inclusão, foram entrevistados médicos que estavam exercendo a função de médico de família por mais de 06 meses, por conhecer melhor os processos de

trabalho e linha de cuidado. E houve perdas, como os médicos de família que estavam exercendo a função há menos 06 meses, aqueles que se encontravam de férias ou outros afastamentos ou, ainda, que se recusaram a participar da pesquisa.

3.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

De acordo com Minayo (2014), a coleta de dados deve definir as técnicas a serem utilizadas tanto para a pesquisa de campo (entrevistas, observações, formulários, história de vida) como para a pesquisa suplementar de dados, caso seja utilizada pesquisa documental, consulta a anuários, censos.

A entrevista é uma técnica privilegiada de comunicação, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa (MINAYO, 2014). Vale-se, especialmente, da linguagem verbal para aquisição de informações sobre determinado tema. Apresenta uma forte interação entre os participantes da pesquisa e o/a pesquisador/a (MINAYO, 2014). Tem como vantagens a captação imediata da informação desejada; a possibilidade de tratar informações pessoais e íntimas; aprofunda dados adquiridos por outras técnicas e atinge informantes com baixo nível educacional.

As entrevistas realizadas obedeceram a um roteiro semiestruturado (apêndice 1) com questões abertas e fechadas. As questões iniciais tiveram caráter socioeconômico e relativas ao trabalho desenvolvido pelos médicos de família que atendem usuários com suspeita de câncer de próstata, na perspectiva da linha de cuidado. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, com duração média de 20 minutos. Foi feita a leitura e releitura dos dados transcritos, desde o início da coleta e no decorrer dela, para identificação das convergências e divergências, de forma a identificar os sentidos atribuídos pelos entrevistados às questões levantadas e assim elaborar uma síntese interpretativa, respondendo aos questionamentos do estudo.

Os registros nos roteiros de entrevista foram identificados como MED1, MED2, MED3, MED4, MED5, MED6, MED7, MED9 e MED10.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram interpretadas de acordo com a análise de conteúdo que, de acordo com BARDIN (2011, p. 48), se caracteriza enquanto:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo de mensagem, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Através das falas de cada participante entrevistado, conheci os aspectos relativos à linha de cuidado para atenção ao usuário com suspeita de câncer de próstata e, partir da identificação das classes de palavras, estas foram categorizadas por temas. Segundo Bardin, “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (2011, p.135)

A análise de conteúdo é uma estratégia utilizada para tratamento de dados obtidos de discursos em pesquisas qualitativas, abrangendo um conjunto de táticas, cujo objetivo é a busca dos sentidos contidos em documentos e materiais coletados, por meio de transcrições de entrevistas com áudio ou não, notas de observação, fichas de documentação, notas de campo, diários de pesquisa, fotos, filmes e outros. Tem como objetivo entender os aspectos de ação individual do sujeito através de sua linguagem para compreender suas percepções sobre seu meio de interação social, seus conceitos, significações e distribuição de seus conteúdos (MINAYO, 2014). Ela desenvolve-se em três fases:

A primeira é a pré análise, que tem como objetivo organizar o material a ser analisado, sistematizando as ideias iniciais e tornando-o operacional. Nessa fase procede-se à escolha dos documentos a serem analisados, formula-se as hipóteses e os objetivos e elaboram-se os indicadores que fundamentam a interpretação final (BARDIN, 1977; GIL, 2002).

A segunda é a fase de exploração do material, que tem por objetivo definir as categorias e as unidades de contexto nos documentos (codificação), categorização e classificação. É importante porque possibilita as interpretações e inferências, necessitando, para isso, um estudo aprofundado e fundamentação teórica (BARDIN, 1977).

A terceira etapa é constituída pelo tratamento dos resultados, inferência e interpretação tendo como objetivo tornar os dados válidos e significativos, destacando as informações para análise, interpretações e inferências para uma reflexão crítica (BARDIN, 1977; GIL 2008).

Dentro da análise de conteúdo, optamos pela análise temática que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência

signifiquem alguma coisa para o objeto analítico em questão. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2014).

Com base em Minayo (2014), podemos apontar três finalidades para essa etapa: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte. Essas finalidades são complementares, em termos de pesquisa social.

Após estas etapas, chegamos às seguintes categorias de análise: conhecimento sobre o conceito de linha de cuidado para a prevenção do câncer de próstata na atenção primária, ações de prevenção e controle do câncer de próstata, desafios para colocar em prática a linha de cuidado, potencialidades/facilidades para a efetivação da linha de cuidado do câncer de próstata na atenção primária e sugestões para melhoria da linha de cuidado de homens portadores de suspeição diagnóstica de câncer de próstata na AP 3.2 do município do RJ.

3.5 QUESTÕES ÉTICAS

Este estudo foi realizado em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que regula as diretrizes e normas da pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil que é o sistema oficial de lançamento de pesquisas para análise e monitoramento do sistema CEP/CONEP (Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). A coleta de dados só se iniciou após a aprovação da pesquisa pelo CEP/CONEP através do Parecer nº 5.082.528 - CAAE nº 51276321.3.3001.5279 (Apêndice 2).

O convite para participação do estudo foi feito pessoalmente ou virtualmente, no momento, condição e local mais adequado para esclarecimentos sobre a pesquisa, respeitando a privacidade dos entrevistados. Foram informados aos médicos a natureza do estudo, os objetivos, métodos, benefícios, potenciais riscos, e os incômodos que viessem causar, na medida de sua compreensão, e respeitados em sua singularidade. Foi concebido o tempo adequado para que os convidados que participaram do estudo refletissem para a tomada de decisão livre e esclarecida. Para todos que aceitaram a participar do estudo, foi apresentado o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e compreensão, antes da assinatura do mesmo (Apêndice 3).

Considerando o respeito pela dignidade humana, o desenvolvimento e o engajamento ético que é inerente ao desenvolvimento científico e tecnológico segundo a Resolução 466, esta pesquisa de natureza qualitativa objetivou proteger os participantes da pesquisa de possíveis riscos e danos resultantes dela. Os riscos estavam relacionados com a dimensão psíquica, moral e intelectual relacionadas à reflexão sobre o tema em estudo, pois utilizou-se a técnica de entrevista para conhecer a linha de cuidado aos usuários com suspeita de câncer de próstata a partir da percepção dos médicos, não foi feita nenhuma intervenção ou procedimento invasivo.

Em relação aos benefícios, a pesquisa visou contribuir para a proposição de estratégias para a melhoria dos serviços de saúde na atenção básica direcionados para os usuários com suspeita de câncer de próstata, resultando em benefícios para as Clínicas da Família, usuários e para os profissionais que trabalham nela. Foi assegurado o completo sigilo da identidade dos entrevistados quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Os dados foram gravados, transcritos, e serão armazenados em arquivo digital por 5 anos, sob guarda e responsabilidade do próprio pesquisador. Estas medidas tiveram como objetivo garantir a confidencialidade dos dados que só serão disponibilizados para publicações científicas com a confidencialidade assegurada.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Neste estudo foram entrevistados 08 médicos de família e comunidade e 2 médicos responsáveis técnicos de Clínicas da Família, somando 10 profissionais em sua totalidade, para conhecer a rede de assistência aos usuários com suspeita de câncer de próstata, na perspectiva da linha do cuidado, através do olhar deles. Nos propusemos a identificar fortalezas e dificuldades e refletir sobre caminhos para um cuidado de qualidade.

O quadro abaixo sintetiza as características sociodemográficas e perfil de trabalho dos entrevistados:

Quadro 3: Características sociodemográficas e perfil de trabalho dos médicos entrevistados

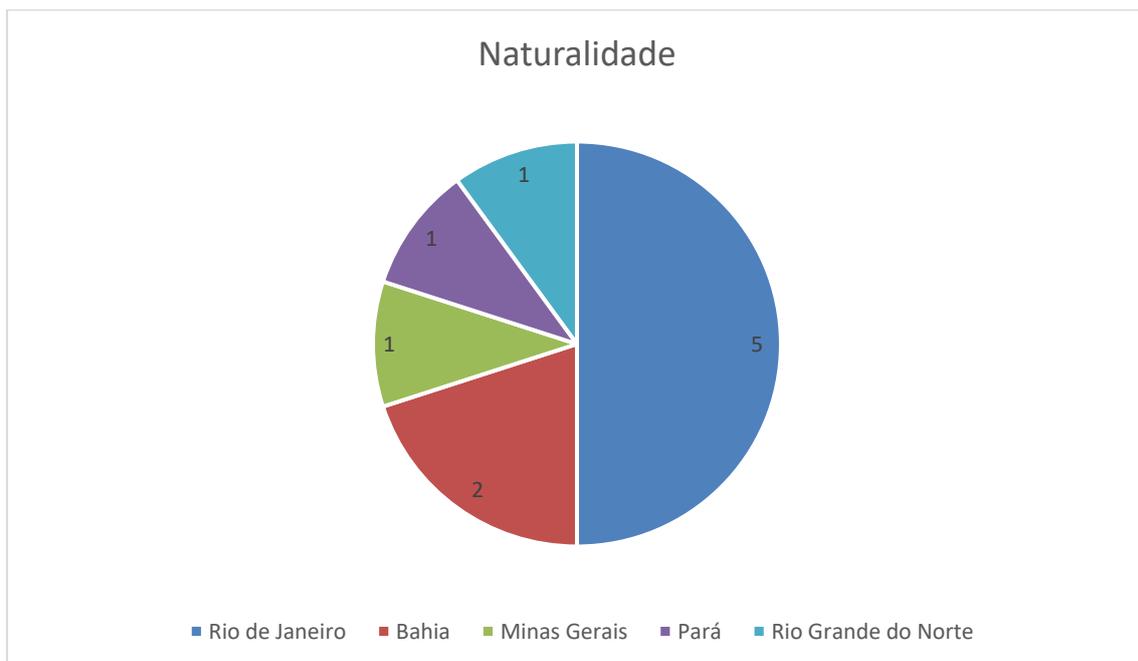
Características	Sexo		Mulheres		Homens	
			N	%	n	%
			06	60	04	40
Idade						
20 a 29 anos		01	16,7	01	25,0	
30 a 39 anos		03	50,0	02	50,0	
40 a 49 anos		02	33,3	01	25,0	
Cor/raça/etnia						
Branca		05	83,3	04	100	
Parda		01	16,7	0	0	
Formação						
Outras especialidades						
Residência médica em psiquiatria		01	16,7	01	25,0	
Residência de medicina de família e comunidade		03	50,0	02	50,0	
Residência médica em medicina intensiva		0	0	01	25,0	
Mestrado/Doutorado		0		0		
Tempo médio de formação (anos)		6,7		4,3		
Tempo médio de atuação na ESF (anos)		5,2		3,2		

Jornada de trabalho na ESF (horas)				
20 horas	02	33,3	02	50,0
40 horas	04	66,6	01	25,0
60 (20+40)horas	0	0	01	25,0
Trabalho em outras instituições de saúde	03	50,0	02	50,0
Jornada de trabalho em outras instituições de saúde				
12 horas	01	16,7	01	25,0
40 horas	01	16,7	0	0
60 horas	0	0	01	25,0
80 horas	01	16,7	0	0

Fonte: elaborado pelo autor

O gráfico nº 1, apresentado abaixo, traduz o local de nascimento de cada profissional entrevistado.

Gráfico 1: Naturalidade dos profissionais entrevistados



Fonte: elaborado pelo autor

câncer de próstata na atenção primária										
2 – Como se organiza a Linha de cuidado para portadores de Ca de próstata na AP 3.2/ SMS-RJ	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>2.1 Abordagem dos homens nas Clínicas da Família</i>	X	X	X	X	X	X	X	X		X
<i>2.2 Investigação e terapêutica: limites no primeiro nível da linha de cuidado</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>2.3 Descrição do fluxo de referência e contrarreferência</i>	X	X			X	X		X		
<i>2.4 Depois da atuação do nível terciário: atendimento domiciliar para o paciente com câncer de próstata</i>	X	X			X					
3 - Desafios para colocar em prática a linha de cuidado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>3.1 Qualificação de recursos humanos</i>	X	X					X			X
<i>3.2 Falta de acessibilidade ao</i>		X		X		X		X	X	X

<i>especialista</i>										
3.3 <i>Pandemia do COVID 19</i>					X	X	X		X	X
3.4 <i>Falta de Adesão à linha de cuidado pelo paciente</i>	X		X			X	X	X	X	X
3.5 <i>Sobrecarga de trabalho</i>	X			X			X	X		
3.6 <i>Referência e contrarreferência ineficiente</i>	X	X	X		X		X	X		X
3.7 <i>Acesso e acolhimento na porta de entrada</i>			X	X			X			
3.8 <i>Definição de políticas públicas claras para o diagnóstico precoce do câncer de próstata</i>	X	X		X		X	X		X	X
4 - Potencialidades e facilidades para a efetivação da linha de cuidado do câncer de próstata na atenção primária	X	X			X	X	X		X	X
4.1 <i>Equipe da estratégia saúde da família completa</i>		X			X					X
4.2 <i>Realização de</i>					X					X

<i>consultas médicas e de enfermagem</i>										
4.3 Exames de rastreio para o câncer de próstata disponíveis na atenção primária	X				X	X	X		X	X
4.4 Efetivação da referência e contrarreferência		X			X	X				
4.5 Campanhas educativas para a prevenção do câncer de próstata	X				X					X
5 – Sugestões para melhoria da linha de cuidado de homens portadores de suspeição diagnóstica de câncer de próstata na AP 3.2 do município do RJ	X		X	X			X	X		
5.1 Estratégias para o aumento da adesão de homens na atenção primária				X				X		
5.2 Criação de programas de prevenção na ESF direcionados a	X		X							

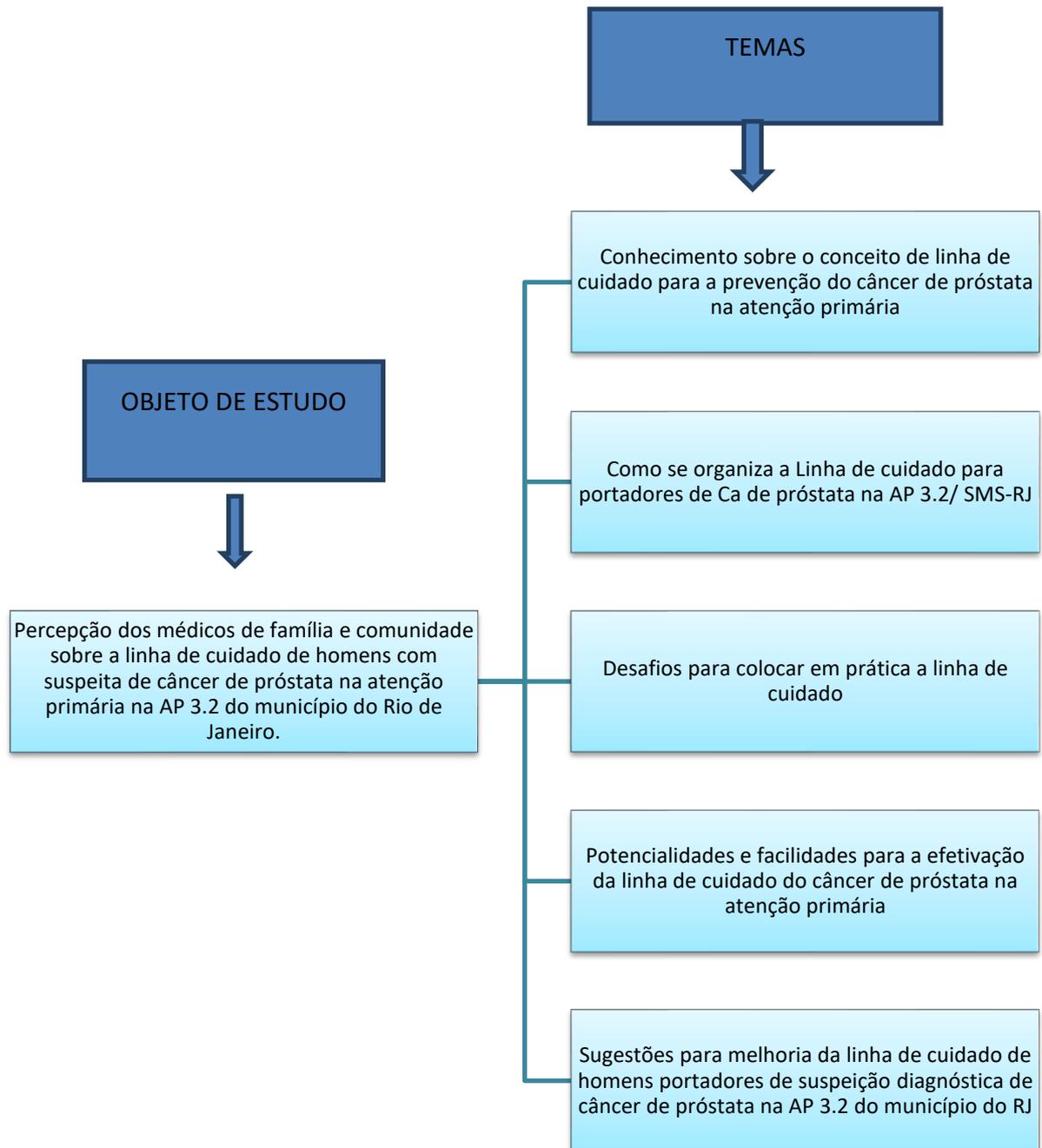
população masculina										
5.3 Elaboração de protocolos clínicos na linha de cuidado do câncer de próstata			X				X			
5.4 Melhoria na infraestrutura da CF para o atendimento à clientela				X			X			

Fonte: elaborado pelo autor

Considerando o quadro nº 4 elaborado acima, emergiram cinco unidades de significados a partir dos depoimentos que confluíram para os temas centrais do instrumento de coleta de dados e foram reorganizadas em cinco grandes temas e seus respectivos subtemas.

A figura nº 3 representa os grandes temas centrais dos depoimentos, os quais conceberam os temas de análise.

Figura 3: Temas abordados pelos médicos entrevistados a partir do objeto de estudo



4.2.2. Categoria Analítica 1: Conhecimento sobre o conceito de linha de cuidado para a prevenção do câncer de próstata na atenção primária

Este tema revela o conhecimento dos médicos entrevistados sobre o conceito de linha de cuidado e sobre a existência de LC para o câncer de próstata na SMS-RJ. O entendimento do conceito de linhas de cuidado pelos médicos de família e por responsáveis técnicos perpassa pelo encaminhamento e acolhimento de todos os pacientes com suspeita de câncer de próstata. O itinerário descrito por eles abaixo inclui a suspeita da doença, os exames diagnósticos até a confirmação da investigação e posterior agendamento de consulta na rede especializada até o retorno do paciente com o desfecho do tratamento recomendado.

As linhas de cuidados seriam os cuidados na atenção primária e se necessário complementar com exames diagnósticos, de imagem, possivelmente o encaminhamento, se for necessário... "...e durante as consultas, a gente aborda... faz questionário dirigido sobre sintomas urinários e aborda diretamente o problema... a prevenção é feita dessa maneira com atendimento clínico. (MED1)

A primeira linha de cuidado que a gente faz é através de exames complementares, né? A gente solicita exames para então encaminhar esses pacientes a especialidade... de uma maneira que ele possa já ir com esse conjunto de exames de uma maneira mais rápida possível. (MED3)

Com relação às linhas de cuidado do câncer de próstata a gente segue o que é protocolado para a SUBPAV, que é o diagnóstico e tratamento mediante a pacientes com sintomas urinários normalmente com IPSS (International Prostate Symptom Score – score internacional de sintomas prostáticos), moderado ou alto, está certo com relação às atribuições do médico, a gente faz o diagnóstico, tratamento, encaminhamento dos setores superiores. (MED6)

Analisando o discurso dos profissionais médicos, percebe-se que há um dissenso de conceitos e opiniões sobre a linha de cuidado, o itinerário terapêutico e as ações de referência e contrarreferência realizados por eles. Provavelmente esse não entendimento conceitual está atrelado ao desconhecimento de protocolos existentes na Rede de Atenção Básica, à formação profissional deficitária e fundamentada no modelo biomédico, em detrimento de conceitos de saúde pública. Nas entrevistas, a linha de cuidado para o câncer de próstata parece estar vinculada somente à Atenção Primária de Saúde, pois não são citados que as ações de cuidado perpassam também pelas redes de atenção secundária, terciária e quaternária.

Malta et al. (2004), embora tenha feito estudo na rede suplementar, elencam alguns fatores que podem comprometer a linha de cuidado também no âmbito da saúde

pública: a ausência das práticas de promoção e prevenção como determinantes do estímulo à entrada do usuário na rede de serviços; a deficiência da rede de serviços (insuficiência do apoio diagnóstico terapêutico); a inexistência de ofertas específicas (alta complexidade, exames não cobertos) e outros; a segmentação dos planos de assistência médica; as atitudes de desresponsabilização do cuidado (não vinculação, saber insuficiente, negação ou cerceamento do uso de tecnologias adequadas, retardo ou não fechamento do diagnóstico, não oferta de mecanismos de acolhida às demandas agudas); prestador do cuidado com falta de insumos, perda de exames, qualidade questionável na prestação da assistência.

Dois médicos consideram importante a participação de outros profissionais na linha de cuidado como psicólogos, nutricionistas e enfermeiros para a efetivação de um cuidado multiprofissional e de qualidade.

O correto... seria a gente ter uma rede de cuidado que passasse por psicólogo... pelo nutricionista também...Eu acho que a gente tem uma rede mais interligada entre a atenção primária e atenção desses pacientes junto aos especialistas... “Então, assim se diagnosticada e tratada, é uma patologia benigna, porém os pacientes adoecem na nossa mão, né? (MED2)

...a enfermagem acaba fazendo o acolhimento desses pacientes e vai passando os casos para mim, o que dá para ir resolvendo... a gente vai resolvendo e pede ultra, pede PSA, pede a biópsia antes de sair essa vaga da Urologia para agilizar a vida dele. (MED8)

Numa das falas acima citadas, percebe-se que o médico de família solicita exames e procedimentos para agilizar a vida do paciente na atenção primária, entretanto esta conduta é apenas uma parte do papel do profissional na assistência ao usuário.

Para Sirena e Targa (2016), a consulta do Médico de Família e Comunidade é centrada na pessoa e não na doença, em um indivíduo ou órgão isolado. Citam que para sistematizar o trabalho é preciso: 1 – explorar a doença e a experiência da doença como por exemplo: história clínica, exame físico, exames laboratoriais e dimensões da doença; 2 – entender a pessoa como um todo; 3 – elaborar conjuntamente um plano de manejo dos problemas; 4 – incorporar prevenção e promoção de saúde; 5 – melhorar o relacionamento entre o serviço e o usuário e sua família; e 6 – ser realista. Afirmam que a consulta médica desse profissional é um grande instrumento de auxílio na satisfação das necessidades de saúde e que características tanto de organização do sistema de saúde quanto da relação médico-

paciente comunidade destacam a consulta do médico de família como sendo um instrumento privilegiado de cuidado à saúde.

Para Franco & Franco (2012), a linha do cuidado reflete os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, na medida em que atende às suas necessidades de saúde. Malta & Merhy (2010) afirmam que o cuidado de cada usuário deve ser integral e organizado em rede e que cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado. Para eles, a linha de cuidado é como se fosse uma “estação” no circuito que cada indivíduo deve caminhar para obter a integralidade que precisa.

A atenção dispensada pelos médicos de família aos pacientes com suspeita de câncer de próstata é primordial no acolhimento e vinculação à rede de atenção primária desses usuários. Percebe-se que há um dissenso sobre a linha de cuidado e outras abordagens (fluxos assistenciais, terapêuticos, protocolos etc.) e por isso é muito difícil de ser construída e mantida.

Silva et al. (2016, p. 844) observam que:

tanto os conceitos de linha do cuidado quanto de itinerário terapêutico têm sido explorados sob diferentes perspectivas, o mais das vezes de modo fragmentado, circunscrito à descrição de percursos ou fluxos, de busca e/ou oferta de atenção à saúde, seja pelo sistema formal, da rede de serviços de saúde, seja pelo sistema informal, envolvendo outras referências, como autocuidado, cuidados caseiros e práticas religiosas (SILVA et al., 2016, p. 844).

Dubow et al. (2014) revelaram a existência de deficiências nas condições operacionais fundamentais à integração dos diversos níveis de complexidade do sistema com consequente desarticulação e fragmentação do cuidado. Para os autores, essas fragilidades contribuem “para uma menor resolutividade das ações em saúde, com possível agravamento das condições de saúde desses indivíduos, piorando sua qualidade de vida, além de sobrecarregar os serviços de maior complexidade do SUS” (DUBOW et al., 2014, p. 101).

Frente ao exposto, a construção, organização e manutenção de uma linha de cuidado própria para o câncer de próstata requer o envolvimento e comprometimento de todos (gestores, profissionais e usuários) para que esse itinerário seja de qualidade e de acordo com as necessidades de cada indivíduo priorizando uma atenção em saúde integralizada.

Nas entrevistas foi notório observar o compromisso dos profissionais com a saúde dos homens que caminham pela rede na busca de uma consulta, de um exame, de um tratamento, de um atendimento direcionado para suas queixas e até mesmo o encaminhamento para um especialista.

4.2.3 Categoria analítica 2: Como se organiza a Linha de Cuidado para portadores de Ca de próstata na AP 3.2/ SMS-RJ

Abordagem dos homens nas Clínicas da Família

Os depoimentos revelaram as ações dirigidas à população masculina na medida em que alguns médicos orientam medidas de promoção como a educação voltados para hábitos saudáveis de vida e de prevenção do câncer de próstata quando se esforçam para prevenir doenças não transmissíveis como o câncer de próstata. A busca ativa e a abordagem de problemas de saúde comuns aos homens nas consultas, assim como a solicitação de exames de rastreio revelando as tecnologias e os recursos utilizados foram significantes na preservação da saúde masculina, conforme os trechos das entrevistas a seguir:

A gente tenta fazer até busca ativa de vez em quando no território... procurar os pacientes que olha vamos conversar com os agentes de saúde...ver quem são os pacientes com mais de 50 anos... há quanto tempo estão sem consulta? chama ele para uma consulta ou para conversar se eles precisam de alguma coisa, os agentes são cruciais nesses aspectos ...procuram os pacientes ver como é que eles estão... E durante as consultas, a gente aborda... faz questionário dirigido sobre sintomas urinários e aborda diretamente o problema... a prevenção é feita dessa maneira com atendimento clínico. (MED1)

É a partir do momento que ele é atendido dentro de cada equipe e dentro do seu perfil ...do perfil epidemiológico, como idade, sexo e dentro do que é preconizado, a gente destina alguns exames de rastreio para tratamento de diagnóstico de câncer. (MED10)

A prevenção pode ser definida como ações desenvolvidas por profissionais de saúde que trabalham na atenção primária objetivando melhorar as condições de vida, detectar precocemente as doenças e seu tratamento adequado, neste sentido se faz necessário que o indivíduo tenha informações suficientes para incorporar ao seu dia a dia hábitos saudáveis (CZERESNIA; FREITAS, 2003). Para Gomes et al. (2008), a maioria dos fatores de risco que predispõe o surgimento do câncer de próstata é desconhecida ou inevitável, entretanto dois fatores podem ser considerados fatores determinantes para o desenvolvimento do câncer de próstata: a idade e fatores hereditários. Segundo observação realizada pelo INCA (2017), uma das prioridades no município de Lagoa dos Carros, em Pernambuco é o Programa de Saúde do Homem voltado para a prevenção do câncer de próstata que, no período noturno, atende somente a homens. Nele, são desenvolvidas ações, pelos profissionais de saúde, como palestras educativas sobre alimentação saudável e câncer de próstata e a importância do exercício físico e de uma boa qualidade de vida e atendimento com médicos, dentistas, fisioterapeutas e educador físico entre outras atividades.

Ao serem questionados sobre como organizam as ações de prevenção e controle do câncer de próstata na AP 3.2 do município do Rio de Janeiro, os entrevistados focaram em descrever as orientações fornecidas para os homens aos quais eles atendem, voltadas para a redução dos fatores de risco ligados ao câncer de próstata, como a manutenção dos hábitos saudáveis de vida, tais quais realização de exercícios físicos, a redução do peso, a ingestão de alimentos saudáveis entre outros, além do acompanhamento clínico de rotina.

Falando em prevenção nós orientamos que eles não devem fumar, devem reduzir o uso de bebidas alcoólicas, devem fazer atividades físicas, inclusive eles podem utilizar a nossa academia. (MED3)

E com relação à prevenção dos fatores de risco, eu sempre converso com os pacientes para praticarem exercícios físicos, controlarem o peso, fazer uma alimentação mais rica em verduras e frutas, evitar as bebidas alcoólicas entre outras. (MED 10)

Um dos entrevistados, entretanto, embora faça orientações aos homens em seu cotidiano, tem dúvidas quanto à existência de uma linha de cuidado para a prevenção do câncer de próstata no município do Rio de Janeiro, uma vez que não identifica nenhum programa de prevenção na unidade em que trabalha, conforme o relato abaixo:

orientações...eu fico em dúvida se existe algum trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de prevenção com relação a essa área, porque a princípio, na minha unidade a gente não tem nenhuma linha, nenhum programa de prevenção ao câncer de próstata. (MED6)

De acordo com a Prefeitura do Rio de Janeiro, as clínicas da família são um marco que simboliza a reforma da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro. Possuem foco nas ações preventivas, de promoção de saúde e diagnóstico precoce de doenças como o câncer de próstata. Dentre os serviços oferecidos existem a realização de consultas individuais e coletivas, a visita domiciliar, o Programa Academia Carioca, o controle do tabagismo, o acompanhamento de doenças crônicas, as ações de promoção da saúde e proteção social na comunidade, entre outras. Existe também uma linha de cuidado direcionada para o câncer de uma maneira geral (SMS, 2022).

A equipe da atenção básica é de vital importância no processo de estímulo a população masculina na participação de ações de prevenção e promoção da saúde, por exemplo, o estímulo ao autocuidado e à adesão de homens aos serviços de saúde. Para a autora são exemplos de ações: orientação e sensibilização da população masculina quanto às

medidas disponíveis para detecção precoce do câncer de próstata em pacientes sintomáticos e com disfunção erétil, entre outros agravos do aparelho geniturinário (ALVES, 2016).

Abreu et al. (2013) discutem estratégias para o diagnóstico precoce do câncer de próstata e resalta a importância da promoção de discussões dirigidas para a população masculina como assuntos relativos ao toque retal, mas também ações voltadas para a prevenção de doenças de forma a reduzir a mortalidade e desmitificar as questões relacionadas ao câncer de próstata. Concluem que a realização de atividades educativas pode contribuir para minimizar as dificuldades, reduzindo o preconceito e aumentando a adesão masculina nos serviços de saúde para a prevenção do câncer de próstata.

As ações de promoção de saúde são fundamentais para a melhora da qualidade de vida da população masculina uma vez que aproxima o homem à rede primária de saúde.

Oliveira et al. (2019) argumentam que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, lançada pelo Ministério da Saúde, objetiva facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, visto que os agravos do sexo masculino são considerados um problema de saúde pública. Utiliza-se, no rastreamento do câncer de próstata dois exames: o exame digital da próstata e a dosagem do PSA, porém ambos apresentam limitações relacionadas à sensibilidade, à especificidade e ao baixo valor preditivo positivo. No exame digital da próstata, são avaliados o tamanho, a forma e a sua consistência, no sentido de verificar a presença de nódulos. Este exame apresenta algumas limitações, uma vez que somente possibilita a palpação das porções posterior e lateral da próstata, deixando 40% a 50% dos tumores fora do seu alcance.

Para os profissionais entrevistados, as condutas preventivas são fundamentais para a detecção precoce do câncer de próstata que vão desde as queixas urinárias dos homens até os exames mais complexos como a biópsia de próstata.

A gente solicita exames laboratoriais e realiza o exame físico do paciente...e o toque da próstata. A partir deste momento com a observação de alterações nos exames a gente procura... encaminhar esse paciente para a realização de outros exames, com uma alta complexidade. (MED2)

A gente faz o toque, a gente pede ultrassom, dependendo do valor, pede o PSA. (MED6)

... a gente foca na questão do PSA. E é observando que tem alguma alteração...e dependendo dos sintomas, a gente também busca oferecer exames de imagem como a ultrassonografia de próstata, às vezes, quando julgar necessário, também o complemento da ultrassonografia de aparelho urinário para descartar algum diagnóstico diferencial, enfim, ou para uma avaliação de alguma

estrutura correlata...e a partir do momento que ele é atendido dentro de cada equipe e dentro do seu perfil ...do perfil epidemiológico, como idade, sexo e dentro do que é preconizado, a gente destina alguns exames de rastreamento para tratamento de diagnóstico de câncer. (MED10)

Há indícios, pelas falas, que os médicos necessitam de capacitações para lidar com os problemas de saúde da população masculina que surgem no seu cotidiano de trabalho. Analisando as entrevistas, é evidente que os médicos não seguem os protocolos clínicos baseados em evidências científicas e algumas condutas de rastreamento são equivocadas, pois há fundamentos que o rastreamento de câncer de próstata traz mais danos do que benefícios, além disso, há uma recomendação da SMS-RJ para não organizar programas de rastreamento para o câncer de próstata e que aqueles homens que buscam voluntariamente a realização de exames de rastreamento sejam informados pelos médicos sobre os riscos e benefícios associados a esta prática.

Alguns médicos aproveitam qualquer consulta de rotina para fazer o rastreamento de câncer de próstata nos homens e não perdem a oportunidade de abordar a população masculina no dia a dia de trabalho e, à medida em que encontram alguns achados preditivos da doença, solicitam exames mais específicos como vemos a seguir.

Alguns homens já chegam no consultório e perguntam: “doutora, eu estou querendo ver como é que está a minha próstata porque faz tempo que eu não vejo...” e aí nessa a gente vai, pede um PSA. (MED4)

Então, aqui a gente oferece consultas agendadas e livre demanda, não é? Quando a gente detecta um paciente com uma suspeita de câncer de próstata...com alguma alteração urinária, a gente parte para as investigações... que é a primeira coisa que a gente pede é a ultrassonografia da próstata. É o primeiro passo que a gente dá nesse caso com suspeita. (MED5)

Geralmente... como a gente está atendendo mais os grupos prioritários...com comorbidade... hipertenso, diabético, idoso, quando eles chegam, a gente pergunta se tem algum sintoma urinário. Se ele diz qualquer sintoma urinário a gente pede o PSA. E apesar de não ser um bom preditor para câncer de próstata, mas a gente acaba pedindo o ultrassom de próstata...A gente não encaminha logo para um urologista, porque senão vai demorar muito, a gente pede logo biópsia de próstata e quando sai o resultado da biópsia coloca logo no CER. (MED8)

Percebe-se, no relato abaixo, que as ações preventivas e de rastreamento quando são empregadas tardiamente não são capazes de diagnosticar precocemente a hiperplasia prostática benigna e às vezes observa-se o agravamento do quadro do usuário.

“Geralmente eu peço uma ultrassonografia de próstata, se for necessário. ou mesmo PSA com um homem com mais de 50 anos com

sintomas urinários, a gente pede PSA, também...Eu vou tentando tratar para hiperplasia prostática benigna... vou tentando ajudar aí da maneira que eu posso... mas inevitavelmente, às vezes, os sintomas vão se agravando, a gente trata como pode” (MED1).

Para Bacelar Júnior et al. (2015), a forma indicada na atualidade para o rastreamento de câncer de próstata e definição de diagnóstico é a união entre o exame retal digital e a dosagem sérica do PSA; posteriormente a biópsia e o estudo histopatológico.

Já Biondo et al. (2020) afirmam que, no Brasil, assim como outros países, o Ministério da Saúde não recomenda a organização de programas de rastreamento de câncer de próstata, baseado em evidências científicas atuais, que indicam mínima redução da mortalidade por câncer de próstata através de programas de rastreamento junto a uma série de possíveis danos à saúde masculina, tais como: resultado falso-positivo; sobrediagnóstico; sobretratamento; resultado falso-negativo. Uma outra opção ao rastreamento propõe que, para realizar o controle do câncer de próstata, é necessário: a capacitação dos profissionais, a organização da assistência a casos sintomáticos, o esclarecimento à população e agilidade da confirmação diagnóstica e no tratamento dos casos.

Para uma assistência de qualidade é fundamental o comprometimento dos médicos da ESF no rastreio e na detecção precoce do câncer de próstata, através de ações assertivas e na tomada de decisões compartilhadas com a clientela. Para isso, os médicos devem ser capacitados a atender esta população, através da educação permanente em saúde, com vistas a mudanças de seus processos de trabalho na abordagem de pacientes com suspeita de câncer de próstata.

Investigação e terapêutica: limites no primeiro nível da linha de cuidado

Na atenção primária, são imprescindíveis as ações de detecção precoce baseadas nas queixas, nos sinais e sintomas urinários e resultados de exames considerando a singularidade de cada indivíduo. Os entrevistados tratam clinicamente os usuários sintomáticos com recursos existentes nas unidades de saúde. Eles sabem que a doença traz modificações significativas na saúde dos homens e, com seus conhecimentos, buscam resolver problemas e melhorar a qualidade de vida da clientela assistida.

Eu vou tentando tratar para hiperplasia prostática benigna... vou tentando ajudar aí da maneira que eu posso... a gente tenta ajudar nesse sentido, mas inevitavelmente, às vezes, os sintomas vão se agravando, a gente trata como pode... (MED1)

...a gente vai tratando clinicamente até onde a gente consegue.... a gente vai tratando, mas a gente tem um limite, né? Porque a atenção básica ela é altamente limitada, posteriormente a isso a gente não consegue fazer mais...quando a gente precisa de algo cirúrgico, a gente não tem mais essa demanda. (MED3)

Em 2017, o INCA, através de um Boletim informativo de detecção precoce do câncer de próstata, não recomendava o rastreamento, devendo a atenção primária ter papel no controle da doença no que se refere a: incentivo a estilos de vida saudáveis; esclarecimento à população e atenção aos sinais de alerta e o encaminhamento oportuno ao especialista.

De acordo com o protocolo de encaminhamento da atenção básica de homens com neoplasia de próstata para a atenção especializada (urologia), não é recomendável solicitar PSA para rastreamento populacional do câncer de próstata. As preferências pessoais dos pacientes devem ser levadas em consideração, assim como a informação sobre os potenciais benefícios e malefícios do rastreamento. Para pacientes com sintomas do trato urinário inferior, o PSA deve ser solicitado conforme suspeita clínica. Para a hiperplasia prostática benigna devem ser informados no encaminhamento: os sinais e/ou sintomas da doença como tempo de início, histórico de retenção urinária, descrição de toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo; tratamento em uso ou já realizado para sintomas urinários; resultado do exame de PSA total; resultado de exame de creatinina sérica; cor da pele (preta ou não) para cálculo da Taxa de Filtração Glomerular; resultado de ecografia abdominal ou vias urinárias ou próstata, quando realizada. Já para a neoplasia de próstata são necessários: os sinais e sintomas da doença (descrição do toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo); o resultado de biópsia prostática; o resultado de PSA total (se PSA total < 10 ng/mL em paciente assintomático ou PSA elevado para sua idade em pessoa com sintomas de infecção urinária/prostatite, descrever dois exames com intervalo mínimo de um mês); e resultado de exame qualitativo de Urina (EQU)/EAS/Urina 1 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Apesar da literatura recomendar ações de controle da doença, observa-se que alguns médicos entrevistados empenham ações voltadas para o tratamento de sinais e sintomas da doença, embora limitados frente as tecnologias de cuidado existentes na clínica

da família. Percebe-se na fala deles que os pacientes acometidos pela doença muitas vezes adoecem e se agravam na atenção primária.

Descrição do fluxo de referência e contrarreferência

É imprescindível o acesso do homem aos serviços especializados de complexidade superior ao da atenção primária e, para a implementação desta etapa, os médicos da ESF devem referenciar a clientela para outros cenários da rede de atenção à saúde, dando continuidade ao processo de cuidado, apesar das dificuldades enfrentadas na comunicação com as outras áreas assistenciais.

Dias & Juliani (2018) define o sistema de referência e contrarreferência na saúde como o encaminhamento de usuários segundo o nível de complexidade requerido para resolver seus problemas de saúde. Para os autores:

“Referência” é o ato formal de encaminhamento do paciente atendido em determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade e “contrarreferência” é o ato formal de encaminhamento do paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência (DIAS & JULIANI, p.2, 2018).

O sistema de referência e contrarreferência (RCR) são integrantes dos sistemas logísticos, compreendidos como tecnologias de informação que provê a organização racional do trânsito de informações de saúde de cada indivíduo assistido. Ou seja, são fluxos e contrafluxos de informações dos usuários e das pessoas entre os serviços que formam a rede, tornando eficaz a troca de informações ao longo dos pontos das RAS, estabelecendo uma comunicação para a constituição da integralidade do cuidado de cada usuário (MENDES, 2011; ALVES et al., 2015; PEREIRA; MACHADO, 2016).

Para Oliveira, Silva & Souza (2021) a operacionalização das Redes de Atenção de Saúde pelos serviços de saúde, só é possível através do funcionamento adequado do sistema de referência e contrarreferência (RCR). O usuário obtém a continuidade do cuidado ofertado a partir da comunicação realizada por diferentes profissionais de saúde e por diferentes serviços, além disso é visto como um todo e obtém atenção integral.

Para parte dos médicos entrevistados, é importante fundamentar e preencher integralmente a referência para a garantia de acesso aos exames de maior complexidade e aos especialistas na atenção secundária.

Se você embasa sua referência com exames com justificativa, com uma história bem contada... aí a vaga sai, se houver disponibilidade... (MED1)

Olha, no meu caso eu quero preencher o mais completo possível (a qualificação para o SISREG) justamente para não ter esse problema de voltar e para o paciente ficar esperando...para a gente ter que chamar o paciente de novo para coletar novos dados. Eu já tento coletar tudo o que eu acho que é necessário...que você vai ser pedido: resultado de cultura, resultado de EAS para encaminhamento para ultra... não fala da ultra, mas para o urologista. Já peço, já coloco a ultra, a gente coloca tudo, PSA, vê se tem um histórico... relata a história do paciente, não só os resultados de exame do paciente. Começou há tantos dias com uma hematúria, com uma diminuição do jato urinário. Vai descrevendo toda a história do dia X que ele começou até a data atual. Justamente para ele ter a informação, para não ter esse tipo de problema, de voltar o pedido, a ultrassonografia é mais difícil de voltar, mas encaminhamento para a especialidade, às vezes volta. (MED9)

Por outro lado, na visão dos médicos entrevistados, embora a contrarreferência exista para facilitar a comunicação entre os profissionais da rede de atenção à saúde, para seguimento do usuário na Estratégia Saúde da Família, nem sempre eles retornam, pois existe uma tendência de se fixar o usuário somente no nível secundário e terciário de saúde, não havendo retorno para as equipes de saúde da família sobre o desfecho dos pacientes encaminhados.

Às vezes, a contrarreferência retorna preenchida pelo especialista e a gente dá seguimento ao atendimento do paciente como a marcação de novos exames e a solicitação de outros especialistas. (MED2)

Poucos especialistas mandam contrarreferência, poucos, até porque nem todos nem todos voltam para a gente, não é? Dependendo do caso do paciente, é, eles ficam lá então de lá mesmo. Eles já estão agendados, reagendados e de lá mesmo eles já fazem o acompanhamento. (MED7)

A referência e contrarreferência permitem aos médicos da ESF instrumentar um cuidado integral e universal aos pacientes com suspeita de câncer de próstata, na medida que compartilham com profissionais especializados informações, exames e tratamentos de saúde sobre o usuário a fim de dar seguimento ao cuidado. E esse apoio da rede básica é fundamental no aconselhamento e tomada de decisão do paciente em questão. Entretanto, há muitos percalços na manutenção da referência e contrarreferência nas redes de atenção à saúde, visto que há diversos desafios enfrentados pelos profissionais e usuários para a efetividade do fluxo e contrafluxo. Há problemas no preenchimento adequado da referência, na ausência de comunicação na contrarreferência, usuários que não retornam ao serviço para a continuidade do cuidado, a longa fila de espera no acesso a atenção secundária e terciária e a

falta de responsabilização de alguns profissionais envolvidos na assistência. Nossos resultados se alinham com o estudo de Brondani et al. (2016), que discutem a existência de diversos desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde e afirmam que há uma dificuldade na articulação nos serviços de saúde e o trabalho solitário que são evidenciados pela falta de comunicação entre os trabalhadores dos serviços, o desconhecimento sobre os serviços da rede, a carência de educação permanente, ausência de retorno dos serviços e a falta de responsabilização dos profissionais envolvidos no cuidado fragilizando os processos de referência e contrarreferência.

Da mesma forma, Melo, Criscuolo e Viegas (2016) ressaltam que o acesso aos serviços da rede é inviável e precário quando resultantes de:

encaminhamentos desnecessários, ações médicas pouco resolutivas no nível primário, contrarreferência pouco frequente, falta de recursos e estruturas, investimentos insuficientes. Esses fatores inviabilizam a integralidade da atenção nas RAS, e conseqüentemente o caminhar da referência e da contrarreferência, estagnando o processo de cuidado integral e equânime. (MELO, CRISCUOLO, VIEGAS, 2016 p. 4994)

O encaminhamento de homens com suspeita de câncer de próstata da atenção primária para os serviços especializados, como a urologia, é uma das etapas a serem trilhadas para o acesso dos usuários ao diagnóstico definitivo e tratamento em tempo oportuno. Para os entrevistados, as alterações clínicas no exame físico, nos exames específicos e complementares para o diagnóstico do câncer de próstata são critérios utilizados para a referência aos serviços especializados. Ademais, os homens com suspeita clínica devem ter prioridade no encaminhamento para o especialista. Esse cuidado faz parte de uma atenção contínua e resolutiva por parte dos profissionais de saúde e reflete a preocupação com uma das doenças crônicas não transmissíveis como, por exemplo, o câncer de próstata. Revelam ainda o conhecimento e uso de protocolos para o encaminhamento ao especialista.

A gente vai encaminhar para urologista direto eu até já peço também uma ultrassonografia para ele já chegar no urologista com a ultrassonografia já feita, se possível...o importante é o médico ter um critério na hora de encaminhar para solicitar se tiver...geralmente com biópsia não tem muito problema... (MED1)

A partir deste momento com a observação de alterações nos exames a gente procura é... encaminhar esse paciente para a realização de outros exames, com uma alta complexidade. (MED2)

A gente faz um encaminhamento para o urologista. Normalmente vai para o urologista primeiro. (MED5)

A Atenção Primária de Saúde (APS) é que forma a base e determina o trabalho dos demais níveis do sistema de saúde, organizando e racionalizando o uso dos recursos, tanto básicos como especializados, voltados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Com os recursos adequados, a APS pode cumprir suas funções primordiais, tais como a resolutividade de 85% das patologias mais comuns em saúde; ter a função de protagonista na coordenação (comunicação) dos fluxos de referência e contrarreferência de pessoas, de produtos e de informações; e, também, de responsabilização da equipe de saúde em relação aos usuários da RAS (MENDES, 2012).

O encaminhamento, por escrito, realizado pelos médicos da ESF, traduz a comunicação entre os níveis de atenção e uma efetivação da integralidade do cuidado à clientela com suspeita diagnóstica de câncer de próstata e é indispensável na coordenação da assistência primária de saúde.

Depois da atuação do nível terciário: atendimento domiciliar para o paciente com câncer de próstata

O atendimento domiciliar e as ações de controle do câncer de próstata constituem um dos componentes da atenção básica que visam a garantia da qualidade de vida, o cuidado paliativo e o controle dos sintomas e alívio da dor além de integrar a família neste cuidado. Neste relato observa-se a preocupação do médico da ESF com o cuidado integral e multidisciplinar ao idoso com câncer em seu domicílio.

*“muitas vezes o idoso está **restrito ao lar** não pode vir nas consultas e ele **precisa de atendimentos** como fisioterapia, cuidados com curativos ou pacientes que tem escaras de decúbito, então eu preciso que o técnico vá lá acompanhar. E o SIPAD inclui médicos, mesmo que nós da família, mas tem médicos que vão lá também. E então esse atendimento... pois o paciente teve neoplasias, paciente teve câncer de próstata está restrito em casa... esse atendimento é muito importante para os cuidados paliativos” (MED1).*

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cuidados paliativos são um tipo de conduta com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias frente ao risco de morte associado a uma doença (WHO, 2007). Para garantir qualidade de vida, bem-estar, conforto e dignidade humana, os cuidados paliativos devem ser centrados na pessoa, valorizando as necessidades do paciente de forma que este receba

informações adequadas e culturalmente apropriadas sobre seu estado de saúde e o seu papel nas tomadas de decisões sobre o tratamento recebido (WHO, 2014).

A OMS preconiza a importância dos cuidados paliativos na atenção básica como integrantes da linha de cuidado (WHO, 2014), no entanto, a rede deve estar integrada e articulada para assegurar ao paciente, sob tais cuidados, a internação numa unidade de cuidados paliativos, os exames de investigação diagnóstica e o seu acompanhamento, proporcionando segurança ao paciente e aos seus familiares e compartilhando as decisões para o final da vida (UGARTE, 2014).

Os cuidados paliativos realizados em domicílio pelas equipes da ESF e com o apoio da família contribuem para o bem-estar, conforto e melhora da qualidade de vida do indivíduo. A vigilância e monitoramento pelas equipes resultam em cuidado digno e integral aos pacientes restritos ao lar, idosos ou com câncer de próstata em fase terminal.

4.2.4 Categoria Analítica 3: Desafios para colocar em prática a linha de cuidado

O enfrentamento de desafios pelos médicos que atuam na atenção primária revela problemas no que concerne a linha de cuidado para homens com suspeita de câncer de próstata. Dentre as adversidades, foram citadas: **a qualificação de recursos humanos; a falta de acessibilidade ao especialista; a pandemia do COVID 19; a falta de adesão a linha de cuidado pelo paciente; a sobrecarga de trabalho; a referência e contrarreferência ineficiente; acessibilidade a porta de entrada e definição de políticas públicas claras para a atenção ao paciente com câncer de próstata.**

Qualificação de recursos humanos

Nas falas, percebe-se que existe, em algumas situações, inabilidade e déficit de conhecimento dos profissionais médicos no trato de doenças crônicas não transmissíveis como o câncer de próstata.

As referências voltam... porque não tem critérios que eu acho que são bem claros... estão bem estabelecidos, se não tem a descrição do

exame clínico, não tem exame de imagem, não tem PSA elevado, se você mandar pro urologista um paciente com uma queixa genérica de que está com polaciúria ou nictúria. uma coisa assim...na minha opinião com razão não vão aceitar referência... (MED1)

...eu percebo que é um pouco automatizada a assistência... o paciente chega, às vezes, por conta do alto fluxo de pacientes falta aquele olhar de você parar se atentar às vezes para idade, pensar no que que você poderia fazer com o paciente... (MED4)

Ramalho et al. (2014), em seu estudo, relataram a ausência de capacitação dos profissionais de serviço e observou que alguns participantes da pesquisa tinham um conhecimento parcial da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e afirmam que os profissionais de saúde precisam ter um conhecimento técnico-científico relativas às políticas e aos programas promovidos pelo Ministério da Saúde objetivando a melhora da capacidade de intervir de forma integral nas diversas situações de saúde-doença. Para os autores, a qualificação dos trabalhadores de saúde, principalmente os da atenção básica, é necessária face aos avanços teóricos, organizacionais e políticos ocorridos, igualmente a diversidade do campo da atenção aos usuários, o que impõe diariamente novas situações a serem enfrentadas.

A carência de profissionais qualificados e o despreparo na abordagem a pacientes com suspeita de câncer de próstata repercutem na assistência prestada e nas referências para o especialista em urologia.

Falta de acessibilidade ao especialista

A falta de pessoal qualificado para o encaminhamento de pacientes com suspeita de câncer de próstata foi uma importante dificuldade citada pelos atores entrevistados, em especial a quantidade de especialistas em urologia na atenção secundária.

Poucos.... poucos especialistas...(MED2)

E eu acho que a quantidade de urologista não tem na rede. (MED8)

Olha... para a Urologia vai demorar, porque tem muita gente. Tem que lembrar que não é só câncer de próstata para o urologista ver! (MED9)

Poucos especialistas focais e pouca agenda no SUS para urologista. (MED10)

Os médicos entrevistados relatam que o tempo de espera para a consulta com um especialista é longo e na maioria das vezes não há vagas e que esta espera resulta no atraso do diagnóstico e tratamento médico.

Com relação a tempo de espera para uma consulta com um especialista...pela minha experiência... é uma coisa que é oscilante flutua... tem épocas que sai rápido... tem épocas que não sai. É... eu acho que a gravidade do caso até influência menos do que eu imaginava, às vezes, eu acho que em casos graves que demora um pouco... outros que não acho... que tudo depende da disponibilidade de vagas na rede não dá para dizer que tem um padrão assim se é rápido ou lento. É que não há vagas! não há vagas! às vezes, aparece a vaga... é eu acho que isso é uma questão mais de política pública... sabe? de investimento no SUS...o maior gargalo é não ter vaga. (MED1)

E a fila se torna grande. A gente tem é o retorno desse paciente e o atraso no tanto no diagnóstico final do paciente e no estadiamento quanto no início do tratamento dele. (MED2)

Da atenção primária para chegar até o especialista, é um pouco demorado, sim. (MED7)

Tal queixa é corroborada por diversos estudos. Essa longa espera é um indicativo de qualidade dos serviços à medida que está relacionada à capacidade de resposta do sistema às necessidades de atenção à saúde da população (AEENPARAST et al., 2012; CONILL, GIOVANELLA e ALMEIDA, 2011). A longa espera pode, ainda, resultar em sofrimento do paciente, redução das possibilidades de cura, permite o agravamento das enfermidades ou a extensão de sequelas e até o risco de morte (PADOVANI, SCHON, LARANA, 2011; HADORN, 2000).

Entre as principais barreiras ao acesso à atenção especializada estão o aumento da demanda, o aumento da expectativa de vida e da prevalência das doenças crônicas, somado à insuficiência de recursos e de serviços (VIEIRA, 2007; BENDER, MOLINA e MELLO, 2010). A falta de acessibilidade ao especialista de urologia ocorre em virtude de deficiências no sistema de regulação, a alta demanda de pacientes e a redução de especialistas na rede de atenção secundária. A Comissão de Ensino e Treinamento da Sociedade Brasileira de Urologia (2002) realizou um estudo sobre o perfil socioprofissional de urologistas no Brasil e concluiu que o número de novos especialistas em urologia está crescendo duas vezes menos que o crescimento demográfico da população. É uma especialidade tipicamente masculina e desenvolvida por profissionais com média de idade de 43 anos, em que o consultório é a principal área de atuação desses profissionais e a maioria mantém vínculos nos setores

público e privado. Infere que a concentração maior de programas de formação especializada nos grandes centros urbanos tem provocado saturação de especialistas, entretanto, o mercado de trabalho tem enfrentado uma crise com o aumento da jornada de trabalho, a multiplicidade de vínculos, a redução do valor absoluto pago ao trabalho médico, a deterioração das condições de trabalho e o aumento da participação dos convênios na vida profissional destes especialistas.

Acreditamos que para promover o aumento da acessibilidade ao especialista, faz-se necessária a ampliação das unidades formadoras de especialistas em urologia para aumento do atendimento da clientela com suspeita de câncer de próstata, bem como a melhoria da qualificação desses especialistas com vistas a qualidade da assistência prestada no campo da saúde pública.

Pandemia do COVID 19

O enfrentamento à pandemia do COVID 19 modificou os fluxos e as rotinas de atendimento aos usuários nas UBS na visão dos médicos entrevistados. Relataram também diversas dificuldades na atenção integral e universal aos pacientes não COVID 19, como a suspensão da atenção à saúde na maioria das linhas de cuidado, a falta de tempo para o cuidado, a diminuição das ações de vigilância em saúde, a redução da própria equipe médica afetada pela doença, a saída de profissionais da atenção básica, assim como redução das ações preventivas desenvolvidas nas clínicas da família. Alguns médicos esperam que todas as ações realizadas na atenção primária retornem ao normal com o fim da pandemia.

Hoje com a pandemia está complicado. É muito difícil de fazer essa abordagem nesses pacientes que a gente quase não consegue atender pacientes sem ser covid. Essa é a nossa realidade hoje. E no COVID a gente não oportuniza o câncer de próstata. Não dá tempo...acho que a gente está nas mãos do COVID não é? A gente está dependendo dele assim, quando isso melhorar isso tudo volta ao normal, como sempre foi aqui... (MED5)

A gente tem que se dedicar mais aos atendimentos COVID, tá? É isso, de certa forma, acho que atrapalha, tem atrapalhado um pouco nosso atendimento, porque tem deixado sim, um pouquinho de lado, essas linhas de cuidado que demandam, por exemplo, um pouquinho mais de atenção, um pouquinho mais de vigilância, um pouquinho mais de supervisão e muitas das vezes a gente tem gastado muito tempo com os atendimentos COVID e acaba não reservando espaço adequado para as linhas de cuidado. (MED6)

Então eu estou nessa clínica desde setembro de 2021. E por conta da pandemia, os grupos foram suspensos. (MED7)

Olha...quando começou a pandemia, tudo foi parado, a gente ficou só com a Pandemia e aquelas coisas que não podem parar, não é? A gente vê tuberculose, gestante, criança até um ano... Então não está dando para fazer muito isso por conta da pandemia...o que a gente está fazendo não é saúde da família! Está fazendo com atenção de pandemia há 2, quase 3 anos. Então, assim precisa voltar a fazer saúde da família, é o primeiro passo. Com isso, terminando a pandemia vai desafogar não só da família, como os setores secundários e deficitários também. (MED9)

De acordo com Giovanella et al. (2022), o enfrentamento da pandemia COVID 19 representa um grande desafio para a atenção básica. Para os autores houve continuidade da atenção de rotina, entretanto, afirmam que em diferentes epidemias foi observado que o excesso de mortes por outras causas pode superar aquelas ocorridas pela doença emergente. As ações primárias foram adaptadas ou modificadas e indicam preocupação com a preservação da saúde dos usuários e grupos prioritários como gestantes, hipertensos e diabéticos. Constataram que as atividades de rotina foram inicialmente suspensas e gradualmente foram adaptadas e, para dar conta da continuidade com menos risco de contágio, formas remotas de busca ativa aos usuários foram introduzidas na maioria das Unidades Básicas de Saúde.

A Pandemia COVID-19 também impactou o trabalho dos profissionais na atenção primária e resultou em esgotamento físico e mental ocasionando doenças ocupacionais e afastamentos do serviço.

*...está todo mundo quebrado de atender a **pandemia**... está todo mundo adoecendo mesmo... (MED4)*

Acredito que está muito difícil realizar a medicina, a estratégia de saúde da família, medicina de família! Neste momento é inviável, além do do cansaço por conta das atividades paralelas relacionadas ao covid, não é? A necessidade de ter sempre uma equipe atendendo a síndrome gripal, e isso desfalca equipe. Tem também os desfalques relacionados ao corpo mesmo da clínica, não é? As pessoas evadiram, as pessoas saíram da atenção primária. É justamente porque não estava conseguindo fazer aquilo que elas estudaram para fazer a prevenção, a prevenção quaternária, primária, a coordenação de cuidado, a promoção de saúde... são coisas que têm ficado realmente de lado por conta da pandemia, não é mesmo?(MED10)

Uma pesquisa realizada por Machado et al. (2022) da Fiocruz retrata o perfil e as condições de trabalho dos profissionais de saúde e revela que eles estão esgotados pelo trabalho na pandemia do COVID-19. Os profissionais em sua maioria (95%) apresentam alterações significativas em seu bem-estar pessoal e vida profissional. Segundo os autores, os

profissionais da linha de frente são marcados pela dor, sofrimento e tristeza, trabalham em ambientes de forma extenuante, sobrecarregados para compensar o absenteísmo.

Um dos entrevistados relata o abandono das linhas de cuidado na ESF refletindo a precariedade da assistência prestada.

...a vigilância está ruim, a coordenação de cuidado está ruim, as linhas de cuidado estão abandonadas...(MED10)

Nota-se que a pandemia alterou a maioria da rotina das unidades de saúde, com reflexo na assistência médica e com repercussões para a saúde física e mental e trabalho desenvolvido pelos profissionais na linha de frente. O enfrentamento do COVID 19 pelos médicos das UBS é de extrema importância nas ações preventivas de cuidado e de controle da epidemia, embora a assistência básica deva incluir e acolher todos os usuários de forma igualitária, equitativa, universal e integral e a manutenção de melhores condições de trabalho com ênfase na saúde do profissional que atende na atenção primária.

Falta de Adesão à linha de cuidado pelo paciente

A falta de adesão à linha de cuidado do câncer de próstata pelo paciente com a suspeita da doença é notória frente as falas dos entrevistados. Afirmam que diversos fatores ocasionam uma resistência em procurar assistência na UBS como o simples fato de ser homem, a realização de exames preventivos como o toque prostático, a questão cultural do homem ser “invulnerável” e a negligência com a própria saúde.

E, também tem um estigma com essa questão específica de exame de próstata que eles acham que vão chegar aqui ...E o médico quer fazer usando toque desnecessariamente e até que isso seja esclarecido... até que isso seja conversado... muitas vezes eles são resistentes a essa abordagem....muitas vezes quando eles vêm aqui porque já estão acordando várias vezes a noite para urinar e já tem um quadro um pouco mais avançado, mas a gente tenta fazer a prevenção...as clínicas da família fazem campanha novembro azul...A dificuldade cultural que a gente tem...do homem não fazer check up, do homem não procurar... muitos homens, de maneira geral, serem um pouco negligente com a própria saúde... eles não procuram atendimento...Então, acho que tem uma cultura do homem de ser um pouco negligente para a saúde dele. (MED1)

...eles só procuram quando eles sentem alguma coisa. Eles não procuram preventivamente. (MED3)

O paciente, ele não vem pelo fato dele ser homem, dele ter vergonha, dele não querer falar e quando já chega a falar o negócio, já está um pouco mais avançado também. (MED7)

Porque a gente sabe que a relação do homem com essa questão do cuidado, autocuidado, do cuidado com a saúde, é uma relação difícil, não é? É uma parte da população que não costuma buscar o atendimento médico quando não tem sintoma ou quando tem poucos sintomas, não é? (MED10)

Cavalcanti et al. (2014), fundamentados em argumentos históricos, destacam que a população masculina percebe o cuidado à saúde como algo que não é peculiar à masculinidade não dando importância para a prevenção de doenças e ressaltam que a maioria está inserida no mercado de trabalho e que não procuram a assistência de saúde por incompatibilidade entre os horários de funcionamento dos serviços com a disponibilidade após as atividades laborais, embora alguns homens admitam que precisam se cuidar, fato incomum devido ao estigma associado a cultura machista predominante na sociedade.

Para Gomes et al. (2007) no imaginário comum, o homem é visto como invulnerável forte e viril, sendo essas características afetadas pela procura dos serviços de saúde o que demonstra sinais de fraqueza, medo e insegurança e que interfere no seu autocuidado. A pequena demanda masculina na atenção primária contribui para que eles desenvolvam patologias passíveis de prevenção e tratamento eficiente, quando diagnosticadas precocemente, porém quando tardio, têm o mal prognóstico. Uma outra dificuldade é o fator do homem ter vergonha em expor seu corpo para o profissional de saúde principalmente na região anal no caso do câncer de próstata. Os autores enfatizam que “os serviços de saúde também são considerados pouco aptos em absorver a demanda apresentada pelos homens, pois sua organização não estimula o acesso e as próprias campanhas de saúde pública não se voltam para este segmento” (p. 571).

Niromiya (2020) ressalta que conhecer as vulnerabilidades masculinas é primordial para agir em relação a má adesão do homem no acesso e continuidade do acompanhamento nos serviços de saúde. Afirmam que a morbimortalidade no homem é agravada pela resistência masculina em buscar a Atenção Primária frente às principais doenças e comorbidades e que a adesão é tardia e focada no tratamento ao invés de medidas preventivas de saúde.

A falta de adesão à linha de cuidado do câncer de próstata traz várias consequências à saúde do homem que impactam em sua vida pessoal, profissional e até mesmo nas ações preventivas fomentadas pela Atenção Básica.

Sobrecarga de trabalho

A sobrecarga de trabalho ficou evidente nas falas dos entrevistados. O aumento da demanda no atendimento, a falta de médicos na atenção primária, a renda salarial baixa e a carga horária cumprida nos serviços impactaram efetivamente no trabalho desenvolvido. O profissional que atende na ponta permite ser absorvido pelo cotidiano de trabalho e executa um atendimento automatizado, ocasionando interferências no registro da anamnese, do histórico, dos sinais e sintomas característicos da doença e, eventualmente, deixam de solicitar exames específicos para a doença e com isso não identificam pacientes que tem potencial para desenvolver a patologia perdendo o time para o encaminhamento para os especialistas em neoplasia de próstata.

...e não é com equipes sem profissionais, que acontece muito hoje em dia, que obriga a gente a atender muitas demandas de médicos que estão muito sobrecarregados. (MED1)

Eu atribuo (a falta de médico) à exaustão da carga horária. Que eu acho... que é uma carga horária que é puxada para remuneração e hoje em dia o médico 40 horas... não conseguiria fazer uma atenção básica de qualidade 40 horas. (MED4)

A defasagem de salário, a carga horária aqui também de 40 horas fica sendo pesada. É uma carga horária de 40 horas a estratégia, né? Ainda mais quando as equipes estão reduzidas. Mas isso mesmo: salário e a carga horária em alguns outros locais é menor! (MED8)

Peretti, Martins e Guanaes-Lorenzi (2013) comentam que o trabalho na Atenção Primária à Saúde expõe os profissionais a fatores que podem levar a doenças ou sofrimento, decorrentes da própria natureza do trabalho e de sua organização. Outros fatores de adoecimento incluem a precarização do trabalho, jornadas excessivas, vínculos precários e baixos salários que podem levar a Síndrome de *Burnout*. Ferreira e Anderson (2020) estudaram um grupo de apoio à saúde do trabalhador em uma Unidade Básica de Saúde identificaram uma autopercepção de elevado nível de estresse e de sobrecarga de trabalho.

Percebe-se que os médicos entrevistados estão sobrecarregados na assistência prestada e estressados no ambiente de trabalho, principalmente quando trabalham sob pressão e com número de profissionais reduzidos. As questões salariais também interferem no rendimento do trabalho.

Referência e contrarreferência ineficiente

Já citado como item importante da linha de cuidado, os entrevistados retornaram ao tema e disseram que existem problemas com as referências e as contrarreferências para a rede de atenção especializada. Em relação às referências, há uma longa fila de espera no SISREG e um aumento da demanda que retarda o diagnóstico e o tratamento das doenças crônicas não transmissíveis como o câncer de próstata e conseqüentemente o usuário tem uma evolução significativa da doença. Por outro lado, as contrarreferências não retornam com a avaliação e conduta dos especialistas por escrito. Os médicos de família acabam tendo conhecimento da atenção prestada através do próprio paciente, o que dificulta a comunicação entre os profissionais de saúde e a execução de uma atenção à saúde na lógica da integralidade e continuidade do cuidado. Os médicos afirmam ainda que há uma desvalorização do papel da contrarreferência e no entendimento sobre o funcionamento da Unidade Básica de Saúde, por parte dos especialistas.

*Acho **pobre esta contrarreferência** de maneira geral...o paciente muitas vezes ele volta aqui e diz: - doutor eu fui atendido lá... na policlínica Piquet Carneiro ...lá no Hospital do Andaraí. Eles voltam e dizem que estão sendo acompanhados lá e não tem documento nenhum que o médico de lá mande para a clínica da família. (MED1)*

A partir do momento que a gente vê a necessidade de uma avaliação mais complexa de um paciente que apresenta alterações com um especialista...a gente regula esses pacientes pelo sistema de regulação do SUS. Agora a gente tem uma dificuldade na resposta, no retorno desse paciente, até mesmo esse paciente ser chamado para avaliação do especialista. É, acho que isso perpassa por vários problemas, né? Tanto na demanda quanto na quantidade de profissionais. (MED2)

Não, isso daí [a referência do SISREG] a gente enfrenta um grande problema...porque nem sempre são logo chamados. Então, com isso, às vezes tem um avanço da doença, porque o sistema é lotado, as filas são enormes e a demanda... também. Então, às vezes o paciente tem uma evolução do quadro dele, da doença...dele, por causa do longo tempo na fila. (MED3)

A contrarreferência não é a realidade de nenhuma especialidade. É muito difícil você pegar alguma contrarreferência na unidade básica...o usuário retorna às vezes por boca mesmo falando com o discurso que o médico falou com ele, mas sem o escrito da contrarreferência. (MED5)

É muito raro a gente receber uma contrarreferência. Na verdade, a gente acaba sabendo da conduta, do segmento quando isso volta pelo paciente, através de uma consulta de coordenação, de cuidado, de rotina, por algum outro motivo ou até mesmo pela supervisão, né?...Eles (os especialistas) não conseguem entender como funcionam o SISREG, não consegue entender como funciona a atenção primária,

a coordenação de cuidado, então acabam desvalorizando o papel ...a função, né, da contrarreferência. (MED10)

O sistema de referência e contrarreferência é caracterizado por uma tentativa de organizar os serviços objetivando possibilitar o acesso pelas pessoas que buscam os serviços de saúde. Segundo o sistema, o usuário atendido na Unidade Básica é referenciado (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade, quando necessário. E quando o atendimento especializado é finalizado deve ser contra referenciado. O profissional deve encaminhar o usuário, em formulário próprio da instituição, para que a continuidade do atendimento seja feita (RIBAS, 2018)

Esse sistema é um elemento importante para comunicação na Rede de Atenção à Saúde, mas dentro dele ainda são vistas algumas limitações, como falhas na comunicação e desconhecimento dos trabalhadores sobre o sistema de Regulação e Contrarreferência. É, portanto, incapaz de garantir assistência de forma não fragmentada, limitações que dificultam a transposição da barreira da comunicação para produção do cuidado integral em saúde (MELO; CRISCUOLO; VIEGAS, 2016; BRONDANI et al., 2016).

O sistema de referência e contrarreferência, na visão dos profissionais da Atenção Básica, encontra-se como uma evidente fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e a gerência dos serviços; entre os serviços de saúde e os de apoio diagnóstico e terapêutico; e entre as práticas clínicas desenvolvidas, por diferentes profissionais, de um ou mais serviços, voltados a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos. Essa situação pode ser exposta, pelo desconhecimento dos profissionais sobre o fluxo do serviço, por uma falta de planejamento e definição desse fluxo (PEREIRA; MACHADO, 2016).

De acordo com Thomas et al. (2021) a baixa da qualidade no sistema de referência e contrarreferência tem alguns determinantes como a carência da educação continuada, a falha na comunicação entre os pontos de atenção, o sistema de prontuário ultrapassado e com reduzido acesso entre os pontos de atenção e comentam que algumas características do SUS no Brasil dificultam o acesso na atenção de média complexidade como o crescente distanciamento das instâncias Federal e Estadual, a fragmentação dos sistemas de saúde, o não funcionamento da referência e contrarreferência que gera problemas como o usuário sem direcionamento no sistema de saúde, o aumento de gastos para a área de saúde pela duplicidade de trabalho, o déficit de recursos humanos que é prejudicial para a realização da articulação entre os profissionais dos três níveis de atenção, entre outros fatores.

Os médicos entrevistados vivenciam no seu dia a dia a ineficiência das referências e contrarreferências. O problema faz parte de sua realidade, mas para a efetividade do cuidado integral é fundamental a comunicação entre os profissionais que trabalham nas redes de atenção à saúde.

Acesso e acolhimento na porta de entrada

Os fatores que influenciam o acesso e o acolhimento de usuários à porta de entrada das Unidades Básicas de Saúde foram evidenciados pelos médicos em suas falas. Inferem que a clínica da família perde a sua característica principal quando atende urgências e emergências e outras demandas não pertinentes a atenção primária, os médicos deixam de cuidar de usuários que frequentam a clínica da família, de fazer a profilaxia de patologias, de fazer os grupos voltados para as doenças de base e têm a percepção de que estão sobrecarregados, além de não dar conta das demandas inerentes à unidade. Uma outra questão que surgiu foi que alguns usuários não sabem o papel da clínica da família na comunidade e trazem demandas não pertinentes à atenção primária.

... a gente hoje em dia não faz tanta medicina de família... a clínica da família virou uma UPA, uma emergência. Nós hoje em dia atendemos demandas, apenas a gente está perdendo um pouco aquela questão de ser médico, de família, de atender a base, não é? A gente está perdendo aqueles grupos a toda aquela questão de cuidado para o de profilaxia, não é tratando apenas da doença, tratando a emergência, tratando o imediatismo. (MED3)

os pacientes não sabem muito bem qual o papel da clínica da família, às vezes, então eles vêm com queixas que não seriam próprias de serem atendidas aqui e isso acaba que sobrecarrega a nossa rotina aqui, que deveria ser estabelecida por um propósito. E, ao mesmo tempo, a gente não consegue dar para quem vem para uma consulta de família, de fato, a atenção que aquela pessoa mereceria, porque a gente tem que zerar a nossa fila, a nossa agenda do dia. (MED4)

Viegas et al. (2015) analisaram o acesso de usuários de uma Unidade Básica de Referência. A análise dos resultados foi apresentada com base nas dimensões estrutural (financiamento, cobertura), relacional (compreensão do processo saúde-doença) e operacional (organização dos serviços). Na dimensão estrutural, verificou-se que o subfinanciamento do sistema de saúde constitui uma dificuldade para o acesso aos serviços de saúde e para a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF); na dimensão relacional, a ausência de alinhamento sobre a estrutura e os fluxos de funcionamento do sistema de saúde impacta negativamente na relação do profissional com o usuário; e na dimensão operacional, profissionais de saúde e usuários relataram importantes lacunas tais como cobertura da ESF, marcação de consulta, acolhimento, barreiras geográficas, referência e contrarreferência.

O acolhimento recomenda inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania (FRANCO et al., 1999).

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender à exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a gestão clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar (FAGUNDES, 2004)

Souza et al. (2008) afirmam que a ampliação da rede básica tem contribuído para a melhor acessibilidade geográfica e identificaram alguns problemas como a desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda. Todos estes fatores ocasionam uma descontinuidade na atenção e no acesso a encaminhamentos, tanto nas unidades de saúde da família como nas unidades básicas de saúde. Os autores acreditam que só será possível compreender as diferenças nos modos de operar entre os diferentes tipos de serviços básicos de saúde a partir da forma de inserção desses no sistema de saúde, em especial, da articulação da atenção básica com as demais redes assistenciais. E concluem que o “acesso e acolhimento constituem-se como desafios na construção do cuidado integral e como elementos de fundamental importância para a gestão e avaliação de serviços de saúde” (p.S110).

Os problemas relacionados ao acesso e o acolhimento na porta de entrada refletem uma dissociação entre a oferta e o aumento de demanda de usuários na rede básica. O acolhimento é deficiente e a escuta não qualificada, além disso a redução de profissionais de saúde interfere no acesso à rede básica.

Definição de políticas públicas claras para atenção ao paciente com câncer de próstata

Os médicos entrevistados perceberam que um dos motivos pelo qual os homens não vão à clínica de família é a falta de políticas públicas que incentivem o público masculino a buscar atendimento na atenção primária, a inexistência de uma linha de cuidado conhecida e

implementada na prática para esta população também foi citada, assim com a falta de investimentos e programas de prevenção.

Acho que falta mais campanhas públicas para atrair o homem. (MED1)

Eu fico em dúvida se existe algum trabalho na Secretaria municipal de saúde de prevenção com relação a essa área, porque a princípio, na minha unidade a gente não tem nenhuma linha, nenhum programa de prevenção ao câncer de próstata. (MED6)

...falta investimento na saúde, não é? Não é por falta de dinheiro, falta interesse. Dinheiro tem. (MED9)

O Ministério da Saúde (2009) determina que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deve ser alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica. Para tal, a rede básica deve ser a porta de entrada da população masculina nos serviços de saúde, fortalecendo ações em rede e cuidados da saúde. Para Mendonça e Andrade (2010) a implantação dessa política é necessária devido aos índices de morbimortalidade cada vez mais crescentes entre os homens, uma vez que muitas de suas causas são consideradas preveníveis e evitáveis, além do fato da expectativa de vida dos homens ser menor que a das mulheres.

Ramalho et al. (2014), em um estudo sobre as dificuldades na implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, identificaram alguns entraves, tais como a pouca procura dos homens pelos serviços de saúde, a ausência de capacitação dos profissionais de saúde e ainda o descompromisso dos gestores de saúde com o processo de viabilização da política. Afirmam que são notórias as fragilidades desta política, que tem como um de seus princípios a captação dos homens para as ações preventivas e um dos seus objetivos a formação e qualificação dos profissionais da rede básica para o correto atendimento ao homem. Consideram marcante o descompromisso da gestão em fazer com que a política de saúde saia do papel. Para eles é fundamental que os estados e municípios proporcionem as condições necessárias para a inserção do homem nos serviços de atenção primária.

Nesse contexto, é notória a escassez de políticas públicas direcionadas para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer de próstata, que afetam a população masculina. As ações deveriam ser prioritárias em face da urgência no tratamento da doença, assim como, o apoio dos gestores e maior conhecimento técnico-científicos dos profissionais que atuam na rede de atenção primária.

4.2.5. Categoria Analítica 4: Potencialidades e facilidades para a efetivação da linha de cuidado do câncer de próstata na atenção primária

Esta categoria representa a narrativa dos depoentes que apontaram as potencialidades e facilidades para a efetivação da linha de cuidado do câncer de próstata na atenção primária. Percebe-se que os entrevistados dão importância aos recursos humanos e materiais na Clínica da Família. Surgiram subtemas como a completude da equipe, a realização de consultas por médicos e enfermeiros, a disponibilização de exames de rastreio, a efetivação da referência e contrarreferência e a realização de campanhas educativas para a prevenção do câncer de próstata.

Equipe da estratégia saúde da família completa

Os depoentes relatam que, na clínica onde exercem as suas atividades laborais, as equipes da Estratégia Saúde da Família estão completas para atender a demanda diária, citam médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, agentes administrativos, entre outros como integrantes das equipes.

Está tudo completo médico. Médico e enfermeiro completos...tem a residência e tem um pouco mais de profissional como agentes de saúde, técnicos de enfermagem, dentistas e o pessoal administrativo. (MED5)

Aqui na clínica nós temos equipes com médicos e enfermeiros para atender a demanda entre outros. (MED10)

De acordo com o Ministério da Saúde (2019), as equipes mínimas de equipes de atenção básica deverão ser compostas por médicos (preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade), enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família), auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, podendo contar com cirurgião-dentista (preferencialmente especialista em saúde da família), e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. As equipes multidisciplinares são importantes nas ações de proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento entre outras com a finalidade de um cuidado integral e acolhedor à saúde do homem.

Realização de consultas médicas e de enfermagem

Nas unidades de atenção básica, a realização de consultas médicas e de enfermagem fazem parte do dia a dia desses profissionais, os entrevistados informaram que

fazem consultas agendadas e por livre demanda, que muitas das vezes são alternadas entre estes dois profissionais, para uma avaliação integralizada e multiprofissional.

Então, aqui a gente oferece consultas agendadas e livre demanda realizadas por médicos e enfermeiras... (MED5)

As consultas são feitas alternadamente por médicos e enfermeiros. (MED10)

Um das características fundamentais do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família é o trabalho interdisciplinar. As equipes são formadas por profissionais de diferentes áreas, dentre as quais médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde. As equipes da ESF possuem como desafio integrar diferentes áreas em seu cotidiano de trabalho, tendo em vista o atendimento à população de acordo com os princípios de integralidade, universalização, descentralização e participação da comunidade propostos pelo Sistema Único de Saúde (CERVINSKI et al, 2012)

Junqueira (2008) salienta que o papel de cada membro da equipe deve ser de domínio de todos. Uma das funções do agente comunitário de saúde é desenvolver ações de integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; o auxiliar e o técnico de enfermagem acompanham as visitas domiciliares e são os principais responsáveis pelas atividades educativas; o enfermeiro realiza assistência integral, realiza consulta de enfermagem, solicita exames complementares, prescreve exames entre outras atribuições; o médico também realiza assistência integral, consultas e procedimentos, realiza atividades de demanda espontânea e programada nas diversas especialidades, encaminha, quando necessário, usuários à serviços de média e alta complexidade etc.; o auxiliar de saúde bucal realiza ações de promoção e prevenção em sua área de atuação; o cirurgião dentista realiza diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico da população, realiza procedimentos clínicos voltados para a saúde bucal entre outros.

Na ESF, cada profissional tem a sua atribuição específica e é relevante a participação de todos no cuidado interdisciplinar ao usuário, família e comunidade garantindo ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos de acordo com o território adscrito.

Exames de rastreio para o câncer de próstata disponíveis na atenção primária

Na atenção primária são realizados os exames para detecção precoce do câncer de próstata, a maioria dos depoentes citaram o exame clínico e exames de rastreio como o PSA, exames de urina e a ultrassonografia. Relataram também que os sinais e sintomas da doença

associados aos resultados de exames servem como base para o encaminhamento dos usuários aos especialistas.

o PSA é uma coisa que é possível ser feito na atenção primária. A gente avalia e se tiver um quadro com o PSA elevado com sintomas urinários...vamos encaminhar para urologista direto...eu até já peço também uma ultrassonografia para ele já chegar no urologista com a ultrassonografia já feita, se possível. (MED1)

No início, a primeira coisa que a gente faz é... uma investigação...converso com o paciente, vejo se ele tem sintomatologia que faz a gente suspeitar de câncer de próstata...fechando essa sintomatologia, a gente solicita exames: EAS, exame de urina, o PSA...e dependendo do resultado, a gente encaminha para um urologista. (MED9)

É a partir do momento que ele é atendido dentro de cada equipe e dentro do seu perfil ...do perfil epidemiológico, como idade, sexo e dentro do que é preconizado, a gente destina alguns exames de rastreio para tratamento de diagnóstico de câncer. (MED10)

Modesto et al. (2018) ao debaterem o rastreamento de câncer de próstata na Campanha Novembro Azul contam que, desde o ano de 1999, algumas entidades já difundiam uma sensibilização para a doença nos Estados Unidos, e assim foi estabelecido em 2001, o mês de setembro como o “Mês Nacional de Conscientização para o Câncer de Próstata”. No Brasil, o Instituto Lado a Lado Pela Vida promoveu uma campanha, em 2008, alertando para a neoplasia. A campanha foi preliminarmente chamada de “Um Toque, Um Drible”, mas adquiriu o nome de “Novembro Azul” em 2012. Afirmam que o debate sobre o Novembro Azul e o rastreamento do câncer de próstata entre os diferentes atores amplia o interesse na saúde dos homens e que essa “discussão e sua publicização são fundamentais para os profissionais que, ‘na ponta’, são agentes de um cuidado integral para essa população” (MODESTO et al., p. 262, 2018).

Entidades como a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, a Sociedade Brasileira de Urologia e o Instituto Lado a Lado pela Vida são favoráveis à Campanha Novembro Azul, pois acreditam que aumenta a conscientização do homem para doenças como o câncer de próstata e o de testículo (FERNANDES et al., 2015; SBU, 2015).

Em contrapartida, outras instituições como o *United States Preventive Services Task Force*, o *United Kingdom National Screening Committee*, o Instituto Nacional do Câncer e o Ministério da Saúde criticam o rastreamento populacional e se opõe a ele na perspectiva que os malefícios superam os benefícios (MOYER, 2012; UNITED KINGDOM NATIONAL SCREENING COMMITTEE, 2016; INCA, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). De acordo com o INCA (2013), “os possíveis malefícios incluem resultados falso-positivos,

infecções e sangramentos resultantes de biópsias, ansiedade associada ao sobrediagnóstico de câncer e danos resultantes do sobretratamento de cânceres” (INCA, p. 1, 2013).

O Ministério da Saúde (2010) ressalta que na prática da Atenção Primária à Saúde, o tema rastreamento e de detecção precoce é de suma relevância sobre o processo de medicalização intenso que pode ocasionar intervenções diagnósticas e terapêuticas excessivas e, por vezes, danosas. Para a detecção precoce, os profissionais de saúde precisam estar receptivos e atentos para, além das atividades em foco, observar possíveis sinais de doenças. É fundamental que a habilidade e o respeito dos profissionais, bem como o diálogo com os usuários, norteiem e limitem essa missão, evitando qualquer tendência à intromissão imprópria e a intervenções inadequadas e possivelmente iatrogênicas. Estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce e o rastreamento.

Betiol et al. (2018) inferem que, apesar das recomendações discordantes relativas ao rastreio de câncer de próstata dada às inconsistências dos estudos randomizados e controlados, não é possível a recomendação absoluta de rastreio com PSA de toda a população e aconselham que a tomada de decisão seja compartilhada com homens assintomáticos de risco médio, com conscientização prévia do paciente, seja a via de escolha a ser adotada por políticas públicas de saúde, ao menos até que existam estudos de boa qualidade determinando a melhor metodologia e grupo populacional que se beneficiariam do rastreio do câncer de próstata.

Os exames de rastreio para identificação do câncer de próstata, disponíveis na atenção básica, são ferramentas indispensáveis para a detecção precoce da doença e na manutenção da qualidade da assistência.

Efetivação da referência e contrarreferência

Os médicos entrevistados apontam como uma potencialidade na atenção integral ao paciente com suspeita de câncer de próstata a efetivação da referência e contrarreferência e são unânimes em encaminhar a clientela prioritariamente para o urologista e quando estes retornam com a contrarreferência, os médicos dão seguimento acompanhando, solicitando novos exames e reencaminhando para outras especialidades num cuidado contínuo tendo em vista um olhar holístico.

A partir do momento que a gente vê a necessidade de uma avaliação mais complexa de um paciente que apresenta alterações com um especialista...a gente regula esses pacientes pelo sistema de regulação do SUS. (MED2)

A gente faz um encaminhamento para o urologista. Normalmente vai para o urologista primeiro. (MED5)

Sim, ele volta às vezes com a contrarreferência para solicitação de novos exames... para inserção numa cirurgia... (MED6)

A Referência e a Contrarreferência em Saúde são mecanismos do Sistema Único de Saúde (SUS), que facilitam a troca de informações na rede de atenção, o fluxo do usuário no sistema e a continuidade do cuidado, sendo considerada uma potente ferramenta na promoção da prática integral na saúde (ANDRADE, FRANCISCHETTI, 2019).

Mendes (2010) afirma que o sistema de referência e contrarreferência constitui uma tecnologia de informação que garante a organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações e dos usuários ao longo dos pontos da rede de atenção à saúde.

O profissional da Atenção Básica (ABS), no ato de referenciar e contrarreferenciar, além de encaminhar, deve definir por que razões ele está solicitando a consulta ou procedimento, realizar perguntas para conhecer o usuário, listar os procedimentos realizados, os medicamentos prescritos, listar os resultados que tem apresentado e dizer o que solicita do especialista no momento. Em contrapartida, o especialista terá uma visão ampliada do usuário e deverá preencher a contrarreferência, informando o que realizou no indivíduo e os resultados alcançados, fazendo recomendações para a continuidade do cuidado na ABS e especificando no formulário quando o usuário deverá retornar a ele, caso necessário (MENDES, 2011).

Oliveira, Silva e Souza (2021) identificaram diversas concepções de referência e contrarreferência, como o encaminhamento dos usuários; a visão ampliada do usuário; o cuidado não fragmentado e o cuidado integral. Para os usuários, as dificuldades e facilidades nos fluxos concentram-se na Central de Regulação e Marcação e Unidades de Saúde da Família. Os autores concluem que para estabelecer uma rede com integralidade, é necessário identificar estratégias importantes instituídas no SUS e fortalecê-las, bem como identificar os empecilhos para saná-los.

Diante das potencialidades e facilidades reportadas nas narrativas dos entrevistados, percebe-se que a comunicação é fundamental no processo diagnóstico e terapêutico do usuário com suspeita de câncer de próstata e outros facilitadores que emergiram das falas são importantes para a qualidade da assistência como o cuidado integral, o olhar ampliado, a continuidade da atenção.

Campanhas educativas para a prevenção do câncer de próstata

Para os depoentes, as ações educativas direcionadas para a saúde integral do homem são relevantes na medida em que conscientiza a população masculina para a prevenção do câncer, gera alertas, quebra tabus. Por outro lado, sinalizam para a necessidade de mudanças culturais, discussões de questões que envolvem sexualidade, masculinidade e priorização do cuidado da saúde do homem. Inferem também que, para atrair o homem para a atenção primária, é fundamental fazer campanhas como o Novembro Azul, mas que faltam mais investimentos e políticas públicas.

*As clínicas da família fazem **campanha** novembro azul. Eu acho que é uma ótima iniciativa e cria consciência na sociedade, cria alerta, chama atenção tenta quebrar esses tabus, mas existe uma cultura resistente ao tratamento e para cuidar da saúde de maneira geral e talvez para uma questão mais específica como o exame de próstata, a questão de sexualidade...do estímulo ao homem procurar cuidar da sua saúde, uma mudança cultural de estimular o homem a cuidar da sua saúde... campanhas... nesse sentido eu acho que ajudaria. (MED1)*

...acho importante aproveitar o novembro azul para atrair os homens, porque é uma época do ano que eles olham para eles como mais com mais interesse para a saúde, mas acho que não pode ficar focado só nisso, falta políticas, não é? (MED10)

Para Schall e Strauchiner (1999), a educação em saúde é um campo multifacetado que converge para diversas concepções das áreas da educação e da saúde. No Brasil, destaca-se em duas dimensões: a primeira envolve a aprendizagem sobre as doenças, como evitá-las, seu efeito sobre a saúde e como restabelecê-la, e a segunda caracterizada pela Organização Mundial de Saúde, inclui os fatores sociais que afetam a saúde com abordagem sobre os estados de saúde e bem-estar como construção social.

Cuidar da saúde dos homens é um grande desafio para os serviços preocupados com a integridade e a equidade (Modesto et al., 2018). O cuidar de si, a valorização do corpo no sentido da saúde e o cuidar dos outros não são questões empregues na socialização dos homens, inclusive há uma junção do “ser homem” à resistência à doença, menor cuidado de si, às práticas sexuais de risco (pelo maior número de parceiras, identificação de uma falsa autoproteção e associação entre masculinidade e virilidade), e ao papel de provedor e

trabalhador inesgotável, pois assume tarefas mais perigosas e toma menos medidas de proteção individual (Schraiber et al., 2005).

Mediante a estas considerações, as campanhas educativas voltadas para o público masculino são desafiadoras, tanto para os profissionais que atuam na rede quanto, para as instituições que são formuladoras de políticas de saúde. Refletem também a organização da rede de atenção oncológica no Município do Rio de Janeiro que são guiadas pelas diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica, enquanto política pública na atualidade.

É preciso mais ações direcionadas para esta população e um olhar mais amplo, integral que aborde outras demandas inerentes à saúde do homem. E apesar das controvérsias relacionadas à campanha do Novembro Azul, é possível fazer campanhas educativas visando captar os homens para cuidar de sua saúde.

4.2.6. Categoria Analítica 5: Sugestões para melhoria da linha de cuidado de homens portadores de suspeição diagnóstica de câncer de próstata na AP 3.2 do município do Rio de Janeiro

Os médicos entrevistados sugeriram várias ações para envolver a população masculina no cuidado de sua saúde como, por exemplo, ampliar as estratégias para o aumento da adesão dos homens na atenção primária, a criação de programas de prevenção, a elaboração de protocolos clínicos e melhorias na infraestrutura das Clínicas de Família para o atendimento desta população.

Estratégias para o aumento da adesão de homens na atenção primária

As entrevistas revelaram que é fundamental a ampliação de estratégias para atrair os homens para as clínicas da família, um dos médicos recomenda a criação de grupos com enfoque preventivo voltados para um tipo de clientela, de acordo com as particularidades de cada uma.

Eu acho que uma boa estratégia seria criar tipos de programas dentro da clínica e aí cada clínica teria seu programa de acordo com a sua população, que cada área tem suas particularidades e por aí... então eu acho que seria uma estratégia fazer igual, por exemplo, o controle de obesidade. Vamos fazer um grupo e pegar todos os obesos da clínica e ter uma pessoa responsável por criar um grupo que se reúne na quarta e sexta-feira, no auditório da clínica, para poder

falar sobre medidas e estratégias de controle de obesidade, palestrinha mesmo! tirar pequenas dúvidas e tal. (MED4)

E deviam também criar estratégias para melhorar a adesão dos homens à clínica da família. (MED8)

Silva e Costa (2020) salientam que, para a participação dos homens na atenção primária, é indispensável a adoção de práticas desenvolvidas e priorizadas nas próprias unidades básicas e/ou em ações junto à comunidade da área adstrita e concebidas por meio de estratégias que consigam inserir essa população nas demais ações de saúde. No entanto, não depende apenas da disponibilidade dos profissionais de saúde e da atenção dada às demandas dos homens para o acolhimento e o vínculo ocorrerem e se tornarem uma marca nas práticas de saúde. É vital que as práticas de saúde sejam elaboradas objetivando ampliar os produtos de atenção à saúde para esse público. E, para tal, a capacitação contínua dos profissionais é fundamental para a promoção e a atualização de conceitos para lidarem com as questões sociais e técnicas inerentes a essa parcela da população.

No âmbito do cuidado à clientela masculina na atenção primária, espera-se que os profissionais de saúde estejam imbuídos na promoção do cuidado e na prevenção dos agravos à saúde do homem. São várias as dificuldades enfrentadas por eles na adesão e na ampliação da demanda. Alguns autores sugerem a organização do trabalho seja flexível com disposição de mais possibilidades de ação e não fragmentada a fim de favorecer uma assistência de qualidade e incluyente (GOMES et al., 2011).

Os profissionais de saúde devem ser capacitados e qualificados para fornecer uma assistência de qualidade visando a adesão da população masculina na atenção primária, priorizando suas demandas e necessidades de cuidado.

Criação de programas de prevenção na ESF direcionados a população masculina

Uma outra proposta que surgiu foi a criação de programas de prevenção ao alcance de todos, sem o uso de muita tecnologia e altamente eficazes para a ampliação da demanda a população masculina.

Criar programas de prevenção para o câncer de próstata... talvez não fossem tão caros e seriam altamente eficazes... (MED1)

Criar os grupos, novos programas de prevenção, voltar à jornada anterior ao objetivo inicial, não é? Quando a gente voltar a ser assim, eu acho que a gente vai caminhar novamente para um caminho de sucesso, entendeu? E aumentar, sem dúvida nenhuma o número de vagas de atendimento para a população. (MED3)

Para Silva e Costa (2020), a rotina de um serviço de saúde é bastante complexa. Diariamente vários grupos passam pela unidade e a equipe deve estar devidamente preparada para realizar a abordagem de cada um deles. O acolhimento correto e o direcionamento de cada indivíduo para o atendimento apropriado são ações distintas para a uma assistência de qualidade.

Uma das ações técnico-assistenciais é o acolhimento que acarreta mudanças na relação profissional/usuário, possibilitando a reorganização dos serviços, melhorando a qualidade da assistência e tendo o paciente como eixo principal para a prestação de cuidados. Uma postura correta inicia no primeiro contato com a pessoa e envolve a escuta, a atenção, a valorização de queixas, a identificação das necessidades que podem vir a ser satisfeitas, o tratamento de forma humanizada e reconhecimento do usuário como participante ativo do seu processo saúde-doença. E diante disso é concebida a possibilidade de ações organizadas exigindo dos profissionais o conhecimento técnico sobre o processo saúde-doença (COSTA et al., 2016).

A criação de programas como esse na Estratégia de Saúde de Família envolve respeito, acolhimento e compromisso de todos os profissionais de saúde no planejamento das ações junto aos gestores, na prevenção de agravos à saúde, na assistência integral e melhoria da qualidade dos programas focados na saúde do homem.

Elaboração de protocolos clínicos na linha de cuidado do câncer de próstata

Os entrevistados citaram que seria importante criar protocolos clínicos na linha de cuidado do câncer de próstata para direcionar as condutas dos médicos que atuam na estratégia de saúde da família., conforme os relatos abaixo:

Para mim, a criação de protocolos clínicos seria importante para a nossa conduta nos casos de suspeita de câncer de próstata. (MED3)

Eu acho que a elaboração de protocolos clínicos para atendimento aos pacientes com sintomas urinários ajudaria muito. (MED7)

A partir dos relatos, percebe-se que alguns médicos desconhecem os protocolos clínicos existentes na rede de atenção básica. Para Krauzer et al. (2018, p.e-1087), “não é incomum encontrar protocolos nas gavetas das unidades ou em arquivos de computador, pouco acessados pelas equipes.” e que a não utilização dos protocolos podem levar à escassez de padronização das ações e diversidade nas formas de fazer, resultando em equívocos na realização da assistência. Destaca alguns entraves para a construção e apropriação dos

protocolos pelos profissionais como a falta de tempo devido à alta demanda de atendimento. Ademais, a organização do trabalho do serviço não corrobora com a elaboração e implementação efetiva dos protocolos, na medida que há alta rotatividade de pessoal e acolhimento inadequado dos novos trabalhadores nos setores.

Werneck et al. (2009) consideram os protocolos importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e gestão de serviços. Devem ser orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política fundamentados em evidências científicas envolvendo a incorporação de novas tecnologias com ênfase às ações técnicas e ao emprego de medicamentos.

Existem três tipos de Protocolos elaborados pelo Ministério da Saúde: Protocolos da Atenção Básica, Protocolos de Encaminhamento e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Salieta que os protocolos da atenção básica são balizados nos pressupostos da Política Nacional de Atenção Básica e suas diretrizes têm foco na prática clínica e na gestão do cuidado. Os Protocolos de Encaminhamento da AB têm como meta aumentar a resolutividade na atenção primária e reduzir os encaminhamentos desnecessários e a demanda reprimida para serviços de especialidades. Um exemplo deste tipo de instrumento é o Protocolo de encaminhamento da atenção básica para a especializada – Urologia. Já os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas estabelecem os critérios de diagnóstico de cada doença, o algoritmo de tratamento das doenças com as respectivas doses adequadas e os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento, além da supervisão de possíveis efeitos adversos. (SOUSA, 2017).

A criação de protocolos clínicos para o enfrentamento de problemas relacionados ao cuidado da saúde do homem é um instrumento essencial possa facilitar as condutas médicas e de outros profissionais na assistência a essa população digna de um cuidado de qualidade, A discussão, a atualização e a construção de novos protocolos na rede de atenção facilitarão os fluxos assistenciais e de cuidado e darão segurança ao usuário no caminhar pela rede.

Melhoria na infraestrutura da Clínica da Família para o atendimento à clientela

As falas dos profissionais evidenciaram a necessidade de melhorias na dimensão da infraestrutura da Clínica da Família para o atendimento à clientela. Ressaltaram que é importante ter boas condições de trabalho e citaram aspectos como trabalhar num espaço

confortável com ar-condicionado, computador e impressora funcionantes facilitam o ofício. Enfatizaram também que diversas unidades estão sucateadas o que dificulta o processo de trabalho em si.

E seria bom melhorar as nossas condições de trabalho...porque se a infraestrutura é boa...nós trabalhamos com mais conforto. (MED4)

...também não é só questão de dinheiro, mas uma questão de ambiente também, não é? A gente não tem ar-condicionado, a gente não tem computador, a impressora não funciona bem e tudo é muito sucateado, né? Algumas unidades são ótimas, outras são todas sucateadas. (MED7)

A política nacional de atenção básica, em seu aspecto normativo, propôs a valorização dos aspectos estruturais das unidades de saúde, como itens necessários à realização das ações de atenção primária, sendo relevantes: uma lista de ambientes que devem estar presentes em cada unidade de saúde: os equipamentos e materiais adequados para o conjunto de ações propostas, a composição da equipe multiprofissional e a garantia dos fluxos de referência e contrarreferência para os serviços especializados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Dias (2013) estudou as possibilidades de implementação de ações em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária e revelou que as condições de trabalho representam uma das maiores dificuldades para sua efetivação, comprovando que os trabalhadores mantêm uma relação entre trabalho e saúde, têm dificuldade quanto à operacionalização das atividades em virtude das condições laborais inadequadas.

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde referentes a organização do componente Atenção Básica no que diz respeito a infraestrutura e ambiência de uma Unidade Básica de Saúde “a infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários” (MS, p. 01, 2017). A estrutura física dos pontos de apoio deve respeitar as normas gerais de segurança sanitária e o espaço físico, entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, deve ter uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Os problemas relatados pelos médicos quanto à infraestrutura das Clínicas de Família onde trabalham prejudicam a efetivação do processo de trabalho e geram insatisfações entre os profissionais. Um ambiente saudável motiva a equipe e minimiza os impactos na saúde do trabalhador.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os percursos propostos para elaboração de conhecimentos, discussão de temas e resultante conclusão, é possível dizer que os resultados deste estudo conseguiram alcançar razoavelmente os objetivos propostos.

O programa de prevenção e tratamento do câncer de próstata vigente na área programática 3.2. foi descrito pelos médicos ao revelarem seu conhecimento a respeito do conceito e a organização da linha de cuidado. Em seus discursos, houve um dissenso entre a linha de cuidado e outras abordagens, refletindo a dificuldade nesta linha ser construída e mantida, além de evidenciar a desarticulação e a fragmentação do cuidado à população masculina com suspeita de câncer de próstata, embora observe-se no discurso dos entrevistados o compromisso da ESF com a saúde do homem. Já em relação a forma de organização da linha de cuidado do câncer de próstata, os entrevistados mencionaram questões referentes a abordagem, as limitações da investigação e terapêutica, a descrição do fluxo de referência e contrarreferência e o atendimento domiciliar dos usuários com suspeita de câncer de próstata.

Na abordagem realizada pelos médicos emergiram a busca ativa, a análise dos problemas de saúde mais comuns aos homens e as tecnologias e os recursos de rastreio. Nas falas, surgiram condutas de rastreio incongruentes quando comparadas à literatura que afirmam que o rastreio de câncer de próstata traz mais danos do que benefícios, o que sugere que esses profissionais necessitam de capacitações para lidar com os problemas de saúde dessa população, tendo em vista que as ações devem ser assertivas e as decisões compartilhadas com os usuários do sistema. Para a investigação e terapêutica houve diversas limitações na atenção primária, uma vez que as ações voltadas para o tratamento de sinais e sintomas são restringidas frente às tecnologias de cuidado existentes na clínica da família. Ao descrever os fluxos de referência e contrarreferência, os médicos sinalizaram diversos desafios, como problemas no preenchimento adequado da referência, na ausência de comunicação na contrarreferência, usuários que não retornam ao serviço para a continuidade do cuidado, a longa fila de espera no acesso a atenção secundária e terciária e a falta de responsabilização de alguns profissionais envolvidos na assistência. Já o atendimento domiciliar, apresentam informações que nos sugerem que tem abordagem integral e

multidisciplinar, numa tentativa de garantir o bem-estar, conforto e melhoria da qualidade de vida do indivíduo.

Entre os desafios enfrentados para colocar em prática a linha de cuidado, os médicos das clínicas de família citaram a qualificação de recursos humanos; a falta de acessibilidade ao especialista; a pandemia do COVID 19; a falta de adesão a linha de cuidado pelo paciente; a sobrecarga de trabalho; a referência e contrarreferência ineficiente; acessibilidade a porta de entrada e definição de políticas públicas claras para a atenção ao paciente com câncer de próstata. Todas essas dificuldades revelaram o quanto é difícil manter uma linha de cuidado dirigida a homens com suspeita de câncer de próstata.

No que tange às potencialidades e facilidades para a efetivação da linha de cuidado do câncer de próstata emergiram subtemas como a completude da equipe, a realização de consultas por médicos e enfermeiros, a disponibilização de exames de rastreio, a proposta de efetivação da referência e contrarreferência e a realização de campanhas educativas para a prevenção do câncer de próstata. Essas potencialidades são fundamentais na assistência e pressupõem uma articulação e compromisso entre os profissionais da rede de atenção básica no cuidado ao homem.

As sugestões para a melhoria da linha de cuidado aos usuários com suspeita de câncer de próstata elencadas pelos médicos foram a ampliação as estratégias para o aumento da adesão dos homens na atenção primária, a criação de programas de prevenção, a elaboração de protocolos clínicos e melhorias na infraestrutura das Clínicas de Família para o atendimento desta população. Estas propostas são importantes na construção e manutenção da linha de cuidado do homem com suspeita de câncer de próstata e primam pela atenção integralizada.

Para a efetivação da linha de cuidados aos usuários com suspeição de câncer de próstata proponho algumas recomendações como a construção, organização e manutenção de uma linha de cuidado própria para o câncer de próstata com envolvimento e comprometimento de todos (gestores, profissionais e usuários) para que esse itinerário seja de qualidade e de acordo com as necessidades de cada indivíduo priorizando uma atenção em saúde integralizada; o comprometimento dos médicos da ESF no rastreio e na detecção precoce do câncer de próstata, através de ações assertivas e na tomada de decisões compartilhadas com a clientela; educação permanente em saúde, com vistas as mudanças de seus processos de trabalho na abordagem de pacientes com suspeita de câncer de próstata; ampliação das unidades formadoras de especialistas em urologia no atendimento à demanda

da clientela com suspeita de câncer de próstata, bem como a melhoria da qualificação desses especialistas com vistas à qualidade da assistência prestada; e a manutenção de um ambiente saudável que motive a equipe e minimize os impactos na saúde do trabalhador.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se o número reduzido de pesquisas sobre a linha de cuidado do câncer de próstata, o enfrentamento da pandemia do COVID 19 que limitou o acesso aos entrevistados e a escassez de médicos responsáveis técnicos na AP 3.2.

No entanto, não se pretendeu esgotar a temática, mas apontar a necessidade de mais pesquisas, considerando a importância e urgência de aprofundamento de mais estudos sobre a saúde do homem.

Vale salientar que alguns pressupostos são fundamentais como: as ações de saúde devem ser centradas nas necessidades de cada indivíduo, um projeto terapêutico pertinente, o uso apropriado de tecnologias e recursos, o compartilhamento de informações e decisões, e uma rede de serviços congruente. Finalmente, acredita-se que o cuidado integralizado, com ênfase na saúde do homem é responsabilidade de todos os profissionais que integram a Rede de Atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU et al. Estratégias para a prevenção do câncer de próstata, **Rev. Pesqui.** (Univ. Fed. Estado Rio J., Online), v. 5 n. 2, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-672259>. Acesso em: 5 mai 2022.

AEENPARAST, A.; FARZADI, F.; MAFTOON, F. Waiting Time for Specialist Consultation in Tehran, **Arch Iran Med**, v.15, n.12, p.756-8, 2012.

ALVES, M. L. de F. et al. Reference and counter reference network for emergency care assistance in a municipality in the countryside of Minas Gerais, **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p. 469-475, 2015. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150110>.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Prostate Cancer Stages. 2021. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer/detection-diagnosis-staging/staging.html>. Acesso em: 24 abr 2022.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Prostate Cancer Risk Factors. 2020. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>. Acesso em: 15 set 2022.

ALVES, F.P. Saúde do homem: ações integradas na Atenção Básica. **Ed. Universitária da UFPE**, 2016. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/9259/1/livro_saude_homem.pdf. Acesso em 26 jun. 2022.

ANDRADE, L.S.; FRANCISCHETTI, I. Referência e Contrarreferência: compreensões e práticas. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.10, n.1/2/3, 54-63, 2019. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/5281/5636>. Acesso em: 02 abr. 2022

ARAP, M. A.; COELHO, R. F. Câncer de próstata. **Medicina Net**, v. 51, p. 3093-3131, 2010. Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3016/cancer_de_prostata.htm. Acesso em: 24 abr. 2022.

BACELAR JUNIOR, Arilton Januário. Câncer de Próstata: Métodos de Diagnóstico, Prevenção e Tratamento. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, v.10, n.3, p.40-46, 2015.

BARBOSA et al. Análise descritiva do rastreamento do câncer de próstata no contexto assistencial na atuação das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 12675-12696, 2022. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/44271/pdf>. Acesso em: 17 jun. 2022.

BATISTA, J.V. et al. Perfil epidemiológico da mortalidade masculina no Brasil, 2014-2018. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, e51710515248, 2021.

BELTRAN, H.; DEMICHELIS, F. Prostate Cancer: inpatient heterogeneity in prostate cancer. **Nat Rev Urol**, v.12, n.8, p. 430-1, 2015.

BENDER, A.S.; MOLINA, L. R. MELLO ALSF. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Rev Espaço para a Saúde**, v. 11, n.2, p.56-65, 2010.

BETIOL et al. Rastreamento do câncer de próstata: revisão sistemática da literatura sobre as perspectivas mundiais. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 16, n. 55, p. 89-98, jan./mar, 2018. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4707/pdf. Acesso em: 01 jun. 2022.

BIONDO, Chrisne Santana et al. Detecção precoce do câncer de próstata: atuação de equipe de saúde da família. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 38, p. 32-44, 2020. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000100032&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 maio 2022.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

BRONDANI, Juliana Ebling et al. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, mar. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43350>. Acesso em: 29 maio 2022.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p. 4433-4442, 2011.

CAPOZZOLO, Ângela A. No olho do furacão: trabalho médico e o programa de Saúde da Família. Tese (doutorado em saúde coletiva) — Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

CATALONA, WILLIAM J. “Prostate Cancer Screening.” *The Medical clinics of North America*, v. 102, n.2, p. 199-214, 2018

CAVALCANTI, Joseane da Rocha Dantas et al. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Escola Anna Nery** [online], v. 18, n. 4, p. 628-634, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140089>. Acesso em: 29 Maio 2022

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, v.13, p.469-78, 1997.

CERVINSKI, L. F. et al. O trabalho em equipe na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Perspectiva**, Erechim, v.36, n.136, p.112, dez. 2012.

COMISSÃO DE ENSINO E TREINAMENTO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA (CET-SBU), ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ) et al. Os Urologistas no Brasil: uma Análise do Perfil Socioprofissional, da Distribuição Populacional e da Necessidade de Formação de Novos Especialistas. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], v. 26, n. 03, p. 184-193, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v26.3-006>. Acesso 29 Maio 2022.

CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 6, p.2783-94, 2011.

COSTA, P. C; FRANCISCHETTI-GARCIA, A. P. R.; PELLEGRINOTOLEDO, Vanessa. Expectativa de enfermeiros brasileiros acerca do acolhimento realizado na atenção primária em saúde. **Rev. salud pública**, v. 18, n.5, p. 746-755, 2016.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

DIAS, C. F.; JULIANI, C. M. C. M. O sistema de referência e contrarreferência na Estratégia Saúde da Família no município de Bauru: perspectiva dos gestores. [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, 2010, 258p.

DIAS, M. D. A. Compreender o trabalho na Atenção Primária à Saúde para desenvolver ações em Saúde do Trabalhador: o caso de um município de médio porte. **Rev. bras. Saúde**, v.38, n.127, p.69-80, 2013.

DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration* Cambridge: Harvard University, 1973.

_____. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University, 2003.

DUBOW, CAMILA et al. Linha de cuidado como dispositivo para a integralidade da atenção a usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço. **Saúde em Debate [online]**, v. 38, n. 100, p. 94-103, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/tLnHdNBjY7q464gwr3G3S/?lang=pt#>. Acesso em: 2 jul. 2022.

DUNCAN, BRUCE B; SCHMIDT, MARIA INÊS; GIUGLIANI, ELSA R J; DUNDAN, MICHAEL SCHMIDT; GIUGLIANI, CAMILA: Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. **Artmed**, Porto Alegre, ed. 4, p. 10-17, 2013.

ESCOREL, Sarah; GIOVANELLA, Ligia; MENDONCA, Maria Helena Magalhães; SENNA, Mônica Castro Maia. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para atenção básica no Brasil. **SciELO**, v. 21, n.2-3, p.164-176, 2007.

FAGUNDES, S. Apresentação. In: ORTIZ, J.N.; BORDIGNON, M.O.; GRALHA, R.S.; FAGUNDES, S.; CORADINI, S.R. Organizadores. Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2004. p 11 e 12.

FERNANDES, G.; ASSED, D.; SMALETZ, O. Alvo masculino [Internet]. 2015 [citado 27 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.sboc.org.br/alvo-masculino/>.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. **Cad Saúde Pública**, Betim, Minas Gerais, v.15, p. 345-53, 1999.

FRANCO, C.M.; FRANCO, T. B. Linhas do Cuidado Integral: Uma proposta de organização da rede de saúde. In: Secretaria de Estado de Saúde do RS, 2012. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445762/mod_resource/content/1/LINHAS_DO_CUIDADO_INTEGRAL.pdf. Acesso em: 5 maio 2022.

FRANCO, T; MERHY, E. E. PSF: Contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Belo Horizonte/Campinas, 1999. Disponível em: www.datasus.gov.br/cns. Acesso em: 25 de abr. 2008.

FERREIRA, M. S. G.; ANDERSON, M. I. P. Sobrecarga de trabalho e estresse: relato sobre um grupo de apoio à saúde do trabalhador em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2188, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2188>. Acesso em: 29 maio. 2022.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MEDINA, M. G.; MENDONÇA, M. H. M.; FACCHINI, L. A.; TASCA, R.; NEDEL, F. B.; LIMA, J. G.; MOTA, P. H. S.; AQUINO, R. Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia de covid-19 no SUS. In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 201-216. Informação para ação na Covid19 series. ISBN: 978-65-5708-123-5. <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0013>.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª Ed. – São Paulo: Atlas, 2002.

_____. Métodos e técnicas de pesquisa social. – 6ª Ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, C.R.G.; IZIDORO, L.C.R.; MATA, L.R.F. Risk factors for prostate câncer and motivacional and hindering aspects in conducting preventive practives. **Investigación y Educación em Enfermería**, v. 33, n. 3, p. 415-423, 2015.

GOMES, R. et al. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/26.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2022.

GOMES, R. et al. Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 21, n. 5, p. 1545-1552, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26842015>>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 1 abr. 2021.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n.3, p. 825-829, 2003.

_____. Homens, saúde e políticas: a equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 10, p. 2569-1578, 2012.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. D.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e Homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>. Acesso em: 31 maio 2022.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F; REBELLO, L. E.; COUTO, M. T., SCHRAIBER, L.B. Os homens não vêm! Interpretação dos profissionais de saúde sobre ausência e ou invisibilidade masculina nos serviços de atenção primária do Rio de Janeiro. **Ciência & saúde coletiva**, vol. 16, suppl.1, p. 983-92, 2011.

HADORN, D.C. Setting priorities for waiting lists: defining ours terms. **Can Med Assoc J**, Oct, v.163, n. 7, p. 857-60, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Rio de Janeiro, IBGE, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org.>>. Acesso em: 01 abr. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Rastreamento do câncer de próstata [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2013. Disponível em:

http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/rastreamento_prostata_resumido.2013.pdf. Acesso em: 01 abr. 2021.

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância; organização de Maria Eduarda Leão Diogenes Melo, et al. Coletânea de experiências de multiplicação para a promoção da alimentação saudável, prática de atividade física e prevenção de câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: Inca, 2017.

_____. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro, INCA, 2021.

JUNQUEIRA, S. R. Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe. Módulo Político Gestor. Especialização em Saúde da Família, p. 141-168, 2008. Disponível: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_g. Acesso em: 01 jun. 2022.

KRAUZER, I. M.; DALL'AGNOLL, C. M.; GELBCKE, F. L.; LORENZINI, E.; FERRAZ, L. A construção de protocolos assistenciais no trabalho em Enfermagem. **REME – Rev Min Enferm.**, v. 22, p. e-1087, 2018. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1225>. Acesso em: 02 jul. 2022.

KUROKAWA, Neide Emy: Entre Fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha de cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 843-851, 2016.

LOEB, S. Guideline of guidelines: prostate cancer screening. **BJU Int**, v.114, n. 3, p. 323-5, 2014.

LOYOLA, A. P.; PANSANI, A. P.; SANTOS, B. L.; AZEVEDO, D. B.; MAGALHÃES, F. A. A. de; BAZANI, M. C.; SILVA, P. P. da; TEIXEIRA, P. S.; FERRARI, R.; GIFFONI, S. de A. C.; GONÇALVES, T. C.; LEITE, V. N. V.; FARIAS, A. M. R. O. Perfil da demanda dos usuários da clínica da família e da UPA em área com 100 % de cobertura de atenção primária. **Revista Gestão & Saúde**, v. 5, n. 2, p. 525–541, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/445>. Acesso em: 31 maio. 2022.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2133-43, 2010.

MACHADO, M. H. (Coord.). Pesquisa Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19 no Brasil. Relatório preliminar. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

MACHADO, M. H.; WERMELINGER, M.; MACHADO, A. V.; PEREIRA, E. J.; AGUIAR FILHO, W. Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de covid-19: a realidade brasileira. In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 283-295. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-123-5. <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0019>.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, jun. 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000200019>.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, set. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 abr. 2021.

MELO, D. F.; CRISCUOLO, M. B. R.; VIEGAS, S. M. F. Referência e contrarreferência no cotidiano da atenção à saúde de Divinópolis-MG, Brasil: o suporte às decisões da atenção primária. **Rev Fund Care Online**, v. 8, n. 4, p. 4986-4995, 2016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 15 maio 2022.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

MENDONÇA, V. S.; ANDRADE, A. N. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? *Psicologia Política*. [on-line]. 2010 [citado 2012 mar 10]; 10(20):215-226. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/rpp/seer/ojs/viewarticle.php?id=268>.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Unicamp, Campinas, 2003 (Mimeogr.).

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde, pp. 71-112. In EE Merhy & R Onocko (orgs). *Agir em saúde. Um desafio para o público*. Hucitec-Lugar Editorial, São Paulo-Buenos Aires, 1997.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). 8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final. Brasília, 1986.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília; 1999.

_____. *Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. *Sistema de Atenção à Saúde*. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, 2008. Disponível em

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em 26 mar. 2021.

_____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde. Nota Técnica 07/2009. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - Princípios e Diretrizes. Brasília (DF); 2009.

_____. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância e Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.

_____. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer INCA. Estimativas 2012. Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2010: Rastreamento de câncer de próstata. Cap.9.3, p. 73-5: (Série A. Normas e manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária, n.29).

_____. Homologo a Resolução Conselho Nacional de Saúde n 466, 12 de dezembro de 2012, nos termos de Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

_____. Portaria nº 874/ GM, de 16 de Maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 17 maio 2013, Seção 1, p.129-132.

_____. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata: relatório de recomendação, 2015. Disponível em:http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/DDT_Adenocarcinomadeprostata_CP.pdf. Acesso em: 24 abr. 2022.

_____. Protocolos de Encaminhamentos da Atenção Primária para Atenção Especializada, Volume VI, Urologia. Brasília-DF, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_urologia_v_VI.pdf. Acesso em: 24 abr. 2022.

_____. Instituto Nacional de Câncer. Monitoramento das Ações de Controle do Câncer de Próstata. Boletim ano 8, nº 2, julho/dezembro 2017. Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/informativo-deteccao-precoce-numero2-2017.pdf>. Acesso em: 15 maio de 2022.

_____. **Portaria nº 18 de 7 de janeiro de 2019**. Estabelece regras para o cadastramento das equipes da Atenção Básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, 2019. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2019/prt0018_10_01_2019.html#:~:text=%C2%A71%C2%BA%20As%20equipes%20m%C3%ADnimas,dentista%20\(preferencialmente%20especialista%20em%20sa%C3%BAde](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2019/prt0018_10_01_2019.html#:~:text=%C2%A71%C2%BA%20As%20equipes%20m%C3%ADnimas,dentista%20(preferencialmente%20especialista%20em%20sa%C3%BAde). Acesso em: 31 maio 2022.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; organização Mario Jorge Sobreira da Silva. – 5. ed. rev. atual. ampl. – Rio de Janeiro: Inca, 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/livro-abc-5-edicao_1.pdf. Acesso em 26 mar. 2021.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2020.** Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS). Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em 21 abr. 2022.

_____. Novembro Azul – mês de conscientização sobre a saúde do homem, 2021. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/novembro-azul-mes-de-conscientizacao-sobre-a-saude-do-homem/>. Acesso em 24 abr. 2022.

_____. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de Próstata. Tipos de cancer. 2021. Disponível em <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>. Acesso em 26 mar. 2021.

_____. Saúde e Vigilância Sanitária. ‘Linha Azul’: Ministério da Saúde lança linha de cuidados do homem no ‘Novembro Azul’. 17 de nov. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/novembro/2018linha-azul2019-ministerio-da-saude-lanca-linha-de-cuidados-do-homem-no-2018novembro-azul2019>. Acesso em 18 jan. 2022.

_____. Instituto Nacional do Câncer. Como prevenir o cancer. 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/como-prevenir-o-cancer>. Acesso em: 24 abr. 2022.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. O que é Atenção Primária? Disponível em Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde (saude.gov.br). Acesso em 02 abr. 2021.

_____. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Adenocarcinoma de próstata. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt>. Acesso em: 17 jun. 2022.

_____. Boletim Epidemiológico Saúde da população masculina no Brasil nos anos de 2010 a 2019: mortalidade por câncer de próstata. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 53, mar., n. 8, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no-08.pdf>. Acesso em: 18 set. 2022.

MODESTO, A. A. D.; LIMA, R. L. B.; D’ANGELIS, A. C.; AUGUSTO, D. K. A not-so-blue November: debating screening of prostate cancer and men’s health. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 251-62, 2018.

MORAES, M. C.; DA COSTA OLIVEIRA, R.; SILVA, M. D. J. Uma questão masculina: conhecendo possíveis entraves para a realização dos exames de detecção do câncer de próstata. **Revista Médica Herediana**, v. 28, n. 4, p. 230-235, 2017.

MORAIS, R. L. G. L., TOSTA, M. S., SANTOS, J., & OLIVEIRA, J. D. S. Conhecimento dos homens sobre o câncer de próstata: a virilidade e o estigma da doença. *Ver. Saúde.com*, v. 16, n. 2, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/6336>. Acesso em: 17 jun. 2022.

MOREIRA, R. L. S. F.; FONTES, W. D.; BARBOZA, T. M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Esc Anna Nery**, v.18, n. 4, p. 615-621, 2014.

MOREIRA, N. M. O preconceito em relação ao exame de toque retal como forma de rastreamento do câncer de próstata., p. 3-25, 2012.

MOROSINI, M.V.; FONSECA, A.F.; PEREIRA, LB. Educação em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html>>. Acesso em: 23 abr 2022.

MOTA, Thamara Rayssa: Perfil dos pacientes com câncer de próstata em hospital de referência no estado de Pernambuco. **Revista RBAC**, 2019.

MOYER, V. A. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **Ann Intern Med**, v. 157, p.120-34, 2012.

NASCIMENTO, G.; NASCIMENTO, M. D.; DIAS, M. S. Câncer de próstata: os estigmas relacionados e sua interferência no processo de prevenção e diagnóstico precoce. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 23, 2021. Disponível em: <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/s/article/view/1551>. Acesso em: 17 jun. 2022.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. The Genetics of Cancer, 2022. Disponível em: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/genetics>. Acesso em: 15 set. 2022.

NARDOZZA, JÚNIOR A.; ZERATI FILHO, M.; REIS, R. Urologia Fundamental. Sociedade Brasileira de Urologia. São Paulo. 2010. Disponível em: <http://www.sbu-sp.org.br/admin/upload/os1688-complet-o-urologiafundamental-09-09-10.pdf>. Acesso: 24 abr. 2022.

NIROMIYA, V. Y. Saúde do Homem: reeducar para prevenir, 2020. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/ajuda/story/13796-saude-do-homem-reeducar-para-prevenir>. Acesso em: 29 maio 2022.

NORONHA, J. C., PEREIRA, T. R. Princípios do sistema de saúde brasileiro. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v.3, p. 19-32, 2013.

OLIVEIRA, Pâmela Scarlatt Durães et al. Câncer de próstata: conhecimentos e interferências na promoção e prevenção da doença. **Enferm. glob. Murcia**, v. 18, n. 54, p. 250-284, 2019. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000200009&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 17 jun. 2022.

PEREIRA, J. S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os 1033 serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-

Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 1033-1051, 2016.

PAIM, J. S. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2002

PADOVANI, C. S. S; SCHOR, N.; LARANJA, S. M. R. Avaliação do perfil epidemiológico e das dificuldades encontradas pelos pacientes para o atendimento de primeira consulta no ambulatório de triagem da nefrologia da UNIFESP. **J Bras Nefrol**, v. 34, n. 4, p. 317-22, 2012.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Fazenda e Planejamento. Subsecretaria de Planejamento e Acompanhamento de Resultados. Plano de Desenvolvimento Sustentável, 2021. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/1b8c0d48-1b2e-432b-825b-a934791bcf89>. Acesso em: 19 jun. 2022.

QUIJADA et al. Câncer de próstata: relato de uma realidade de pacientes em tratamento. **Rev. Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, supl. 6, p. 2490-9, jun., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23416/19092>. Acesso em: 17 jun. 2022.

RAMALHO, M. N. DE A.; ALBUQUERQUE, A. M. DE; MAIA, J. K. F.; PINTO, M. B.; SANTOS, N. C. C. DE B. Dificuldades na implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem/Difficulties in the implantation of the national policy of integrated health care of man. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 4, p. 642 - 649, 29 out. 2014.

RIBAS, E. N. et al. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Rev Bras Enferm** [Internet], v. 71, n. Suppl 1, p. 546-53, 2018.

RODRIGUES, Raquel B. et al. Formação de médicos especialistas: lições para os sistemas de saúde. In: BARBOSA, Allan C. Q.; SILVA, Joaquim R. (Org.). Economia, gestão e saúde: as relações luso-brasileiras em perspectiva. Lisboa: Colibri, p. 215-238, 2011.

SBU. Sociedade Brasileira de Urologia. Câncer da Próstata. [on line]; 20/10/2020. Disponível em: <https://portaldaurologia.org.br/medicos/noticias/aconselhamento-para-o-diagnostico-precoce-do-cancer-de-prostata/>. Acesso em 21 abr. 2022.

SCHALL, V.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad Saúde Pública**, v. 15, n. 2, 1999.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

SILVA, N.E.K et al. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha de cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.3, p. 843-851, 2016.

SIRENA, S.A.; TARGA, L.V. (organizadores). Atenção Primária à Saúde: fundamentos para a prática. Caxias do Sul, RS, **Educs**, 2016.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2 ed. Brasília: UNESCO; 2004. 726 p

STEFFEN, Ricardo Ewbank et al. Rastreamento populacional para o câncer de próstata: mais riscos que benefícios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**, v. 28, n. 02, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280209>. Acesso em: 17 jun. 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. CAP 3.2. Serviços e Metas, 2015. Disponível em: <http://cap3-2.blogspot.com/p/quem-somos.html>. Acesso em: 26 mar. 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Linhas de cuidado em câncer. Rio de Janeiro-RJ, 2016.

_____. SISREG, Protocolo para o Regulador. Rio de Janeiro-RJ, 2016.

_____. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Coordenação de Doenças Não Transmissíveis. Orientações para Regulação da Investigação Diagnóstica e Tratamento de Câncer no Município do Rio de Janeiro, 2019.

_____. Disponível em <https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familia>. Acesso em 26 mar. 2021.

_____. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PMS-RJ) 2014-2017, 2013. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf. Acesso em 26 mar. 2021.

_____. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PMS-RJ) 2018-2021, 2018. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/1b8c0d48-1b2e-432b-825b-a934791bcf89>. Acesso em 19 jun. 2022.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). 2007 Sociedade Brasileira de Urologia. Por que devo fazer o exame de próstata aos 50 anos? [Internet]. Rio de Janeiro: SBO; 2015 [citado 27 Mar 2016]. Disponível em: <http://portaldaurologia.org.br/faq/por-que-devo-fazer-o-exame-da-prostata-aos-50-anos/>.

SILVA, L. M. C.; COSTA, O. M. Estratégias para estimular a presença dos homens nas unidades de saúde da área de abrangência de equipe da estratégia saúde da família de município do interior do Piauí. Piauí: Universidade Federal do Piauí (UFPI); 2020.

SILVA, V. A. A. et al. Desempenho dos médicos na saúde da família: uma análise a partir dos princípios ordenadores em um município brasileiro. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, p.1237-1262, set./out. 2015.

SOUSA, E. A. Conheça os protocolos da Atenção Básica, 2017. Disponível em: <https://redehumanizaus.net/95806-conheca-os-protocolos-da-atencao-basica/#:~:text=Os%20Protocolos%20da%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20B%C3%A1sica%20t%C3%AAm%20abrang%C3%AAncia%20nacional%2C%20por%20isso,os%20Cadernos%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20B%C3%A1sica>. Acesso em: 05 jun. 2022.

SOUZA, ELIZABETHE CRISTINA FAGUNDES DE et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [online], v. 24, n. suppl 1, p. s100-s110, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015>>. Acesso em: 31 maio 2022.

SROUGI, M. et al. Doenças da próstata. **Rev Med**, São Paulo, 2008. Disponível em: www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/59075/62060. Acesso em: 24 abr. 2022.

THOMAS, M. L et al. Sistema de referência e contrarreferência: desafios na assistência à saúde. Congresso Internacional em Saúde, n.8, 2021. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/19551>. Acesso em: 29 maio 2022.

TORRALBO, F. A. P.; JULIANI, C. M. C. M. O sistema de referência e contrarreferência no atendimento ao adolescente: realidade x integralidade. **Rev enferm UFPE online**, v. 10, n. 3, p. 1016-21, 2016.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública** [online], v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>>. Acesso em: 7 jun. 2022.

UGARTE O. Contexto normativo dos cuidados paliativos no SUS [monografia]. [Brasília, DF]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.

UNITED KINGDOM NATIONAL SCREENING COMMITTEE. The UK NSC recommendation on Prostate cancer screening/PSA testing in men over the age of 50 [Internet], 2016. Disponível em: <http://legacy.screening.nhs.uk/prostatecancer>.

VARELLA, Drauzio. <https://drauzioarella.uol.com.br/drauzio/artigos/cancer-de-prostata-artigo/>, 2016.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.*, v. 157, n.2, p. 120-134, 2012.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*, v. 319, n. 18, p. 1901-1913, 2018. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/prostate-cancer-screening>. Acesso em: 18 set. 2022.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F. L.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência Trabalho financiado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Edital CSDT/Fiocruz – 001/2009. *Saúde e Sociedade* [online], v. 24, n. 1, p. 100-112, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>>. Acesso em: 29 maio 2022.

VIEIRA J. Listas de espera para cuidados de saúde: onde fica a ética? **Nursing** (Edição Portuguesa), v. 17, n. 217, p. 30-5, 2007.

WERNECK, M.A.F; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. Protocolos de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5. Geneva: World Health Organization; 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care [internet]. World Health Organization; 2014. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_R7-en.pdf.

Acesso em: 15 maio 2022.

APÊNDICES

Apêndice 1: Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “LINHAS DE CUIDADO: HOMENS EM PROCESSO DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA COM SUSPEITA DE CÂNCER DE PRÓSTATA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA AP 3.2 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

” porque você é médico, responsável técnico e trabalha em uma Clínica da Família da CAP 3.2.

O estudo consiste em conhecer as linhas de cuidado de homens em processo de avaliação diagnóstica com suspeita de câncer de próstata, a partir da percepção dos médicos de família e comunidade da área programática 3.2 do município do Rio de Janeiro.

É relevante, porque os resultados do presente estudo sobre a linha de cuidado do usuário em processo de avaliação diagnóstica com suspeição de câncer de próstata podem assinalar alternativas para um cuidado centrado na integralidade e fundamentado nas necessidades do usuário; na identificação de fortalezas e dificuldades; e proposição de caminhos para um cuidado de qualidade.

Você será submetido a aplicação de um questionário por entrevistador treinado na fase de coleta de dados do projeto.

Caso aceite participar desta pesquisa, sua colaboração será de forma anônima, por meio de participação de entrevistas individuais, em sala reservada, promovida na Unidade de Saúde onde você trabalha.

Seu nome verdadeiro será substituído por um codinome e sua identidade não será revelada em hipótese nenhuma. Os dados serão gravados, transcritos, armazenados em arquivo digital por 5 anos, sob guarda e responsabilidade da própria pesquisadora. O arquivo digital será descartado permanentemente, ou seja, apagado de forma que não seja possível a leitura e a visualização do material. As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para os objetivos da pesquisa. Os dados obtidos só serão disponibilizados para publicações científicas com a confidencialidade assegurada.

Embora não haja nenhuma garantia de que a(o) Sra(o) terá benefícios com este estudo, as informações que a(o) Sra(o) fornecerem serão úteis para a melhoria da qualidade do atendimento na Instituição a partir do conhecimento da rede de assistência ao usuário em processo de avaliação diagnóstica com suspeita de câncer de próstata, na perspectiva da linha do cuidado.

Os riscos estão relacionados com as dimensões psíquica, moral e intelectual relacionadas à reflexão sobre o tema em estudo. Caso perceba qualquer risco ou dano significativo ao participante da pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, comunicarei o fato ao sistema CEP/CONEP, e avaliarei, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

Em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, realizarei os encaminhamentos adequados para os serviços de apoio psicológico existente na rede pública de saúde do Rio de Janeiro.

Você não terá nenhuma despesa adicional com a realização da pesquisa, seu custeio será por conta do pesquisador responsável. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

Você terá plena liberdade para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem penalidade alguma (ex. seu atendimento não será prejudicado com a recusa em participar da pesquisa).

Assinando este consentimento, você não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, você não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação lhe prejudique. Sua participação é inteiramente voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer tipo de prejuízo ou constrangimento.

Todas as suas dúvidas serão esclarecidas/resolvidas antes de consentir a participar da pesquisa.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, a(o) Sra(o) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante da pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta Instituição, no telefone 2215 1485. É assegurado o completo sigilo de

sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Será oferecida uma cópia deste termo de consentimento, no qual constam no rodapé alguns telefones e endereços, caso tenha dúvidas ou queira falar da pesquisa.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo,

_____, residente à _____, concordo em participar do estudo “LINHAS DE CUIDADO: HOMENS EM PROCESSO DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA COM SUSPEITA DE CÂNCER DE PRÓSTATA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA AP 3.2 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO”.

Eu fui completamente orientado pelo pesquisador Adolfo Marcelo Martins Soares que está realizando o estudo, de acordo com a natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-lo sobre todos os aspectos do estudo. Além disso, ele me entregou uma via da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu liberdade para decidir acerca de minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo, patrocinado pelo pesquisador Adolfo Marcelo Martins Soares, e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador e por pessoas ligadas à pesquisadora.

Estou recebendo uma via assinada deste termo.

Investigador:

Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Participante:

Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Pesquisador: Adolfo Marcelo Martins Soares – Mestrando Saúde da Família – Universidade Estácio de Sá – Tel. (21) 966777597. E-mail: medadolfo Soares@gmail.com.

Professora-orientadora: Dr^a Luciana Maria Borges da Matta Souza – Universidade Estácio de Sá – Rua do Riachuelo, 87 Rio Comprido – Rio de Janeiro. Tel. (021)25037147. E-mail: luborges10@gmail.com Site: <http://www.portal.estacio.br>

Comitê de Ética em Pesquisa – Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar, sala 401, Centro - Rio de Janeiro. Cep 20031-040. Telefone 2215-1485. E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br. Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comitê-de-etica-em-pesquisa>

Apêndice 2: Parecer Consubstanciado do CEP

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Pesquisador: ADOLFO MARCELO MARTINS SOARES

Título da Pesquisa: LINHAS DE CUIDADO: HOMENS EM PROCESSO DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA COM SUSPEITA DE CÂNCER DE PRÓSTATA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA AP 3.2 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saude do Rio de Janeiro

Versão: 2

CAAE: 51276321.3.3001.5279

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Número do Parecer: 5.082.528

DADOS DO PARECER

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de dissertação para obtenção do grau de Mestre do Programa de Pos-Graduação em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sa. É de caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, que se propõe conhecer a percepção dos médicos de família e comunidade sobre as linhas de cuidado de homens em processo de avaliação diagnóstica com suspeita de câncer de próstata na atenção primária na AP 3.2 do município do Rio de Janeiro. Os participantes da pesquisa serão médicos responsáveis técnicos que trabalham nas Clínicas da Família da AP3.2. A técnica de coleta de dados será a entrevista sendo realizada a análise de conteúdo. Como resultados esperados espero conhecer a rede de assistência aos usuários em processo de avaliação diagnóstica com suspeita de câncer de próstata, na perspectiva da linha do cuidado, através do olhar dos médicos de família e comunidade da atenção primária da área programática 3.2 do município do Rio de Janeiro, identificar fortalezas e dificuldades e propor caminhos para um cuidado de qualidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Conhecer as linhas de cuidado de homens em processo de avaliação diagnóstica com suspeita de câncer de próstata, a partir da percepção dos médicos de família e comunidade da área programática 3.2 do município do Rio de Janeiro

Objetivo Secundario:

- Descrever o programa de prevenção e tratamento do câncer de próstata vigente na área programática 3.2.
- Identificar as tecnologias e os recursos utilizados na assistência aos usuários em processo de avaliação diagnóstica com suspeita de câncer de próstata.
- Analisar os desafios enfrentados, pelos médicos de família, para atenção aos usuários em processo de avaliação diagnóstica com suspeita de câncer de próstata

Riscos:

Os riscos são mínimos, pois utilizo a técnica de entrevista para conhecer a rede e a assistência aos usuários em processo de avaliação diagnóstica com suspeita de câncer de próstata, e não será feita nenhuma intervenção ou procedimento invasivo. Os possíveis riscos estão relacionados com a dimensão psíquica, moral e intelectual relacionadas a reflexão sobre o tema em estudo. Caso perceba qualquer risco ou dano significativo ao participante da pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e esclarecido, comunicarei o fato ao sistema CEP/CONEP, e avaliarei, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

Benefícios:

Em relação aos benefícios, a pesquisa visa contribuir para a proposição de estratégias para a melhoria dos serviços de saúde na atenção básica direcionados para os usuários em processo de avaliação diagnóstica com suspeita de câncer de próstata, resultando em benefícios para as Clínicas da Família, usuários e para os profissionais que trabalham nela. É assegurado o completo sigilo da identidade dos entrevistados quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto está bem delineado, sendo claro na sua relevância e proposições.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Para análise deste projeto foram apresentados os seguintes documentos na Plataforma Brasil

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequado
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado
- 3) Orçamento e fontes de financiamento: adequado
- 4) Declaração negativa de custos Adequado
- 5) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado
- 6) Cronograma: adequado
- 7) Anuência da Instituição cenário: adequado
- 8) Currículos dos pesquisadores: adequado
- 9) Instrumentos de coleta de dados: adequado

10) Termo de Compromisso de Utilização de Dados TCUD: adequado

Recomendações:

Não há.

Após análise do projeto e da documentação enviada, considera-se projeto aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e anexada novamente na Plataforma Brasil para análise deste CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Acrescentamos que o participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

De acordo com o OFÍCIO CIRCULAR Nº 8/2020/CONEP/SECNS/MS com as orientações para a condução de pesquisas e atividades dos CEP's durante a pandemia provocada pelo SARS-COV-2 e enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, recomenda-se que os CEP's e toda a comunidade científica adotem, para a condução dos protocolos de pesquisa, envolvendo seres humanos, as orientações da CONEP observando, ainda, no que couber, as diretrizes adotadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Quando se tratar de pesquisas com seres humanos em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), os procedimentos não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição.

As pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde.

Em razão da Pandemia, a realização da pesquisa ficará a critério do gestor da Unidade de Saúde avaliar caso seja necessária a suspensão, a interrupção ou o cancelamento da pesquisa devido às demandas de serviços decorrentes da Covid-19. Caso haja a suspensão, interrupção ou cancelamento da pesquisa, caberá aos investigadores a submissão de notificação via Plataforma Brasil, para apreciação do Sistema CEP/CONEP. Para as pesquisas realizadas em instituições educacionais, ficará à critério do gestor/ diretor fazer a devida avaliação.

Este parecer possui validade de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

RIO DE JANEIRO, 05 de Novembro de 2021

Assinado por:

Brígida Araújo de Carvalho Silva
(Coordenador(a))

Apêndice 3: Roteiro de entrevista semi-estruturado

PESQUISA: PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE SOBRE A LINHA DE CUIDADO DE HOMENS COM SUSPEITA DE CÂNCER DE PRÓSTATA NA AP 3.2 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Codínome: _____
Data da entrevista _____
Horário de início _____
Horário de término _____

Idade: _____ Naturalidade: _____

Sexo: masculino feminino
 não declarado Outros: _____

Qual a sua cor/etnia?

Branca Preta Amarela Parda Indígena

Formação:

Pós Graduação – Mestrado Pós Graduação – Doutorado

Especialização: _____

Graduação: _____

Qual é sua Jornada de trabalho na ESF?

20h 40h outro: _____

Há quanto tempo atua na ESF?

06 meses a 1 ano 1 a 3 anos acima de 4 anos

Há quanto tempo atua como Médico RT na ESF?

06 meses a 1 ano 1 a 3 anos acima de 4 anos

Trabalha em outro local?

Sim. Onde? _____

Não

Em caso positivo:

a) Qual sua jornada de trabalho?

20h 40h outro: _____

b) Qual sua função?

O que você entende por linha de cuidado ao usuário com suspeita diagnóstica de câncer de próstata?

Como é o fluxo de referência e contrarreferência de usuários em processo de avaliação diagnóstica com suspeita de câncer de próstata na sua unidade?

Quais os serviços disponíveis na linha de cuidado a estes usuários na sua unidade? E os recursos?

Quais são as suas atribuições, no nível básico, em uma linha de cuidado aos usuários em processo de avaliação diagnóstica com suspeita de câncer de próstata?

Quais os tratamentos recomendados na linha de cuidado aos usuários em processo de avaliação diagnóstica com suspeita de câncer de próstata?

Que medidas de prevenção são recomendadas aos usuários com esta suspeição?

Quais os desafios(dificuldades) que você enfrenta na linha de cuidados aos usuários em processo de avaliação diagnóstica com suspeita de câncer de próstata? E as facilidades?

Quais as estratégias que você sugere para melhorar a linha de cuidado dos usuários em processo de avaliação diagnóstica com suspeita de câncer de próstata?