UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

FERNANDA NUNES DE ARAÚJO

O TOQUE QUE PODE SALVAR VIDAS: a dificuldade dos homens aceitarem assistência preventiva em um bairro da cidade de Bayeux- PB

Campina Grande-PB
2016

FERNANDA NUNES DE ARAÚJO

O TOQUE QUE PODE SALVAR VIDAS: a dificuldade dos homens aceitarem assistência preventiva em um bairro da cidade de Bayeux- PB

Trabalho Acadêmico Orientado (TAO) e apresentado à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, para encerramento do Componente Curricular e Conclusão da Graduação em Licenciatura e Bacharelado em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Valdeci Gonçalves da Silva

Campina Grande-PB
2016

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

A659t Araújo, Fernanda Nunes de.
O toque que pode salvar vidas [manuscrito] : a dificuldade dos homens aceitarem assistência preventiva em um bairro da cidade de Bayeux- PB / Fernanda Nunes de Araújo. - 2016.
56 p. : il.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.
"Orientação: Prof. Dr. Valdeci Gonçalves da Silva, Departamento de Psicologia".

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

21. ed. CDD 614

FERNANDA NUNES DE ARAÚJO

O TOQUE QUE PODE SALVAR VIDAS: a dificuldade dos homens aceitarem assistência preventiva em um bairro da cidade de Bayeux- PB

Trabalho Acadêmico Orientado (TAO) e apresentado à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, para encerramento do Componente Curricular e Conclusão da Graduação em Licenciatura e Bacharelado em Psicologia.

Aprovado em 24/10/2016

BANCA EXAMINADORA

Valdeci Gonçalves da Silva Nota: 9,0

Profº. Dr. Valdeci Gonçalves da Silva
Orientador

Nota 9.0

Profª. Drª. Láercia Maria Bertulina de Medeiros
Examinadora

Karla Carolina Silveira Ribeiro Nota 9.0

Profª.Drª. Karla Carolina Silveira Ribeiro
Examinadora

DEDICATÓRIA

A pessoa que me ensinou a ser quem sou hoje, a quem devo a minha vida e todas as minhas conquistas. Dedico este trabalho a minha mãe, pelo seu amor, carinho e eterno incentivo.

AGRADECIMENTOS

Concluindo este trabalho, faz-se necessário registrar a etapa mais longa e difícil da minha trajetória até aqui. A escolha pelo curso de Psicologia foi decorrente a morte prematura de minha tia, naquela época aos 37 anos, grávida, descobriu um câncer de mama, o primeiro caso na família. Morreu dois anos depois, deixando uma filha Larissa Rayane.

Imaturos, frágeis, não sabíamos como lidar com a doença e os sentimentos que ela desencadeou. Naquela época, eu acreditava que se ela fosse acompanhada por "psicólogas (os)", ela conseguiria ter mais tempo de vida. Na minha humilde concepção, ela precisava falar, chorar, compreender as suas angústias, buscar forças para superar este momento, ponderando que as situações que a conduziram no processo de adoecimento, eram principalmente motivadas por fatores emocionais, além da própria dificuldade de todas as pessoas no seu entorno, de lidar com essa situação.

Por que demorei a concluir este trabalho?

Porque me remetia a uma perda, uma dificuldade, um momento de adoecimento, eu adoeci e foi necessário fazer da minha atuação pessoal e profissional, o principal via de diálogo com a psicologia. Para muitos, o desafio de realizar um estudo, parte de objetivos estratégias metodológicas, no entanto, eu tive como condição para a finalização deste trabalho, que lidar com fatores emocionais, financeiros e pessoais, que em algum momento sempre era prevalente. Porém, foi exatamente uma profissional da psicologia que me auxiliou na elaboração das dores que este processo me despertou.

Eis que agora preciso fazer esses agradecimentos:

A Deus, inteligência suprema, causa primária de todas as coisas**.**

A Jesus meu guia, modelo e meu exemplo de AMOR.

Aos sujeitos da minha pesquisa, sem eles o trabalho não seria realizado.

Aos meus pais, irmãos e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Minha Tia Maria de Lourdes (*In memorian*).

Em especial ao meu orientador Valdeci Gonçalves que me encorajou desde o início, aceitando a orientação deste trabalho, sempre com suas inestimáveis sugestões, sua inteligência e incentivos confiantes, obrigada.

Todos os Mestres da instituição que puderam contribuir de forma significativa na minha formação.

A Vanildo e Robson, sempre discretos e dispostos a me ajudar, vocês são parte integrante e essencial da nossa caminhada.

Aos pacientes pela troca de experiência e conhecimento empírico.

Uma trajetória dura, mas, em nenhum momento uma trajetória solitária. Por este motivo, tenho muito a agradecer a muitas pessoas.

As companheiras (os) do curso de Psicologia, em especial Marcela Meira, Gorete Sarmento, Débora Priscila, Aline Silva e Jairton Pinheiro.

Aos meus amigos (as) que me incentivaram na longa e persistente caminhada, pelas palavras amigas nas horas difíceis, pelo auxilio no trabalho e dificuldades e principalmente por estarem comigo nesta longa caminhada tornando-a mais fácil e agradável: Jacqueline Lisete, Flávio Antônio, Indira Chaves, Auristelia (Leka) *in memorian*, Erbenia Lavor, Emanuela Alencar, Juliana Issaias, Jefferson Pontes, Daniela Rodrigues, Kizzy Bandeira, Adriana Santana, Joana D'arc, Ivan Alencar , Sandra França, Leticia, Breno, Josueliton, Eucimara Moraes e Vanusa Menezes por todos os momentos compartilhados, que com certeza se tornarão inesquecíveis.

Um agradecimento especial à equipe de Bayeux (CRAS e PROJOVEM) pela grande e valiosa oportunidade de trabalho, Deyse Catão, Roberto, Edicélia, Vanessa, Kaynã, Lidiane, Magda, Ione, Dora.

Aos adolescentes que me ensinaram e compartilharam suas histórias de luta, vulnerabilidade e fé.

A enfermeira Poliana, que foi referência da minha pesquisa, no qual sempre colocou a disposição e interesse em fazer um trabalho com os resultados da pesquisa.

ACS , pelo trabalho feito na comunidade.

A Larissa Rayane, razão do meu viver!

A Val, meu companheiro, amigo e que me deu força para finalizar esta etapa.

Agradeço as professoras participantes da banca examinadora que dividiram comigo este momento tão importante e esperado: Profª Dra Laércia Medeiros e Profª Dra Karla Carolina.

A todos e todas, MUITO OBRIGADA POR TUDO!

Ando devagar porque já tive pressa, E levo esse sorriso, porque já chorei de mais, Hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe, Só levo a certeza de que muito pouco eu sei, ou Nada sei, conhecer as manhas e as manhãs, O sabor das massas e das maças. É preciso amor pra puder pulsar, é preciso paz Pra poder sorrir, é preciso à chuva para florir (ALMIR SATER).

RESUMO

Este estudo analisou aspectos subjetivos e objetivos da busca pela saúde masculina através da rede pública, tendo como foco o atendimento básico e os meios preventivos ao câncer de próstata. Partiu-se do Objetivo Geral que foi analisar os aspectos envolvidos na procura pela assistência médica, em caráter preventivo, em especial ao câncer de próstata, por homens do bairro Imaculada Conceição, na cidade de Bayeux- PB, na área de abrangência do Programa Estratégia Saúde da Família. Assegurada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a prevenção nem sempre é adotada pelo público masculino, criando esse sujeito uma resistência, em consonância com vários fatores sociais, culturais que estão relacionadas na sua vida particular e cotidiana. Essa atitude de resistência e rejeição dificulta a adoção de práticas de auto cuidado, pois à medida que esse sujeito é visto como viril invulnerável e forte, dificulta à procura ao serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, por medo de ter sua figura associada ao universo feminino. O caminho metodológico escolhido foi a entrevista semiestruturada, através de pesquisa de campo de natureza descritiva, pela qual foram coletados os dados junto a 15 entrevistados entre 30 e 45 anos. Na definição das categorias de análise, as respostas foram lidas exaustivamente e submetidas à analise de conteúdo com a finalidade de destaque dos pontos relevantes das categorias temáticas, tendo em vista a ordem do questionário. Concluiu-se que há busca do atendimento básico, mas não se relaciona a preocupações com as questões de prevenção, contudo há um distanciamento da população de homens pela precariedade dos serviços de saúde ofertados. Os mesmos informam que na comunidade não existem campanhas informativas sobre a saúde do homem, conhecem o toque retal como uma das formas de diagnóstico e têm como representações simbólicas o preconceito/ vergonha ou pudor, o que também contribui para que não procurem os serviços de saúde de modo sistemático e, portanto, corram riscos de desenvolver o câncer de próstata ou de não tratá-lo adequadamente.

Palavras – chave: Saúde. Homem. Câncer. Próstata. Ações Públicas.

ABSTRACT

This study analyzed subjective and objective aspects of the search for men's health through the public network, focusing on the primary care and preventive means to prostate cancer. broke the General Goal was to analyze the aspects involved in the search for medical assistance, preventive, especially to prostate cancer for men in the Immaculate Conception neighborhood in the city of Bayeux- PB in the coverage area of the Strategy Program Family Health. Attention provided by National Policy Integral to Men's Health, prevention is not always adopted by the male audience, creating this subject resistance, in line with various social and cultural factors that are related in their private and everyday life. This attitude of resistance and rejection hinders the adoption of self-care practices, because as this subject is seen as invulnerable and strong virile, difficult searching the health service, a preventive perspective, for fear of having her figure associated with the universe female. The chosen methodological approach was the semistructured interview, through descriptive field research, for which the data were collected from 15 respondents between 30 and 45 years. In defining the categories of analysis, responses were read thoroughly and subjected to content analysis with prominent purpose of the relevant points of the themes in view of the order of the questionnaire. It was concluded that there is pursuit of basic care, but is not related to concerns about the issues of prevention, but there is a distancing of the population of men by the precariousness of the health services offered. They report that in the community there are information campaigns on human health, know the digital rectal exam as a way of diagnosis and have as symbolic representations prejudice / shame or modesty, which also contributes to not seek health services systematically and therefore run risk of developing prostate cancer or not treat it properly.

Key words: Cheers. Man. Cancer. Prostate. Public .actions.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Faixa etária dos sujeitos 30
Tabela 2 – Grau de escolaridade dos sujeitos 30
Tabela 3 – Religião dos sujeitos 30
Tabela 4 – Ocupação dos sujeitos 31
Tabela 5 – Estado Civil dos sujeitos 31
Tabela 6 – Apresentações e discursos das Variáveis 31
Tabela 7 – Frequência de recorrência das falas dos sujeitos em cada categoria 32

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CRAS- Centro de Referencia da Assistência Social

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

PAISA – Programa de Atenção Integral à Saúde do Adulto

PAISC – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança

PAISH – Programa de Atenção Integral à Saúde do Homem

PAISI – Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PSA- Antígeno prostático especifico

PSF – Programa Saúde da Família

SBU – Sociedade Brasileira de Urologia

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1.**INTRODUÇÃO**..... 13

2. **REFERENCIAL TEÓRICO**..... 16

2.1. Política sistêmica de saúde e assistência social..... 16
2.2. Políticas de Atenção à Saúde do homem no Brasil..... 17
2.3 . A relação entre gênero e acesso à saúde..... 21
2.4. Simbologias e diagnóstico preventivo do câncer de próstata..... 23

3. **METODOLOGIA**..... 26

3.1. Tipo de pesquisa..... 26
3.2. Local da pesquisa..... 26
3.3. População e Amostra..... 27
3.4. Critérios de inclusão e exclusão..... 27
3.5. Instrumentos de coleta de dados..... 27
3.6. Procedimento e coleta de dados..... 28
3.7. Processamento e análise dos dados..... 28
3.8. Aspectos éticos..... 29

4. **ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS**..... 30

4.1.Caracterização da amostra..... 30
4.2. Apresentação e discussão das categorias..... 31
4.3 Frequência da recorrência das falas dos sujeitos em cada categoria..... 32

5.**ANÁLISE DOS DADOS**..... 34

5.1.Busca pelo atendimento médico..... 34
5.2. Dificuldades apresentadas..... 35
5.3. Trabalho de prevenção..... 37
5.4. Procedimentos de diagnóstico..... 39
5.5. Sentimentos e representações..... 41

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 43

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 45

APÊNDICES..... 47

ANEXOS..... 52

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso parte de um estudo onde foram consideradas a emergência de políticas públicas voltadas para o atendimento da população masculina, as quais tornam-se um imperativo dos sistemas de saúde e de cidadania, gerando a necessidade de implementação de mecanismos sociais de controle e de prevenção, em função do atual modelo de gestão dos serviços de saúde. A ênfase deste modelo é propor ações de caráter preventivo, sendo capaz de reduzir danos e custos tanto financeiros quanto sociais, decorrentes do agravamento da saúde das populações. Entre os documentos oficiais consultados, destaca-se o texto do Programa de Atenção Integral à Saúde do Homem (PAISH). Do ponto de vista das diretrizes e princípios – contidos no referido documento – eis algumas orientações:

- Mudança de paradigmas de atendimento da população masculina e especial atenção para o papel das ações educativas junto a esta população;
- Integração das ações a outras já desenvolvidas no âmbito da atenção primária, como porta de entrada para os serviços assistenciais, com especial atenção para as ações hierarquizadas, ou seja, entendendo a ação preventiva como requisito para o acesso a outras ações de média e alta complexidade;
- Humanização dos serviços de atenção desenvolvendo junto às comunidades, ações capazes de aproximar os contextos socioculturais às políticas concebidas no âmbito nacional. Portaria nº1944, 28 de Agosto de 2009. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 61, 2009 (BRASIL, 2009).

O interesse pelo tema se deu em função de atuação da pesquisadora junto a serviços de atenção à comunidade, de caráter preventivo, onde se percebeu um distanciamento da população masculina no acesso aos serviços de saúde e assistência social, por motivos até então desconhecidos. É notório que os serviços como Estratégia da Saúde da Família- ESF e os Centros de Referencia da Assistência Social – CRAS favorecem a interlocução de grupos como mulheres, idosos, crianças e homens, porém nesse sentido, a presença de homens junto a esses serviços se mostra bastante dificultada. Tal fato é observado por uma quantidade mínima de ações sistematizadas quando comparadas a outros serviços, tais como as ações voltadas para grupos já predefinidos como Hipertensos, Diabéticos, Gestantes, etc.

As justificativas para o presente estudo baseiam-se na política de saúde de atenção a população masculina, como também, se ampliando com a política sistêmica e assistência

social, a relação entre gênero e acesso á saúde, e diagnóstico preventivo do câncer de próstata, por se tratar, segundo o Instituto Nacional do Câncer – INCA -, a segunda causa de mortalidade dos homens, representando 2% da causa de morte na faixa etária entre 40 e 90 anos.

Dessa forma, surge a necessidade em discutir os pontos de vista da construção de políticas públicas e o papel do psicólogo, dentre os demais profissionais, que possam avaliar de forma criteriosa essa temática dentro de uma abordagem multidisciplinar com ênfase no paciente do sexo masculino diante de diversos temas como apresenta a política nacional de atenção integral à saúde do homem (princípios e diretrizes): direitos sexuais e reprodutivos, tabagismo, álcool e drogas, câncer de próstata e violência, etc. (Ministério da Saúde do Brasil, 2008).

Consideramos o caminho metodológico escolhido a entrevista semiestruturada, através de pesquisa de campo de natureza descritiva, pela qual foram coletados os dados junto a 15 entrevistados entre 30 e 45 anos. Na definição das categorias de análise, as respostas foram lidas exaustivamente e submetidas à analise de conteúdo com a finalidade de destaque dos pontos relevantes das categorias temáticas, tendo em vista a ordem do questionário. Esta abordagem é justificada por saber que, uma vez que a população e, por conseguinte, a amostra se faz parte de comunidade carente, a entrevista semiestruturada pode permitir um contato mais pessoal e subjetivo, sobretudo, na forma de se conseguir mais informações relativas aos objetivos propostos.

Na literatura correlata ao tema, o mesmo aparece vinculado a questão de gênero, aparecendo a mulher como mais facilmente demandando os serviços de saúde, ressaltando a pouca participação dos homens em função de padrões culturais que reafirmam a figura masculina vinculada a hegemonia do poder dessa modalidade de gênero.

Nesse contexto, o objeto dessa pesquisa foi identificar como a população masculina reage a ações da política de saúde do homem, nas unidades de saúde do município de Bayeux.

Mediante as vivências e os elementos teóricos abordados no decorrer da formação acadêmica desta autora, foram delineados os objetivos a seguir, como forma de atender à demanda apresentada na problemática que norteou este trabalho. A escolha por esse viés da assistência a saúde masculina, se deu em função dos aspectos psicológicos e culturais estritamente ligados à hegemonia masculina, conforme foi ressaltado anteriormente. A pesquisa norteou-se pelos seguintes direcionamentos:

Objetivo Geral - Analisar os aspectos envolvidos na busca pela assistência médica,

em caráter preventivo, em especial a prevenção do câncer de próstata, frente à perspectiva dos homens do bairro Imaculada Conceição, na cidade de Bayeux- PB.

Objetivos Específicos – Averiguar se os homens do bairro Imaculada Conceição na cidade de Bayeux- PB, buscam algum tipo de assistência médica; Identificar quais dificuldades encontradas pela amostra ao buscarem assistência médica; Pesquisar se é realizado algum tipo de trabalho informativo ou de intervenção precoce pelos serviços de saúde da comunidade a respeito do câncer de próstata; Investigar as concepções dos homens acerca dos exames de prevenção de câncer de próstata; Descrever quais sentimentos e atitudes são despertados no homem frente à necessidade de se submeter aos exames de prevenção de câncer de próstata.

O estudo propõe um levantamento de dados a partir de entrevistas semiestruturadas. Apresenta- se três seções que compreendem: um panorama das referências teóricas versando sobre as dificuldades encontradas no acesso dos homens aos serviços de saúde, existência de ações setoriais e comunitárias com objetivo de prevenção, além do nível de informação e percepção dos mecanismos de prevenção, os quais serão descritos de maneira aprofundada na caracterização metodológica do estudo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Políticas de Saúde e Assistência Social no Brasil

A política de Saúde no Brasil teve seu início com a definição do Sistema Único de Saúde (SUS) pela "Constituição de 1988, mesmo este sendo regulamentado apenas em 1990 através da Lei 8.080, a qual define o modelo operacional do SUS". A mesma afirma em seu Título VIII – da Ordem Social; Capítulo II – Seção II, da Saúde – Artigo 196, (Parágrafo Único):

> A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2013, p. 20).

De acordo com o texto constitucional, a política de saúde teria um modelo voltado para as necessidades da população, no intuito de desempenhar o compromisso do Estado com o bem-estar social, principalmente no que se refere à saúde coletiva, o que condiz com um dos direitos da cidadania.

De acordo com a Cartilha de Humanização SUS, 2010, a Atenção Básica se define como um conjunto de ações individuais e coletivas, na promoção à saúde, bem como prevenir, tratar e reabilitar doenças e seus possíveis agravos. Estando inserida, no financiamento Federal da Atenção Básica, "Programa de Saúde da Família" (PSF), logo após se constituindo como "Estratégia Saúde da Família" (ESF) se caracterizando como um modelo de gestão da política nacional de saúde, englobando ações de promoção, proteção e recuperação, de forma integral e contínua, reafirmando os princípios do SUS.

A política de saúde do SUS, se ampliou com a reorganização de um modelo de assistência à saúde coletiva, com a implementação de equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde, dando um novo direcionamento para a política da assistência básica à saúde com o objetivo macro, reduzindo os riscos à saúde garantindo uma qualidade de vida para a sociedade . De acordo com Faria *et al.* (2010), a equipe da ESF deve está comprometida com as diretrizes que são asseguradas pelo SUS como:

> 1. Conhecer a realidade das famílias sob sua responsabilidade, com ênfase para as características sociais, demográficas e epidemiológicas;
> 2. Identificar as situações de risco e vulnerabilidade às quais a população está exposta;
> 3. Identificar os problemas de saúde prevalentes;

> 4. Elaborar, junto à população, um plano de atuação capaz de enfrentar os determinantes do processo saúde/doença;
> 5. Promover a assistência, de forma contínua e racionalizada, às demandas espontânea e organizada;
> 6. Resolver, por meio de critérios científicos e com equidade, no limite das possibilidades do sistema, as situações de referência e contrarreferência detectadas;
> 7. Desenvolver metodologias pedagógicas que permitam a introdução do autocuidado junto aos usuários;
> 8. Promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados. (FARIA *et al*.,2010,p.43)

O SUS está em constante processo de construção na busca de aperfeiçoamento, e de ideias que auxiliem a Atenção Básica, instaurada nas políticas de Estratégia de Saúde da Família. Construindo e legitimando uma cidadania através da participação permanente da população.

Uma das ideias adotadas pelo Ministério da Saúde, e aperfeiçoada no Programa de Saúde da Família, foi o atendimento por grupos sociais semelhantes. Inicialmente nas UBS, eram atendidos três grupos bem definidos: Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), Programa de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso (PAISI). Com o surgimento de outros Programas, estes grupos ampliaram-se como, por exemplo, o Programa de Atenção Integral a Saúde do Adulto (PAISA), com priorização de agravos específicos como hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e tuberculose.

Tomando como base estes Programas, observa-se que o SUS está em contínuo processo de aperfeiçoamento. Tendo-se como referência os altos índices de patologias que acometiam os homens, bem como as taxas de morbidade das doenças nesse público, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) em 2009, visando a melhoria e ampliação das ações de promoção e prevenção à saúde masculina e portanto, reduzir as taxas de mortalidade em decorrência de doenças que podem ser tratadas.

Contudo, é preciso aprimorar a metodologia de trabalhar com os indivíduos deste grupo social, visando uma qualidade de vida melhor, na prevenção de doenças e diminuição da taxa de morbidade por falta de tratamento adequado no início dessas patologias.

2.2 Políticas de Atenção à Saúde do Homem no Brasil

Ao longo dos anos, a preocupação do gênero masculino era no pensamento empírico que as mulheres, crianças e idosos faziam parte do Sistema de Saúde. Não tendo uma aproximação desse espaço, devido a questão sociocultural, por se acharem auto suficientes, negando a preocupação com o auto cuidado para a sua qualidade de vida. Em consequência

disso, gerando um alto índice de custos financeiros para o Sistema, onde avançavam rapidamente todas as doenças e especificamente o câncer. Tendo o Ministério da Saúde a preocupação de integrar a Política de Atenção para a Saúde do Homem, fortalecendo cuidados específicos para o gênero masculino, com o objetivo maior na diminuição dos indicadores de mortalidade como também se conscientizando e se preocupando desde cedo com a saúde. Assim, de acordo com dados do Ministério da Saúde do Brasil (2012):

> A cada cinco pessoas com idade entre 20 a 30 anos, que morrem no Brasil, quatro são homens. Segundo a mesma fonte de dados, em 2005, das 1.003.350 mortes, 57,8% eram do sexo masculino, estatística esta, que mostra que aproximadamente a cada três pessoas que morrem no Brasil, duas são homens. Os homens tem uma expectativa de vida de aproximadamente sete anos a menos que as mulheres e de acordo com estudos realizados, têm mais doenças do coração, câncer, diabetes e hipertensão, do que o sexo oposto (BRASIL, 2012, p. 4).

Por questões como esta, no dia 27 de agosto de 2009, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Esta ação tem por objetivo facilitar e ampliar o acesso da população masculina nos serviços de saúde. Por meio dela, o governo federal tem a iniciativa de contemplar pelo menos, 2,5 milhões de homens na faixa etária de 20 a 59 anos, tendo acesso ao serviço de saúde, pelo menos uma vez por ano. Além, de criar mecanismos para melhorar a assistência oferecida a essa população, tendo como uma das metas, promover uma mudança cultural. Para Braz (2005):

> A temática relacionada à saúde masculina tem sido pouco abordada e discutida em contraposição a saúde da mulher, objeto de políticas públicas e de variadas investigações. Porém, o reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como consequência o agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e, por conseguinte, maior custo para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRAZ, 2005, p.98).

Vários estudos comparativos entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis as doenças, sobretudo as enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres (NARDI *et al*, 2007; COURTENAY, 2007; LAURENTI *et al*, 2005; LUIZAGA, 2010). A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam como as mulheres, os serviços de atenção básica.

Baseado nos autores citados compreende-se que a mortalidade do gênero masculino torna-se mais frequente na maioria das regiões do Brasil, tendo um índice muito maior do que das mulheres. E em consequência disso, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) sendo um ambiente de promoção e prevenção destinado aos públicos como: crianças, idosos e mulheres,

garantidos esse atendimento para o gênero masculino, se tornando na sua concepção cultural pouco reconhecido para essa última demanda. Baseado em estudos, torna-se nítido o distanciamento dos homens em não procurarem os serviços de atendimento à saúde, por três fatores: Cultural e histórico, porque o homem está num modelo inflexível e resistente em não querer nunca mudar a forma de pensar, negando qualquer característica do gênero feminino que lhe possam ser atribuídos; Institucional – por haver a precariedade do serviço de atendimento, a qualificação profissional para atender essa população masculina e uma melhor organização dos espaços UBS para que possam se sentir parte desse atendimento e médico – por sentirem receosos de início por estarem sendo atendidos pelo gênero oposto, cabendo qualificação desses profissionais para garantir essa aproximação dessa população, quebrando barreiras e aproximando-os nos espaços de Saúde.

Para Figueiredo (2005), uma das observações a respeito é a não realização com a regularidade devida as medidas de prevenção primária. Este comportamento traz um grande agravo as condições gerais da saúde masculina, bem como na própria saúde da família. Alguns fatores podem ser fortemente destacados no que diz respeito a este fenômeno. Um deles: a não procura pelos serviços de saúde estando ligada à sua posição de provedor, o posicionamento machista da cultura brasileira, que vê a doença como sinal de fragilidade, tendo o homem que estar afastado dos ambientes hospitalares, para não denunciar a suposta fraqueza.

Como base no autor acima citado, outra alegação baseia-se no argumento que o horário do funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho. Como também as dificuldades de acesso aos serviços assistenciais em que os homens argumentam está relacionada ao tempo desprendido para marcação de consultas no Sistema Único de Saúde, o que corrobora a afirmação anterior da preocupação com seu papel de provedor do lar. Demais fatores correlacionados, como os culturais, os papéis desempenhados ao longo da história bem como os sociais, devem também ser considerados como relevantes.

Na população masculina, não podemos negar que existe uma preocupação e a atividade laboral tem um lugar destaque, sobretudo em pessoas de baixa condição social o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família.

Ainda que isso possa se constituir uma das barreiras para o gênero masculino, (embora não justifique a postura dos homens), tomamos como exemplo o gênero feminino, a maioria dessa categoria, independentes de suas condições socioeconômicas, faz atualmente parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho, e nem por isso deixam de procurar

os serviços de saúde. Nesse sentido, observa-se que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PAISH) ressalta:

> Deve considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. As masculinidades são construídas historicamente e sócio culturalmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação. O ser homem, assim como o ser mulher é constituído tanto a partir do masculino como do feminino. Masculino e feminino são modelos culturais de gênero que convivem no imaginário dos homens e das mulheres (BRASIL, 2009, p. 6).

Para uma melhor compreensão, constatamos com base na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, dados estatísticos que situam o papel do homem na atenção primária à saúde. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) dentre o total da população residente do Brasil (2016) que já passa de 204 milhões, destes 49,2% são homens. A partir desses números, percebe-se que a população masculina é expressiva no país.

Com esses dados estatísticos, evidencia-se que o homem tem uma necessidade de atender as suas demandas de saúde, porém se sente receoso, por questões socioculturais e por sua história de vida, o que interfere na qualidade de sua saúde.

O grupo populacional masculino dos 25 aos 59 anos corresponde a 37.414.895 habitantes. Em relação à esperança de vida ao nascer segundo sexo: 76,8 anos para as mulheres e 69,3 para os homens. Para a expectativa de vida aos 60 anos de idade a diferença diminui bastante, de 19,6 anos para os homens e 22,8 para mulheres (BRASIL, 2010).

Como afirmam Hohl e Meirelles (2009):

> As políticas públicas de saúde só agora estão reconhecendo a necessidade de oferecer programas voltados para a prevenção e o tratamento das patologias mais prevalentes ou específicas dos homens. Mais do que criar a infraestrutura apropriada, será preciso mudar o comportamento da população masculina com relação à própria saúde (HOHL e MEIRELLES, p. 900).

Em contrapartida aos agravos da saúde masculina, algumas ações são sugeridas pelo Ministério da Saúde através dos princípios de humanização e da qualidade da atenção integral. Dentre eles: o acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquizados nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede; a articulação com as diversas áreas do governo com o setor privado e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à saúde e a qualidade de vida da população masculina.

A promoção e prevenção da saúde masculina seria fortalecida se fossem colocados em prática dentro das UBS e sistematizado as o que sugere a RADES (2008):

> Devendo partir com as informações e orientação à população masculina, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem; captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes; capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem; disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos; estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários e elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias (RADES, 2008, p. 9).

Desse modo, entende-se que o cuidado com o acesso do homem aos serviços básicos de saúde deve ser incentivado também pela família, de forma que este acesse os seus direitos viver com qualidade, superando a visão estereotipada sobre o corpo e a saúde, como tem sido discutido neste trabalho. É o que também saliente Medeiros (2013, p. 64) ao considerar "imprescindível incorporar a população masculina nos processos relacionados à saúde, sexualidade e reprodução vivenciadas na atenção básica", como forma de contribuir para a apreensão e reconhecimento das necessidades masculinas, particularmente nesse campo e decodificar a história das desigualdades de gênero, construir novos discursos. Isso só será possível com o enfrentamento da questão por todos os segmentos envolvidos, incluindo as famílias, as empresas e os poderes públicos no sentido de garantirem o acesso do público masculino.

2.3 A relação entre gênero e acesso à saúde

Falar sobre relações de gênero no âmbito da saúde é sempre uma tarefa que requer cuidados. Para os poderes públicos, em se tratando de saúde, os gêneros masculino e feminino merecem cuidados, cada um com suas especificidades. Porém, alguns estudiosos situam o conceito de gênero a partir de determinados marcos históricos, como a luta das feministas. Para Scott (1990), gênero é um dos três eixos que estruturam a identidade do sujeito, juntamente com classe e raça. O autor afirma que esse termo deve ser entendido como:

> Categoria relacional, isto é, diz respeito às relações sociopolíticas construídas entre homens e mulheres, mas também dos homens entre si e das mulheres e seus pares genéricos, o que significa dizer que o gênero perpassa todas as relações sociais, sendo a primeira forma de dar sentido tanto a tais relações como as de poder e de dominação (SCOTT, 2000,p .15).

Do ponto de vista da saúde, o Estado brasileiro, que voltou ao processo de democratização na década de 1980, passou a desenvolver programas que incluíssem as

reivindicações das mulheres organizadas pelos movimentos sociais e movimentos feministas, as quais passaram aos poucos a ter pontos de sua agenda contemplados nos programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, que atendiam às suas demandas específicas. Como afirma Farah (2004; p. 51) "Sob impacto desses movimentos, na década de 80 foram implantadas as primeiras políticas públicas com recorte de gênero."

Decorre dessa preocupação em atender os interesses da saúde da mulher, um conjunto de políticas específicas que perdura até a atualidade. É preciso, portanto, atender também ao gênero masculino em suas especificidades no que diz respeito aos cuidados com a saúde. Dentro dessa perspectiva de contemplar ambos os gêneros com programas de atendimento básico à saúde, é que teve origem também o PAISH.

A construção dos comportamentos aceitos como masculinos pela sociedade, se dá em função da formação social e cultural dos indivíduos, o que interfere na sua maneira de reagir às questões subjetivas, como por exemplo, em relação à saúde. Isso também define a não aproximação dos sujeitos masculinos dos Centros de Saúde quanto aos aspectos preventivos. Pois, desde o início de sua vida cotidiana, o homem sofre influências e não consegue ter autonomia nas suas decisões visando a desconstrução dos preconceitos a que está vinculado. Assim, Segundo Hohl e Meirelles (2009):

> Homem não gosta de ir ao médico e, com exceção dos urologistas, todos os outros especialistas atendem um número muito maior de mulheres do que de homens. Essa negligência com a própria saúde tem raízes culturais e a relutância muitas vezes está associada à idéia de que admitir a possibilidade de doença é uma "fraqueza" incompatível com a masculinidade". (HOHL e MEIRELLES, 2009, p. 900).

Os mesmos autores nos remetem a acreditarmos, que as doenças nos homens sejam diagnosticadas mais tardiamente, acarretando pior prognóstico e encurtando a expectativa de vida. O gênero feminino é mais alvo de programas de atenção à saúde como também a saúde da mulher é uma temática mais estudada e discutida.

Nas compreensões de Braz *et al*. (*apud* BORIS, 2005, p.100), "O senso comum considera o masculino como o sexo forte, na verdade, deve ser visto como sexo fraco, pelo menos em vários aspectos de suas vulnerabilidades físicas e psíquicas". Devendo, segundo a autora, a vulnerabilidade psíquica pelo esforço maior para um homem construir-se como tal.

Criou-se a ideia do masculino ser um sexo forte, não tendo medo diante das circunstâncias no qual passavam no seu convívio, transferindo para o gênero masculino o papel de ser resistente na sua masculinidade. Constata-se, entretanto, o quanto os serviços

direcionados à Saúde do homem são insuficientes, ou seja, sem ações estratégicas concretas destinadas ao cuidado de saúde para esse público.

Braz *et al.* (2005), acrescenta que:

> Além disto, eles são historicamente criados para aprender a serem homens. A autora ainda ressalta o papel importante dos ritos de iniciação, normalmente dolorosos, na transformação do menino em homem, presente em todas as culturas mesmo hoje menos evidentes ou esmaecidas. A virilidade também é expressa no corpo e no comportamento. (BRAZ et al. *apud* CASTORIADIS, 2005, p.100).

Os gêneros masculino e feminino têm uma educação familiar e social com práticas sociais distintas, em que a mulher se apresenta como uma pessoa "frágil" e o homem mostra-se um ser resistente nas diferentes situações sociais em que se apresentam no seu convívio, pois são orientados desde cedo para serem provedores e protetores. Assim, justificam a sua resistência em manter uma aproximação com as UBS, para uma Atenção Básica que promova a proteção e a prevenção à saúde.

Consideramos que há muitas diferenças culturais entres os gêneros, diferenciando no modo de orientação do sentir, do agir e do pensar em sociedade. Essas ideias e particularidades de cada gênero foram formadas a séculos em outros contextos históricos e que prevalecem atualmente. O homem, analisando a perspectiva de gênero, é considerado sujeito histórico-social em exercício da masculinidade.

Desse modo, fatores como a doença é considerado por estes uma fragilidade, tornando-os assim, vulneráveis, isto é, pondo em risco a sua postura como homem diante da sociedade. Essa ideia de vulnerabilidade não é aceita, pois se consideram invulneráveis, colocando em risco a sua própria saúde, fragilizando assim, a qualidade de vida da família.

As relações entre masculinidade e saúde podem ser consideradas também na dificuldade dos homens na busca por assistência da saúde e pela forma como os serviços de saúde lidam com suas necessidades. Segundo Figueiredo (2008, p.49) "com relação à busca por assistência à saúde, alguns estudos identificam barreiras para a ausência e/ou invisibilidade masculina nos serviços de saúde".

Entretanto, é possível verificar que, tais concepções fazem referência ao modo como homens e mulheres relacionam-se, ficando implícitos os padrões que apontam uma maneira de encarar o ser homem e o ser mulher socialmente. Outras questões, além dessas relacionadas à saúde, tais como aspectos relacionados ao trabalho e à manutenção da família, estão também relacionadas ao papel compreendido como "masculino" por excelência.

Nesse contexto, pode-se dizer que os homens também se tornam prisioneiros sem

vozes, uma vez que o "privilégio" masculino pode ser uma cilada, fazendo com que a todo custo o homem tenha de provar a sua virilidade. De acordo com Figueiredo (2005), o homem vê os serviços de assistência à saúde como que destinados a idosos, mulheres e crianças, considerando as instituições que os disponibiliza como espaços feminilizados, provocando nele a sensação de não pertencimento àquele lugar.

2.4 Simbologias e diagnóstico preventivo do câncer de próstata

As diversas nuances da sexualidade masculina, as quais nem sempre são abordados, precisam ser analisadas de forma profunda, para se compreender comportamentos que interferem na saúde do homem. Pretende-se destacar, neste trabalho, como situação emblemática, a prevenção do câncer de próstata, ou a dificuldade dos homens em realizarem esses exames preventivos. Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2014)[1] são bem ilustrativos nesse sentido:

Diante de casos de câncer no mundo, se destaca o câncer de próstata, pela aversão dos homens em não procurarem um diagnóstico precoce, evoluindo muito rápido essa doença, independente de sua classe social, cultural e político, tendo pensamentos de resistência, não dando importância preventiva em diagnosticarem antes da evolução, deixando a desejar a assistência a saúde individual ou coletiva, como a saúde privada e/ou pública. Bertoldo e Pasquini (2010) afirmam que:

> O câncer de próstata se tornou uma das formas de câncer mais comum na população masculina e se estima que um em cada doze homens seja diagnosticado com a doença ao longo da vida. A incidência dessa doença aumenta com o passar dos anos. Casos esporádicos são registrados em homens abaixo de 45 anos, sendo comum em homens acima dos 70 anos. (BERTOLDO e PASQUINI, 2010, p. 138).

Assim, o câncer de próstata vem avançando ao longo dos anos, devido à população masculina não adotar um cuidado preventivo, procurando tardiamente o seu diagnóstico por se sentirem constrangidos, "agredidos" e previamente, ligando esse exame do toque com fantasias questionando a sua masculinidade. Assim, desenvolve nessas fantasias um desconforto psicológico, no qual se for tocado por outro terá prazer sexual que pode despertá-lo para a homossexualidade.

Segundo Gomes (2007) este é um campo que pode refletir-se como espaço

[1] Dados coletados em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/definicao+

relacionado à sexualidade masculina e tabu. Reflexos de diversos aspectos sociais e culturais acerca da identidade sexual masculina podem fazer de uma importante medida preventiva de câncer, o toque retal, um procedimento, no mínimo, desagradável.

A detecção precoce está relacionada a dois tipos de diagnóstico: o diagnóstico precoce, quando o homem apresenta sinais relacionadas com a doença de maneira inicial; e o de rastreamento, quando o paciente não apresenta nenhum sintoma e aparenta estar saudável. Os exames de rotina, que são realizados com os procedimentos médicos do toque retal e a dosagem de PSA são os meios de detecção da doença.

Quando existe alteração no toque retal e no PSA, é indicada a ultrassonografia pélvica (ou prostática transretal, se disponível). Esta ultrassonografia, por sua vez, poderá mostrar a necessidade de se realizar a biópsia prostática transretal.

Os procedimentos durante o exame voltados para prevenção torna-se um tabu da forma como são realizados através do toque retal apresentando para o gênero masculino um constrangimento de ser tocado. De acordo com os dados do INCA (2014), a estimativa de novos casos é de 69.000 no Brasil, para o ano de 2015 considerando que esses casos, apenas serão evitados a partir da prevenção. A masculinidade da cultura brasileira está relacionada ao poder, domínio e força física, encontrando barreiras e resistências, numa prevenção à saúde desse gênero, provocando dentro dessa população o preconceito e o afastamento de qualidade de vida mais longa e saudável.

A face do preconceito contra métodos preventivos, os quais podem salvar vidas, pode ser encontradas entre seus pares, colegas de trabalho, profissionais de saúde, chefes e até mesmo pelas próprias parceiras. É preciso transcender o preconceito e a discriminação sexual, ainda que esta apareça de forma velada.

De acordo com Courtenay (*apud* PINHEIRO e COUTO, 2008):

> [...] os homens usam práticas e comportamentos em saúde para demonstrar padrões hegemônicos de masculinidade que os estabelecem como homens. Assim, reprimem suas necessidades de saúde e recusam admitir dor ou sofrimento, negam fraquezas ou vulnerabilidades, sustentam o controle físico e emocional, têm uma disposição incessante para o sexo e um comportamento agressivo. (COURTENAY *apud* PINHEIRO e COUTO, 2008, p.61-62).

Percebe-se a gravidade da situação em relação à saúde do homem, ao se verificar o avanço do câncer de próstata e por sua vez a vulnerabilidade de todos esses que não conseguem dar a devida importância a essa questão crucial para a saúde e a vida.

3.METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Esta pesquisa caracterizou-se como sendo de campo, descritiva e exploratório com abordagem qualiquantitativa.

A pesquisa caracteriza-se como quantitativa, devido à apresentação de dados numéricos em relação ao objeto de análise e qualitativa, por tratar também da subjetividade dos sujeitos. Portanto, define-se como qualiquantitativa (GIL; 2002). Esse tipo de pesquisa aborda aspectos da realidade, no sentido de oferecer dados confiáveis acerca de uma realidade estudada, como neste caso, a pesquisa de campo oferece informações referentes à problemática de acesso do público masculino aos serviços de atenção básica de saúde.

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa de campo foi realizada na cidade de Bayeux - PB, região metropolitana de João Pessoa-PB, no bairro Imaculada Conceição, na área de abrangência do Programa Estratégia Saúde da Família (PESF).

No caso do perfil socioeconômico, a UBS atende em sua maioria famílias que vivem do trabalho informal e contratos temporários como: diarista, pedreiro, servente, vendedor, descarregador e motorista. Os problemas mais frequentes na comunidade em relação a educação, saúde, segurança e infraestrutura urbana, foram identificados como a vulnerabilidade social, analfabetismo e baixa escolaridade, uso constante de drogas lícitas e ilícitas, relações familiares conturbadas, subempregos e outros elementos que contribuem para a queda da qualidade de vida da população local.

Em relação à saúde, foram detectados os seguintes aspectos: a morosidade para marcação das guias encaminhadas na UBS; a transição de médicos, enfermeiros, o horário de atendimento incompatível (necessidade de chegar muito cedo à unidade de saúde) e ausência dos homens em busca de atendimento das diferentes especialidades.

Na abrangência da segurança pública - o uso de entorpecentes afetaram de forma significativa a segurança, os furtos frequentes e os roubos e assassinatos de adolescentes ocorrem, por ser uma comunidade com alto grau de insegurança.

A sua infraestrutura é marcada pela falta de saneamento, calçamentos, asfaltamento

das vias urbanas, presença de moradias precárias (taipa) ausência de coleta de lixo em algumas ruas, entre outras carências.

3.3 População e amostra

O público alvo da pesquisa contemplou um total de 15 homens na faixa etária de 30 a 45 anos. Todos residentes na cidade de Bayeux- PB, a maioria trabalhadores e com renda abaixo de 4 salários mínimos. Do grupo pesquisado, a maioria tem emprego formal, são residentes no próprio bairro; quanto à escolaridade, 10 dos participantes concluíram o ensino médio, e cinco apenas o ensino fundamental.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios adotados para a inclusão dos participantes na pesquisa foram: estar cadastrados na Unidade de Saúde, ter idade condizente com o problema proposto na pesquisa, e residir no bairro Imaculada Conceição, e, além disso, estarem de acordo em participar desta pesquisa.

A participação como entrevistado, deu-se de forma voluntária entre os sujeitos, com previa autorização através de visitas domiciliares em que os sujeitos foram contactados para as informações preliminares, e, posteriormente, a entrevista de fato, as quais foram gravadas em MP3 e em seguida tratadas do ponto de vista da análise dos dados.

3.5 Instrumento de coleta de dados

Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada (*vide* Apêndice A) que é um instrumento adequado para que os entrevistados apresentassem maior flexibilidade para manifestar além das falas, gestos e reações que pudesse ser de compreensão significativa para a pesquisadora. De acordo com Gil (2002, p. 117), e entrevista mais ou menos estruturada é um mecanismo que proporciona ao pesquisador uma maior "especificação dos dados que pretende obter e a escolha e formulação das perguntas". A entrevista semiestruturada - ou parcialmente estruturada – conforme o autor é aquela em que o entrevistador vai explorando seus pontos de interesse ao longo do percurso.

3.6 Procedimento de coleta de dados

Iniciou-se a coleta dos dados a partir da aprovação dos procedimentos de pesquisa por parte da enfermeira responsável pela UBS, em que possibilitou o acesso desta pesquisadora à comunidade e assim, foi possível promover observações nas fichas das famílias e, por conseguinte, realizar a triagem dos casos de interesse para o estudo. Primeiramente, os entrevistados foram contactados em seus domicílios, tendo recebido as informações sobre a pesquisa; posteriormente a pesquisadora, após contato para agendamento, realizou uma segunda visita aos entrevistados, onde foi realizada a entrevista e estabelecido o procedimento de gravação das mesmas.

3.7 Processamento e análise dos dados

As respostas dos entrevistados foram transcritas e categorizadas, analisadas e interpretadas tendo em vista a ordem do questionário.

Segundo Bourdieu (1999), citado por Boni e Quaresma (2005, p.78), "uma entrevista bem sucedida depende do domínio do entrevistador sobre as questões do roteiro". Neste sentido a pesquisadora trouxe como motivação as questões inerentes da relação entre as políticas publicas de saúde preventiva, os aspectos emocionais e socioculturais dos sujeitos, elementos fundamentais para analise desses achados.

Este conhecimento prévio, ou familiaridade, possibilitou que as respostas pudessem se aproximar dos objetivos da investigação. Ainda de acordo com os autores citados, nos chama atenção para a importância da transcrição das entrevistas. Neste sentido, o ato de transcrição não se trata de um ato apenas mecânico, de registro dos escritos, mas que seja capaz de contemplar os silêncios, os gestos, os risos e a entonação da voz. Caberá ao pesquisador relatar tudo que o pesquisador falou e sentiu durante a entrevista.

Na definição das categorias de análise, as respostas foram lidas exaustivamente e submetidas á analise de conteúdo com a finalidade de destaque dos pontos relevantes das categorias temáticas. A analise de conteúdo está pautada na proposta de Bardin (2011). Para Chizzotti (2006, apud Mozzato & Grzybovski 2011) "o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas".

Foi possível estabelecer um paralelo entre o referencial teórico adotado e o conteúdo das falas dos sujeitos, o que proporcionou a comparação entre o que dizem os entrevistados e a literatura consultada. Assim, pretendeu-se valorizar o conhecimento empírico dos sujeitos,

em função das questões operacionais do sistema de saúde, em conjunto com a natureza sociocultural das práticas e costumes que orientam a compreensão do universo masculino.

3.8 Aspectos éticos

Encaminhou-se o projeto de pesquisa para a apreciação do Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), analisado e aceito com número de protocolo 0447.0.133.000-11. Aos entrevistados foi explicitado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contido nos apêndice *(B)* da presente pesquisa, acerca da finalidade da pesquisa, do caráter sigiloso dos dados e do compromisso do pesquisador quanto à finalidade dos mesmos. Isto é, os procedimentos estão em conformidade com a Resolução 196/1996 que rege a pesquisa envolvendo seres humanos, outorgada pelo Decreto nº 93.933, de 14 de janeiro de 1987, pelo Conselho Nacional de Saúde (VIEIRA e HASSNE, 2001).

4. ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS

4.1 Caracterização da amostra

A amostra teve um número de 15 sujeitos, composta por pessoas do sexo masculino, moradores do Bairro Imaculada Conceição, situado na cidade de Bayeux – PB apresentando a seguinte caracterização em dados sociodemográficos:

1) **Faixa etária** – composta por indivíduos situados na faixa etária de 30 a 45 anos, conforme indicadores abaixo:

Tabela 1 – Faixa etária dos entrevistados.

Idade	Nº de entrevistados	Percentual da amostra (%)
31 anos	2	13,33
33 anos	2	13,33
38 anos	1	6,66
40 anos	2	13,33
41 anos	2	13,33
44 anos	1	6,66
45 anos	5	33,33
Total	**15**	**99,97**

2) **Grau de escolaridade** – Nesta variável, foi organizada a amostra em graus de escolaridades variando nos níveis *ensino fundamental*, *ensino médio* e *ensino superior*, conforme os seguintes indicadores:

Tabela 2 – Grau de escolaridade dos entrevistados.

Nível de escolaridade	Número de entrevistados	Percentual na amostra (%)
Ensino Fundamental	5	33,33
Ensino Médio	10	66,66
Ensino Superior	0	0,00
Total	**15**	**99,99**

3) **Religião** – Neste indicador, foi perguntado acerca da orientação religiosa dos entrevistados, tendo em vista a preponderância desta nos valores e nas visões de mundo dos sujeitos. São apresentados os indicadores conforme a tabulação abaixo:

Tabela 3 – Religião dos entrevistados.

Religião	Número de entrevistados	Percentual na amostra
Católicos	n=9	P= 60%
Protestantes	n=5	P= 33,33%
Não quis opinar	n=1	P= 6,66%
Total	15	P= 99,99%

4) **Ocupação –** Neste indicador, foi investigado a situação ocupacional dos entrevistados, bem como as atividades que os mesmos executam, de acordo com a seguinte categorização:

Tabela 4 – Ocupação dos entrevistados**.**

Situação Ocupacional	Numero de entrevistas	Atividades que executam	Número
Trabalhando	n=12/P=80%	Operário	(n=1)
		Comerciante	(n=3)
		Motorista	(n=1)
		Funcionário Público	(n=4)
		Vigilante	(n=1)
		Sapateiro	(n=1)
		Pintor	(n=1)
			12
Desempregado	n=02/P=13,33%		02
Em amparo previdenciário	n=01/P=6,66		01
Total	**15/P= 99,99%**		**15**

5) **Estado civil –** As variações apresentadas para esse indicador foram *solteiro*, *casado* e *viúvo*, deixando livre o entrevistado, surgindo as mesmas de modo natural sem opções predefinidas pela pesquisadora.

Tabela 5 – Estado Civil dos entrevistados.

Estado Civil	Nº de entrevistados	Percentual na amostra
Solteiro	6	40,00%
Casado	8	53,33%
Viúvo	1	6,66 %
Total	**15**	**99,99**

4.2 Apresentação e discussão das categorias

A tabela a seguir, descreve as categorias da discussão na entrevista, relacionadas diretamente a procura ou não procura dos serviços de Atenção a Saúde do Homem, bem como sua dificuldade de acesso aos serviços, conhecimentos acerca de alguns procedimentos específicos para a avaliação e tratamento de patologias relacionadas ao sexo masculino, além

de avaliar os fatores psicológicos relacionados aos tabus que envolvem os exames preventivos.

Tabela 6 – Categoria de discussão

CATEGORIA	OBJETIVO
1-Busca de assistência médica	Averiguar a busca de assistência de saúde preventiva e em que momento essa busca ocorre.
2-Dificuldades encontradas no acesso	Identificar os principais entraves encontrados na busca pelos serviços de saúde e apresentar a natureza dessas dificuldades.
3- Trabalho de intervenção precoce/ prevenção em relação ao câncer de próstata	Pesquisar a existência de mecanismos ou ações preventivas, que se encaminham no não agravamento de casos potencialmente capazes de gerar morbimortalidade.
4- Conhecimento dos procedimentos preventivos e exames	Investigar o nível de informação dos entrevistados sobre os cuidados e procedimentos tais como exames preventivos a serem realizados.
5- Sentimentos e percepções dos homens diante da necessidade de fazer os exames de rotina	Descrever quais sentimentos e atitudes são despertados no homem frente a necessidade de submeter aos exames e quais os sentimentos e atitudes vivenciadas.

4.3 Frequência da recorrência das falas dos entrevistados em cada categoria

A tabela seguinte foi caracterizada tomando como base as respostas dos sujeitos, sistematizadas pela pesquisadora.

Tabela 7 – Frequência de recorrência das falas dos entrevistados em cada categoria.

Categoria	Tipologia	Frequência
1 – Busca de assistência médica	**1 – Busca**	**10**
	2 – Não busca	5
	Subtotal	**15**
2 – Dificuldades encontradas no acesso	1 - Acesso ao serviço de saúde	2
	2 – Precariedade do sistema	**8**
	3 – Não encontra	2
	4 – Não enfrenta	2
	5 – Inibição / Timidez	1
	Subtotal	**15**
3 – Trabalho de intervenção precoce / Prevenção em relação ao câncer de próstata	1 – Existe	3
	2 – Não existe	**11**
	3 – Desconhece	1
	Subtotal	**15**
4 – Conhecimentos dos procedimentos preventivos e exames	1 – Avaliação médica	2
	2 – Exame de sangue (PSA)	4
	3 – Exame de toque retal	**10**
	4 – Não sabem quais são	4
	Subtotal	**15**
5 – Sentimentos e percepções dos homens diante da necessidade de fazer os exames de rotina	1 – Sofrimento	1

2 – Preconceito		**3**
3 - Vergonha / Pudor		**3**
4 – Desconforto		1
5 – Medo		1
6 – Constrangimento		2
7 – Tranquilidade		2
8 – Não tem dificuldade		2
	Subtotal	**15**

5 ANÁLISE DOS DADOS

Neste tópico, os indivíduos responderam a questionamentos gerais. A busca pelo atendimento médico; as dificuldades enfrentadas por eles nos serviços de saúde; a prevenção se existe, e como é realizada; conhecimentos sobre os procedimentos de prevenção e diagnóstico da doença; e os sentimentos apresentados diante do assunto. A seguir os dados apresentados referem-se às categorias citadas acima.

5.1 Busca pelo atendimento médico

Quanto à *busca pelo atendimento médico*, na população em estudo, foi observado, de acordo com a frequência das falas, que a população masculina *tem buscado os serviços assistenciais* (f=10). Por outra via, essa busca não se restringe necessariamente a preocupações com os aspectos preventivos. Segundo Pinheiro, Couto e Silva (*apud* FIGUEIREDO, 2011):

> Embora os Serviços da APS sejam apresentados como opção da rede pública mais procurada por homens e mulheres para o cuidado em saúde (Pinheiro et al., 2002), a presença dos homens nesses espaços é sempre inferior a das mulheres, que configuram clientela prioritária de tais serviços, assim como crianças e, mais recentemente, idosos. (PINHEIRO, COUTO e SILVA *apud* FIGUEIREDO; 2011, p.846).

As falas dos entrevistados abaixo ilustram o sentimento geral do público masculino em relação à saúde preventiva:

"Só quando estou me sentindo mal, aí busco atendimento médico." (E9).

"Quando estou doente. Pra eu ir assim não. Só procuro quando estou doente, tem quer ir mesmo." (E15).

Diante do exposto, os entrevistados mostram a partir de suas falas que ainda é muito nítido a pouca preocupação com a saúde de forma geral, e com o câncer de próstata, ocorrendo essa procura quando necessitam de atendimento básico, voltado somente para situações como: queda de pressão, momento em que passa pelo médico, recebe o medicamento ou receituário mas não tem nenhum interesse investigar outras doenças mais complexas. Nesse sentindo, de acordo com Pinheiro, Couto e Silva (2011):

> Ocorre em tais espaços uma invisibilidade dos homens: como alvo de intervenção em saúde, expressa sobretudo na falta de programas e atendimentos direcionados aos homens; como usuários, que tem dificuldades para acessar os serviços ou para serem acolhidos com suas demandas; e como sujeitos de cuidado, que, pela expectativa dos profissionais de que o homem não cuida de si nem de outras pessoas, não são estimulados as práticas de prevenção e promoção de saúde. (PINHEIRO, COUTO e SILVA, 2011, P.847).

Assim, tornam-se invisíveis na Atenção Básica de Saúde, não se preocupando na criação de estratégias e ações voltadas para a prevenção no atendimento para suprir as demandas da população masculina. Outra preocupação que nos remete a refletir são as variáveis socioculturais, sendo uma característica muito forte deste público, atrapalhando a sua aproximação para a prevenção, distanciando para uma saúde de qualidade e vida mais longa. É o que também fica claro em Medeiros (2013), quando trata da presença masculina nos serviços de atenção básica à saúde, afirma que "incluir os homens na atenção primária à saúde é um desafio às políticas públicas".

Através dos dados coletados em campo, tornou-se evidente que outros elementos também são relevantes para a não procura dos homens pelo sistema de saúde. Conforme as falas dos entrevistados, a precariedade do sistema público de saúde é um fator decisivo para que muitos sintam- se desestimulados à utilização dos serviços. Esse fator aparece com relevância maior do que outros, como preconceito, vergonha ou pudor.

Dessa forma, a melhoria de estrutura e das condições de atendimento à saúde masculina também é uma condição para que os homens sintam-se mais motivados a procurar esses serviços, o que contribuirá para a redução dos índices de morbidade/mortalidade entre essa população.

5.2 Dificuldades apresentadas

Um das *dificuldades* apresentadas pela maioria dos entrevistados tem sido a *precariedade dos serviços de saúde* (f=8), ou seja, há uma não procura agravada não por questões como medo, vergonha ou negligencia do sujeito, mas principalmente pela morosidade e pela pouca eficiência dos serviços. Eis o que dizem alguns dos entrevistados:

"Não existe médico e nem atendimento". (E6).

"É a dificuldade da demora, você procura, aí chega no posto de saúde, no hospital rapaz, é complicado, a demora para ser atendido, entendesse, aí manda você ir para um

canto, ir para outro, o homem não têm paciência, eu mesmo não tenho paciência". (E14)

Outros estudos, como a pesquisa realizada por Mendonça e Andrade (2010) afirmam que de modo geral várias são as causas da não procura por parte dos homens aos serviços de saúde: os fatores socioculturais (individual), e os fatores institucionais de dificuldade nos atendimentos. A demora no atendimento das UBS, a falta de profissionais de saúde, as dificuldades de se comunicar com o médico, a burocracia dos encaminhamentos para realização de consultas especializadas e a liberação de exames complexos, direcionados ao público masculino. Segundo Figueiredo (2005):

> [...] neste caso, os homens sentiriam mais dificuldades para serem atendidos, seja pelo tempo perdido na espera da assistência seja por considerarem as UBS como um espaço feminilizado, freqüentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres. Tal situação provocaria nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço. (FIGUEIREDO, 2005, p. 106).

Esse distanciamento é influenciado pela dificuldade de acesso e modo de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois os horários de atendimento para consultas e exames estão bem distantes da realidade de carga horária do trabalho masculino.

De acordo com a pesquisa de Araújo e Leitão (2009) no município de Fortaleza, os homens portadores de doenças sexualmente transmissíveis possuem maior dificuldade na busca dos serviços de atenção primária, uma vez que o sistema de saúde brasileiro não apresenta organização estrutural para o atendimento a esses pacientes. Tais dificuldades foram associadas à entrada no serviço, à falta de ações direcionadas aos homens na unidade de referência, à limitação dos horários de atendimento e à falta de preparo dos profissionais para atuar com essa problemática específica, o que desfavorece a procura pelo serviço de saúde, aumentando a incidência de morbidade relacionada às doenças sexualmente transmissíveis.

Ao se analisar a forma como estão sendo atendidas estas demandas constatamos que o homem precisaria ter uma atenção de qualidade, com atendimento específico, horários opostos das atividades de trabalho realizado pelos mesmos, como também uma equipe formada por um número maior de profissionais do sexo masculino, buscando maior integração com a promoção de saúde preventiva desse gênero. Sabendo que a maioria das UBS estudadas é composta por um número significativo de mulheres, o que de certa forma dificulta que o homem sinta-se a vontade para expor seus problemas de saúde e estabelecer uma relação de confiança com o profissional, devido aos fatores socioculturais que o condicionam a ter uma atitude de rejeição a esse ambiente.

5.3 Trabalho de prevenção

Quanto ao trabalho de *prevenção*, é afirmado pelos entrevistados, numa frequência mais relevante, que *não existe um trabalho preventivo* (f=11), sendo feitas referências aos canais de rádio e TV para conclamar a população a buscar os serviços de assistência preventiva, conforme foi exposto abaixo:

"Não. Foi dito numa, eu participei de uma reunião junto o pessoal da secretaria da saúde, segundo eles disseram que iam fazer um planejamento sobre a saúde do homem e até agora agente espera e não chegou ainda a se fazer necessariamente né. Já existiu, já alguns programas pra esse câncer de próstata, mas acontece que na prática na verdade não chegou. Na prática nada." (E5).
"Não. É muito interessante esta campanha, deixa nós consciente daquilo que por ventura venha acontecer." (E6).

Para os homens entenderem que as UBS's não estão relacionadas só com doenças será necessário garantir atendimentos efetivos de promoção e prevenção, criando estratégias de ações concretas para aproximação ativa da presença dos homens nestes espaços, de forma a ocupar o território com ações direcionadas a sua saúde masculina. A partir do momento que eles desconhecem seus direitos, e o que propõe a Política Nacional da Saúde do Homem, se tornam invisíveis nos espaços de saúde. Fica nítida na fala dos entrevistados a ausência de um trabalho preventivo e de campanhas relacionadas a temas específicos como o câncer de próstata, sendo necessário o fortalecimento de ações relacionadas à saúde masculina.

Tratando das questões que inviabilizam a presença masculina nos serviços de atendimento à saúde, Couto (2010), sintetiza:

> Abordar, de um lado, os valores sociais que influenciam os comportamentos dos homens no tocante ao cuidado e à busca de assistência à saúde, e, de outro, a organização da assistência e a prática dos profissionais na APS implica adotar um referencial de análise que considere que gênero – aqui entendido como as condições que histórica e socialmente constroem e estabelecem as relações sociais de sexo, permeadas pelo poder e desigualdade é um princípio ordenador e normatizador de práticas sociais. Gênero, em associação com outros referenciais, como geração, classe e raça/etnia, conforma estereótipos e expectativas que são (re)produzidos nos níveis institucionais (a Saúde) e findam por invisibilizar as necessidades de saúde dos homens (e das mulheres), negando-lhes, inclusive, a possibilidade de atuação como sujeitos de direitos na relação com os serviços de saúde (COUTO, 2010, p. 259).

Assim, a invisibilidade dos homens nestes serviços, como alvo de intervenção em saúde, é expresso, pela falta de programas e atendimentos direcionados para este público-alvo. Da mesma forma, a resistência social e histórica, além da estrutura organizacional nos espaços de saúde pela falta de ações, ou de uma atenção específica para os homens. Isso contribui para que os homens não sejam estimulados a uma prática de promoção e prevenção à saúde, qualidade de vida.

As falas dos entrevistados evidenciaram que ainda não existem na comunidade pesquisada ações atuantes e permanentes direcionados a prevenção da saúde do homem, embora estejam conscientes da existência de programas voltadas para o câncer de próstata.

Desde a década de 1990 a temática "homens e saúde" vem se consolidando com um enfoque diferenciado especificamente para o segmento masculino, propondo a estabilização do homem como foco de programas e políticas de saúde, priorizando novas demandas para este público de forma concreta. De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009):

> Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta tanto a sobrecarga financeira da sociedade, pois com os agravos á saúde, as intervenções são mais caras, como também, aumenta o desgaste físico e emocional tanto por parte do paciente como de seus familiares. (BRASIL, 2009, p.05).

Efetivar esses serviços voltados para a população masculina, com a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem no qual os gestores (municipal, estadual e federal) colocando em prática estas politicas, garantam a população cuidados no âmbito das linhas de promoção e prevenção a integralidade da atenção à saúde.

Assim, a singularidade dos gêneros é fundamental para que se possa trabalhar de forma distinta o cuidado com a saúde masculina na perspectiva de uma prevenção efetiva com:

> A reivindicação de uma política de saúde mais integral voltada para a população masculina poderia, à primeira vista, ser tomada como uma oposição aos programas de gênero destinados à saúde da mulher. No entanto, é a partir da própria dimensão de gênero que se advoga uma abordagem também do masculino, uma vez que tanto homens quanto mulheres necessitam ser vistos em sua singularidade e em sua diversidade no âmbito das relações sociais mais amplas que estabelecem. O conhecimento das singularidades pode possibilitar uma melhor aproximação da forma imediatamente relacional do par masculino-feminino, assegurando uma maior densidade de conhecimento das especificidades de cada pólo em interação, possibilitando ganhos tanto para a saúde masculina, como para a discussão de temas da saúde feminina que só avançam na medida em que se consegue a participação masculina em seu enfretamento. (GOMES, 2011, p.984).

Gomes *et al* (2011), fala acerca de uma criação de políticas de saúde de forma mais integral, voltada para a população masculina. Isto condiz com o fato de, tanto homens como mulheres terem a necessidade de ser vistos em sua singularidade, com uma abordagem mais específica de sua saúde de acordo com dados epidemiológicos.

Desta forma, haveria um maior controle das doenças mais acometidas em ambos os gêneros. Situações como esta, foram minimizadas com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, fazendo com que os gestores públicos coloquem essas políticas públicas garantidas e voltadas para esse público e que estejam de fato, sendo concretizados nas unidades de saúde que atendem essa comunidade.

5.4 Procedimentos de diagnóstico

No tocante aos *procedimentos* de diagnóstico e prevenção da doença, os entrevistados demonstraram um *conhecimento de uma das formas de diagnóstic*o, que é o exame de toque retal (f=10). Para muitos, este exame é cercado de receios, havendo uma referência vaga ao menos na fala dos entrevistados, logo demonstraram que sabem como é realizado o procedimento e a sua finalidade. Sendo os comentários mais frequentes:

"É o mais, o exame da próstata, como o médico mesmo diz, aquele mais eficaz é aquele do toque, né? Aquele que os homens na maioria das vezes têm este preconceito e diz assim, eu, do dedo não quero e tal. Mas é o mais preciso." (E5).
"O dedo né e do sangue né? O mais completo é do dedo né." (E13).

Conforme revela a fala dos entrevistados, é evidente o desconhecimento das formas e procedimentos de prevenção. Estes demonstram conhecer uma única forma de procedimento de prevenção que é o toque retal, desconhecendo outras formas para prevenção da doença, sendo necessárias informações mais precisas e eficazes para aproximação do convívio social desse gênero. Prevalece um preconceito muito forte, em relação à prevenção e diagnostico no tocante à forma como ele se retrai com relação a procedimentos complexos como o toque ainda é relevante na população masculina.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009): os homens têm taxas de mortalidade aumentada tanto por violência, visto que estão mais exposto a elas, como a fatores traumáticos (acidentes de moto e automobilísticos) e às doenças. Dentre

as principais causas de doenças que levam os homens a óbito, está o câncer, e em especial o de próstata.

Em 2008, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) realizou estudos estatísticos, demonstrando que o câncer de próstata teve uma incidência extremamente alta, perdendo apenas para o câncer de pele do tipo não melanoma, em homens.

Segundo o Portal hospitais Brasil (2010) a prevenção deve ser constante na vida cotidiana do homem, incluindo práticas saudáveis para sua saúde, tais como hábitos alimentares saudáveis, práticas regulares de exercícios físicos, não fumar e evitar bebidas alcoólicas acompanhados com exames regulares e anuais, recomendados pela Sociedade Brasileira de Urologia por homens a partir dos 50 anos. No entanto, os que têm histórico familiar da doença e os da raça negra (a que apresenta maior incidência) devem procurar o urologista a partir dos 45 anos.

É indispensável que o homem se sinta livre para ir à procura de especialidades, realizando diagnósticos de rotina, assumindo seu papel na busca por uma saúde saudável para sua vida, assim se desprende dos receios apresentados pela sociedade.

Para Santos e Amaral (2009), tal fato é de extrema importância, pois a maioria de todos os casos de câncer se dá por falta de prevenção, na qual são realizados tais exames que podem diagnosticar o câncer ainda em fase inicial, o que possibilita um tratamento provavelmente mais simples do que em casos mais graves, de prognóstico positivo.

Segundo Marques (2009) quando se trata do tema câncer de próstata, este ainda como um grande "tabu" entre a maioria dos homens brasileiros, que apresentam certa visão de preconceito com relação aos exames preventivos, como o toque retal. Fato este, observado na entrevista com alguns indivíduos da amostra. Porém, esse tabu na maioria das vezes, leva a não realização dos exames por motivos de vergonha, medo e/ou por falta de informação.

Infelizmente, quando resolvem fazer o exame, é porque já apresentam sintomas ou já desenvolveram a doença. Além do mais, essas medidas de prevenção contra o câncer, na maioria das vezes não são praticadas pela população, por falta de incentivo e orientação correta. Sendo assim, pessoas de classes sociais desfavorecidas, carentes de informações são as que mais precisam de tal incentivo para prevenção.

Nascimento (2007) justifica essa discussão, no qual diz que tem uma definição médica comum, um sentido central, sustentado dentro de uma referência médica e corresponde à introdução de dedo no reto para inspeção e diagnóstico de tumorações e serve para diagnosticar o câncer de próstata. No entanto, como tantos outros conceitos, é possível assumir representações diversas.

Neste contexto, quando os participantes da pesquisa descreveram de modo pessoal o que eles entendiam por esse exame, também produziram representações sociais, que sustentam de certa forma unidades de significado socializadas e sustentadas pela linguagem que é o dispositivo no qual o indivíduo é inserido nos sentidos simbólicos instituídos pela sociedade, mesmo sendo possuidores de experiências individuais. Badinter (1993) afirma que:

> As representações são produzidas e verbalizadas numa contingência das significações socialmente compartilhadas, pois são construídas por um coletivo anônimo e incorporadas através da socialização em nosso subconsciente. Sendo incorporadas socialmente porque foram construídas na relação com o outro, as representações são transformadas e devolvidas para esta sociedade através das mais variadas formas, como os tabus (BADINTER, 1993, p. 59).

Na atual pesquisa, isso foi observado em relação ao exame do toque retal, sobre o qual houve muitas representações negativas, mostrando que é necessária a desconstrução de estereótipos a partir das ações de prevenção.

5.5 Sentimentos e representações

Essas posturas são exatamente comprovadas, pelos sentimentos e pelas representações que o exame tem, por manipular partes íntimas no homem, ligadas a sua sexualidade. Os sentimentos e atitudes mais recorrentes eliciados pelos entrevistados, foram o *preconceito* (f=3), a *vergonha* ou o *pudor* (f=3), assim relatados:

"*Ás vezes o que causa uma dificuldade assim, que meu ponto de vista como homem, vou responder como um todo, é o preconceito né, que é assim, o homem acha, que não pode ser tocado em devida parte, acha que aquilo ali pode fazer, uma forma diferente, ele pode mexer com a parte masculina dele e ele possa cair para lado esquerdo em vez de ir para lado direito." (E7).*
"Sei lá, vergonha assim, a pessoa tímido, sei lá, um preconceito que o homem tem. Acho que vergonha." (E14).

No caso do sexo masculino, Oliveira (2004) afirma que a masculinidade se trata de atitudes, emoções e identidades assumidas frente aos conceitos idealizados pela sociedade e tidas muitas vezes, como femininas. O mesmo autor assegura ainda que, várias características como a exemplo de potência, poder, domínio, coragem, firmeza, invulnerabilidade foram

associadas ao ser masculino e consideradas qualidades nas quais a própria sociedade se auto-projetava e no pólo oposto características nada lisonjeiras como fraqueza, temor, docilidade, sensibilidade, timidez associadas ao feminino.

Segundo Moreira (2012) p.19, "quando se abordam o assunto de realização do toque retal como medida preventiva ao câncer, independente da sua eficácia, aspectos simbólicos interferem diretamente na decisão de realizar o exame diagnóstico, criando barreiras na maioria dos homens". As questões simbólicas são significativas em relação ao preconceito gerado no homem para prevenção e uma das barreiras que distanciam o gênero masculino de serem mais cuidadosos com a saúde, como o medo de uma ereção; o prazer; as dores físicas e psicológicas. Interferem para o distanciamento, e contribuem para que o público masculino não tenham interesse na realização dos exames preventivos.

No tocante a este quesito, o que pôde ser observado, e corroborado com estudo de Luz, Corrêa e Filho (2012) é que o preconceito existe sim, mesmo que de forma não tão expressa como alguns relataram apenas certa timidez, mas também se manifesta de forma mais abusiva, como a maneira mais grosseira de falar do assunto, notada em alguns indivíduos.

Segundo RIBEIRO *et al*. (*apud* MOREIRA, 2012,p.20)

> Para obter sucesso na prevenção e tratamento de câncer de próstata a população tem que ser melhor esclarecida sobre a importância da realização dos exames preventivos como o toque retal digital e antígeno prostático especifico onde a doença será detectada precocemente, onde 75% dos casos podem ser controlados quando descobertos na fase inicial podendo levar a cura .(RIBEIRO *et al. apud* MOREIRA, 2012,p.20)

Dessa forma, evidencia-se que a busca pelo diagnóstico e tratamento é de grande importância para que o homem venha a garantir a saúde como direito básico e evite a mortalidade, utilizando-se dos mecanismos que dispõe a rede pública de saúde para que sua qualidade de vida seja mantida. Essa é uma questão de sobrevivência que precisa ser levada em consideração por homens, mulheres e toda a família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, buscou-se discutir os aspectos determinantes na construção social de "ser homem" que pode aprisionar o masculino em amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de auto cuidado, pois, à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, pode associá-lo ao medo ou insegurança, aproximando-o, assim, do universo feminino, o que implicaria em sinal de fraqueza, "coisa de mulher".

Outro aspecto observado que também reforça a pouca procura dos homens aos serviços de saúde seria o formato de atendimento atual, considerados pouco aptos em absorver a demanda apresentada pelo Sistema de Saúde Pública, pois frequentemente a sua organização não estimula o acesso e suas próprias campanhas não se voltam para esse público, ao contrário, das campanhas dirigidas à saúde da mulher.

A implementação de políticas de saúde para o público masculino voltada à prevenção e promoção garantidos no seu convívio social e efetivação desses serviços, certamente resultaria em curto e médio prazo obtendo, assim, uma redução significativa na morbimortalidade masculina. Acredita-se que a população masculina, como ficou evidente pelos dados coletados, ainda carece de esclarecimentos acerca de seus direitos à saúde e quanto aos programas disponibilizados na rede pública, para que possam usufruir desses benefícios de forma mais abrangente, o que contribuirá para a melhoria da qualidade de vida dessa população.

A relevância social dessa pesquisa convoca a uma reflexão no espaço do estudo de políticas públicas efetivas voltadas para saúde, suprindo as demandas para uma qualidade de vida para a população masculina. Percebendo assim, a suma importância da psicologia na contribuição dessa restruturação, quebrando "paradigmas" vivenciados pelo gênero masculino no seu convívio social.

E também dialogando com os poderes públicos a criação de estratégias voltadas para os espaços das UBSs com ações consolidadas, efetivas e práticas no convívio social desse público garantindo esses direitos e co- responsabilizando-os dos seus deveres.

Outro ponto que parece relevante são as formações continuadas para as equipes de saúde multidisciplinar que estão diretamente ligadas na condição de promoção e prevenção voltadas para esse público. Considera-se que a principal limitação que o presente estudo

apresenta é a impossibilidade de realizar uma intervenção efetiva na realidade estudada, de forma que viesse provocar impactos nesta.

Espera-se que essa pesquisa contribua com a discussão entre os profissionais de saúde, principalmente a sintonia da ciência psicológica nesse processo e que os gestores públicos e profissionais de saúde percebam as barreiras que envolvem a prática da assistência à saúde do homem, criando assim, estratégias para sensibilizar essa população e assim, superar os altos índices de agravos provocados pelo câncer de próstata.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2011.

BADINTER, E. XY. **Sobre a identidade Masculina**. (1992). 2ª ed. Tradução de Maria Ignez Duque Estrada. Rio de janeiro: Nova Fronteira, 1993.

BERTOLDO, S.; PASQUINI, V. **Câncer de próstata: um desafio para a saúde do homem.** Rev Enferm UNISA. Santo Amaro, 11(2), p. 138-42, 2010. Disponível em: http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2010-2-15.pdf Acesso em: 30 de jul.2016.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. **Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas**. São Paulo: CEBRID, 2005.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Brasília: MEC, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**, Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativas 2010**: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=360>. Acesso em 24 de março de 2013.

BRASIL, **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Brasília, 2008.

BRAZ, M. **A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva.** Ciênc. saúde coletiva [online]. Rio de Janeiro, v.10, n.1,2005, vol.10, p.97-104, 2005. Disponível em:< http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100016> Acesso em. 29 de jul de 2016.

BONI, V. QUARESMA, S.J**. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais**. In: Revista Eletrônica dos Pós- graduandos em sociologia política da UFSC, v.2, n.1(3), janeiro-julho. 68-80, 2005.

COUTO, M.T., et al. **O homem na atenção primária a saúde: Discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero**. In: Interface- Comunic., Saúde, Educ., v.14, n.33, p.257-70, 2010

COURTENAY, W. H. **Constructions of masculinity and their influence on men's wellbeing: a theory of gender and health**. In: *Social Science & Medicine***,** v.50, p.87-92, 2000.

FARIA, H. P., et al. **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte, 2010. 67p.

FIGUEIREDO, W. **Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária**. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.10, nº1, p.105-109, 2005.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, R. **Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão**. Ciência Saúde Coletiva, 2007.

GOMES, R., et al. **Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária.** In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (Supl.1): 983-992, 2011.

MEIRELLES, R.; HOHL, A. Saúde masculina: tão negligenciada, principalmente pelos homens. Arq Bras Endocrinol Metab [online]. São Paulo, v.53, n.8, p.899-900. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302009000800001 Acesso em: 12 jul.2016.

INCA – Instituto Nacional do Câncer http://www.revistahospitaisbrasil.com.br/noticias/especial-novembro-azul-2015/ Acesso: 17 de setembro de 2016

IBGE. XII **Censo Demográfico do Brasil**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados> Acesso em: 22 de setembro de 2016.

LAURENTI, R., et al. **Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina.** In: Ciência e Saúde Coletiva, v.10, n 1, p.35-46, 2005.

LUIZAGA, C. T. M. **Mortalidade masculina no tempo e no espaço.** Dissertação (Mestrado em Epidemiologia – USP). São Paulo: 2010.

MOREIRA, N.M. **O preconceito em relação ao exame de toque retal como forma de rastreamento do câncer de próstata**. Conselheiro Lafaete, 2012 . (Monografia)

MEDEIROS, R. L. F. S.M. **Dificuldades e Estratégias de inserção do homem na atenção básica de saúde.** Universidade Federal da Paraíba; Mestrado em Enfermagem João Pessoa: 2013.

NASCIMENTO, M. **Câncer de próstata e masculinidade: motivações e barreiras para a realização do diagnóstico precoce da doença**. 2005. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br>. Acesso em: 15 mar. 2013.

OLIVEIRA, P. P. **A construção social da masculinidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T. **Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica.** Cad. hist. ciênc. [online]. São Paulo, v.4, n.1, p.53-67. 2008.Disponível em:http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-76342008000100004&lng=pt> Acesso em 30 de jul de 2016.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T.; SILVA , G. S. N. I. **Questões de sexualidade masculina atenção à saúde: gênero e medicação.** In: *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.15, n.38, p.845-858, jul./set. 2011.

RADIS, Revista Comunicação em Saúde. **Saúde do homem, nova política de atenção quer levar "sexo forte" aos postos.** Ed. nº 74. Outubro de 2008.

VIEIRA, S.; HASSNE, W.S. **Metodologia científica para área de saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA

- **Dados Sócio-Demográficos**

Nome:_____

Idade: _____

Escolaridade:_____

Religião: _____

Ocupação:_____

Estado civil:_____

1-O Senhor costuma buscar algum tipo de assistência médica?

2-Quais as dificuldades encontradas na busca por essa assistência médica?

3-É realizado algum trabalho de informação à respeito da saúde do homem aqui na comunidade? E alguma intervenção ou campanha sobre a prevenção do câncer de próstata?

4-O que o senhor sabe sobre os exames de prevenção do câncer próstata?

5-Quais sentimentos são despertados no homem diante da necessidade de fazer exames de prevenção de câncer de próstata?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa "O toque que pode salvar vidas: a dificuldades dos homens aceitarem assistência preventiva em um bairro da cidade de Bayeux/ PB".

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

-O trabalho sobre o toque que pode salvar vidas: a dificuldades dos homens aceitarem assistência preventiva em um bairro de Bayeux /PB terá como objetivo geral: analisar os aspectos envolvidos na busca pela assistência médica, em caráter preventivo, em especial a prevenção do câncer de próstata, frente à perspectiva dos homens do bairro Imaculada, na cidade de Bayeux-PB. -Ao voluntário só caberá a autorização para participar de uma entrevista semiestruturada e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 88767568 com Fernanda Nunes de Araújo.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Campina Grande, _____ de_____ de_____

Assinatura do pesquisador responsável

_____

_____

Assinatura do Participante

APÊNDICE C - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa

O TOQUE QUE PODE SALVAR VIDAS: a dificuldade dos homens aceitarem assistência preventiva em um bairro da cidade de Bayeux-PB.

Eu, _____, professor do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG: _____, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

_____ _____

Orientador **Orientando**

Campina Grande, _____de _____de___

APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 do CNS

Tipo de pesquisa:

O TOQUE QUE PODE SALVAR VIDAS: a dificuldade dos homens aceitarem assistência preventiva em um bairro da cidade de Bayeux-PB.

Eu, _____, professor do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG: _____ e CPF: _____ comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

_____

ORIENTADOR

Campina Grande, _____ de _____de_____

ANEXOS

ANEXO 1 – COMPROVANTE SISNEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDOSERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA- PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
COMPROVANTE SISNEP

Andamento do projeto - CAAE - 0447.0.133.000-11

Título do Projeto de Pesquisa
O TOQUE QUE PODE SALVAR VIDAS: a dificuldade dos homens aceitarem assistência preventiva em um bairro da cidade de Bayeux/PB

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	06/09/2011 08:38:52	24/10/2011 14:49:09		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	06/09/2011 08:38:52	Folha de Rosto	0447.0.133.000-11	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	08/08/2011 11:35:56	Folha de Rosto	FR452013	Pesquisador
3 - Protocolo Aprovado no CEP	24/10/2011 14:49:09	Folha de Rosto	0447.0.133.000-11	CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Profª Drª. Dorailcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO 2 – FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP-- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDOSERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA-PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE 0447.0.133.000-11

PARECER

X APROVADO

NÃO APROVADO

PENDENTE

TITULO: O TOQUE QUE PODE SALVAR VIDAS: a dificuldade dos homens aceitarem assistência preventiva em um bairro da cidade de Bayeux/PB

PESQUISADOR(A):Valdeci Gonçalves da Silva

ORIENTANDO(A): Fernanda Nunes de Araújo

PARECER: O presente Projeto de Pesquisa nos traz, a priori, relevância científica, consoante proposta apresentada pelo orientador e orientanda supramencionados. Doutra forma, vem atender aos requisitos do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB, mormente Resolução do Conselho Nacional de Saúde de n. 196 do ano de 1996.

Isto posto, sou pelo Parecer pela **APROVAÇÃO** do Projeto.
Salvo melhor juízo.

Campina Grande, 24/10/2011 Relator: 09

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Drª. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa