



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS
COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DOS HOMENS
COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

**DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E TEMÁTICA
COORDENAÇÃO-GERAL DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS**

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

NOTA TÉCNICA CONJUNTA n.º 001 /2015

Em 26 de junho de 2015.

Assunto: Posicionamento do Ministério da Saúde acerca da integralidade da saúde dos homens no contexto do Novembro Azul.

No Brasil e no mundo, novembro tornou-se um mês emblemático para a saúde do homem devido a um conjunto de iniciativas que ficou conhecido como: “Novembro Azul”. Este movimento teve origem, em 2003, na Austrália¹. Desde então, diferentes estratégias de conscientização sobre a importância da prevenção e diagnóstico precoce de doenças que atingem à população masculina (principalmente as mais prevalentes) são realizadas por diversas instituições.

Neste sentido o Ministério da Saúde é a favor da abordagem integral da saúde dos homens, e recomenda aos gestores Estaduais e Municipais, minimamente, medidas no seguinte sentido:

- Programar e avaliar ações intersetoriais e interinstitucionais locais de promoção à saúde e prevenção aos agravos, baseadas em evidências que demonstram ser efetivas na redução dos mesmos, melhorando a qualidade de vida desta população.
- Promover capacitação técnica dos profissionais da atenção básica visando orientar homens sobre a sintomatologia do câncer de próstata, como sintomas urinários, em parceria com serviços de saúde e instituições de ensino, de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente.

- Qualificar agentes comunitários de saúde e todos os profissionais das equipes de saúde de família, para que informem aos homens e a seus familiares sobre a importância do cuidado integral à saúde, os sinais e sintomas do câncer de próstata e a necessidade de procurar a unidade de saúde de referência, bem como sobre a recomendação de não rastreamento do câncer de próstata pelo Ministério da Saúde, conforme referências disponíveis ao final desta nota.
- Implementar estratégias educacionais, de comunicação e divulgação de informações com foco na prevenção, promoção e atenção à saúde do homem visando ampliar a conscientização da população sobre as diversas questões e agravos que acometem esta população, em conformidade com as recomendações do MS.
- Implementar as políticas nacionais voltadas para a saúde do homem e da pessoa idosa.

Embora, simbolicamente, o mês de novembro seja tratado como um mês especial para o cuidado da saúde do homem, **o MS recomenda que as ações acima aconteçam durante todo o ano**, sejam estruturadas de forma permanente e tragam, em suas abordagens, temáticas como: acesso e acolhimento, prevenção de violências e acidentes, saúde sexual e reprodutiva, paternidade ativa e cuidado, saúde mental, principais doenças, hipertensão, diabetes e estímulo a hábitos saudáveis de vida, entre outras.

1. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

A **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)** (Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009) tem como objetivo a promoção de ações de saúde que possibilitem a apreensão da realidade dos homens entre 20 e 59 anos de idade, sendo o Brasil um dos primeiros países – além da Irlanda (2008) e da Austrália (2010) – a formular uma política direcionada a este segmento populacional e instituir uma Coordenação no Governo Federal.

Neste sentido, a PNAISH representa uma resposta do Ministério da Saúde aos anseios de setores da sociedade civil organizada, pesquisadores, gestores e demais trabalhadores/as da saúde ao reconhecer que os altos índices de morbimortalidade masculina representam um problema de saúde pública, cujas

peculiaridades remetem a questões de gênero, raça, etnia, faixa etária, classe social, dentre outros³.

Ao considerar aspectos culturais da saúde dos diferentes segmentos masculinos, os propósitos do MS são: ampliar a presença de homens nos serviços de saúde, com ênfase na Atenção Básica, facilitando a adesão crescente da população masculina às ações e aos serviços já existentes; aumentar a resolutividade dos seus problemas e construir espaços onde suas especificidades de gênero sejam conhecidas e reconhecidas como uma marca identitária nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. Tudo isto, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão.

Outro aspecto a ser considerado é o rápido e intenso envelhecimento da população masculina no Brasil ao longo dos anos. Segundo a PNAD/IBGE, 2013, a população idosa (60 anos ou mais) é composta por aproximadamente 26,1 milhões de pessoas, sendo 11,5 milhões de homens. A expectativa de vida para a população brasileira também aumentou para 74,9 anos, sendo 78,6 anos para a mulher e 71,3 anos para o homem⁴.

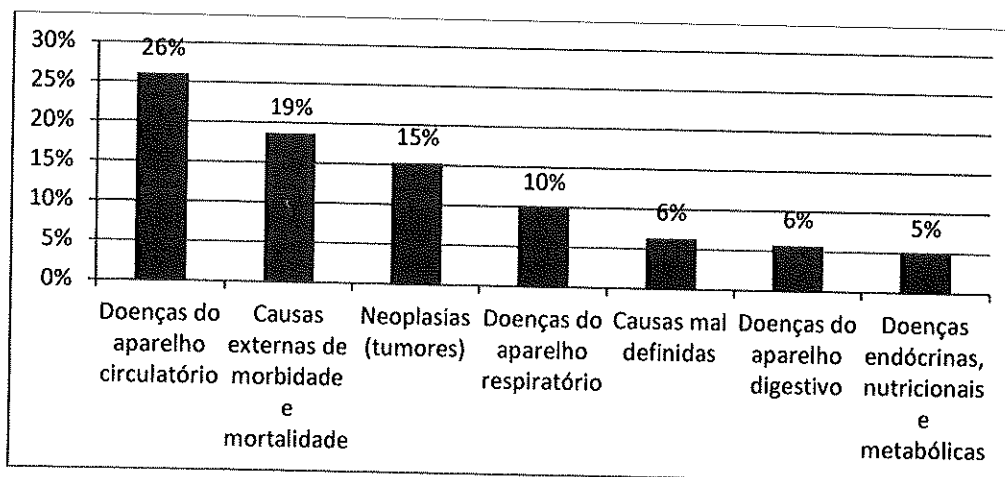
O envelhecimento da população brasileira teve impacto e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo País, o que levou o MS a estabelecer, em 2006, a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa** (Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006), cuja finalidade é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para este fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.⁵

2. Principais causas de morbimortalidade na população masculina no Brasil

Ao abordar a relevante questão da saúde da população masculina no âmbito do SUS, é necessário considerar tanto as especificidades desta população quanto os tipos de enfermidades e agravos aos quais estão sujeitos. Só assim se torna possível planejar e implementar ações e serviços de saúde, de modo a garantir acesso à atenção integral à saúde destes homens, desde a atenção básica até a atenção hospitalar.

As principais causas de morte (Gráfico 1) que atingem a população masculina são: causas externas (tais como acidentes, violências, suicídios), doenças do aparelho circulatório, digestivo e respiratório e neoplasias, dentre outras.⁶

Gráfico 1 - Proporção de óbitos pelos principais grupos de causa entre a população masculina no Brasil – 2012.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Acesso em 25 de agosto 2014.

As doenças prevalentes que levam à mortalidade da população masculina são, em geral, evitáveis, por meio da aquisição de hábitos saudáveis ao longo da vida, como é o caso das doenças do aparelho circulatório e das neoplasias. Entre a população masculina de 20 a 59 anos, as causas externas chamam a atenção por representarem as principais causas de mortalidade nesta faixa etária e vem sendo incluídas no debate da saúde pública, ao longo dos últimos anos, com mais veemência e propriedade.

A hipertensão arterial é o principal fator de risco para mortalidade ao redor do mundo e a terceira causa mais importante de incapacidade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que pelo menos 50% das doenças do coração e 75% dos acidentes vasculares cerebrais são devidos à hipertensão arterial. A prevalência da hipertensão é alta na população adulta, e cresce com o aumento da idade, sendo a doença mais frequente entre pessoas idosas.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD (IBGE, 2008), no Brasil, 43% dos homens de 60 anos de idade ou mais apresentam hipertensão arterial. Entre os idosos brasileiros, o acidente vascular cerebral e a

doença isquêmica do coração são importantes causas de mortalidade relacionadas com a hipertensão arterial.⁷

2.1. Câncer de próstata

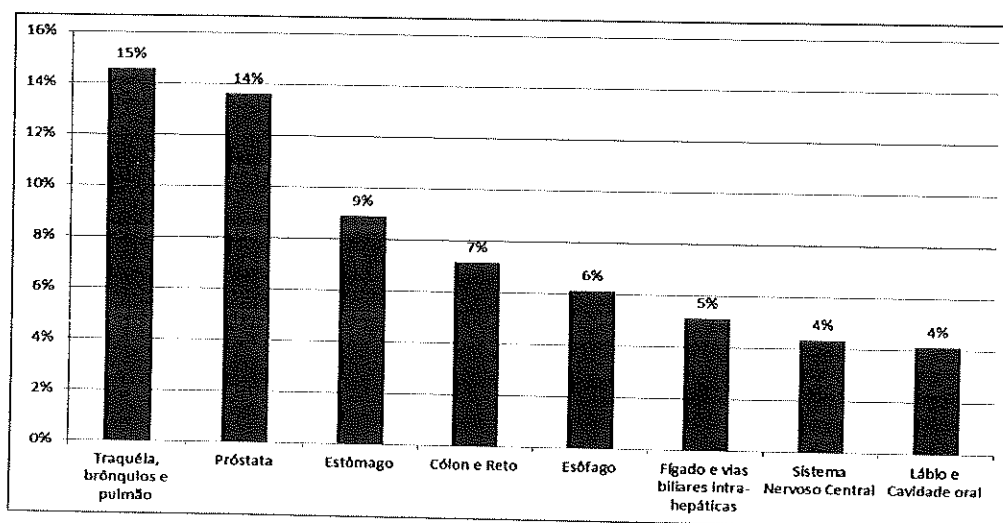
2.1.1- Incidência e mortalidade

O câncer de próstata é o segundo mais incidente no mundo e o primeiro no Brasil¹. O aumento do número de casos ao longo dos anos tem como possíveis explicações o aumento da expectativa de vida, melhoria da qualidade dos sistemas de informação, a maior disponibilidade de métodos diagnósticos e o rastreamento do câncer de próstata por meio de PSA e toque retal^{8,9}.

São estimados quase 69 mil novos casos da doença no Brasil para 2014, havendo diferenças significativas entre as regiões. Enquanto na região Sul espera-se que ocorram 91 casos para cada 100 mil homens, na região Norte espera-se 30 casos para 100 mil homens⁹.

Entre os óbitos **por câncer**, o câncer de próstata é a segunda causa de morte na população masculina no Brasil (a cada 100 mil homens, 14 morreram pela doença em 2012)⁶. Há diferença na mortalidade por câncer de próstata entre grupos etários: enquanto nos jovens e adultos entre 20 a 59 anos representou o 13º tipo de câncer que mais matou homens, entre os idosos foi o primeiro, sendo que cerca de 90% dos óbitos pela doença ocorreram em homens com mais de 65 anos.

Gráfico 2 - Proporção de óbitos pelos principais tipos de neoplasia maligna entre a população masculina no Brasil – 2012.



¹ Excluídos os casos de câncer de pele não melanoma

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.
Acesso em 25 de agosto de 2014.

Vale ressaltar que, dentre o conjunto de enfermidades, o câncer de próstata apresenta taxas de mortalidade muito inferiores a de outras doenças que acometem os homens. Em 2012, por exemplo, os números de óbitos por infarto e agressão por arma de fogo foram, respectivamente, quatro e três vezes maiores do que os óbitos por câncer de próstata. As doenças do aparelho circulatório foram a primeira causa de morte em homens (26%) no país, seguida pelos acidentes e violências (19%) e, posteriormente, pelas neoplasias (15%).

As taxas de incidência e mortalidade do câncer de próstata provocam um debate mundial entre diversos segmentos do Estado, da Sociedade e da Iniciativa Privada, sobre a real efetividade do rastreamento, sendo um ponto de consenso o entendimento quanto à necessidade do diagnóstico precoce e tratamento, em tempo oportuno, para a redução da mortalidade e controle da doença. Neste contexto, profissionais da atenção básica são fundamentais como o primeiro contato da população com o sistema de saúde e devem estar capacitados e alertas para identificar os principais sinais e sintomas da doença e providenciar o encaminhamento para confirmação diagnóstica. Diante de casos de doença confirmados, o tratamento sempre que indicado, deve estar disponível de forma ágil e com qualidade. Para que isso aconteça, é preciso que a rede local de serviços de saúde esteja organizada, com fluxos de referência e regulação bem estabelecidos.

Outro ponto importante é o esclarecimento da população sobre o tema. Homens devem receber orientações corretas quanto aos riscos e benefícios que envolvem o rastreamento caso queiram realizá-lo, para poderem tomar decisões claras quanto a se submeterem ou não aos exames. Também é essencial que sejam orientados de modo a reconhecer os sinais de alerta da doença para procurar o atendimento junto aos profissionais da sua unidade básica de saúde.

Neste sentido, o Ministério da Saúde tem trabalhado na organização dos serviços e fluxos que compõem a rede de atenção do SUS para o eixo da oncologia e intensificado ações para detecção precoce de câncer na população. Reforçamos a importância de envolvermos os profissionais de saúde, conforme a **Lei nº 13.045, de 26 de novembro de 2014¹⁰**, de modo a garantir atendimento

adequado e humanizado, orientando sobre os sinais e sintomas da doença e encaminhando para realização de exames quando houver indicação clínica.

2.1.2- Detecção precoce e rastreamento do câncer de próstata

Um grande tema na discussão sobre estratégias de diagnóstico precoce do câncer de próstata é a implantação de programas de rastreamento² por meio da oferta de teste do PSA e do toque retal².

O rastreamento do câncer de próstata, bem como qualquer intervenção em saúde, pode trazer benefícios e malefícios/riscos que devem ser analisados e comparados antes da incorporação na prática clínica e como programa de saúde pública¹¹.

No Brasil, assim como em outros países – Austrália, Canadá e Reino Unido –, o MS não recomenda a **organização de programas de rastreamento do câncer de próstata**. Este posicionamento está respaldado por evidências científicas atuais³ que apontam **mínima redução da mortalidade por câncer de próstata por meio de programas de rastreamento acompanhada de uma série de possíveis danos a saúde do homem**.

Esta decisão foi baseada em estudos de avaliação de tecnologias em saúde, ou seja, uma das metodologias adotadas por agências internacionais (governamentais e independentes) para subsidiar gestores de saúde no processo de tomada de decisão quanto à incorporação de novas tecnologias em saúde ou ampliação do uso das já existentes, mas destinadas a outro fim terapêutico^{12,13}.

Os malefícios evidenciados nos estudos e relacionados à adoção de práticas de rastreamento são:

- **Resultados falso-positivos:** embora seja um resultado esperado em exames de rastreamento, o teste PSA apresenta uma taxa elevada de resultados falso-positivos, pois na grande maioria dos casos, os níveis elevados de PSA no sangue estão relacionados a condições benignas e não ao câncer. Os resultados falso-positivos além de provocar ansiedade entre os homens e seus familiares levam desnecessariamente a realização de exames mais invasivos para confirmação diagnóstica, como a biópsia¹⁶.

² O rastreamento consiste em oferecer periodicamente exames a indivíduos sem sinais ou sintomas da doença com o objetivo de detectar a doença em sua fase pré-clínica.

³ As evidências foram fornecidas pelas últimas revisões sistemáticas publicadas pela Cochrane (2014)¹³ e US Preventive Services Task Force (2012)¹⁴, grupos independente que conduzem revisões sobre efeitos de intervenções em saúde.

- **Sobrediagnóstico:** diagnóstico de um câncer encontrado pelo rastreamento que não evoluiria clinicamente e não causaria prejuízos à saúde do homem. Estudos recentes apontam que o risco de sobrediagnóstico quando o rastreamento é realizado pode chegar a 50%^{15,16}.
- **Sobretratamento:** é uma consequência inerente ao sobrediagnóstico, onde são realizados tratamentos desnecessários que podem provocar problemas graves que interferem na qualidade de vida do homem, como por exemplo: disfunção sexual erétil, incontinência urinária, problemas no intestino, além de pequeno risco de morte¹⁵.

Portanto, o balanço desfavorável entre os possíveis benefícios e os riscos do rastreamento desaconselha sua implantação.

Uma síntese das principais evidências científicas publicadas sobre o tema pode ser consultada no documento “Rastreamento do câncer de próstata”, disponível na página eletrônica do INCA¹⁷.

3. A organização da rede de atenção à saúde

A organização do cuidado por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é o modelo de atenção à saúde adotado no Brasil, sendo corroborado pelo o governo federal por meio do Decreto 7.508/2011 MS e da Portaria GM/MS nº 4.279/2011. Os gestores estaduais e municipais devem garantir o acesso da população ao cuidado integral a saúde em todos os níveis de atenção dentro do sistema de saúde. Para tal, é necessário definir as Regiões de Saúde onde as RAS serão implementadas pensando no fluxo dos usuários, a integração e a articulação dos serviços.

Nesta direção, em 2013, foi instituída a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, com o objetivo de estabelecer diretrizes para a organização das linhas de cuidado dentro da RAS, orientando os gestores do SUS a promover a integração de ações e de serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Atualmente, estas diretrizes podem ser encontradas na Portaria GM/MS nº 483, de 1º de abril de 2014.

A estruturação das redes de atenção, norteadas pelos princípios do SUS, tem como foco a ampliação do acesso, a equidade, a eficácia clínica e sanitária e a eficiência econômica. A porta de entrada da população masculina na RAS é de responsabilidade da atenção básica onde se inicia o cuidado integral da saúde do

homem, sendo a coordenadora do cuidado do usuário no itinerário terapêutico do mesmo e um ponto-chave para as ações de prevenção e controle das doenças.

A Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (SAS/MS) vem trabalhando junto aos estados como referência técnica na área de oncologia, de modo a acompanhar e subsidiar o planejamento e elaboração dos planos de ação estaduais nos eixos temáticos das doenças crônicas.

Estes instrumentos devem explicitar quais são as atribuições e responsabilidades de cada ponto de atenção, as referências das especialidades ambulatoriais e hospitalares para garantir a continuidade do cuidado, bem como, a descrição detalhada de como será a regulação da oferta de exames, procedimentos e leitos especializados no território, observando a lógica de organização das RAS nas Regiões de Saúde pactuada pelos gestores do SUS.


Sob a ótica da organização das Redes de Atenção à Saúde das pessoas com doença crônica, a adoção do rastreamento para câncer de próstata também traz prejuízos na medida em que homens com resultados falso-positivos no PSA estão sujeitos a:

- Realização desnecessária de procedimento invasivo – a biópsia – e que pode ocasionar aos malefícios já citados anteriormente.
- Encaminhamentos desnecessários – junto com homens sintomáticos – para o agendamento da confirmação diagnóstica pelas centrais de regulação, o que pode ocasionar atrasos e inflar as filas de espera nesta etapa da linha de cuidado, além de possivelmente retardar o tempo de início do tratamento especializado para aqueles homens que já apresentavam sintomas.


A análise situacional das ações desenvolvidas pelos gestores do SUS demonstra uma tendência de aumento da oferta do teste PSA no país, entre 2008 e 2013, na ordem de 67%. Este resultado encontrado sugere fortemente que o rastreamento do câncer de próstata, por meio do exame do PSA⁴, possa estar sendo realizados nos serviços de saúde do SUS¹⁸, mesmo não sendo recomendado pelo MS.


⁴ O procedimento em questão também é realizado para a avaliação diagnóstica de homens com sinais e sintomas sugestivos da doença; para avaliação de recorrência bioquímica após tratamento, e no monitoramento de homens com diagnóstico prévio de câncer de próstata, todavia o crescimento não é compatível apenas com essas indicações clínicas, o que sugere a realização equivocada de rastreamento.

No que diz respeito à saúde da população masculina e à grande prevalência das doenças crônicas entre homens, os gestores do SUS devem avaliar e monitorar, ao longo do ano, as ações realizadas nos serviços e estabelecimentos de saúde de seus territórios, a fim de subsidiar as pactuações regionais; a estruturação das linhas e planos de cuidado e o desenvolvimento de projetos de educação permanente para os profissionais de todos os níveis de atenção, objetivando fazer todos os ajustes e implementos necessários para a real efetivação do acesso e da atenção integral a estes usuários do SUS, em consonância com as diretrizes e recomendações do Ministério da Saúde.


ANGELITA ELISABETE HERRMANN
Coordenação Nacional de Saúde dos Homens
CNSH/DAPES/SAS/MS



MARIA CRISTINA CORREIA LOPES HOFFMANN
Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa DAPES/SAS/MS


MARIA BEATRIZ KNEIPP DIAS
Divisão de Detecção Precoce e Apoio a Organização de Rede
Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância - CGPV
Instituto Nacional de Câncer - INCA/SAS/MS


PATRÍCIA SAMPAIO CHUERI
Coordenadora-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas
DAET/SAS/MS

De acordo, encaminha-se ao GAB/SAS para devidas providências.


APARECIDA LINHARES PIMENTA
Diretora do DAPES/SAS/MS


Theresia de Lamare Furtado Netto
Diretora Substituta do DAPES/SAS/MS

De acordo.


LUMENA ALMEIDA CASTRO FURTADO
Secretária de Atenção à Saúde

Ana Maria A. Figueiredo de Souza
Secretaria de Atenção a Saúde-Substituta

Referências

1. MOVEMBER. MO history. Disponível em: <http://au.movember.com/about/history>. Acesso em: 15 out. 2014.
2. INCA. **Informativo Detecção Precoce**. Monitoramento das ações de controle do câncer de próstata. Rio de Janeiro: INCA, Boletim, n. 2, ano 5, maio/agosto 2014. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/6bd77b80456c81b39119f99f3113e035/informativo_versao+final.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=6bd77b80456c81b39119f99f3113e035. Acesso em: 6 out. 2014.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.944 de 27/08/2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial da União. Brasília: DOU, seção 1, p. 62-63. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.htm> Acesso em: 15 out. 2014.
4. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores de 2013 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº **2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>> Acesso em: 15 out. 2014.
6. DATASUS. Sistema de Informações Sobre Mortalidade. **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 25 ago. 2014.
7. LIMA-COSTA, MF. Determinantes do envelhecimento ativo no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD, 2008), Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE) da Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

8. FERLAY J., SOERJOMATARAM I., ERVIK M., DIKSHIT R., ESER S., MATHERS C., et al. **Cancer incidence and mortality worldwide**. IARC CancerBase, GLOBOCAN 2012 v1.0 Lyon: International Agency for Research on Cancer, n.11. 2013. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>. Acesso em: 25 ago 2014.
9. INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2013. 124p.
10. BRASIL. Lei nº 13.045, de 25 de novembro de 2014. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que “regula o § 7º do art. 226 Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidade e dá outras providências” e a Lei nº 10.289, de 20 de setembro de 2001, que “institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata”, a fim de garantir maior efetividade no combate à doença. Diário Oficial da União - seção 1, p.2. 26 nov. 2014.
11. _____. **Rastreamento do câncer de próstata**. Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/rastreamento_prostata_resumido.2013.pdf. Acesso em: 1 out. 2014.
12. BRASIL. Lei nº 12.401/2011 de 1º de agosto de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário oficial da União. Brasília: DF, seção 1, p.1-2. 29 abr. 2011.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Ministério da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 48p.
14. ILIC Dragan, NEUBERGER Molly M., DJULBEGOVIC Mia, DAHM Philipp. Screening for prostate cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library. **British Journal of Urology International**. Edinburgh: BJU int., v.4. DOI: 10.2002/14651858.CD004720.pub3. Disponível em: <

- <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004720.pub3/abstract?systemMessage=Wiley+Online+Library+will+be+disrupted+on+the+18th+October+from+10%3A00+BST+%2805%3A00+EDT%29+for+essential+maintenance+for+approximately+two+hours+as+we+make+upgrades+to+improve+our+services+to+you>. Acesso em: 25 ago. 2014.
15. MOYER V.A. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **Annals of Internal Medicine**. Philadelphia: Ann. int. med. v. 157, n.2, jul. 2012.
16. Burford D.C., Kirby M., Austoker J. Prostate Cancer Risk Management Programme information for primary care: PSA testing in asymptomatic men. Evidence document. [online]. **NHS Cancer Screening Programmes**. Sheffield: NHS Screening Programmes, 2010. Disponível em: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/prostate/pcrmp-guide-2.html>. Acesso em: 23 jul. 2014.
17. INCA. **Rastreamento do câncer de próstata**. Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/rastreamento_prostata_resumido_2013.pdf. Acesso em: 1 out. 2014.
18. DATASUS. Sistema de informações ambulatoriais do SUS. **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/> Acesso em: 25 ago. 2014.