



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

ISSN: 1807-5762

UNESP

Modesto, Antônio Augusto Dall'Agnol; Lima, Rodrigo Luciano  
Bandeira de; D'Angelis, Ana Carolina; Augusto, Daniel Knupp  
Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem  
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 22, núm. 64, Janeiro-Março, 2018, pp. 251-262  
UNESP

DOI: 10.1590/1807-57622016.0288

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180158183023>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal  
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa acesso aberto

# Um novembro não tão azul:

## debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem

Antônio Augusto Dall'Agnol Modesto<sup>(a)</sup>

Rodrigo Luciano Bandeira de Lima<sup>(b)</sup>

Ana Carolina D'Angelis<sup>(c)</sup>

Daniel Knupp Augusto<sup>(d)</sup>

Modesto AAD, Lima RLB, D'Angelis AC, Augusto DK. A not-so-blue November: debating screening of prostate cancer and men's health. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(64):251-62.

The Blue November campaign, promoted in Brazil by Lado a Lado pela Vida Institute in partnership with the Brazilian Society of Urology, looks for drawing attention to prostate cancer and encouraging screening for this neoplasm. International research, however, has shown that this screening may do more harm than good. Being committed to the concept of quaternary prevention, the Brazilian Society of Family and Community Medicine publicly questioned the campaign and its proposal in 2015. This narrative review discusses this positioning and its consequences, through critically analyzing arguments both in favor and contrary to screening. Based on this, we discuss about limits of prevention, commenting on the relationship between media and health and reflecting on more appropriate actions for the care of men, based on multicenter studies, systematic reviews, institutional documents, reports and qualitative research. The debate helps to promote comprehensive care for the male population.

**Keywords:** Men's health. Mass screening. Prostatic neoplasms. Quaternary prevention.

A campanha Novembro Azul, promovida no Brasil pelo Instituto Lado a Lado pela Vida em parceria com a Sociedade Brasileira de Urologia, busca alertar para o câncer de próstata e estimular o rastreamento da neoplasia. Pesquisas internacionais, entretanto, têm mostrado que esse rastreamento traz mais danos que benefícios. Comprometida com o conceito de prevenção quaternária, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade questionou publicamente a campanha e sua proposta em 2015. Esta revisão narrativa discute esse posicionamento e sua repercussão, analisando criticamente os argumentos favoráveis e contrários ao rastreamento. A partir disso, discutimos alguns limites da prevenção, comentamos a relação entre mídia e saúde, e refletimos sobre ações mais adequadas para o cuidado dos homens, com base em estudos multicêntricos, revisões sistemáticas, documentos institucionais, reportagens e pesquisas qualitativas. Tal debate ajuda a promover um cuidado integral para a população masculina.

**Palavras-chave:** Saúde do homem. Programas de rastreamento. Neoplasias de próstata. Prevenção quaternária.

<sup>(a)</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 455, 2º andar. São Paulo, SP, Brasil. aadmodesto@gmail.com

<sup>(b)</sup> Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Distrito Federal, DF, Brasil. rblima@gmail.com

<sup>(c)</sup> RS Press. São Paulo, SP, Brasil. anadangelis@rspress.com.br

<sup>(d)</sup> Unimed Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG, Brasil. knupp.bh@gmail.com

## Introdução

Em 2003, alguns amigos australianos reunidos em um bar perceberam que a única moda dos anos setenta que ainda não havia voltado era o uso de bigodes. Para se divertir, decidiram iniciar o mês seguinte completamente barbeados e deixar apenas o bigode crescer; no final do mês, fariam uma festa temática onde premiariam o melhor e o pior bigodes. Como o mês seguinte era novembro, chamaram a brincadeira de *Movember*, pela união das palavras *mo*, gíria australiana para *moustache* (bigode) e *November* (novembro).

Enquanto se preparavam para repetir a brincadeira no ano seguinte, lembraram-se das campanhas mundiais sobre o câncer de mama, e decidiram que o *Movember* poderia servir para alertar os homens sobre o que consideravam uma doença similar: o câncer de próstata. O movimento foi ganhando adesões e começou a angariar fundos para uma instituição voltada para os cuidados desta neoplasia, crescendo a cada ano na Austrália e ganhando adeptos em outros países<sup>1</sup>.

Desde 1999, algumas entidades já promoviam uma sensibilização para a doença nos Estados Unidos, cujo governo estabeleceu, em 2001, o mês de setembro como o “Mês Nacional de Conscientização para o Câncer de Próstata”<sup>2</sup>. No Brasil, a campanha chamando atenção para a neoplasia surgiu em 2008, promovida pelo Instituto Lado a Lado Pela Vida (ILLPV), uma organização não governamental. Inicialmente chamada de “Um Toque, Um Drible”, ela ganhou o nome “Novembro Azul” em 2012<sup>3</sup>. Embora venha tentando contemplar outras questões relacionadas à saúde dos homens, o foco da campanha continua sendo o câncer de próstata – o que fica claro na divulgação pela mídia, nos pronunciamentos de médicos e outros profissionais de saúde e no próprio material da campanha.

Excetuando-se o câncer de pele não melanoma, o câncer de próstata é o mais comum entre homens em todas as regiões do país: estimam-se 70,54 casos novos a cada cem mil indivíduos. A idade é o único fator de risco bem estabelecido, com cerca de 62% dos casos diagnosticados no mundo ocorrendo em homens com 65 anos ou mais. História familiar e pele negra também são fatores de risco, embora o segundo possa se dever a diferenças no estilo de vida, e algumas dietas vêm sendo associadas a risco ou proteção<sup>4</sup>. Em 2013, foi a segunda causa de mortalidade por neoplasia no sexo masculino, com 14,06 óbitos por cem mil homens, atrás apenas do câncer de traqueia, brônquios e/ou pulmões, com 16,12 óbitos a cada cem mil homens<sup>5</sup>.

A ILLPV tem parceiros institucionais como a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica e a Sociedade Brasileiras de Urologia (SBU), entidades que sempre se posicionaram a favor do rastreamento populacional do câncer de próstata<sup>6,7</sup>, e que reforçam esse posicionamento por meio da campanha. O Instituto tem assumido protagonismo em diversas frentes, inclusive respondendo a uma consulta pública do Ministério da Saúde sobre a doença<sup>8</sup>.

O rastreamento populacional, no entanto, tem sido alvo de críticas crescentes. Entidades voltadas à formulação de políticas de saúde e diretrizes preventivas – como o *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF)<sup>9</sup>, o *United Kingdom National Screening Committee*<sup>10</sup>, o Instituto Nacional do Câncer (INCA)<sup>11</sup> e o Ministério da Saúde (MS)<sup>12</sup> – têm estudado as pesquisas sobre o assunto e se posicionado contra esta estratégia, considerando que os potenciais malefícios superam seus potenciais (e questionáveis) benefícios. Alinhada com estas entidades e comprometida com a prevenção quaternária, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) vem assumindo a mesma postura e, em outubro de 2015, publicou um posicionamento oficial questionando a campanha Novembro Azul como estratégia de saúde para a população masculina<sup>13</sup>.

Esta revisão narrativa discute o posicionamento da SBMFC, seu recebimento pela imprensa, a reação de apoiadores da campanha e do rastreamento, e os debates desencadeados, sobretudo, a partir de documentos das instituições envolvidas e de reportagens da época. Além disso, analisamos criticamente os argumentos favoráveis e contrários ao rastreamento de câncer de próstata; discutimos limites da prevenção em geral; comentamos brevemente algumas potências e riscos da relação entre mídia e saúde (dos quais o Novembro Azul e seu questionamento são um grande exemplo); e refletimos sobre ações mais adequadas para o cuidado dos homens. Nesse âmbito, e com maior sistematização que a descrita por Rother para esse tipo de revisão<sup>14</sup>, as referências foram selecionadas

por sua: envergadura (estudos multicêntricos), abrangência (revisões sistemáticas), citação pelos atores institucionais envolvidos, e pertinência a uma reflexão propositiva sobre saúde dos homens.

### Rastreamento de câncer de próstata: defesa e crítica

A defesa do rastreamento populacional para o câncer de próstata – realizado por meio da dosagem de antígeno prostático específico (PSA, sigla em inglês) e do exame digital retal – é feita há mais de dez anos no Brasil, com claro protagonismo dos urologistas. Em 2006, o professor titular da especialidade na Universidade São Paulo, Miguel Srougi, recomendava avaliações anuais para homens a partir dos 50 anos, antecipando-a para quarenta anos em homens com maior risco para a doença (aqueles com parentes de primeiro grau acometidos e indivíduos negros)<sup>15</sup>.

Entretanto, também em 2006, o *European Observatory on Health Systems and Policies* (EOHSP) já afirmava que não havia evidência disponível, à época, de que o rastreamento identificasse indivíduos com indicação de tratamento ou que reduzisse mortalidade, “pela falta de conhecimento da história natural da doença, baixa acurácia dos exames de rastreamento e falta de evidência da efetividade e custo-efetividade do tratamento do câncer de próstata localizado” (p. 5)<sup>16</sup>.

As “Diretrizes de Câncer de Próstata” de 2011 da SBU são, por sua vez, um tanto ambíguas<sup>17</sup>. Abordando dúvidas e controvérsias sobre o rastreio, o documento ressalta a necessidade de informar os homens sobre seus aspectos básicos, riscos e potenciais benefícios, cabendo a eles a opção por rastrear ou não. Fica sob responsabilidade dos médicos a definição do ponto de corte do PSA que levará a maiores investigações (que incluem ultrassonografia transretal e biópsia de próstata), bem como a aplicação dos critérios de baixa agressividade a cada câncer detectado, “a fim de categorizar e discutir com o paciente a melhor terapêutica” (p. 15). Ainda assim, o texto favorece o rastreamento anual com PSA e toque retal (TR) em homens com expectativa de vida mínima de dez anos, iniciando aos cinquenta anos – ou aos 45 anos, naqueles com risco aumentado (mais uma vez, homens negros ou com história familiar em primeiro grau). Em outro documento<sup>18</sup>, a SBU destaca o desafio de distinguir precocemente tumores mais ou menos agressivos, visando “aumentar a expectativa de vida com qualidade” (p. 2). O texto também recomenda que o TR e o PSA não sejam usados isoladamente, e indica a realização do TR em cada consulta médica urológica.

O Ministério da Saúde, por sua vez, tem recomendações mais alinhadas às do EOHSP. Em 2010, publicava que o nível de evidência ainda era insuficiente para fazer recomendações a favor ou contra o rastreamento do câncer de próstata em homens com menos de 75 anos (em homens mais velhos o *screening* já era contraindicado). Além de não haverem evidências de que essa prática fosse eficaz, não era possível, à época, determinar a relação custo-benefício da estratégia<sup>12</sup>. No mesmo ano, Richard Ablin, cientista que descobriu o PSA nos anos 1970, publicou artigo no *The New York Times* lamentando seu uso como rastreamento populacional<sup>19</sup>. Em 2012, a *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) publicou recomendação contrária ao rastreamento de câncer de próstata baseado em PSA para homens estadunidenses de qualquer idade<sup>9</sup>. No ano seguinte, a *Cochrane Collaboration* se manifestou de forma similar<sup>20</sup>, e o INCA recomendou que não se organizassem programas de rastreamento populacional para a neoplasia, por existirem evidências científicas de boa qualidade de que ele produz mais danos que benefícios<sup>11</sup>.

Esses posicionamentos são fruto da revisão de ensaios clínicos com mais de dez anos de seguimento que mostram que o *screening* com PSA com ou sem TR não diminui a mortalidade geral dos homens, e muda muito pouco a mortalidade específica por câncer de próstata<sup>9,20</sup>. Esse pequeno benefício não compensa os riscos relacionados à biópsia prostática, o impacto psicológico de um resultado falso-positivo, o sobrediagnóstico e as sequelas do tratamento. O fato da detecção precoce não levar a um impacto na mortalidade (ao contrário do que ocorre, por exemplo, no câncer de colo uterino) se deve, sobretudo, à detecção indiferenciada de cânceres graves e incipientes – os quais não progredirão, ou o farão de forma tão lenta que não se tornarão causa de morte para os homens acometidos. Assim, não há justificativa para estimular o rastreamento de câncer de próstata por qualquer método, em homens de qualquer idade; e aqueles que buscam tal intervenção devem ser questionados quanto a alterações relacionáveis à próstata, como noctúria, jato urinário fraco e gotejamento pós-miccional.

Caso presentes, PSA e toque retal estariam indicados para 'investigação', e não 'rastreamento'; caso inexistentes, devem ser discutidos os riscos associados ao rastreio.

Finalmente, em junho de 2015, MS e INCA publicaram uma nota conjunta, reafirmando-se contrários ao rastreamento populacional da neoplasia<sup>21</sup>. Secretarias de Estado da Saúde do Piauí<sup>22</sup> ao Rio Grande do Sul<sup>23</sup> ratificaram essa posição em documentos próprios ou repassando a nota do MS/INCA aos seus serviços.

## Questionando a campanha

Médicos e médicas de família e comunidade têm promovido, internacionalmente, uma reflexão sobre as consequências da atividade médica, que põe em questão a máxima popular "é melhor prevenir que remediar", mostrando que a prevenção, às vezes, pode causar dano<sup>24</sup>.

A partir do modelo de história natural da doença e dos três níveis de prevenção de Leavell e Clark<sup>25</sup> e da diferenciação entre *disease* (doença, da perspectiva médica) e *illness* (experiência da doença, da perspectiva do paciente)<sup>26</sup>, Marc Jamouille descreveu um quarto campo de atuação preventiva, chamado *prevenção quaternária*. Ela consiste em ações feitas para "identificar uma pessoa ou população em risco de supermedicalização, para protegê-los de uma intervenção médica invasiva e sugerir procedimentos científica e eticamente aceitáveis"<sup>27</sup> (p. 208). O conceito é aplicável a qualquer intervenção, seja individual ou populacional, preventiva ou curativa, pública ou privada, em qualquer um dos níveis de atenção, sendo reconhecida como uma necessidade para o Sistema Único de Saúde<sup>28</sup>.

Nesse sentido, o Grupo de Trabalho de Prevenção Quaternária da SBMFC, formado por médicos de família e comunidade sem vínculo com empresas do complexo médico-industrial, dedicou-se a produzir um documento sobre o Novembro Azul. Em formato de carta, ele visava alcançar entidades filantrópicas, gestores públicos e privados e empresas que apoiavam ou pretendiam apoiar a iniciativa, bem como indivíduos interessados no tema e profissionais de saúde em geral. A partir das pesquisas e entidades citadas até aqui, ela discutia os riscos do rastreamento e sugeria que se considerassem outras abordagens à saúde dos homens. A SBMFC adotou a carta como seu posicionamento oficial, publicando-a em outubro de 2015<sup>13</sup> e divulgando-a por meio de sua Diretoria de Comunicação e da Assessoria de Imprensa, que disseminou o material para veículos de todos o país, englobando mídias de diversos formatos e alcances e jornalistas especializados em saúde de grandes veículos.

Claudia Collucci, jornalista da Folha de São Paulo, foi a primeira a abordar o texto, em sua coluna semanal<sup>29</sup>. A matéria foi uma grande desencadeadora da série de debates envolvendo a população em geral, urologistas, oncologistas e médicos de família e comunidade.

Durante o mês de novembro de 2015, houve nove entrevistas com diretores e sócios da SBMFC em veículos de comunicação de diversos Estados, em meio a cento e cinquenta exposições na mídia de impactos regional e nacional. A TV Folha (mídia do Grupo Folha) promoveu um debate com exibição ao vivo e *online* entre os diretores de comunicação da SBMFC e da SBU<sup>30</sup>. Muitas matérias abordaram a opinião das duas sociedades, como a da própria Folha de São Paulo<sup>31</sup>, do Correio da Paraíba<sup>32</sup> e do jornal O Povo, do Ceará<sup>33</sup>. A discussão também foi levada ao Jornal Nacional<sup>34</sup>, em reportagem que ouviu a SBMFC, o ILLPV, a SBU e o público em geral, e reservava ao telespectador a decisão de aderir ou não ao rastreamento.

Essa movimentação demonstra como a imprensa e o setor de saúde têm um papel fundamental na mobilização da opinião pública e a responsabilidade conjunta de apontar caminhos mais corretos. Para isso, devem cercar-se de procedimentos éticos e esclarecedores, buscando, cada vez mais, a proximidade com o sentido pleno da cidadania<sup>35</sup>. Muitos brasileiros se informam sobre doenças e prevenção por meio da imprensa, e, muitas vezes, ela é a única fonte utilizada. A mídia se encarrega de informar como prevenir-se de enfermidades e como beneficiar-se de um maior bem-estar físico, mental e social, por meio de recursos tecnológicos que lhe são direcionados<sup>36</sup>, sendo capaz de esclarecer sobre doenças comuns ou raras e divulgar novas descobertas científicas. A qualidade de vida e o bem-estar estão sempre em evidência, assim como epidemias e educação em saúde.

Por outro lado, sabe-se que ocorre uma associação entre indústria farmacêutica, médicos e grupos de pacientes, levando a uma forma de medicalização chamada *disease mongering* ou promoção



da doença. Por meio da mídia, esses atores lançam mão de estratégias como: fazer sintomas leves parecerem indícios de doenças graves; transformar fatores de risco em enfermidades; e apresentar indicadores de prevalência de forma a maximizar o público-alvo de intervenções<sup>37</sup>.

Diante da repercussão da carta, sociedades médicas de várias especialidades foram convocadas a argumentar pública e cientificamente sobre uma ação que sempre foi natural. Miguel Srougi, em artigo especial para a Folha, afirmou que a comunidade urológica discordava da recomendação da USPSTF, indicando que 15% das neoplasias prostáticas são indolentes; 60% são “agressivas, mas curáveis se diagnosticadas a tempo”; e 25% são tumores avançados. A partir desses dados, argumentava que a tentativa de evitar intervenções nos 15% de pouca gravidade prejudicaria os outros 60% “portadores de tumores potencialmente curáveis e que deixarão de ser identificados no momento propício”<sup>38</sup>.

Todo esse debate teve desdobramentos variados. A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis cita a SBMFC dentre as entidades que suportam sua decisão de não promover o rastreamento e problematiza-lo junto aos homens que o buscam<sup>39</sup>. A Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul elaborou uma nota conjunta com o Serviço de Urologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o TelessaúdeRS/UFRGS. Ela destaca as limitações e riscos do rastreamento e contraindica sua realização populacional sistemática como estratégia de saúde pública, mas recomenda o rastreamento individual em homens com fatores de risco para a doença – lembrando a inconsistência dos estudos que relacionam cor e câncer de próstata no Brasil<sup>40</sup>. Já a Associação Médica Brasileira (AMB) reuniu sociedades de especialidades, como urologia, cancerologia e clínica médica, para assinar a recomendação de que todo homem, “particularmente com idade superior a 45 anos, procure regularmente (anualmente) o médico, a fim de que juntos discutam, e decidam sobre as medidas recomendadas, com seus benefícios, riscos e limitações”, em texto que valoriza a magnitude da doença e a importância do diagnóstico precoce<sup>41</sup>.

No sentido de promover uma decisão compartilhada e bem informada, o *National Health Service* (NHS) disponibiliza material informativo ao público leigo em sua página *NHS Choices*<sup>42</sup>, que pode servir de inspiração para iniciativas brasileiras semelhantes.

## Recorrendo às evidências

Apesar do farto material institucional brasileiro e estrangeiro questionando o rastreamento populacional para o câncer de próstata, e das falas apontando que o Novembro Azul é uma campanha de *esclarecimento* sobre saúde masculina em geral, e que a decisão sobre rastrear ou não é do homem, o *folder* da campanha é bastante específico e prescritivo:

a única forma de garantir a cura do câncer de próstata é o diagnóstico precoce. Mesmo na ausência de sintomas, homens a partir dos 45 anos com fatores de risco, ou 50 anos sem estes fatores, devem ir anualmente ao urologista para fazer o exame de toque retal [...], além de fazerem o exame de sangue. PSA<sup>43</sup>

Do ponto de vista da metodologia científica, os estudos que avaliam o impacto de intervenções de rastreamento sobre a saúde são suscetíveis a vieses bem conhecidos, como o de tempo de duração, de seleção, de incidência-prevalência e de antecipação do tempo do diagnóstico<sup>44</sup>. Uma análise pormenorizada desses vieses em estudos de rastreamento vai além do propósito deste artigo; mas é importante lembrar que os elementos metodológicos essenciais para atenuá-los são a utilização de ensaios clínicos randomizados e controlados, e da mortalidade (e não da sobrevida) como desfecho de interesse.

Na atualidade, existem dois grandes ensaios clínicos randomizados sobre o rastreamento do câncer de próstata: o *European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer* (ERSPC)<sup>45</sup>; e o *United States Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial* (PLCO)<sup>46</sup>. Segundo Barry<sup>47</sup>, apesar do notório esforço dos autores desses estudos, pode haver, na melhor das hipóteses, evidência de uma discreta redução de mortalidade, que ocorre às custas de um significativo sobrediagnóstico e sobretratamento. Ele ressalta ainda que o que está em jogo não é verificar se o rastreamento é efetivo ou não, mas, sim, se ele traz mais benefícios do que danos.

No ERSPC, foram randomizados 182.160 homens em nove países. O procedimento de randomização, a faixa etária dos participantes do estudo, o ponto de corte de PSA estabelecido para indicar biópsia e a frequência do rastreamento variaram de forma marcante entre eles. A frequência com que foi realizado o rastreamento variou de dois anos, na Suécia, até sete anos, na Bélgica, e o ponto de corte de PSA variou de 2,5 a 10 ng/mL. A faixa etária predominante foi de 55 a 69 anos, mas na Suécia, por exemplo, foram incluídos homens com idade a partir de cinquenta anos. Em nenhum dos centros foram incluídos participantes com menos de cinquenta anos.

Após 13 anos de acompanhamento, a mortalidade por câncer de próstata no grupo submetido ao rastreamento foi 21% menor do que a mortalidade no grupo controle. Entretanto, essa diferença representa uma redução absoluta de 0,11 mortes por câncer de próstata para cada mil homens submetidos aos procedimentos de detecção precoce – uma diferença bastante pequena, especialmente, se considerarmos os danos relacionados ao *screening*.

Também é preciso considerar que, em alguns dos centros do estudo, o tratamento ao qual eram submetidos os participantes diagnosticados com câncer de próstata era diferente dependendo do braço em que se encontravam. Se comparado ao grupo de rastreamento, um participante no grupo controle tinha mais chances de receber radioterapia (Odds Ratio [OR] de 1,43, com intervalo de confiança de 95% [IC95%] variando de 1,01 a 2,05), tratamento hormonal (OR de 1,77, IC95% de 1,07 a 2,94) ou conduta expectante (OR de 2,92, IC95% de 1,33 a 6,42) do que ser submetido à prostatectomia radical. Com base no resultado de ensaios clínicos sobre o tratamento do câncer de próstata<sup>48</sup>, é bastante razoável assumir que essa diferença de opção de tratamento aos participantes do ERSPC (favorecendo aqueles do grupo de rastreamento) pode ter sido o fator responsável pela diferença de mortalidade encontrada no estudo.

No PLCO, foram randomizados 76.693 homens com idade entre 55 a 74 anos. Portanto, assim como no ERSPC, não há uma análise do impacto do rastreamento na população de homens com menos de cinquenta anos de idade. O estudo foi realizado em dez centros de pesquisa nos EUA, que compartilhavam o mesmo protocolo: rastreamento anual e ponto de corte de 4,0 ng/mL para o PSA. Os procedimentos de randomização e a faixa etária dos participantes incluídos no estudo também não variaram entre os centros.

O PLCO não encontrou diferença entre o grupo submetido ao rastreamento e o grupo não submetido (Risco Relativo de 1,13, com IC95% de 0,75 a 1,70). A diferença absoluta na mortalidade, que também não foi estatisticamente significativa, foi de 0,05 mortes a mais para cada mil pessoas submetidas a rastreamento.

A principal crítica aos resultados do PLCO é que um número significativo de homens havia realizado rastreamento para câncer de próstata antes da inclusão no estudo, o que poderia representar um viés de seleção que favoreceria a hipótese nula – ou seja, seria menos provável que se encontrassem diferenças entre os grupos, pois os homens com alterações prévias no rastreamento não foram incluídos. Embora essa crítica seja coerente do ponto de vista metodológico, ela não se sustenta do ponto de vista prático – afinal, esse é o cenário que teríamos se não se adotasse o rastreamento universal.

Outras duas referências citadas pela SBU demonstram a preocupação de que a aplicação das recomendações da USPSTF levasse a desfechos negativos<sup>49</sup>. Uma delas mostrou aumento na proporção de homens com PSA elevado, sem mudanças no score de Gleason, e mantendo a tendência de decréscimo na frequência de homens com estágios T elevados (T3 ou T4, tumores que ultrapassam a cápsula prostática). A proporção de homens com câncer de risco intermediário ou alto, antes estável, teve aumento de quase 3% ao ano entre 2011 e 2013<sup>50</sup>. Outra pesquisa mostrou a diminuição dos diagnósticos de câncer de próstata de todos os tipos, enquanto os diagnósticos de câncer de cólon (sem mudanças de recomendação de rastreio no período) permaneceram estáveis. Diagnósticos novos de doença não localizada não sofreram alteração. O estudo comenta o dilema entre a diminuição do sobrediagnóstico e sobretratamento de cânceres de baixo risco ou em homens em idade muito avançada, e o risco de perda de oportunidade de tratar homens que se beneficiariam de tratamento oportuno<sup>51</sup>. Ambos foram estudos transversais de incidência, e nenhum deles foi capaz de relacionar o abandono do rastreamento e consequente diminuição de diagnósticos com aumento de mortalidade geral ou específica por câncer de próstata.

Finalmente, qualquer recomendação de rastrear apenas populações de risco – proposta que urologistas apresentam aqui e ali – não é fundamentada pelos atuais estudos. Pode ser que uma estratégia de rastreamento mais seletiva venha a se mostrar eficiente, mas, antes de alardear essa recomendação, são necessários ensaios clínicos desenhados especificamente para avaliá-la.

### Outros argumentos

Argumentos afetivos, relatos pessoais e alguma confusão são esperados em debates sobre temas sensíveis como câncer, e não é diferente no que se refere ao rastreamento em questão.

Um desses argumentos é apontar que o olhar de um especialista focal e de um generalista são diferentes, ao mesmo tempo em que se confunde essa diferença com uma 'superioridade'. A formação do primeiro é quase toda em ambiente hospitalar, lidando com pessoas com recortes muito pronunciados de idade, doença e gravidade. Sua prática profissional reflete essa formação e vivência, e a indicação de exames de rastreamento por esses profissionais reflete os casos graves que atendem e as histórias de 'diagnósticos inesperados' que testemunham. Entretanto, seja na clínica privada (onde o acesso ao especialista focal é a regra), seja no Sistema Único de Saúde (quando falha em resolutividade ou regulação), essa prática especializada acaba se dirigindo ao indivíduo comum, proveniente de uma população onde predomina a saúde, e não a doença (muito menos suas formas graves). Nela, os valores preditivos positivos de testes diagnósticos são menores, e a parcela de resultados falsos-positivos, maior<sup>28,52</sup>. Além disso, devemos lembrar que detectar um fator de risco assintomático ou diagnosticar uma doença em etapas menos avançadas nem sempre significa menor risco de morrer, ou, mesmo, de morrer da doença investigada<sup>53</sup>.

Uma forma comum de desqualificar o debate em medicina preventiva e saúde pública é confundir 'precaução' com 'economia', ou 'racionalidade' com 'racionamento'. Seguir recomendações com boa evidência, normalmente, diminui gastos porque elas costumam ser menos intervencionistas e mais seletivas que os consensos de especialistas – sobretudo, ao não envolverem conflitos de interesse. Nesse sentido, é importante notar que a campanha Novembro Azul e o ILLPV têm, entre seus parceiros, companhias como Bayer, Eurofarma, Janssen e Abbott<sup>54</sup>, e que empresas do complexo médico industrial, regularmente, patrocinam e participam de congressos de urologia<sup>55,56</sup>. Conflitos de interesse podem não ser suficientes para que se ignorem recomendações de especialistas, mas sua presença exige cuidado redobrado em sua interpretação<sup>37,57</sup>.

### Se não pela próstata, como cuidar dos homens?

A crítica ao Novembro Azul e ao rastreamento que propõe não resolve o desafio que a saúde masculina representa para serviços preocupados com integralidade e equidade. Diversos autores demonstram que entender os comportamentos masculinos relacionados à saúde e contemplar a dimensão de gênero ajuda a explicar a maior mortalidade, a menor adesão a medidas preventivas e a menor frequência a serviços de saúde na população masculina<sup>58</sup>.

Schraiber et al.<sup>59</sup>, por exemplo, referem que, em geral, o cuidar de si, a valorização do corpo no sentido da saúde e o cuidar dos outros não são questões colocadas na socialização dos homens. Além disso, há uma associação 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 – âmbito no qual assume tarefas mais perigosas e toma menos medidas de proteção individual. Outras pesquisas brasileiras discutem características e dificuldades na relação entre homens e serviço de saúde<sup>60</sup>; avaliam as políticas públicas voltadas para essa população<sup>61</sup>; e abordam a medicalização do corpo e da sexualidade masculinos<sup>56, 62</sup>.

Cuidar da saúde dos homens passa por oferecer-lhes intervenções ética e cientificamente aceitáveis, como abordagem do etilismo e tabagismo e medida anual de pressão arterial<sup>53</sup>. Parece estar claro que o rastreamento do câncer de próstata não deve ser estimulado, mas os profissionais devem ser capazes de discutir prós e contras com homens que busquem esse procedimento.



Entretanto, é igualmente importante organizar os serviços de saúde para atender às características e demandas dessa população, evitando posturas culpabilizadoras e olhares estereotipados<sup>60</sup>, e enxergando os homens para além da próstata<sup>63</sup>. Além disso, abordagens campanhistas, verticais e reducionistas podem não ser estratégias profícuas e costumam falhar em integralidade e continuidade<sup>64</sup>.

O debate sobre o Novembro Azul e o rastreamento do câncer de próstata desencadeado pelo posicionamento da SBMFC reuniu diversos atores ao redor de uma intervenção corriqueira para profissionais e usuários, ampliando, consequentemente, o interesse na saúde dos homens. Essa discussão e sua publicização são fundamentais para os profissionais que, 'na ponta', são agentes de um cuidado integral para essa população. Mais ainda, a partir de um *screening* específico, foi possível alertar sobre os limites da medicina e da prevenção em geral, contribuindo para a horizontalização das relações terapêuticas e o fortalecimento da autonomia das pessoas.

### Colaboradores

Antônio Modesto idealizou e fez o primeiro esboço do texto; Rodrigo Lima cuidou da contextualização histórica e do papel da SBMFC; Ana D'Angelis resgatou as inserções da SBMFC na mídia e trouxe a discussão sobre mídia e saúde; e Daniel Knupp contribuiu com a discussão sobre os estudos científicos e seus vieses. Os três autores e a autora participaram ativamente da discussão dos resultados e da revisão e aprovação da versão final do trabalho.

### Referências

1. Garone A. Healthier men, one moustache at a time [Internet]. 2012 [citado 22 Nov 2015]. Disponível em: [https://www.ted.com/talks/adam\\_garone\\_healthier\\_men\\_one\\_moustache\\_at\\_a\\_time/transcript](https://www.ted.com/talks/adam_garone_healthier_men_one_moustache_at_a_time/transcript).
2. United States of America. Senate Resolution 138: a resolution designating the month of September 2001 as "National Prostate Cancer Awareness Month" [Internet]. 2001 [citado 22 Nov 2015]. Disponível em: <https://www.congress.gov/bill/107th-congress/senate-resolution/138>.
3. Instituto Lado a Lado pela Vida. Novembro azul: a campanha [Internet]. s.d. [citado 22 Nov 2015]. Disponível em: <http://www.novembroazul.com.br/novembro-azul/a-campanha/>
4. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
5. Instituto Nacional de Câncer. Atlas on-line de mortalidade [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [citado 7 Ago 2016]. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>.
6. Fernandes G, Assed D, Smaletz O. Alvo masculino [Internet]. 2015 [citado 27 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.sboc.org.br/alvo-masculino/>.
7. 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/>.

8. Oliveira M. Contribuição para consulta pública n. 33: diretrizes diagnósticas e terapêuticas do adenocarcinoma de próstata [Internet]. 2015 [citado 22 Nov 2015]. Disponível em: <http://www.youblisher.com/p/1263018-Contribuicao-para-Consulta-Publica-no-33/>.
9. Moyer VA. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2012; 157:120-34. doi: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-157-2-201207170-00459>.
10. United Kingdom National Screening Committee. The UK NSC recommendation on Prostate cancer screening/PSA testing in men over the age of 50 [Internet]. 2016 [citado 27 Mar 2016]. Disponível em: <http://legacy.screening.nhs.uk/prostatecancer>.
11. Instituto Nacional de Câncer. Rastreamento do câncer de próstata [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2013 [citado 13 Mar 16]. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/rastreamento\\_prostata\\_resumido.2013.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/rastreamento_prostata_resumido.2013.pdf).
12. Ministério da Saúde (BR). 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).
13. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Comunicado aos(as) apoiadores(as) da campanha Novembro Azul [Internet]. 2015 [citado 10 Nov 2015]. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/Novembro%20Azul.pdf>.
4. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa [editorial]. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(2):v-vi. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.
5. Srougi M. Tumores urogenitais. In: Srougi M, editor. *Urologia básica*. Barueri: Manole; 2006. Cap. 6.
6. Holland W. Screening for disease – considerations for policy. *Euro Observer*. 2006; 8(3):1-8.
7. Dall'Oglio MF, (coordenador). Diretrizes de câncer de próstata. Rio de Janeiro: SBU – Sociedade Brasileira de Urologia; 2011. Rastreamento do Câncer de Próstata; p. 11-8.
8. Nardi AC, Pompeo ACL, Faria EF, Guimarães GC, Calixto JR, Ponte JRT, et al. Câncer de próstata: diagnóstico [Internet]. 2013 [citado 6 Maio 2015]. Disponível em: [http://www.sbu.org.br/pdf/diretrizes/novo/cancer\\_de\\_prostata\\_diagnostico.pdf](http://www.sbu.org.br/pdf/diretrizes/novo/cancer_de_prostata_diagnostico.pdf).
19. Ablin RJ. The great prostate mistake. *The New York Times* [periódico online]. 2010 [citado 22 Ago 2014]. Disponível em: <http://www.nytimes.com/2010/03/10/opinion/10Ablin.html>.
20. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Ver*. 2013; 1:CD004720. doi: 10.1002/14651858.CD004720.pub3.
21. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Posicionamento do Ministério da Saúde acerca da integralidade da saúde dos homens no contexto do Novembro Azul. Nota técnica conjunta 01/2015 [Internet]. 2015 [citado 4 Nov 2015]. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/ms\\_poe\\_saude\\_do\\_homem\\_em\\_destaque](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/ms_poe_saude_do_homem_em_destaque).
22. Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. Diretoria de Unidade em Vigilância e Atenção à Saúde. Gerência de Atenção à Saúde. Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso. Posicionamento do Ministério de Saúde acerca da integralidade da saúde dos homens no contexto Novembro Azul [Internet]. 2015 [citado 28 Mar 2016]. Disponível em: [http://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning\\_document/file/76/Nota\\_t\\_cnica\\_-\\_PNAISH\\_-\\_Novembro\\_Azul.pdf](http://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/76/Nota_t_cnica_-_PNAISH_-_Novembro_Azul.pdf).

23. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Novembro Azul 2015 [Internet]. 2015 [citado 11 Jan 2016]. Disponível em: [http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/9710/?Novembro\\_Azul\\_2015](http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/9710/?Novembro_Azul_2015).
24. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag*. 2015; 4:61-4. doi: <http://dx.doi.org/10.15171/ijhpm.2015.24>.
25. Leavell H, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1976.
26. Oliveira FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface (Botucatu)*. 2002; 6(10):63-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832002000100006>.
27. Jamouille M, Gusso G. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. v.1, cap. 24, p. 205-11.
28. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):2012-2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900015>.
29. Colluci C. Exame da próstata não faz o homem viver mais. Folha de São Paulo [Internet]. 2015 [citado 11 Jan 2016]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2015/11/1701652-exame-da-prostata-nao-faz-o-homem-viver-mais.shtml>.
30. TV Folha. Médicos debatem diagnóstico e tratamento do câncer de próstata [Internet]. 2015 [citado 28 Mar 16]:69 min. Disponível em: <http://aovivo.folha.uol.com.br/2015/11/13/4470-m.shtml>.
31. Colluci C, Mioto R. Exame de rotina contra câncer de próstata gera “guerra” entre médicos. Folha de São Paulo [Internet]. 2015 [citado 11 Jan 2016]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2015/11/1709416-exame-de-rotina-contra-cancer-de-prostata-gera-guerra-entre-medicos.shtml>.
32. Meireles L. Rastrear câncer é perigoso. *Correio da Paraíba*. 11 Nov 2015; Saúde:B2.
33. Freire M. Entre riscos e benefícios. *O Povo (Ceará)*. 15 nov 2015. p. 4.
34. *Jornal Nacional*. Exames para o câncer de próstata dividem opiniões entre especialistas [Internet]. 15 [citado 28 Mar 2016]. Disponível em: <http://migre.me/scPHw>.
35. Lopes B. Saúde e imprensa. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo; 1997.
36. Hansen JH. Como entender a saúde na comunicação? São Paulo: Paulus; 2004.
37. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*. 2002; 324:886-91.
38. Srougi M. Com prevenção, maioria sobrevive a câncer de próstata. Folha de São Paulo [Internet]. 2015 [citado 31 Dez 15]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/2015/11/1706927-com-prevencao-maioria-sobrevive-a-cancer-de-prostata.shtml>.
39. Prefeitura de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Capital lembra saúde do homem em novembro [Internet]. 2015 [citado 01 Fev 2016]. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina&noti=15733> [3 telas].
40. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Nota conjunta sobre rastreamento de câncer de próstata [Internet]. 2015 [citado 01 Fev 2016]. Disponível em: [http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/9736/?Nota\\_conjunta\\_sobre\\_rastreamento\\_de\\_C%C3%A2ncer\\_de\\_Pr%C3%B3stata](http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/9736/?Nota_conjunta_sobre_rastreamento_de_C%C3%A2ncer_de_Pr%C3%B3stata). 4 telas. Acesso em 1 de fevereiro de 2016.

41. Associação Médica Brasileira. Nota oficial – Diagnóstico precoce do câncer de próstata [Internet]. 2015 [citado 01 Fev 2016]. Disponível em: <http://amb.org.br/noticias/nota-oficial-diagnostico-precoce-do-cancer-de-prostata/>.
42. National Health System. Should I have a PSA test? [Internet]. 2015 [citado 7 Ago 2016]. Disponível em: <http://www.nhs.uk/livewell/prostatehealth/pages/psa-test.aspx>.
43. Instituto Lado a Lado pela Vida. Folder Novembro Azul 2015 [Internet]. 2015 [citado 12 Jan 2016]. Disponível em: [http://portaldaurologia1.tempsite.ws/wp-content/uploads/2015/10/folder\\_nov\\_azul\\_2015.pdf](http://portaldaurologia1.tempsite.ws/wp-content/uploads/2015/10/folder_nov_azul_2015.pdf).
44. Szklo M, Nieto FJ. Epidemiology: beyond the basics. 3a ed. Burlington: Jones and Bartlett Learning; 2014. Cap. 4, p. 109-52.
45. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Zappa M, Nelen V, et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet*. 2014; 384(9959):2027-35. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60525-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60525-0).
46. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up. *J Natl Cancer Inst*. 2012; 104(2):125-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/jnci/djr500>.
47. Barry MJ. Screening for prostate cancer - the controversy that refuses to die. *N Engl J Med*. 2009; 360(13):1351-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMe0901166>.
48. Wilt TJ, Brawer MK, Jones KM, Barry MJ, Aronson WJ, Fox S, et al. Radical prostatectomy versus observation for localized prostate cancer. *N Engl J Med*. 2012; 367(3):203-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1113162>.
49. Sociedade Brasileira de Urologia. SBU esclarece rastreamento do Câncer de Próstata [Internet]. 2015 [citado 01 Fev 2016]. Disponível em: <http://portaldaurologia.org.br/destaques/saiba-mais-sobre-psa-e-toque-no-cancer-de-prostata/>.
50. Hall MD, Schultheiss TE, Farino G, Wong JYC. Increase in higher risk prostate cancer cases following new screening recommendation by the US Preventive Services Task Force (USPSTF). *J Clin Oncol*. 2015; 33 Supl 7:143.
51. Barocas DA, Mallin K, Graves AJ, Penson DF, Palis B, Winchester DP, Chang SS. Effect of the USPSTF Grade D Recommendation against Screening for Prostate Cancer on Incident Prostate Cancer Diagnoses in the United States. *J Urol*. 2015; 194(6):1587-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2015.06.075>.
52. Gérvas J, Pérez-Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria*. 2005; 35(2):95-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1157/13071916>.
53. Norman AH, Tesser CD. Rastreamento de doenças. In: Gusso GDF, Lopes JMC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. v. 1, cap. 61, p. 521-32.
54. Instituto Lado a Lado pela Vida. Ser Homem/Novembro Azul [Internet]. s.d. [citado 02 Fev 2016]. Disponível em: <http://www.novembroazul.com.br/>.
55. Sociedade Brasileira de Urologia. XXXV Congresso Brasileiro de Urologia [Internet]. 2015 [citado 28 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.cbu2015.com.br/>.
56. Rohden F. Capturados pelo sexo: a medicalização da sexualidade masculina em dois momentos. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(10):2645-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000014>.
57. Collier J, Iheanacho I. The pharmaceutical industry as an informant. *Lancet*. 2002; 360(9343):1405-9. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11394-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11394-8).

58. 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. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1).
59. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(1):7-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100002>.
60. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(33):257-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200003>.
61. Leal AF, Figueiredo WS, Nogueira-da-Silva GS. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(10):2607-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000010>.
62. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*. 2009; 19(3):659-78. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300006>.
63. Medrado B, Lyra J, Azevedo M. "Eu não sou uma próstata, sou um homem!": por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: Gomes R, organizador. *Saúde do homem em debate*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 39-74.
64. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. Cap.

Modesto AAD, Lima RLB, D'Angelis AC, Augusto DK. Un noviembre no tan azul: debate del rastreo del cáncer de próstata y salud del hombre. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):251-62.

La campaña Noviembre Azul, promovida en Brasil por el Instituto Lado a Lado por la Vida en alianza con la Sociedad Brasileña de Urología, busca alertar sobre el cáncer de próstata e incentivar el rastreo de la neoplasia. No obstante, las investigaciones internacionales han mostrado que tal rastreo causa más daños que beneficios. Comprometida con el concepto de prevención cuaternaria, la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad cuestionó públicamente la campaña y su propuesta en 2015. Esta revisión narrativa discute este posicionamiento y su repercusión, analizando críticamente los argumentos favorables y contrarios al rastreo. A partir de ese punto, discutimos algunos límites de la prevención, comentamos la relación entre los medios y la salud y reflexionamos sobre acciones más adecuadas para el cuidado de los hombres, con base en: estudios multicéntricos, revisiones sistemáticas, documentos institucionales, reportajes e investigaciones cualitativas. Tal debate ayuda a promover un cuidado integral para la población masculina.

**Palabras clave:** Salud del hombre. Programas de rastreo. Neoplasias de próstata. Prevención cuaternaria.

Submetido em 06/05/16. Aprovado em 08/09/16.