

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

EMANUEL RIBEIRO ROMEIRO DA ROCHA

**SENSIBILIZAÇÃO DA POPULAÇÃO MASCULINA EM UMA UNIDADE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DA REALIZAÇÃO DE PSA NOS
HOMENS COM MAIS DE 50 ANOS.**

Conselheiro Lafaiete - MG

2013

EMANUEL RIBEIRO ROMEIRO DA ROCHA

**SENSIBILIZAÇÃO DA POPULAÇÃO MASCULINA EM UMA UNIDADE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DA REALIZAÇÃO DE PSA NOS
HOMENS COM MAIS DE 50 ANOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina/ Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do certificado do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador: Prof. André Luiz dos Santos Cabral

Conselheiro Lafaiete - MG

2013

EMANUEL RIBEIRO ROMEIRO DA ROCHA

**SENSIBILIZAÇÃO DA POPULAÇÃO MASCULINA EM UMA UNIDADE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DA REALIZAÇÃO DE PSA NOS
HOMENS COM MAIS DE 50 ANOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina/ Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do certificado do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador: Prof. André Luiz dos Santos Cabral

BANCA EXAMINADORA

André Luiz Dos Santos Cabral – Orientador

Daniel Xavier Lima

Aprovado em Belo Horizonte, 02 de março de 2013

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui em suas ações programas de saúde bem estabelecidos, como: para o controle da hipertensão e diabetes e referentes à saúde da criança e da mulher. A partir de 2008, o Ministério da Saúde através da política nacional de atenção integral à saúde do homem passou a incrementar ações que visem a melhorar assistência a este segmento populacional, que culturalmente relegam ao segundo plano os cuidados com a sua saúde. A Sociedade brasileira de Urologia e a mídia em geral vêm estimulando os homens a procurar os serviços de saúde e desta forma aumentar o seu cuidado com doenças degenerativas passíveis de prevenção através de uma atenção continuada. A popularização da dosagem do antígeno prostático específico no sangue como um dos parâmetros na avaliação da neoplasia de próstata possibilita a atração do usuário masculino aos serviços de saúde. A discussão sobre a importância do diagnóstico precoce do câncer de próstata e a utilização de recursos tecnológicos como o PSA não invalidam a sua utilização na forma de rastreio. Esta estratégia aplicada em uma unidade de saúde da família possibilitou o aumento da demanda de usuários do sexo masculino pelos serviços oferecidos por esta.

Palavras-chave: PSA. Saúde do homem. Saúde da família.

ABSTRACT

The Family Health Strategy programs were classically designed to act in relation to the control of hypertension and diabetes, as well children's and women's health. However, since 2008, the Ministry of Health has promoted a national policy program aimed at improving men's health. Traditionally, this population had never been a target of such public campaigns. The exceptions are the Brazilian Urological Association and some media segments, which have both been encouraging men to seek health care. The widespread knowledge about prostate cancer screening, including the dosage of the serum prostate specific antigen (PSA), has attracted the male population to the public health units. As a consequence, more male patients are going to these units, which could be a valuable opportunity to improve their care through continued attention.

Keywords: PSA. Human health. Family health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
2	OBJETIVO	10
3	DADOS DEMOGRÁFICOS	11
4	METODOLOGIA	13
5	REVISÃO DA LITERATURA	14
6	RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é uma das prioridades do Governo Federal. Esta política vem de encontro ao anseio da sociedade em reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Um de seus principais objetivos é promover ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos possibilitando o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas que possam ser prevenidas e evitadas nessa população. Ela está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008).

A população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada e assim a qualificação da atenção primária se faz necessária para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis (BRASIL, 2008).

Estudos comparando a morbimortalidade masculina com a feminina comprovam o fato de que eles são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres (COURTENAY, 2007; IDB, 2006; LAURENTI, 2005). Entretanto, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO, 2002), acessando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde (BRASIL, 2008).

Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas (BRASIL, 2008).

Tratamentos crônicos ou de longa duração têm, em geral, menor adesão, visto que os esquemas terapêuticos exigem um grande empenho do paciente que, em algumas circunstâncias, necessitam modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento. Tal afirmação também é válida para ações de promoção e prevenção à saúde que requer, na maioria das vezes, mudanças comportamentais.

A não aderência aos programas de saúde decorre de fatores culturais como o estereótipo de gênero, ao patriarcalismo e crenças sobre o que é ser masculino. Estar doente não condiz com a fortaleza inerente à condição masculina de invulnerabilidade e assim, o homem cuida menos de si e se expõe mais às situações de risco e teme que o médico destrua as suas convicções diagnosticando algum agravamento à saúde que os abale (BOZON, 2004; BRASIL, 2008).

As ações de saúde e a mídia correlata ressaltam os programas voltados para as crianças e para as mulheres prioritariamente; exceção feita à Sociedade Brasileira de Urologia que veicula periodicamente apelo aos homens para procurarem pelo urologista e minimizarem os riscos oriundos do câncer de próstata.

Outro ponto desmotivador pela procura dos serviços de atenção primária está no fato de o horário de funcionamento das unidades de saúde ocorrer durante o horário de trabalho masculino e sem resolução de suas demandas em uma única consulta (GOMES, 2007). “Entretanto grande parte das mulheres, de todas as categorias sócio econômicas, faz hoje parte da força produtiva, inseridas no

mercado de trabalho formal, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde” (BRASIL, 2008).

Ainda que o conceito de masculinidade venha sendo atualmente contestado e tenha perdido seu rigor original na dinâmica do processo cultural (WELZER-LANG, 2001), a concepção ainda prevalente e hegemônica da masculinidade é o eixo estruturante pela não procura aos serviços de saúde. Em nossa sociedade, o “cuidado” é papel considerado como sendo feminino e as mulheres são educadas desde muito cedo para desempenhar e se responsabilizar por este papel (WELZER-LANG, 2004; BRASIL, 2008).

Dentre as atribuições da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) a de sensibilizar a sua população adscrita em promover o autocuidado é uma delas. Estimular a participação de certos segmentos, como os homens, nos programas de saúde desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, também (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO, 2002; POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM – Princípios e Diretrizes, 2008).

2 OBJETIVO

Este projeto procura contemplar esta parcela da população masculina já estimulada pelos meios de comunicação em geral para a realização de exames complementares como uma forma de prevenção de agravos à saúde. Assim, considerou-se a possibilidade da realização de dosagem do antígeno prostático específico (PSA) neste grupo de homens visando principalmente a sua familiarização com a ESF, o que a maioria desconhecia totalmente. Destarte, o presente trabalho objetiva sensibilizar a população masculina com mais de 50 anos com o diagnóstico precoce do câncer de próstata através da dosagem do PSA neste grupo; estimular estes homens a desenvolver o autocuidado através da sua adesão aos vários programas de saúde desenvolvidos pela unidade de saúde e com isso a redução da morbimortalidade nesta faixa etária e de gênero.

3 DADOS DEMOGRAFICOS

A população de homens no Brasil, ou 90.671.019 com distinção de diferentes fases do ciclo de vida, é delimitada em termos percentuais conforme: infância (0 – 9), 18.200.403 ou 20 %; adolescência (10 – 24), 28.053.005 ou 31 %; idade adulta (25 – 59) ou 37.414.895 ou 41 % e idoso (60 ou +), 7.002.716 ou 8 % (Fonte: IBGE/PNAD/MS/SE/DATASUS,2005).

O grupo populacional masculino dos 25 aos 59 anos corresponde a 37.414.895 habitantes, assim distribuídos nas seguintes faixas etárias, como demonstra a Tabela 1:

Tabela 1 - População masculina dos 25-59 anos, de acordo com as faixas etárias

<i>Faixa Etária</i>	<i>População Masculina</i>
25 a 29 anos	7.421.610
30 a 34 anos	6.925.476
35 a 39 anos	6.470.059
40 a 44 anos	5.552.259
45 a 49 anos	4.568.323
50 a 54 anos	3.691.489
55 a 59 anos	2.785.679

Fonte:IBGE/MS/SE/DATASUS,2005

No trabalho desenvolvido priorizou-se o grupo de homens com idade superior a 50 anos já que este grupo não procura os serviços de saúde regularmente e apresenta uma maior possibilidade de apresentar algum agravo a sua saúde, uma redução em seu quantitativo comparando com o grupo de mulheres de mesma faixa

etária, por motivos arraigados na cultura popular oriundos do machismo secular e reforçados pela origem latina do povo brasileiro.

4 METODOLOGIA

Utiliza-se a forma descritiva apoiada em revisão da literatura com relato de experiência que consistiu do levantamento dos usuários masculinos com mais de 50 anos da equipe Rosa da Unidade de Saúde da Família Emydio Cabral, localizada na comunidade dos Gouveias em Paciência, bairro da zona oeste do município do Rio de Janeiro.

Executou-se a marcação dos exames para dosagem do PSA pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e a entrega a cada usuário do dia de coleta do material e os esclarecimentos necessários sobre o trabalho desenvolvido pela unidade em prol da saúde do homem e do idoso e pontualmente sobre a realização do exame e a sua importância.

Entre 11/09/2011 e 13/10/2011 foi realizada revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual de Saúde utilizando como palavras chave: câncer de próstata e antígeno prostático específico ou prostate cancer e prostate-specific antigen através das bases de dados LILACS, SCIELO E MEDLINE/PUBMED.

As discussões sobre os resultados recebidos e as condutas daí decorrentes foram desenvolvidas durante consulta agendada com cada um dos participantes da empreitada, aproveitando a ocasião para resgate de usuários afastados e estímulo àqueles que não se valiam dos serviços da unidade.

5 REVISÃO DA LITERATURA

O câncer de próstata é a neoplasia visceral mais frequente do homem brasileiro após a quinta década de vida e corresponde a mais de 40% dos tumores desta faixa etária. No Brasil há uma incidência de 400.000 casos a cada ano segundo a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU). Segundo o Instituto Nacional do Câncer o câncer de próstata é a doença mais comum entre os homens. Só em 2011, estima-se que 52.350 novos casos foram detectados. É uma doença característica da terceira idade. A maior parte dos tumores de próstata em seu início é assintomática, tornando o diagnóstico precoce importante ferramenta através de exames periódicos como a dosagem periódica do PSA e do toque retal da próstata. A SBU recomenda que homens com mais de 40 anos e história familiar positiva e homens com idade superior a 45 anos sem história familiar façam os exames periodicamente.

O PSA é uma glicoproteína produzida pelas células epiteliais da próstata que varia com a idade do paciente e o tamanho da próstata. Considera-se atualmente o valor normal de 2,5 ng/ml para pacientes em torno de 50 anos e de 4,0 ng/ml aos 60 anos. É específico da próstata e pode estar aumentado em algumas situações que não o câncer, entre elas a hiperplasia benigna em 20% dos casos e nas prostatites pode estar muito aumentado (SBU Saúde).

A determinação do antígeno prostático específico (PSA) faz parte do diagnóstico do câncer de próstata. Em condições patológicas seus níveis aumentam e desta forma é considerado um marcador tumoral útil no diagnóstico precoce do câncer de próstata. O PSA detectado no sangue apresenta-se de três formas distintas que são: o livre; o conjugado e o total. O PSA medido é o resultado da

soma do PSA livre com o PSA conjugado. Quando ocorre elevação dos níveis do PSA livre pode-se pensar em hiperplasia benigna de próstata, enquanto que um resultado entre 2 e 3 ng/mL no PSA total indica uma possibilidade cinco vezes maior de desenvolvimento de uma neoplasia maligna nos próximos dez anos, que quando o seu valor é inferior a 1 ng/mL (ACOSTA, 2010). Entretanto, valores do PSA dentro da faixa da normalidade não são suficientes para se descartar a presença de uma neoplasia. Alves e colaboradores em relato de caso de paciente de 64 anos mostram que apesar do exame com a detecção do PSA ter ficado dentro dos níveis normais foi diagnosticado o tumor. O exame de toque retal com identificação de nódulo indicou a realização de biópsia ratificando a hipótese diagnóstica (ALVES, 2007). O desenvolvimento de um programa para detecção precoce de câncer de próstata parece corresponder à demanda por parte da população mesmo com baixa aderência aos principais programas de saúde. A realização de exames de rastreamento não produziu aumento na detecção do tumor quando comparado com os detectados em pacientes que são submetidos à consulta rotineira com o urologista. Assim, o programa responde a crescente demanda, mas o rastreamento ainda é discutível, apesar do aparente benefício individual (FERNÁNDEZ et al, 2009). O câncer de próstata é o segundo mais frequente em homens no Brasil, sendo superado apenas pelo melanoma. O tumor de próstata apresenta um crescimento lento, leva aproximadamente 15 anos para atingir 1 cm³, acometendo principalmente homens com mais de 65 anos (DANTAS et al, 2010).

O PSA vem sendo utilizado para detecção precoce do câncer de próstata desde 1994. Nas últimas duas décadas o rastreamento do câncer de próstata através do PSA provocou um aumento em sua incidência. O rastreio através do PSA está relacionado com uma redução de 75% na proporção de homens que

apresentaram doença metastática e uma redução de 32,5 % na taxa de mortalidade desde 2003. Entretanto o PSA não é um marcador perfeito, possui limitada especificidade para detecção do câncer de próstata e sua aplicação clínica ainda provoca debates sobre o tema, ou seja, a sua triagem é discutível, haja vista que o risco de que seja detectado um tumor de próstata aumentou em 16 %, enquanto o de morrer desta patologia aumentou apenas 3,4 %. O aumento na detecção de tumores de crescimento lento ou com baixa agressividade parece ser um fator que contribui para a discrepância entre a incidência e a mortalidade, já que estes tumores não necessitariam necessariamente de tratamento, provocando dúvidas sobre o excesso de diagnósticos e tratamentos desnecessários que acarretam piora da qualidade de vida com o aparecimento de sequelas como incontinência urinária e fecal e a disfunção sexual. Assim, os contrários ao rastreamento de câncer de próstata afirmam que não há provas de que a detecção precoce possa reduzir a taxa global de mortalidade, mas aumenta a morbidade desta população. No entanto, há evidências de que o rastreio é responsável por uma redução na mortalidade específica por câncer (NOGUEIRA et al, 2009). Em associação com o toque retal, o uso do PSA passou a detectar tumores em fases bem mais precoces e bem menores, levando a uma melhor interpretação dos dados e do contexto individual do paciente (RAMOS, 2006). Apesar do aparente benefício individual e do impacto populacional em se fazer um rastreamento para detecção precoce do tumor de próstata, a relação custo benefício ainda é matéria de debate (KREBS et al, 2005).

É difícil precisar qual a causa do câncer de próstata, mas podem ser apontados alguns fatores de risco como a idade, a história familiar, a raça, os hábitos alimentares, o tabagismo e o alcoolismo (GOITIA et al, 2007).

O PSA é considerado o mais importante marcador para detectar, estagiar e monitorizar o câncer de próstata. Gonçalves e colaboradores realizaram um trabalho onde foram analisadas 437 amostras de PSA de homens com idade variando entre 27 anos e 91 anos. 388 (88,8%) apresentaram PSA entre 0 e 4 ng/mL; 34 (7,8%) entre 4,1 e 10 ng/mL; 10 (2,3%) entre 10,1 e 20 ng/mL e 5 (1,1 %) valores maiores que 20 mg/mL. A conclusão do estudo mostra que o PSA aumenta com a idade (GONÇALVES et al, 2007). A identificação de tumores em fase subclínica possibilita o seu acompanhamento com intervenções como cirurgia, radioterapia ou hormônio-terapia, entretanto por não se tratar de um marcador exclusivamente tumoral, deve-se ter muita cautela na interpretação de seus valores a fim de se evitar interpretações equivocadas que podem levar a biópsias desnecessárias e terapêuticas inadequadas (RODRIGUES, 1999).

A não realização do PSA está relacionada à falta de conhecimento, ao preconceito e a ausência de sintomatologia. Além da insuficiente educação sobre sua própria saúde e do difícil acesso aos serviços de saúde, o usuário se vê frente a profissionais voltados a priorizar outros agravos à saúde como hipertensão arterial e diabetes. Entretanto, Miranda e colaboradores realizaram estudo envolvendo os docentes-médicos da faculdade de medicina da UFMG e constataram que 20,7%, com mais de 51 anos, nunca fizeram PSA ou se submeteram ao exame de toque retal e 36,2% não se submeteram ao toque retal (MIRANDA et al, 2004).

Nos países desenvolvidos, o tumor de próstata é a primeira causa de câncer e a segunda causa de morte por câncer. O descobrimento e o aperfeiçoamento da tecnologia para medição do PSA no sangue é considerado o maior avanço da oncologia ocorrido no século XX, que possibilita a detecção precoce do tumor de

próstata bem no início em populações assintomáticas através de rastreamento periódico (MAIA, 2000).

A utilidade do PSA como ferramenta de rastreamento, objetivando a redução de mortes provocadas pelo câncer de próstata, vem sendo controverso desde a sua descoberta e utilização. Inicialmente utilizado para acompanhar a evolução de pacientes com câncer de próstata passou a ser utilizado como peça fundamental no diagnóstico precoce do câncer de próstata, entretanto a não redução da mortalidade, o aumento da morbidade e o seu custo parecem desencorajar outros trabalhos de rastreamento populacional.

6 RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe rosa do CMS Emydio Cabral possui em sua área de abrangência 920 famílias cadastradas; 3076 moradores; 1421 são homens e 371 têm idade superior a 50 anos, ou 26,10 % da população masculina ou 12,06 % da total. Com o trabalho realizado constatou-se um aumento do número de consultas a este segmento populacional que correspondeu a 29,64 % ou 110 usuários que não utilizavam os serviços oferecidos pelo CMS e passaram a utilizá-los ou pelo menos tiveram conhecimento dos programas desenvolvidos pela unidade como o acompanhamento para hipertensão e diabetes. Exemplificando: em julho de 2011, a equipe rosa possuía 411 moradores cadastrados no programa de hipertensão e destes eram acompanhados 318 pacientes. Após a realização deste trabalho, em janeiro de 2012, encontram-se 485 cadastros e acompanhamento de 349 hipertensos, ou seja, um acréscimo de 18 % nos hipertensos cadastrados e de 9,74 % nos efetivamente acompanhados pelo programa.

Para aqueles em que se obteve valores de PSA superiores a 4 ng/dL, solicitou-se ultrassonografia de próstata transpélvica e ultrassonografia de rins e vias urinárias com medição do resíduo miccional e subsequente encaminhamento ao especialista, urologista. O total de resultados com PSA superior a 4 equivaleram a 3,67 % ou 9 indivíduos, sendo que destes 2 já faziam acompanhamento especializado.

O trabalho desenvolvido teve plena aceitação da comunidade e rendeu e rende melhor entendimento dos objetivos da ESF e comprova a hipótese inicial de que o rastreamento de câncer de próstata através da dosagem do PSA no sangue pode servir como sensibilizador de certos segmentos populacionais e com isso

promover o autocuidado e incluí-los nos programas desenvolvidos pela ESF melhorando as condições de saúde destes.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, NM; VERA, PL; NA, EK; MARTÍNEZ, LE; JIMÉNEZ, GL; CODAS, HJ; RODAS, JH. Niveles séricos del antígeno prostático específico (PSA) dentro de la campaña de prevención del cáncer de próstata. *Cienc. Salud (Impr.)*; 6(2):15-19, dic. 2010. In:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=591529&indexSearch=ID>, acessado em 10/10/2011.

ALVES, LS; ASSIS, BPS. Câncer de próstata com PSA normal. *Rev. méd. Minas Gerais*;17(3/4):169-171, jul.-dez. 2007. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=556569&indexSearch=ID>, acessado em 10/10/2011.

BOZON M. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2004. <http://pt.scribd.com/doc/63687845/BOZON-Michel-Sociologia-Da-Sexualidade-Ed-FGV-Rio-de-Janeiro-2004>, acessado em 09/10/2011.

BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE. *Política nacional de atenção integral à saúde do homem* (Princípios e Diretrizes); Ed.: 2008. <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>, acessado em de Setembro 2011.

COURTENAY, WH. *Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health*. *Soc Sci Med* 2000; 50:1385-401. http://pingpong.ki.se/public/pp/public_courses/course07443/published/1296486679873/resourceId/4329094/content/courtenay%5B1%5D.pdf, acessado em outubro de 2011.

CROSWELL JM, KRAMER BS, CRAWFORD ED. *Screening for prostate cancer with PSA testing: current status and future directions*. *Oncology (Williston Park)*. May 2011; 25(6): 452-60, 463. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21717898>, acessado em 09/10/2011.

DANTAS, VCR; MEDEIROS, RC; ROCHA, LVS; ROCHA, AAL; LAMARÃO, LLSG; FERNANDES, PDC; SATURNINO, ACRD. *Níveis de antígeno prostático específico (PSA) em indivíduos com diferentes hábitos alimentares*. *Rev. bras. Anal. Clin*; 42(2): 111-114, 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21717898>, acessado em 09/10/2011.

FERNÁNDEZ, M; ZARRAONANDÍA, A; KREBS, A; DÍAZ, C; DOMENECH, A; FIGUEROA, A; ZAMBRANO, N; COZ, LF. *Programa continuo de detección precoz de cáncer de próstata: análisis crítico a dos años de su implementación*. *Rev. chil. urol*; 74(1):20-25, 2009. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=562704&indexSearch=ID>, acessado em 05/10/2011

FIGUEIREDO W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência Saúde Coletiva* 2005; 10:105-9. <http://pt.scribd.com/doc/7003831/AQUINO-Saude-Coletiva>, acessado em 06/10/2011.

GOITIA, L; PÉREZ, M; ALCALÁ, W. Detección precoz de cáncer de próstata en la población de Urumaco Col. med. estado Táchira;16(4):11-23, oct.-dic. 2007. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=530766&indexSearch=ID>, acessado em 08/10/2011.

GOMES R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma X discussão. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:825-9. <http://pt.scribd.com/doc/7003831/AQUINO-Saude-Coletiva>, acessado em 10/10/2011.

GONÇALVES, TN; MELLA JUNIOR, SE. Avaliação do nível sérico de antígeno prostático específico (PSA) em pacientes da cidade de Campo Mourão - PR *Rev. bras. anal. clín*;39(4):279-281, 2007. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=490975&indexSearch=ID>, acessado em 09/10/2011.

IDB 2006 [Indicadores e dados básicos: Brasil 2006 - IDB 2006 - Datasus](#)

KREBS, A; BUSTOS, M; CAMPOS, R; DOMENECH, A; FIGGUEROA, A; HINRICHS, A; SCHATLOFF, O; ZAMBRANO, N; COZ, F. Câncer de próstata: resultados de un programa continuo de screening. *Rev. chil. urol*;70(3):127-131, 2005. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=430757&indexSearch=ID>, acessado em 07/10/2011.

LAURENTI R, MELLO-JORGE MHP, GOTLIEB SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência Saúde Coletiva* 2005; 10:35-46. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63010110>, acessado em 11/10/2011.

MAYA, GC. Utilidad del antígeno específico de próstata en el tamizaje del cáncer de próstata. *Med. lab*;9(11/12):511-537, 2000. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=417537&indexSearch=ID>, acessado em 11/10/2011.

MIRANDA, PSC; CÔRTEZ, MCJW; MARTINS, ME; CHAVES, PC; SANTAROSA, RC. Práticas de diagnóstico precoce de câncer de próstata entre professores da faculdade de medicina – UFMG. *Rev. Assoc. Med. Bras.* (1992);50(3):272-275, jul.-set. 2004. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=384457&indexSearch=ID>, acesso em 09/10/2011.

NOGUEIRA, L; CORRADI, R; EASTHAM, JA. Prostatic specific antigen for prostate cancer detection *Int. braz. j. urol*;35(5):521-531, Sept.-Oct. 2009.

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=532765&indexSearch=ID>, acessado em 09/10/2011.

PINHEIRO RS, VIACAVA F, TRAVASSOS C, BRITO AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:687-7070). <http://pt.scribd.com/doc/40028342/3/METODOLOGIA>, acessado em 05/10/2011.

RAMOS G, C. Câncer de próstata: utilidad del diagnóstico precoz / Prostatic Neoplasms: early diagnosis utility *Rev. Méd. Clín. Condes*;17(2):80-83, abr. 2006. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=437742&indexSearch=ID>, acessado em 08/10/2011.

RODRIGUES, P. Antígeno Prostático Específico: (P.S.A) Um marcador tumoral quase ideal. *An. paul. med. cir*;126(1):18-24, jan.-mar.1999. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=261049&indexSearch=ID>, acessado em 10/10/2011.

SCHRAIBER LB, GOMES R, COUTO MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1):7-17, 2005. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a02v10n1.pdf>, acessado em 10/10/2011.

VIEIRA, LJES; SANTOS, ZMSA; LANDIM, FLP; CAETANO, JÁ; SÁ NETA, CA. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. *Ciênc. saúde coletiva*;13(1):145-152, jan.-fev. 2008. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=472044&indexSearch=ID>, acessado em 10/10/2011.

WELZER-LANG D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Revista Estudos Feministas* 2001; 2:460-82. <http://www.scielo.br/pdf/ref/v9n2/8635.pdf>, acessado em 10/10/2011.