

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ –  
FACENE/RN

MARCO ANTONIO DE CASTRO BEZERRA

**CONCEPÇÕES DE USUÁRIOS ACERCA DO ACESSO AOS SERVIÇOS  
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E AÇÕES PREVENTIVAS DO CÂNCER DE  
PRÓSTATA**

**MOSSORÓ**

**2010**

MARCO ANTONIO DE CASTRO BEZERRA

**CONCEPÇÕES DE USUÁRIOS ACERCA DO ACESSO AOS SERVIÇOS  
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E AÇÕES PREVENTIVAS DO CÂNCER DE  
PRÓSTATA**

Monografia apresentada à Faculdade de  
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró –  
FACENE/RN, como requisito parcial para obtenção  
de título de Bacharel em Enfermagem

ORIENTADORA: Prof. Esp. Lorrainy da Cruz Solano

**MOSSORÓ**

**2010**

MARCO ANTONIO DE CASTRO BEZERRA

**CONCEPÇÕES DE USUÁRIOS ACERCA DO ACESSO AOS  
SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E AÇÕES PREVENTIVAS DO  
CÂNCER DE PRÓSTATA**

Monografia apresentado pelo aluno Marco Antonio de Castro Bezerra, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Esp.: Lorrainy da Cruz Solano (FACENE/RN)

(ORIENTADORA)

---

Prof. Esp. Lauro Geovane Morais Rodrigues (FACENE/RN)

(MEMBRO)

---

Prof. Esp. Patrícia Helena de Morais Cruz Martins (FACENE/RN)

(MEMBRO)

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>09</b>
1.1 HIPÓTESE .....	14
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
3.1 HISTORICIDADE, GÊNERO E PATRIARCADO .....	16
3.2 CÂNCER DE PROSTATA: UMA PROBLEMÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA.....	18
3.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM .....	21
3.4 RELAÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE DO HOMEM.....	23
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>28</b>
4.1 MÉTODO DE ABORDAGEM.....	28
4.2 MÉTODO DE PROCEDIMENTO .....	28
4.3 TÉCNICA .....	29
4.3.1 Descrição .....	29
4.3.2 Como será aplicado .....	29
4.3.3 Codificação e Tabulação .....	31
4.3.4 Delimitação do universo.....	31
4.3.5 Tipo de amostragem .....	32
4.3.5.1 Seleção.....	32
4.4 ASPECTOS ÉTICOS .....	32
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>34</b>
5.1 SÍNTESE DA QUESTÃO CHAVE 1 DO ROTEIRO DE DEBATE.....	34
5.2 SÍNTESE DA QUESTÃO CHAVE 2 DO ROTEIRO DE DEBATE.....	44
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>54</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>64</b>

**DEDICO**

aos meus pais, Marconi e Hélia, pela educação dada e por todos os esforços despendidos para que ultrapassasse mais esta etapa na minha vida.

Aos meus irmãos, Dr Diego Tobias e Marconi Filho, no qual nossa união, além de fazer a força, faz bem para o coração.

A Renata, minha namorada, pelo companheirismo e amor dado a mim nesta empreitada acadêmica.

Professora Mestre Lorrainy da Cruz Solano, preter da Ciência Constitucional, que sempre me entusiasma nas suas eloquências.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por tudo que Ele representa, muito obrigado.

A Professora Lorrainy, pela bela orientação dada neste trabalho... Que além de um ser culta e educada, foi honrada e pontual na hora que precisei. Ainda temos mais projetos pela frente.

A minha família que me ajudaram nos momentos mais difíceis da minha vida, com o incentivo e confiança depositada. Pois, é quem faz valer a pena tudo isso.

A minha maravilhosa banca examinadora, composta por Lauro e Patrícia, que aceitaram essa tarefa de julgar esta reflexão científica em prol da sociedade.

Ao Enfermeiro Edson por ter me recebido com carinho em sua Unidade Básica de Saúde, me proporcionando todo suporte possível, além disso, ao agente de saúde Reginaldo que contribuiu na coleta de dados.

Ao Professor Eumendes, que enriqueceu bastante o meu trabalho com suas pontuais referências teóricas.

A minha enfermeira Renata Formiga e minha cunhada Melinna Paiva, que trouxe alegria para aquela casa maluca.

A todos os meus colegas e companheiros de sala, em especial a mamãe intelectual Jessica Saraiva, a Willian Alves e Thamara Loureiro pelos estudos desde o 1º período, Peixoto Batista por deixar aquela sala alegre, e Tereza Stella pelo companheirismo, são pessoas que conheci e convivi durante todo esse tempo e sempre estiveram ao meu lado nas horas que precisei, são pessoas do bem e de futuro promissor.

A todos os professores que de forma direto ou indiretamente contribuíram para o meu caráter profissional.

Ao esporte jiu-jítsu que me proporcionou disciplina e por ter me formado um cidadão e profissional mais equilibrado diante das eventuais adversidades surgidas.

A todos os homens que aceitaram a participação na pesquisa, pois essa contribuição foi fundamental para a realização da mesma.

E, a todos que de alguma forma fizeram parte desta etapa da minha vida, muito obrigado.

*Não sabemos para onde estamos indo. Só sabemos que a história nos trouxe até este ponto [...]. Se a humanidade quer ter um futuro reconhecível, não pode ser pelo prolongamento do passado ou do presente (HOBBSAWM, 1995).*

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivos: analisar a concepção dos usuários acerca da saúde do homem em nível primário, enfocando a prevenção do câncer de próstata; Investigar os aspectos que influenciam no acesso do homem ao serviço de saúde da atenção primária; Identificar a compreensão dos usuários acerca das ações preventivas de câncer de próstata no que se refere aos obstáculos à realização do toque retal e as consequências. A monografia se debruça na discussão da ausência e/ou invisibilidade masculina nos serviços de atenção primária, com conseqüente ausência da inclusão dos homens nos cuidados preventivos. A grade analítica está fundamentada na literatura que discute cuidados em saúde, masculinidade, gênero e debate-se sobre a política nacional de atenção integral à saúde do homem, que é um marco histórico para a saúde do homem, uma vez que a política traduz um longo anseio da sociedade em reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde da Família do Município de Mossoró-RN. A população foi composta por usuários do gênero masculino que frequentam o local do estudo. A amostra foi constituída por 8 usuários com idade entre 20 e 59 anos, que aceitaram participar livremente do estudo mediante assinatura do TCLE. A coleta do material ocorreu através do método grupo focal, mediante um roteiro de debate, e de material para gravação das falas. A coleta dos dados só ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE, durante o mês de outubro do corrente ano. A análise dos dados foi feita a partir da técnica de Discurso do Sujeito Coletivo. Em geral, os usuários revelam pouco investimento na organização do serviço numa perspectiva de gênero, e reforça o senso-comum de que os homens não são usuários da atenção primária, tendo ainda uma ideologia enraizada do passado subsidiados pela ideologia do patriarcado. Mas, apontam critérios para avaliar positivamente os serviços, tomando como referências um atendimento humanizado, pautado na comunicação e capaz de oferecer um serviço voltado para as necessidades de saúde dos homens, como também o redimensionamento do quantitativo de profissionais, re-organizando os serviços em nível primário com enfoque de gênero. Constatou-se que as recomendações dos usuários exteriorizam demandas que se relacionam principalmente as lacunas dos serviços para promover um atendimento especificamente voltado para homens. O exame do toque retal amedronta o ser homem, mesmo tendo a idéia da magnitude do câncer de próstata, que infelizmente são influenciados e não se preocupam. A hipótese foi confirmada, porém emergiu a necessidade de organização dos serviços, algo bastante mencionado pelos usuários. Portanto, faz-se necessário a realização de outros estudos voltados para a percepção de homens usuários da atenção básica sobre o atendimento a eles prestado.

**Descritores:** Saúde do Homem. Enfermagem. Gênero e Saúde. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

This study has the purpose to: Analyze the concept of users about the men's health in primary level, focusing on the prostate cancer prevention; Investigate the factors that influence in the men's access to the health service of primary care; Identify the users' understanding about the prostate cancer preventive actions in relation to obstacles to the realization of rectal examination and the consequences. The monograph focuses on the discussion of male absence and / or invisibility in primary care services, with consequent absence of men's inclusion in preventive care. The analytical grid is based on the literature which discusses health care, masculinity, gender and debates about the Integral health care for the man national policy, that is a landmark for human health since the policy reflects a long society desire in recognizing that the male mistakes truly are public health problems. This is about an exploratory-descriptive research, with qualitative approach, developed in a Basic Family Health Unit of Mossoró-RN city. The population was composed by male users who attend the study site. The sample consisted by 8 users aged between 20 and 59 years old who agreed to freely participate of the study by TCLE signing. The material collection was through focus group method, by debate script and equipment for recording the statements. Data collection took place only after approval by the Ethics in Research FACENE / FAMENE Committee during the October month in the current year. Data analysis was done using the Collective Subject Discourse technique. In general, users show little investment in the service organization from a gender perspective, and reinforces the conventional wisdom that men are not primary care users, having already an ideology rooted in the past subsidized by the ideology of patriarchy. But point criteria to evaluate positively the services, taking as reference a humanized treatment, based on communication and able to offer a service focused on men's health needs, as well as resizing the amount of professionals, re-organizing services in primary level with gender focusing. It was found that the users recommendations externalize demands that relate mainly the gaps in services to promote a treatment specifically aimed at men. The digital rectal exam scares the man, even knowing the idea of the prostate cancer magnitude, which unfortunately are affected and do not worry. The hypothesis was confirmed, however emerged the necessity of service organization, something quite mentioned by users. Therefore, it is necessary to carry out further other studies into the male users perception of basic care on the attendance provided to them.

Keywords: Men's Health. Nursing. Gender and Health. Primary Health Care.

## 1 INTRODUÇÃO

Com base nos argumentos de diversas literaturas e na visão das pessoas leigas, a população masculina vem sendo culpabilizada pelos danos causados a própria saúde. Estes sofrem com a desigualdade de gênero que influencia fortemente, sua construção identitária masculina pregada pela sociedade contemporânea. Assim, neste cenário surgem como outro fator predisponente da morbimortalidade do homem na atualidade destacado o seu estilo de vida atual, como por exemplo, o uso abusivo de álcool, tabaco, sedentarismo, dentre outros.

A cada três mortes de pessoas adultas, duas são homens. A cada cinco habitantes que morrem entre 20 e 30 anos, quatro são homens. É fundamental ressaltar que a população masculina vivem em média 7 anos menos que as mulheres. Em geral, os homens são, constantemente, acometidos por condições severas e crônicas de saúde mais do que as mulheres e também morrem mais pelas principais causas de morte, como as cardiovasculares, diabetes, hipertensão e em especial o câncer de próstata (BERTALOZZI, 2010).

Neste trabalho citaremos como exemplo o câncer de próstata, dentre os outros problemas de saúde que acometem o homem, por perceber no cotidiano de minhas práticas uma relação entre a prestação de serviços de saúde em nível primário e a morbimortalidade por esta patologia. Por conseguinte, chama atenção a baixa procura pelo exame de toque retal como um desdobramento da questão anterior (BRASIL, 2009a).

O câncer de próstata é uma patologia que envolve e acomete em grande escala a população masculina há séculos, notadamente reconhecida como um problema de saúde pública mundial, pela sua magnitude no quadro de morbimortalidade, com níveis alarmantes e crescentes. Sendo temida pelos homens, não apenas pelo seu aparecimento, mas sim, com o método realizado para se prevenir (KUARNE, 2008).

A maioria dos homens tem medo de se submeter ao exame de próstata, e isso tem sido a causa da morte de muitos homens, por causa do câncer de próstata. Segundo estimativa do SUS, para cada oito consultas ginecológicas feitas em 2007, só teve uma urológica. Enquanto quase 17 milhões de mulheres foram ao ginecologista em 2007, apenas 2,6 milhões de homens procuraram um urologista. Portanto todo homem depois de 45 anos, tem que procurar o urologista. A verdade é que ainda tem muitos que têm medo de procurar o urologista e fazer exame de toque, por conta da próstata. Essa atitude está muito ligada à nossa cultura (CARRACA; RUSSO; FARO, 2009).

De acordo com Brasil (2009a) o câncer de próstata é o sexto tipo de câncer mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de

câncer. As taxas de incidência desse tipo de câncer são cerca de seis vezes maiores nos países desenvolvidos, comparados aos países em desenvolvimento.

No Brasil, as estimativas para o ano de 2008, válidas também para o ano de 2009, apontam que ocorrerão 466.730 casos novos de câncer. Destes, estima-se que 49.530 serão de câncer de próstata. Esse valor corresponde a um risco de 52 casos novos a cada 100.000 mil homens. Já no que diz respeito a valores absolutos, o câncer de próstata é o sexto tipo de câncer mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de câncer. Ainda, esta patologia é considerada mais elevada na terceira idade, uma vez que cerca de três quartos de casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos (BRASIL, 2009b).

O fato do câncer de próstata ser caracterizado como assintomático, o seu diagnóstico é dificultado quando não há utilização de exames preventivos para este problema. Então, quando surgem os primeiros sinais e sintomas, a doença, muitas vezes, já se encontra em estágio avançado. Nesses casos, quando o homem procura à assistência dos profissionais de saúde, muitas vezes, o câncer já se encontra em situação limite, dificultando na escolha de um tratamento adequado e na cura (SMELTZER; BARE, 2002).

As questões culturais e sociais influenciam no aparecimento dessa doença, pois gera na maioria dos pacientes preconceitos para se submeter ao exame preventivo, o toque retal. Método preventivo de fundamental importância para a prevenção e diagnóstico rápido da neoplasia maligna. No tocante à população masculina é a técnica com que se utiliza para realizar o exame, onde os homens criam em mente que esse cuidado como também de uma forma geral, com a saúde é algo que invade de certa forma a masculinidade do homem (TOFANI; VAZ, 2007).

Com efeito, as possíveis dificuldades de adesão e participação masculina no exame do toque retal ocasionam repúdio aos pacientes, uma vez que supostamente compromete a construção de sua identidade e masculinidade, pois a própria sociedade gera esse conflito, e isso está diretamente relacionado com a desigualdade do gênero.

O gênero é a construção social do masculino e do feminino. Ele não explicita, necessariamente, desigualdade entre homens e mulheres. Muitas vezes, a hierarquia é apenas presumida. Essa desigualdade é a influência do patriarcado que atualmente é quase inexistente, estando em permanente transformação (SAFFIOTI, 2004).

Desta forma, o fato de que o homem não adota hábitos saudáveis de vida e por sua vez, não procura os serviços de saúde, pode estar relacionado à historicidade do homem contemporâneo. Um dos marcos históricos desse processo é a cultura influenciada pela

ideologia patriarcal. Diante disso, pode-se observar que a masculinidade hegemônica gera comportamentos danosos a saúde. A procura acaba sendo algo bastante raro, sendo restritas apenas aos casos onde os referidos são impedidos de realizar suas funções diárias, quando estiver havendo limitações e deixando-o incapacitantes (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Conceitua Saffioti (1979 apud HARTMANN, 2004, p.104) o patriarcado como “um pacto masculino para garantir a opressão de mulheres. As relações hierárquicas entre os homens, assim como a solidariedade entre eles existem, capacitam a categoria constituída por homens a estabelecer e a manter o controle sobre as mulheres”. Isso acaba sendo marcado e esta ligação dificulta a qualidade de vida do homem na atualidade.

O fato de que as normas culturais usadas para manter o poder social dos homens e o senso de masculinidade dificultam a adoção de hábitos e convicções mais saudáveis. Esse poder está ligado à masculinidade, os homens, ao se sentirem fortes, resistentes e invulneráveis, podem não adotar comportamentos preventivos, nem tampouco acessar os serviços de saúde. Como também é nítido que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é bastante rara (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

A parte cultural é bastante interessante e complicada, a cultura dispõe de uma enorme capacidade para modelar o corpo, este é o próprio veículo da transmissão das tradições. Já que na própria socialização dos homens, o cuidado não é visto como uma prática masculina, então, para obter uma mudança nesta concepção não é tão fácil (CARRACA; RUSSO; FARO, 2009).

Desta forma, a adesão propriamente dita do homem as ações de saúde é um desafio, pois exatamente esse cuidado não é visto como uma prática masculina por diferentes razões. Uma delas se refere ao fato de, em geral, ao ser socializado o homem é ensinado que o cuidar de si, a valorização do corpo no sentido da saúde, como também o cuidar dos outros, não são questões inerentes a condição masculina. São sentimentos como medo e vergonha que atrelados a temerosa sensação de fragilidade, como também as atividades laborais que justificam para eles, o distanciamento dos serviços de saúde.

Contudo, é observado nitidamente que existe de certa forma uma desqualificação dos profissionais para estabelecer e programar uma assistência integral à saúde do homem. Cabe questionar que isso pode ser resultado da ausência de políticas voltadas aos referidos (BRASIL, 2009a).

Obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS, a equidade e integralidade devem ser abordadas claramente, pois essa população em foco exige de profissionais de saúde com

conhecimento das diversas variáveis que possam envolver e conhecer a historicidade evolutiva do homem e o aparecimento de doenças, buscando uma atenção diferenciada. Os serviços públicos costumam ser percebidos como um espaço feminilizado, frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres. Essa situação provoca nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço e fazendo com que ocorra uma barreira (BRASIL, 2008).

A implantação da atenção primária como uma estratégia de organização dos sistemas de saúde tem relevância inquestionável. Existem evidências que os países cujos sistemas de saúde se organizam a partir dos princípios da atenção primária alcançam melhores resultados em saúde, menores custos, maior satisfação dos usuários e maior equidade, mesmo em situações de grande “desigualdade social” (MEDONÇA, 2009).

Então, sua entrada no sistema de saúde se daria principalmente pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidades, configurando um perfil que favorece o agravamento da morbidade pela busca tardia ao atendimento (BRASIL, 2008).

Desta forma, a população masculina acaba sendo prejudicada por possuir um passado remoto influenciado pelo gênero do patriarcado, que não costuma adotar medidas de proteção contra doenças, nem busca ajuda quando tem a sua saúde comprometida. É assim que os homens são percebidos como não-socializados para o cuidado e a valorização da saúde (PEREIRA, 2009).

A escolha desse tema partiu das seguintes questões: Quais são os motivos que influenciam o homem a ter uma baixa procura por assistência de saúde em nível primário, já que esta é a porta de entrada dos serviços de saúde no sistema único de saúde - SUS? Por que esse homem teme submeter-se ao exame de toque retal? Qual a compreensão que este homem tem acerca do câncer de próstata? Sendo assim, elegemos o usuário dos serviços de atenção primária como população alvo desta pesquisa.

A motivação deu-se na minha família, que contém quatro homens, onde meu pai, tem uma visão radical no que se refere ao exame em questão. Aliados ao conhecimento científico adquirido no decorrer do curso e vivências em sala de aula foram me aproximando mais ainda ao assunto. Num trabalho realizado sobre outro tipo de câncer em sala de aula, fiz uma busca epidemiológica e percebi que os índices de câncer de próstata são alarmantes. Durante os estágios pude observar diariamente homens que tem certo receio para cuidar da sua saúde, formulando certa barreira principalmente no tocante ao exame do toque retal.

Felizmente, em 2009 houve um grande avanço com o lançamento da política nacional de atenção integral à saúde do homem, onde essa política enfatiza a necessidade de mudanças

de paradigmas no que se refere à percepção dos homens em relação ao cuidado com a própria saúde e de sua família. Mas, ainda não foi implementado em grande parte do país, pelo fato de ser uma iniciativa nova, e ainda por ser um processo lento, onde estará sendo introduzida de forma gradativa, pois os homens precisam de certa adaptação. Como também não poderíamos deixar de lado a parte financeira que dificulta bastante o seu desenvolvimento, já que de certa forma terá de haver um grande investimento, pois requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária (CARRACA; RUSSO; FARO, 2009).

Relacionado uma ampla discussão sobre masculinidade na área da saúde em geral, ainda há uma insuficiência de estudos sobre o empenho masculino voltado para o estilo de vida saudável e a promoção da saúde. Para se avançar nessa discussão, dentre outros aspectos, é de fundamental importância dar a voz aos próprios homens para melhor compreender as questões envolvidas no seu acesso aos serviços de saúde. Associada a isso, esta é exatamente uma imensa dificuldade que os homens têm de verbalizar o que sentem, pois falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros. Essa necessidade de aproximação é inerente para os que, na maior parte das vezes, desconhecem os próprios modos de acesso as ações e serviços de saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Espera-se que este estudo seja uma importante contribuição para a enfermagem, no sentido de que somos um grande contingente de trabalhadores de saúde na atenção primária e que ainda reproduzimos a ideologia hegemônica de culpabilização do homem e de estranheza a participação destes na rotina dos serviços de saúde. Acredita-se que este estudo possa chamar a atenção dos profissionais e acadêmicos da enfermagem para um cuidado humanizado ao homem que dele necessita. Como também esperamos levar essas informações a sociedade e a população masculina, procurando uma melhor compreensão.

Assim, deseja-se que este trabalho possa de algum modo contribuir para a compreensão dos determinantes sócio-históricos-culturais dos modos de viver, adoecer e morrer do homem na atualidade e instaurar um novo paradigma acerca da saúde do homem na vida moderna. Devem-se acompanhar as mudanças no mundo, encarar nossas fragilidades, ter hábitos saudáveis e fazer exame de prevenção e de rotina.

O trabalho apresenta em seu corpo uma revisão de literatura abordando quatro aspectos fundamentais: Historicidade, Gênero e Patriarcado; Câncer de Próstata: Um problema de Saúde Pública; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e Relações da Atenção Primária na Saúde do Homem.

Em seguida, será apresentada a metodologia deste estudo que teve como estratégia a proposta do grupo focal. Logo, segue os resultados e discussão, que foram construído com base no roteiro de debate e serão expostos em dois quadros, contendo as idéias centrais e expressões-chaves, seguidos das ancoragens e dos discursos dos sujeitos coletivos. Os dados foram analisados segundo a técnica do discurso do sujeito coletivo que convergem para a edificação das considerações finais.

### 1.1 HÍPOTESE

Os usuários do sexo masculino procuram pouco o serviço de saúde em nível primário por influência do processo histórico e cultural do homem somado a dimensão de gênero e a ideologia do patriarcado. Tal fato repercute na percepção desses homens acerca do câncer de próstata e do exame de toque retal.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar a concepção dos usuários acerca da saúde do Homem em nível primário, enfocando a prevenção do câncer de próstata.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Investigar os aspectos que influenciam no acesso do homem ao serviço de saúde da atenção primária;
- Identificar a compreensão dos usuários acerca das ações preventivas de câncer de próstata no que se refere aos obstáculos à realização do toque retal e as consequências.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 HISTORICIDADE, GÊNERO E PATRIARCADO

De início, é importante frisar a problemática que envolve o homem e a sua masculinidade. Para entender um pouco esse processo, descrever-se-á adiante as relações que se estabelecem sobre os homens que obedecem a papéis definidos pela sociedade em determinados períodos de evolução histórica da humanidade (GOMES et al, 2008a).

Assim, a década de 70 foi considerada como o marco da temática "homem e saúde", numa linha exploratória tangenciada pela teoria e política feministas que conceitualmente pressupunham que a masculinidade tradicional produzia déficit de saúde. Então, foi percebido que quando se caracterizar e analisar a saúde do homem e da mulher, o enfoque no gênero não pode deixar de ser considerado. Tendo como fito esse embasamento, pode-se afirmar que nas últimas décadas, a discussão de gênero foi dirigida quase que exclusivamente para o sexo feminino, por isso que tangenciaram essa questão em relação ao sexo masculino (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

Nos anos 80, tal perspectiva avança na mudança exclusivamente na terminologia: de estudos dos homens para estudos de masculinidades. Em período mais recente, o enfoque transita-se juntamente para o gênero. Compreende que a masculinidade, esta situada no âmbito das relações de gênero, como um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera que o homem tenha numa determinada cultura (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Compreende Pereira (2009, p.02) sobre o gênero como “um conceito das ciências sociais surgido nos anos 70, relativo à construção social do sexo. Significa a distinção entre atributos culturais alocados a cada um dos sexos e à dimensão biológica dos seres”. Com base no mesmo autor, por outro lado, essa construção social a partir da diferença entre os sexos varia historicamente e está sujeita à mudanças por intervenções de políticas na ordem social, econômica, jurídica e política.

Nos anos 90 consolidam as noções de poder, desigualdade e iniquidade de gênero, articulando-as a outras, tais como raça/cor, etnia, orientação sexual, classe, geração, religião etc., a fim de se entender os processos de saúde e doença dos diferentes segmentos de homens. A questão da distribuição desigual do poder entre os gêneros está relacionada às questões socioculturais (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Todavia, o gênero é utilizado para compreender as características socialmente construídas que constituem a definição do masculino e do feminino, em diferentes culturas. O gênero deve ser entendido como os traços de personalidade, atitudes, sentimentos, valores, condutas e atividade que, através de um processo de construção social, diferencia os homens das mulheres (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Desta forma, o gênero necessariamente não explicita desigualdade entre homens e mulheres. Muitas vezes, a hierarquia é apenas presumida. O homem ou a mulher não compromete necessariamente a dimensão relacional de gênero, uma vez que o masculino só pode ser visto em relação ao feminino e vice-versa (SAFFIOTI, 2004).

Segundo Pereira (1994 apud LAURETIS, 2009, p.03) em sua reflexão sobre gênero verifica que:

O termo gênero é uma representação não apenas no sentido de que cada palavra, cada signo, representa seu referente, seja ele um objeto, uma coisa, ou ser animado. O termo “gênero” é, na verdade, a representação de uma relação, a relação de pertencer a uma classe, um grupo, uma categoria. Gênero é a representação de uma relação [...] o gênero constrói uma relação entre uma entidade e outras entidades previamente constituídas como uma classe, uma relação de pertencer [...]. Assim, gênero representa não um indivíduo e sim uma relação, uma relação social; em outras palavras, representa um indivíduo por meio de uma classe.

No tocante ao termo gênero, remete a questão das desigualdades entre os sexos. Como vivemos em uma sociedade estruturada pela ideologia do patriarcado que legitima a “superioridade” do homem, este é influenciado pelas idéias hegemônicas de que deve ser forte, dominador, invencível, por isso cuidam pouco da saúde e demoram a procurar médicos, uma vez que o cuidado com a saúde pode ser visto como sinal de fragilidade. Tal comportamento acaba colocando sua própria saúde em risco (PEREIRA, 2009).

O homem é influenciado pela ideologia do patriarcado que legitima a opressão sobre as mulheres. O papel que lhe é atribuído é o de ser provedor, detentor de força física superior em detrimento da mulher, mantendo uma crença de invencibilidade. Assim, no momento em que o homem procura os serviços de saúde para atendimentos de rotina, ele é discriminado até mesmo por profissionais da área, pois a atitude é vista como “sensível, coisa de mulher” (BRASIL, 2008).

De acordo com Saffioti (2004, p.106) sobre o patriarcado, enfatiza que:

A base material do patriarcado não foi destruída, não obstante os avanços femininos, quer na área profissional, quer na representação no parlamento brasileiro e demais postos eletivos políticos. Se na Roma antiga o patriarca tinha direito de vida e morte sobre a mulher, hoje o homicídio é crime capitulado no Código Penal, mas os assassinos gozam de ampla impunidade.

Em argumentos do autor supracitado, pode-se complementar que precisa ficar patente que o poder pode ser democraticamente partilhado, gerando liberdade, como também exercido discricionariamente, criando desigualdade.

A masculinidade é o que praticamente constrói a identidade do homem, sendo profundamente marcado como o homem provedor, heterossexual, dominador. O provedor se articula ao trabalho sendo uma expressiva marca dessa identidade. O ser dominador serve de referência para os homens, observa-se que o poder aparece – dialeticamente – como elemento que estrutura e é estruturado no âmbito das relações de gênero, entendidas como relações entre os sujeitos independente de seu sexo. O poder nas relações de gênero tende culturalmente a se concentrar no masculino, por conta de uma perspectiva hegemônica que permanece no imaginário social (GOMES; NASCIMENTO, 2008).

Essa masculinidade aponta marcas identitárias de uma visão hegemônica do ser masculino. O grande alarme é que os homens por sua vez continuam deixando de ser contemplados por essas ações governamentais, evoluindo para o distanciamento das soluções de seus principais agravos na área da saúde, gerando informações desencontradas e sem base científica, o que sobremaneira resulta em grande prejuízo social (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

### 3.2 CÂNCER DE PRÓSTATA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A próstata é uma glândula masculina que pesa cerca de 20 gramas. É um órgão muito pequeno, tem a forma de maçã e se situa logo abaixo da bexiga, do abdômen e adiante do reto. Envolve a porção inicial da uretra, secreta fluidos que compõem parte do sêmen, um líquido espesso que contém os espermatozóides produzidos pelos testículos e que é eliminado durante o ato sexual, esse é o local onde as células malignas se proliferam (NETTINA, 2001).

A estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA) é de que 49.530 homens tenham câncer de próstata em 2009. Esse número representa 52,43 casos da doença a cada 100 mil homens. A taxa de mortalidade por câncer de próstata passou de 6,31 para 13,93, de 1979 para 2006 - aumento de 120%. O ministério pretende evitar os óbitos por meio do diagnóstico e tratamento precoce da doença, pois a sua evolução normalmente é lenta (BRASIL, 2009b).

Com base nos dados do mesmo documento, o número de casos novos de câncer de próstata estimado para o Brasil no ano de 2010 será de 52.350. Estes valores correspondem a um risco estimado de 54 casos novos a cada 100 mil homens. Na Região Centro-Oeste

(48/100.000) o câncer de próstata é o mais incidente entre os homens. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, é o mais freqüente nas regiões Sul (69/100.000), Sudeste (62/100.000), Nordeste (44/100.000) e Norte (24/100.000).

O câncer é um nome dado a diversas doenças, essa patologia ocorre quando as células sadias de alguma parte do corpo deixam de realizar suas funções corretamente, e isso resulta no crescimento sem controle, de forma desordenada, usualmente com esse crescimento assumem forma de tumor (SMELTZER; BARE, 2002).

De acordo com os conceitos de Abreu et al (2005, p.01):

O câncer de próstata é um tumor de crescimento lento, com progressão não linear. O local mais comum de disseminação hematogênica do câncer de próstata é o osso. A presença ou não de metástase óssea à época do diagnóstico é dado fundamental que direciona o tratamento.

Essa neoplasia é a mais prevalente nos homens, com estimativa de 1,5 milhões com diagnósticos nos últimos anos. Um em cada seis homens, com idade de 45 anos, pode ter a doença sem que nem sequer saiba disso, possivelmente pelo fato deste tipo de doença, muitas vezes, se desenvolver de forma assintomática. A crença induz os homens a não procurar a unidade de saúde, já que os referidos insistem no pensamento de que se não apresentam sintomas, é porque não estão doentes (GOMES et al, 2008b).

Então como o câncer de próstata é caracterizado como assintomático, quando procura à assistência dos profissionais de saúde o câncer já se encontra em situação limites, que também dificulta no tratamento adequado. No caso do aparecimento de sintomas, os mais comuns são: hematúria e poliúria, principalmente à noite; jato urinário fraco; dor ou queimação ao urinar (SMELTZER; BARE, 2002).

A equipe de saúde deve estar atenta aos pacientes acometidos pela doença neoplásica, buscando sempre uma implementação de seu conhecimento para a terapia. A situação é bastante complicada e continua agravando-se ainda mais, pois ainda não são conhecidas as formas específicas de prevenção do câncer da próstata, mais, as medidas de diagnosticar rapidamente poderão possibilitar um tratamento eficaz (NETTINA, 2001).

É de extrema importância enfatizar que a instalação de hábitos saudáveis na vida de qualquer ser humano previne o desenvolvimento de diversas doenças, então estes hábitos podem ser adotados ao câncer de próstata, pois trará benefícios. Deste modo, as atribuições indicadas são: fazer no mínimo 30 minutos diários de atividade física; ter alimentação rica em fibras, frutas e vegetais; reduzir a quantidade de gordura na alimentação, principalmente a de

origem animal; manter o peso na medida certa; diminuir o consumo de álcool, não fumar e realizar os exames preventivos recomendados (RIBEIRO; OPARACZ; CULIBABA, 2006).

A história familiar de pai ou irmão com câncer da próstata antes dos 60 anos de idade pode aumentar o risco de câncer em 3 a 10 vezes em relação à população em geral. A influência que a dieta pode exercer sobre a gênese do câncer ainda é incerta, não sendo conhecidos os exatos componentes ou através de quais mecanismos estes poderiam estar influenciando o desenvolvimento do câncer da próstata. Já está comprovado que uma dieta rica em frutas, verduras, legumes, grãos e cereais integrais, e com menos gordura, principalmente as de origem animal, não só pode ajudar a diminuir o risco de câncer. Como também promove a saúde e a prevenção a agravos evitáveis, melhorando a qualidade de vida (BRASIL, 2008).

Os homens têm uma expectativa de vida bem menor do que as mulheres, justamente pelo fato de resistirem a buscar o atendimento médico, exceto nos casos onde apresenta à sintomatologia da doença, que incapacita o homem de realizar suas funções diárias, neste caso a doença já se instalou e o seu comprometimento pode se tornar irreversível (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

A mortalidade vem aumentando em várias regiões das Américas, atingindo, algumas vezes, o terceiro e mesmo o segundo lugar entre os cânceres mais frequentes no sexo masculino. Entretanto, aparentemente, não existe tanto interesse das autoridades sanitárias em estabelecer atividades educativas voltadas para essa causa e, quando existem, os homens não são sensíveis a elas. Esse comportamento é diferente daquele verificado entre as mulheres com relação à adesão a programas para a detecção precoce dos cânceres de mama e do colo de útero. Então, a análise sob o enfoque de gênero muito contribuiria para o entendimento dessas situações (LAURENTI; JORGE; GOTLIED, 2005).

O tratamento do câncer de próstata afeta a masculinidade e contribui para que muitos homens se tornem impotentes. Deve-se enfatizar na realização do toque retal como medida preventiva secundária do câncer prostático, que muitos homens criam barreiras, tendo em ótica que o toque retal é uma violação ou um comprometimento na percepção de sua masculinidade (GOMES et al, 2008c).

Diante disso, constata-se que vários fatores interferem na adesão ao exame preventivo do câncer de próstata, tais como: constrangimento, desinformação, medo e preconceito em realizar os exames básicos de toque retal e dosagem do PSA (Antígeno Prostático Específico) sanguíneo. Embora seja um assunto de relevada importância para saúde do homem, mesmo os indivíduos sabendo da necessidade e importância ainda se mostram resistentes à sua

realização. Percebeu-se ainda, que há um percentual elevado de indivíduos com pouca informação e/ou até mesmo totalmente desinformados (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

A busca do diagnóstico precoce, visando um tratamento curativo, assume fundamental importância e deve ser realizados através de exame preventivo, anualmente, em todos os homens a partir de 45 anos de idade, independente de apresentarem ou não sintomas. Naqueles que possuem história de incidência de câncer de próstata na família, o exame preventivo deverá ser iniciado aos 40 anos (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

Relacionado aos métodos de prevenções disponíveis atualmente, o exame de PSA, (Antígeno Prostático Específico) foi consideradamente uma evolução que não trouxe benefícios, pois até o momento não mostraram sucesso em reduzir a mortalidade, além de levarem a realização de muitas cirurgias desnecessárias causando muitos prejuízos, tanto financeiros quanto na qualidade de vida dos pacientes (CARNIELLO, 2010).

Deve-se enfatizar que na realização do exame físico, é imprescindível o toque retal que irá fornecer informações sobre o volume, consistência, presença de irregularidades, limites, sensibilidade e mobilidade da próstata (SMELTZER; BARE, 2002).

O retardo do diagnóstico prende-se a diversos fatores como: a falta de informação da população leiga que mantém a crença ultrapassada e negativa sobre o câncer e seu prognóstico; o preconceito contra o toque retal; a inexistência de um exame específico e sensível que possa detectar tumor em fase microscópica; a falta de rotinas abrangentes programadas nos serviços de saúde pública e privadas, que favoreçam a detecção do câncer de próstata (IVO; FALEIROS; IZILDINHA, 2005).

Felizmente a mortalidade por câncer de próstata é relativamente baixa, o que em parte reflete seu bom prognóstico. Nos países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos é de 64%, enquanto que para países em desenvolvimento, a sobrevida média é de 41%. A média mundial é de 58% (GOMES et al, 2008b).

É muito importante a colaboração dos profissionais da área de saúde na divulgação com maior ênfase nas campanhas e palestras, conscientizando sobre os cuidados, prevenção e conseqüências que poderão advir se não diagnosticado precocemente o câncer de próstata.

### 3.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Desde a segunda metade do século XIX, quando a saúde se torna questão de Estado e intervenções de diferentes feitios passam a atravessar o "corpo" social com o objetivo de

saneá-lo ou de aperfeiçoá-lo eugenicamente, determinados sujeitos mereceram atenção especial. Alguns deles, como por exemplo, os criminosos, loucos ou homossexuais, receberam tal atenção pelo perigo social que supostamente representavam; outros, como foi o caso das mulheres durante grande parte do século XX, pela responsabilidade que lhes era atribuída na reprodução de uma raça forte e sadia, outros ainda, como crianças ou velhos, por serem considerados particularmente frágeis frente a doenças e outros infortúnios. Mas, qualquer que tenha sido a justificativa para tal singularização, alguns sujeitos ganhavam visibilidade, enquanto outros permaneciam na penumbra. Esse é especialmente o caso dos homens que vem sofrendo até os dias atuais (CARRACA; RUSSO; FARO, 2009).

Com o neoliberalismo econômico e as mudanças culturais desde a década de 1990, não só repensar o homem saiu de cena, como a abolição do duvidar ou buscar alternativas foi imposta como modelo também para as mulheres. Felizmente, as políticas de atenção à saúde das mulheres prosperaram e somaram-se às das crianças e dos idosos. Então os homens sempre ficaram sob as causas da iniquidade em saúde (RADIS, 2008).

Desta forma, o reconhecimento de que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis (BRASIL, 2008).

Para Mendonça (2009, p.03) a implantação da atenção primária é como:

Uma estratégia de organização dos sistemas de saúde tem relevância inquestionável. Já existem evidências suficientes que os países cujos sistemas de saúde se organizam a partir dos princípios da atenção primária alcançam melhores resultados em saúde, menores custos, maior satisfação dos usuários e maior equidade, mesmo em situações de grande desigualdade social, como é o caso do Brasil. Está definida como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

Vale salientar que a resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas. Os outros tipos de atenção são bastante caros e seu tratamento não busca a cura, no entanto, não considera os indivíduos integralmente. Então o paciente acaba frequentando os hospitais e sendo medicado (BRASIL, 2008).

Uma questão bastante apontada e justificada pelos homens para a não procura pelos serviços de atenção primária está ligada a sua posição de provedor. Alega-se que o horário do

funcionamento dos serviços de saúde coincide com a carga horária do trabalho (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Em contrapartida, pode-se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias sócioeconômicas, faz parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho formal, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde. Como também existem outras dificuldades de acesso aos serviços assistenciais, para marcação de consultas, há de se enfrentar filas intermináveis que, muitas vezes, causam a “perda” de um dia inteiro de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta (GOMES et al, 2008a).

No pensamento do autor supracitado, o homem não pode ser julgado pelos seus comportamentos, pois são interrogados e culpados pelo seu estilo de vida e hábitos, mas, é fundamental externa que isso foi algo idealizado na antiguidade e instalou permanecendo por longos séculos.

Após vários anos com essa problemática com a saúde do homem, finalmente, foi perceptível a necessidade de criação de uma política voltada à atenção ao homem, então em 28 de agosto de 2009, no auditório da Organização Pan-Americana de Saúde em Brasília, o Ministério da Saúde lança oficialmente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (CARRACA; RUSSO; FARO, 2009).

Nesta perspectiva complementa o mesmo autor (apud PNAISH 2008, p.08) que:

O grande desafio de uma política voltada para os homens é mobilizar a "população masculina brasileira para a luta pela garantia de seu direito social à saúde". Para tanto, a política em questão pretende "politizar e sensibilizar homens para o reconhecimento e a enunciação de suas condições sociais e de saúde, para que advenham sujeitos protagonistas de suas demandas, consolidando seu exercício e gozo dos direitos de cidadania".

Essa política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Um de seus principais objetivos é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2008).

### 3.4 RELAÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE DO HOMEM

No período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Após sua criação e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, cada vez tem sido mais freqüente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais. Nos últimos anos, vimos crescer no cenário brasileiro a Estratégia Saúde da Família (ESF), que vivificou este debate ao explicitar a superposição destes referenciais que permeiam a organização dos sistemas locais (GIL, 2006).

Segundo Cotta et al (2009):

A primeira definição sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata. De acordo com a declaração de Alma Ata, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

A Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978, pela OMS e UNICEF, é exemplo de um evento internacional que representou um marco de influência nos debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito humano fundamental (BRASIL, 2007).

Nas proposições de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde é entendida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária - que inclui prevenção, promoção, cura, reabilitação - e, como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico, envolvendo a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde. Esta terceira interpretação de Atenção Primária à Saúde, denominada de abrangente ou ampliada, corresponde a uma concepção de modelo assistencial e de reorientação e organização de um sistema de saúde integrado centrado na Atenção Primária à Saúde com garantia de atenção integral (GIOVANELLA, 2008).

Os serviços de APS enfrentam vários desafios, na medida em que precisam responder a demandas patologicamente simples que, contudo, necessitam de uma complexidade assistencial que supera uma ação curativa individual (MACHIN et al, 2009).

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS. Criado em 1994, o ESF foi apresentado no primeiro

documento ministerial como um programa, passando, em seguida, a ser considerado uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, com potencial caráter substitutivo das práticas convencionais (BRASIL, 2007).

Segundo o MS, estão entre as atribuições do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF): realizar a consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever medicações estabelecidas em protocolos definidos nos programas de saúde e disposições legais da profissão, além de planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar ações, aliando a atuação clínica à prática de saúde coletiva (SENSSULINI; FOSSA, 2008).

O ESF incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e desponta como um novo paradigma na atenção à saúde, com diretrizes que criam uma nova forma de produzir as ações e serviços de saúde, na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial mecanicista e biomédico. Portanto, desde sua implantação, o ESF se propõe a transformar o tradicional modelo sanitário brasileiro – médico, medicamentoso, curativo e individual, que tem no hospital o lócus de solução para todo e qualquer problema de saúde –, em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e centrado na família e na comunidade (COTTA et al, 2009).

A ESF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis e complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades – além disso, identifica os fatores de risco aos quais ela está exposta, neles intervindo de forma apropriada (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA – SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

De acordo com Cotta et al (2009) a garantia de atenção ao primeiro contato está relacionada ao uso da APS como a porta de entrada para as questões de saúde e à sua capacidade para lidar com problemas amplos, heterogêneos e fortemente influenciados pelo contexto social. A longitudinalidade requer a existência de aporte regular de cuidados à saúde, assim como seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e famílias. A APS forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a APS é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas,

fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições.

Não apenas as UBS, mas todo o sistema deverá estar estruturado segundo a lógica da estratégia em questão, pois a continuidade da atenção deve ser garantida pelo fluxo contínuo setorial, sem solução de continuidade nesse processo. A UBS, sob a lógica da ESF, deve ser a porta de entrada do sistema local de saúde, mas a mudança no modelo tradicional exige a integração entre os vários níveis de atenção (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA – SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

O princípio da “longitudinalidade” determina assistência continuada, e não mais de forma ocasional, à população, propiciando a “integralidade” baseada na prática totalizadora, promovendo, protegendo, recuperando e reabilitando a saúde de forma integrada. Alguns dos princípios da ESF são a humanização, a heterogeneidade e a realidade que implicam a possibilidade de aplicação dos demais princípios, adequando-os a cada realidade local, e a organização da saúde da família de acordo com as necessidades e os recursos disponíveis no território. Ela é a única que possui financiamento, permitindo aos municípios receberem recursos financeiros do MS como forma de incentivo, o que tem feito tal proposta disseminar-se no Brasil (COSTA; MAEDA, 2001).

A ESF representa ações combinadas a partir da noção ampliada de saúde – que engloba tudo aquilo que possa levar a pessoa a ser mais feliz e produtiva – e se propõe a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA – SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

Ademais, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados primários de saúde devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos (COTTA et al, 2009).

O trabalho dos profissionais que estão inseridos na ESF é realizado de forma multiprofissional. Em um sentido estrito, Peduzzi (2001), no trabalho em equipe do tipo integração há complementaridade e colaboração no exercício da autonomia técnica e não há independência dos projetos de ação de cada agente.

O trabalho do enfermeiro na ESF se constitui principalmente no monitoramento das condições de saúde, como núcleo da atenção de enfermagem, seja no atendimento individual ou no atendimento grupal; no levantamento individual e monitoramento de problemas de

saúde (seja no enfoque de risco ou de vulnerabilidade), sendo que estes deverão estar articulados à intervenção nos agravos de ordem patológica (e, portanto pautados no saber da clínica); e ainda, no exercício de uma prática de enfermagem comunicativa, no sentido dialógico, buscando a ampliação da autonomia dos sujeitos (PEDUZZI, 2000).

Segundo Araújo e Oliveira (2009), a enfermagem atualmente representa mais de 80% do efetivo que atua nos programas de assistência de saúde pública. Trata-se, portanto, de um profissional apto a participar efetivamente da recriação das práticas de atenção à saúde no Brasil. Por este caminho, pode-se afirmar que uma assistência à saúde da família brasileira, cujo objetivo seja transformar a história das práticas e dos resultados das intervenções, o que encontra grande ressonância com a enfermagem, que tem uma forte relação com as mudanças, não poderá prescindir da atuação do enfermeiro.

Os mesmo autores comentam que a competência do enfermeiro para integrar a ESF está estabelecida em sua formação acadêmica, a qual instrumentaliza a realizar a consulta, o diagnóstico e a prescrição de enfermagem em toda a assistência de enfermagem.

Portanto, a ESF como estratégia de re-orientação do modelo assistencial vigente e porta de entrada da rede de assistência a saúde é o cenário mais adequado para redirecionar as práticas assistenciais voltados ao público masculino.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 MÉTODO DE ABORDAGEM

O tipo de pesquisa para o alcance dos objetivos deste estudo enquadra-se no estudo do tipo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa.

A pesquisa exploratória procurar conhecer as características de um fenômeno para procurar explicações das causas e conseqüências de dito fenômeno (RICHARDSON, 2007). Este tipo de pesquisa envolve um levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema a ser pesquisado e a análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2002).

Comenta Richardson (2007) que um estudo do tipo descritivo é realizado quando se pretende descrever e analisar as características ou propriedades de um fenômeno, ou ainda das relações dessas propriedades em determinado fenômeno. Além disso, estes estudos têm como principais características descrever determinado grupo por: faixa etária; sexo; nível de escolaridade; nível de renda; anos de formação acadêmica, etc. As pesquisas descritivas, juntamente com as exploratórias, são as mais utilizadas atualmente por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática, assim como as mais solicitadas por instituições educacionais (GIL, 2002).

A pesquisa qualitativa é o conjunto de metodologias, envolvendo, eventualmente, diversas referências epistemológicas. São várias metodologias de pesquisas que podem adotar uma abordagem qualitativa, modo de dizer que faz referência mais a seus fundamentos epistemológicos do que propriamente a especificidades metodológicas (SEVERINO, 2007).

### 4.2 MÉTODO DE PROCEDIMENTO

O método utilizado para pesquisa foi o grupo focal. Considerado por Cruz Neto, Moreira e Sucena (2002) como uma técnica de pesquisa pela qual o pesquisador reúne, num mesmo local e durante um certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema científico.

É fundamental salientar que este procedimento também está presente na enfermagem, ainda que de forma tímida. Ela surge principalmente em estudos que apontam esta técnica como estratégia metodológica, em pesquisa qualitativa na enfermagem e nos trabalhos que

avaliam aspectos relacionados à educação, promoção, programas e projetos de saúde (RESSEL et al, 2008).

### 4.3 TÉCNICAS

#### 4.3.1 Descrição

Sua organização e sistematização adotam uma diretriz didática-pedagógica que envolve a apresentação por tópicos dos temas discutidos, aos quais se segue a explicação de suas características. As principais características da técnica de Grupo Focal residem no fato de trabalhar com a relação expressa através da “fala” dos participantes, permitindo que eles apresentem, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções sobre determinado tema (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

Para os mesmo autores, o pesquisador não deve esquecer-se de que, por ser uma técnica que visa à coleta de dados qualitativos, o número de grupos focais a ser realizado não é rigidamente determinado por fórmulas matemáticas, mas pelo esgotamento dos temas, não se prendendo, portanto, a relação de amostragem.

#### 4.3.2 Como foi aplicado

A aplicação foi feita mantendo os mesmos temas e substituindo os participantes, uma vez que a escolha dessa linha permite que os nossos objetivos sejam alcançados. Para a técnica atingir pleno êxito, foi necessário o desenvolvimento de funções inerentes, como explica Cruz Neto, Moreira e Sucena (2008):

- **Mediador:** É responsável pelo início, motivação, desenvolvimento, construção e conclusão dos debates. Sendo o único com a autonomia de interagir e intervir com os participantes. A qualidade dos dados e das informações levantados está intimamente vinculada ao seu desempenho, que se traduz no favorecimento da integração dos participantes; na garantia de oportunidades equânimes a todos; no controle do tempo de fala de cada participante e de duração do grupo focal; no incentivo e/ou arrefecimento dos debates; na valorização da diversidade de opiniões; no respeito à forma de falar dos participantes; e na abstinência de posturas influenciadoras e formadoras de opinião.

- **Relator:** Possui uma atribuição fundamental, na qual é a de anotar as falas, nominando-as, associando-as aos motivos que as incitaram e enfatizando as idéias nelas contidas. Registrar também a linguagem não verbal dos participantes, como, por exemplo, tons de voz, expressões faciais e gesticulação. O material produzido não precisa ser a transcrição literal das falas - pois essa tarefa cabe a outras funções - mas sim um rol de posturas, idéias e pontos de vistas que subsidiarão as análises posteriores.
- **Operador de Gravação:** Função destinada à gravação integral dos debates, de acordo com o equipamento disponível.
- **Observador:** Tem como objetivo analisar e avaliar o processo de condução do Grupo Focal, atendo-se aos participantes isoladamente e em suas relações com o Mediador, Relator e Operador de Gravação. Suas anotações devem ter como meta a constante melhoria da qualidade do trabalho e a superação dos problemas e dificuldades enfrentados, adotando como ponto de partida se cada participante sentiu-se à vontade diante dos profissionais; se houve integração entre os participantes; se eles compreenderam corretamente o intuito da pesquisa e a forma como as funções de Mediador, Relator e Operador de Gravação foram exercidas.
- **Transcritor de fitas:** Geralmente encarada como acessória ou mesmo subalterna, essa função é inadmissível, pois, se não for bem executada, pode alterar a fala dos participantes, o que causará sérios danos ou mesmo inviabilizará a correta análise das informações obtidas. A transcrição deve ser a mais fiel possível, eximindo-se de interpretações, “limpezas de texto” ou “copidescagem” das falas. Todos os erros de linguagem, bem como as pausas nos diálogos, devem ser mantidos e assinalados para que a análise seja a melhor possível.
- **Digitador:** Sua atribuição é a de transpor todos os dados, manuscritos ou não, sistematizados, codificados ou gravados para um programa de computador, utilizando o *software* mais apropriado e que forneça o resultado desejado.

Vale salientar que para a aplicação desta técnica não foi necessário que um participante executasse somente uma função, isso significa que os membros dessa pesquisa implementaram a técnica sem prejuízo da coleta de dados.

Os autores citados anteriormente destacam a importância do Mediador na condução do encontro munido de um Roteiro de Debate (Ver Apêndice A). Este tem caráter flexível e é composto por questões-chave que irão nortear a discussão e foi construído com base nos

objetivos deste trabalho. O roteiro foi respeitado com o tempo de duração proposto de 1 (uma) a 2 (duas) horas a sessão e como ele tem caráter aberto ao longo da reunião podem ser inseridas outras questões.

Ainda com base na referência o número de participantes do grupo focal é condicionado por dois fatores: deverá ser pequeno o suficiente para que todos tenham a oportunidade de expor seus pensamentos e grande o bastante para que os participantes possam vir a fornecer consistente diversidade de opiniões. Isso é traduzido no parâmetro de no mínimo quatro e no máximo doze pessoas para compor uma sessão de grupo focal.

### **4.3.3 Codificação e tabulação**

Os dados subjetivos foram analisados com base no enfoque no método qualitativo. Os qualitativos serão expostos de acordo com a técnica de Discurso de Sujeito Coletivo (DSC), escolhida pelas suas características, no que toca às representações sociais como objeto de pesquisa empírica, novas possibilidades de relações no caso de diálogo, entre o individual e o coletivo, entre o teórico e o empírico, entre a descrição e a interpretação, entre a síntese e a análise, entre o paradigma e o sintagma (LEFREVE; LEFREVE e MARQUES, 2009).

Para Duarte, Mamedre e Andrade (2005; apud LEFREVE & LEFREVE, 2005) essa técnica consiste numa construção do pensamento coletivo que visa revelar como as pessoas pensam, atribuem sentidos e manifestam posicionamentos sobre determinado assunto. Trata-se de um compartilhamento de idéias dentro de um grupo social. Entende-se por discurso todo posicionamento argumentado. É exatamente uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, *papers*, revistas especializadas etc. Para sua construção são utilizadas como figuras metodológicas as expressões-chave, as idéias centrais e as ancoragens.

### **4.3.4 Delimitação do universo**

O local de pesquisa onde foi realizado todo o andamento e coleta dos dados foi na UBS da família Dr. Epitacio da Costa Carvalho. Situada no Bairro: Costa & Silva, Av. Francisco Mota, sem número. Composta por uma equipe de ESF (Estratégia de Saúde da Família) e oito agentes comunitários de saúde e tem 1472 famílias adscritas. Atualmente a unidade básica não fornece nenhum tipo de programa voltado à saúde homem, o enfermeiro da unidade relata que a demanda é insipiente.

### 4.3.5 Tipo de amostragem

A população da pesquisa foi configurada pelos usuários que frequentam a UBS. Considera Minayo (2000) como amostra ideal aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões.

#### 4.3.5.1 Seleção

A escolha foi feita de forma aleatória sob a orientação do enfermeiro do serviço e como critério de inclusão os homens participantes deverão ter faixa etária entre 20 e 59 anos, conforme diretriz da política nacional de atenção integral a saúde do homem. Com base nessas premissas elencamos como critério de inclusão serem homens, usuários do serviço em questão, estarem na faixa supraposta e aceitarem participar dessa pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B). E como critério de exclusão aqueles que não se adequarem ao perfil selecionado.

## 4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Vale ressaltar que quando estamos nos relacionando com uma pesquisa, que envolve pesquisador e pesquisado, a questão ética deve ser externada pelo próprio pesquisador. Não obstante, é necessário que a integridade física e moral dos colaboradores da pesquisa sejam preservadas, mantendo o anonimato, proporcionando para que os referidos não saiam prejudicados em virtude dos procedimentos adotados para a coleta dos dados.

Este estudo foi desenvolvido observando os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme pressupõem a Resolução 196/96 CNS/MS e Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem. Para isso o mesmo foi submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa FACENE/FAMENE. A Resolução nº 196/96 CNS/MS, é sem dúvida, um documento de suma importância no campo da bioética, no sentido de assegurar uma conduta ética responsável por parte dos pesquisadores na realização de pesquisa com seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Após o esclarecimento acerca dos objetivos e condutas da pesquisa, bem como, aceitação dos sujeitos de participarem da mesma, o termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE foi assinado e uma cópia entregue aos participantes da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelo participante da investigação e pelos

pesquisadores, em duas vias, sendo que uma foi entregue ao pesquisado e a outra permanece sob os cuidados dos pesquisadores, conforme preconizado pela resolução supracitada, pelo período de cinco anos.

A coleta de dados foi formalizada após a apreciação e aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE. A coleta foi realizada no mês de outubro do ano corrente.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo de natureza qualitativa teve como método a proposta do grupo focal, como fora explicitado anteriormente. Foram escolhidos de forma aleatória oito usuários. Os discursos foram gravados em MP4 e posteriormente transcritos na íntegra. O uso do debate em profundidade se mostrou adequado por permitir o resgate da dimensão da subjetividade, já que a fala é reveladora de sistemas de valores, crenças.

Os dados foram analisados segundo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e serão apresentados a partir dos operadores metodológicos. As idéias centrais e expressões-chave serão expostas em dois quadros seguidos das ancoragens e dos discursos dos sujeitos coletivos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Os resultados serão apresentados conforme o roteiro de debate (Apêndice A), para garantir o anonimato. Os participantes são identificados como usuário através da sigla “US” acrescidos de numerais atribuídos conforme participação no debate.

### 5.1 SÍNTESE DA QUESTÃO CHAVE 1 DO ROTEIRO DE DEBATE

Temas	Idéias Centrais	Expressões-chave
1-Relação com o acesso.	Organização dos serviços.	US2 “Chei da gente mesmo e não tem mais condições, ai volta pra casa. È uma dificuldade tremenda”.
		US4 “È complicado né, fica meio difícil, a gente tenta procurar, pelo menos a gente tenta ne, mas (...) tenta alcançar mas num da”.
		US5 “Eu sinceramente eu não gosto de ir pra medico, porque eu num gosto mesmo, sei la, eu so ando no medico ano em ano, as vezes quando eu sinto alguma coisa mais grave eu vi, eu num tenho muita paciente de ta esperando”.
		US7 “Mas o nível de informação e de acesso a saúde do homem, pode ate ter acesso, hoje em dia ter melhorado, mas

	<p>Falta de informação e estratégia voltada à saúde do homem.</p>	<p>muitas pessoas não tem a noção acerca disso, pronto, tem o dia aqui da prevenção, o exame de prevenção, tem o dia do homem? Num tem. Então, num tem uma estratégia focada em relação a saúde do homem”.</p>
	<p>O homem não se preocupa com a sua própria saúde.</p>	<p>US3 “É porque também o homem não liga pra isso, a verdade é isso, ele não procura saber disso, quando ta morrendo é que vai. É a maioria dos homem é assim (...)”.</p>
	<p>Falta de investimento na saúde do homem.</p>	<p>US7 “O homem ele, ate eu acredito que seja a informação, a mulher antigamente também tinha esse poblema, mas teve um investimento muito alto em cima disso ne, as mulheres procuram mas porque foi a educação, foi informação, a mídia, o governo investiu nisso, no caso do homem ele não investiu tanto, ta começando agora ter umas campanhas, mas de forma muito sutil, esporádica assim, já num ta nem passando mais ne, então é diferente o modo como tratar o homem e o modo como tratar a mulher”.</p>
<p>2-Relação à organização dos serviços de saúde.</p>	<p>Fila nos serviços.</p>	<p>US2 “Aqui realmente pra mim é dificuldade maior do mundo, porque o camarada chega 1 hora da manha 2 horas da manha e num consegue nada não. Eu mesmo já cheguei 1 hora, 2 hora e não consegui, muitas e muitas vezes, porque é gente demais, demais, consegue não”.</p> <p>US4 “Chega de 1 hora já tem gente, ai a gente vai passar o resto da noite la, ai ficar até madrugada todinha!?”.</p> <p>US6 “[...] Eu canso de chegar de 4 hora mais ela, já não tem mais ficha (voz baixa), num tem nada e uma ruma de gente”.</p>
		<p>US5 “[...] A gente vai num posto de</p>

	Encaminhament os frequentes.	saúde desse ai da um encaminhamento pra outro, e vai, chega la manda pra outro e marca mais 30, 60 dias, ai eu me encabulo logo”.
	Mostrar a realidade à população.	US2 “O bom era uma reportagem, do jeito que tivesse la pra a gente ta la mostrando (risos)”.
3-Relação com a masculinidade.	Historicidade do homem, o ser provedor e a invulnerabilidad e a doença.	<p>US3 “Isso num é de agora não, é muito vei já, desde os mais vei, isso é antigo, e você ve que sempre a criação vem, o pessoal gosto de segui os costumes dos outros né, ai como é que pode, meu avo num procurava muito o medico, meu pai também não procurava, eu já sigo o mesmo ritmo do meu pai, e assim vai levando pra frente”.</p> <p>US4 “È triste inxiste isso em muita gente, porque não era pra existe, porque eu acho que a gente, os homens, a gente deve ser como qualquer outro, assim, chegar num ter vergonha de, de (...). Que eu mesmo na minha opinião, eu não tenho vergonha de chegar num canto e dizer: to com isso, to com isso e aquilo, quero me cuidar, e chegar e querer né?!”.</p> <p>US3 “Eu mesmo sinceramente num gosto de medico não, num vo negar, so vo no medico no ultimo recurso, so vai quando tiver so abrindo o bico so, e ainda mais levado pelos outros, ainda mais (risos)”.</p> <p>US7 “O homem é visto, sei la, o homem ele é, sei la autosuficiente ne, se acha forte ne, autosuficiente, questão psicológica sei la, ai talvez ele acha que não precisa, ai nas ultimas mesmo é que vem ao posto de saúde”.</p>
4-Relação com o trabalho.		US4 “Não, tem gente que chega cansado né, mais depende do trabalho da pessoa. Pra mim não”.

	O trabalho não significa motivo ou justificativa.	US7 “É os homens tem essa questão dos horários, mas a gente vê a mulher também trabalha num da um jeito [...]”.
5-O homem gosta do serviço que é ofertado a ele em nível primário. Por quê.	Iniciativa e motivação.	US2 “Eles não sabem, eles não procuram”. US3 “Nunca fui la, como eu vo saber!” US5 “Eu num sei, nunca fui”.
	Humanização.	US2 “Às vezes voltam pior, vem com raiva”.
	Satisfatório.	US8 “Excelente, é bom, pelo menos estão presente né, toda hora”.
	Resolutividade.	US2 “Eu nem procuro, porque eu já vo direto pro hospital particular, porque se tiver é pra 1 ano, 2 ano”.
	Pouco investimento.	US7 “Não, em relação à saúde homem eu acho, ta muito pouco ainda...”.
6-O que o homem poderia sugerir como propostas para facilitar o acesso dele ao serviço de saúde em nível primário.	Descrença na resolutividade.	US2 “Num resolve não omi, num adianta não, resolvi não, nem adiante, num vo da sugestão nenhuma, porque eu sei que vocês não resolve”.
	Numero de profissionais.	US 4 “Se empregasse mais gente eu acho que ficava melhor, o atendimento melhor”.
	Humanização.	US6 “O atendimento bem melhor, ai resolve”.
	Responsabilidade e do homem.	US8 “Rapaz o que pode melhorar para o homem é só a vontade dele, da gente né?! De querer, procurar o serviço a saúde, só depende da gente, mais ninguém”.
	Estrutura e funcionamento.	US7 “Investir mais na área”.

**Quadro 01 - Que motivos podem influenciar o homem a não procurar os serviços de saúde em nível primário.**

Fonte: Do autor.

A abordagem da relação homens-saúde na perspectiva das instituições e dos profissionais da saúde é mais recente. É, em parte, tributária das reflexões sobre a tradicional estrutura e organização dos serviços, bem como da oferta de ações educativas e práticas de saúde visando higiene e puericultura que, historicamente, privilegiaram o binômio mãe-filho e acabaram por estabelecer uma influência significativa na maneira como gênero se relaciona com o cuidado em saúde. Na lógica dos serviços, a organização desse cuidado em torno do eixo materno-infantil é fruto de um processo histórico que articulou a produção de idéias médicas com ações políticas voltadas seja ao corpo feminino, seja às instituições elegidas para estes fins (MARCHIN et al, 2009).

O discurso referente à idéia central de organização dos serviços, de certa forma, julga o atendimento prestado ao homem a partir de uma comparação do que é oferecido às mulheres que é considerado divergente das atribuições.

*Não tem condições, é uma dificuldade tremenda. É complicado, a gente tenta mais não consegue, eu sinceramente não gosto de ir para o médico, apenas procuro o médico quando estou sentindo alguma coisa grave, porque eu não tenho muita paciência de ficar esperando.*

Revela, de um lado, problemas de acesso de segmentos populacionais aos serviços públicos de saúde e, de outro, limites que esses serviços têm em dar conta de suas demandas de atendimento.

Os usuários destacam que a organização do sistema de saúde historicamente vem sendo desenhada a partir da valorização do cuidado à saúde da mulher e da criança, por conta disso, demarca as diferenças de abordagens de acolhimento por gênero, promovidas pelos serviços de saúde e as políticas de saúde (GOMES; NASCIMENTO e ARAUJO, 2007).

*Eu acredito que o homem não foi informado o bastante, já a mulher teve investimento (educação, informação, mídia e o governo), sendo que o homem ficou sempre na margem. Está começando a investir, mas de forma esporádica, então é diferente a assistência prestada ao homem. Não tem uma estratégia focada em relação à saúde do homem. Existe o dia do exame de prevenção, tem o dia voltado para os exames preventivos do homem? Não tem. Há uma ausência de estratégia focada na saúde do homem.*

Esse discurso transparece a carência de serviços em nível primário voltados para o homem, justificando a ausência masculina nesses serviços, conseqüentemente impactando cuidados preventivos do homem. Ainda em relação à falta de investimento na saúde do homem, que isso não propicia um serviço adequado com um atendimento com maior privacidade.

A crítica se amplia quando o foco é a inexistência de programas voltados para a saúde masculina, convivendo com a idéia de que a atenção primária não oferece profissionais que compõem a assistência à saúde do homem, principalmente urologistas. No entanto, ainda que se reivindique determinada especialidade, com a justificativa de que o generalista não dá conta de atender a especificidade do homem, faz-se necessário evitar uma visão reducionista ou fragmentadora da atenção primária em que circunscreve a especificidade do usuário homem apenas na urologia (FIGUEIREDO, 2005).

Os modelos de masculinidade e a maneira como se dá a socialização masculina podem fragilizar ou mesmo afastar os homens das preocupações com o auto-cuidado e a busca dos serviços de saúde. A perspectiva do cuidado masculino pode seguir um caminho positivo quando incorpora a idéia de que ao homem também é permitida uma atenção consigo próprio (GOMES et al, 2008a).

*O homem não se preocupa em adotar hábitos saudáveis e cuidar da própria saúde, exceto nos casos onde estão morrendo. A maioria dos homens tem esse costume.*

A idéia central de que o homem não se preocupa com a sua própria saúde é externalizada através desse discurso.

A população masculina tem esse hábito enraizado de procurar o serviço de saúde, apenas quando está em situações de saúde mais avançada. Isso é caracterizado por uma ideologia influenciada pelo patriarcado. O aspecto cultural é associado a um ser homem, que tende a reforçar um modelo de masculinidade idealizada (força, virilidade, objetividade, distanciamento emocional, comportamento de risco) (MACHIN et al, 2009).

Emerge como outro fator de distanciamento do homem dos serviços em questão as dificuldades com o funcionamento da rede, pouco resolutiva onde a formação de filas de espera contribui para a evasão dos usuários, uma vez que essa não deveria ser a realidade dos serviços da ESF. A demanda cresce, e os serviços não estão organizados para essa mudança, gerando uma sobrecarga nas unidades.

*A dificuldade é grande, porque a gente chega de 1 hora da manhã e não consegue atendimento, é gente demais. Canso de chegar de 4 horas e não ter mais ficha, ai não dá para ficar a noite toda.*

Nesta mesma perspectiva, os encaminhamentos tornam-se mais freqüentes, como relata esse usuário:

*Quando eu procuro um posto de saúde dão o encaminhamento para o outro e assim continua repassando. Quando consegue marca para 30, 60 dias, ai fico encabulado.*

Os usuários sofrem com os encaminhamentos freqüentes justificadas mais uma vez na organização da rede de referência e contra-referência municipal. Ademais, os homens concorrem com as mulheres e crianças, uma vez que não foi efetivado o programa voltado para eles.

Muitos ficam até indignados com a própria situação, pois o serviço ofertado pelo sistema único de saúde em nível municipal deixa a desejar no tocante à prestação de serviço à saúde do homem. Esse fato leva inclusive a um sentimento de revolta e de motivação para expor a realidade do atendimento ao homem.

*O bom seria se tivesse uma reportagem para mostrar como é o jeito.*

De outro lado, observa-se o fato de que as unidades básicas de atenção primária foram organizadas para o funcionamento em horários quase sempre incompatíveis com o ‘homem trabalhador’, por isso, é desafio para o acolhimento dos homens por meio da ampliação dos horários de funcionamento do serviço (FIGUEIREDO, 2005). Segue abaixo o discurso dos usuários relatando sobre o assunto:

*Existem pessoas que chegam cansadas do trabalho, mais isso depende muito do trabalho, para mim não atrapalha. Muitos homens relatam essa questão dos horários, mas a mulher também está inserida no mercado de trabalho e ainda consegue procurar e cuidar da saúde.*

Por uma questão cultural, o homem procura o serviço de saúde em nível primário quando precisa de alguma coisa mais relacionada à saúde. Nem sempre à saúde como consultas preventivas, mas atrás de um atestado, atrás de um exame para o trabalho, atrás de uma avaliação porque faltou ao trabalho.

Ainda em relação ao discurso os próprios homens reconhecem que o trabalho não é uma justificativa para a ausência do homem na assistência em nível primário.

Muito embora, o trabalho seja mencionado como um problema, seja pelas unidades não possuírem um horário mais amplo (terceiro turno) para o atendimento, seja pela existência de uma cultura social e do mundo do trabalho que desvaloriza a ausência masculina motivada por saúde/doença ou pelos homens evitar assumir essa busca pelo receio de revelarem fragilidades no seu contexto social (MACHIN et al, 2009).

Pode-se perceber que os homens já têm uma ideologia bem formada em relação aos horários. Levantam a questão que a mulher também está inserida no mercado de trabalho e consegue ir aos postos de saúde sem problema.

A pouca procura masculina também aparece associada à ausência de acolhimento ou ao acolhimento pouco atrativo, que pode estar relacionado à frágil qualificação profissional

para lidar com o segmento masculino. Nesse raciocínio, seria necessária a adoção de estratégias que se voltassem tanto para a ampliação da oferta de ações como para a sensibilização dos homens para cuidarem da própria saúde. Assim, uma estratégia possível de ser adotada seria a qualificação da porta de entrada, voltada para o acolhimento e a resolutividade, desdobrando-se na construção de uma rede de atenção à saúde eficaz (GOMES; NASCIMENTO e ARAUJO, 2007):

*Às vezes venho com raiva, eu mesmo não procuro, caso tenha necessidade procuro logo o hospital particular. Porque se tiver é para 1 ano ou 2 anos.*

Nesse contexto, ainda no interior das explicações ancoradas na cultura, o homem é identificado de forma negativa por revelar pouca paciência na espera por atendimento.

Tal diretriz sustenta-se em pilares como a garantia da acessibilidade universal e a qualificação das relações, na qual escuta e atenção às necessidades são fundamentais ao processo para que o serviço ofereça uma resposta sempre positiva aos problemas apresentados pelos usuários (BREHMER; VERDI, 2007).

Contudo, é importante fomentar e frisar que o “acolhimento dialogado” como técnica de conversa, com características norteadas por princípios éticos, pode ser realizada por qualquer profissional em qualquer momento do atendimento. Então, a proposta é conceber a ação sob a perspectiva mais humana, evitando a interpretação exclusivamente tecnicista e valorizar todas as demandas individuais.

A construção de uma equipe interdisciplinar exige uma série de habilidades e pactuações, esbarrando nas expectativas de relação sem desconsiderar a necessidade de provocar as interlocuções internas e as diferentes especialidades (BRASIL, 2008). Entretanto, a discussão chama a atenção o fato de que os sujeitos da pesquisa associam a desorganização dos serviços, oferecidos aos mesmos, com o número pequeno de profissionais que atuam na ESF.

*Admitisse mais profissionais melhorava o atendimento e investir mais na área.*

A idéia de referência ganha destaque no discurso que desenvolve um trabalho específico com os homens, revestidas da falta de parcerias que caminhem através de avaliações conjuntas e práticas integradas.

Neste eixo de discussão, destacam-se principalmente os sentidos atribuídos pelos profissionais à ausência dos usuários masculinos nos serviços. Esses trazem uma dimensão valorativa de gênero e de geração, ancorada em modelos culturais. A maneira como os profissionais recorrem à cultura, às diferenças de gênero e a geração denota um viés determinista, onde de alguma forma o lugar do agente promotor de mudança fica submetido a

um papel secundário frente ao cenário social. As falas remetem a aspectos valorativos, onde buscam interpretar os comportamentos masculinos, situando-os em um universo de relações e valores. Por aspectos valorativos entende-se o universo da cultura e da subjetividade, da interpretação dos fenômenos e acontecimentos relacionados ao eixo da necessidade e do cuidado de saúde, no marco das diferenças de gênero e geração (MACHIN et al, 2009).

*Isso não é de agora não, é muito velho já, antigo, vem seguindo tradições, o pessoal gosto de seguir os costumes dos outros. Então meu avô não procurava muito o médico, meu pai também não, eu já sigo o mesmo ritmo do meu pai, e assim vai continuando. O homem ele é visto como auto-suficiente, o ser forte, então só procura o serviço nas ultimas mesmo. Eles não sabem, porque não procuram, nunca foram como vão saber. Sinceramente não gosto de médico, procuro o medico no ultimo recurso, apenas quando estiver só abrindo o bico e ainda mais sendo levado pelos outros. Eu num sei nem o que é.*

Esse tipo de comportamento influencia não só no estado em que esse usuário chega ao serviço de saúde, mas também na maneira como o utiliza. A explicação para esse comportamento se liga às exigências dos modelos hegemônicos de masculinidades (TEXEIRA, 2005).

Pode-se observar que há uma marca cultural, no aprendizado de como se cuidar que faz com que o homem chegue ao serviço de saúde com intercorrências graves.

Há no ambiente familiar uma socialização de idéias que não estimulam um comportamento masculino de auto-cuidado, já que ao longo da trajetória pessoal o cuidado dos homens é geralmente mediado por figuras femininas como mãe, companheira e filha(s) (BREHMER; VERDI, 2007).

A grande questão envolvida no tocante à saúde, é que os homens muitas vezes negam a existência de dor ou sofrimento, de vulnerabilidades, para reforçar a idéia de força do masculino demarcando a diferenciação com o feminino.

Há uma exigência, socialmente construída, na idéia de que um homem deve ser forte, desdobrando-se na figura de um homem que teme cuidar de sua saúde, adiando tratamentos preventivos. A doença e suas possíveis associações com a finitude da vida representam um perigo e uma ameaça à vida. É interessante essa associação entre frequência ao serviço de saúde e morte, como se a proximidade com esse lugar remetesse muito mais ao eixo do tratamento da doença e de suas seqüelas, do que a um lugar de cuidado com a vida e a saúde. Tal perspectiva parece estar sintonizada com a representação histórica e socialmente compartilhada de que há uma descontinuidade entre saúde e doença, que esta última interrompe o ciclo vital e não a compõe. Essa perspectiva dificulta a incorporação da

experiência de adoecimento e a elaboração na direção do auto-cuidado. A doença é algo que vem de fora, é descoberta, acomete, invade e por isso amedronta como reforçam os trechos a seguir (GOMES, 2003).

Percebe-se que os homens de certa forma ignoram a preocupação com a qualidade de sua saúde, levando em conta que o adoecimento propriamente dito amedronta essa população e agravam-se quando a doença é relacionada ao câncer de próstata, sendo esse um dos grandes temores destes.

Com base em argumentos de Machin et al (2009) os comportamentos não saudáveis adotados pelos homens a partir de uma perspectiva de gênero, que considere as dimensões de iniquidade social e poder, na medida em que essas são manifestações visando demonstrar padrões hegemônicos de masculinidade reconhecidos como característicos do ser homem, como viril, forte, invulnerável e provedor.

Ao ser questionado quanto à sugestões que possam contribuir de certa forma para assistência prestada, um discurso chamou atenção:

*Não resolve não, nem adianta dar sugestões para vocês, porque eu sei que não resolve. O que pode melhorar para a saúde do homem é a própria vontade dele mesmo, só depende do homem ir procurar.*

Há uma descrença na continuidade e resolutividade dos serviços prestados em nível primário na saúde do homem. Mas, o importante é que com essa escuta seja possível conhecer a satisfação ou insatisfação desses usuários frente ao atendimento que lhes é prestado.

Partindo dessa idéia, podemos perceber que o próprio homem acaba se culpando por não ter acesso garantido a um serviço de qualidade bem como aos cuidados preventivos.

Num pensamento paralelo, porém paradoxal quando questionamos a satisfação dos serviços que lhe são prestados surge outro importante eixo discursivo identificado nas falas analisadas é aquele que contrapõe ao serviço prestado.

*O serviço é excelente porque estar sempre presente quando precisamos.*

È importante destacar que em alguns aspectos o serviço tem uma boa visibilidade e que apesar das grandes críticas envolvidas, existem usuários que gostam do serviço. Mas, essa satisfação pode ser entendida como percepção de qualidade quando se relaciona a um serviço prestado e não ao bem de consumo.

Por isso, é importante levantar bem essa discussão, pois expõe a atenção primária à saúde (APS), sendo a porta de entrada do sistema de saúde e representa o espaço no qual grande parte das demandas pode ser solucionada se constituindo numa prioridade na organização do sistema de saúde (TEXEIRA, 2005).

## 5.2 SÍNTESE DA QUESTÃO CHAVE 2 DO ROTEIRO DE DEBATE

Temas	Idéias Centrais	Expressões-Chave
1-Qual a compreensão do homem sobre o câncer de próstata e o toque retal.	Conhece os principais sintomas.	US2 “(...) Um dos sintomas é ir ao banheiro muito e não urinar, só aqueles pinguinho, dizem que é um dos sinais, senti dores assim por baixo, nódulo (...)”.
	Ignora e apresenta visão estereotiparia.	US2 “Sem futuro! È um negócio muito trapaioso”.  US3 “É uma sacanagem (risos) é um negocio sem futuro pula (...) passa ai para outra (risos) pula, pula, pula isso ai (...). Sabe, todo mundo sabe o que é isso daí, sabe, num precisa explicar não, pula isso aí”.  US4 “E muito menos eu que num vo, faço uma bexiga taboxa que eu faço, vo nada! La quero ninguém metendo o dedo (...). Vim um caba com o dedo de la pra ka com um olhinho (...)”.  US5 “Rapaz eu num sei nem o que é (...)”.
2-O homem em sua maioria submete-se ao exame do toque retal. Por quê.	Visão Hegemônica.	US3 “A maioria não faz, 90%”.
	Medo.	US8 “(...) As vezes o cara na firma, ta trabaiando (risos), eu vou lá fazer esse exame (risos)(...). Já tira por ai né, sabe que o negocio é serio mais não

		quer (...)"
	Machismo e dificuldade no acesso.	US7 “Eu acho que é o machismo e a falta deeee, de, de, de, de acesso, acesso é difícil também, você já tem machismo e ainda tem a dificuldade de procurar, você tem que ir ou procurar o medico pra encaminhar, para ir la pro outro medico (...)”  US4 “È assim, o tipo da coisa, é entre morre e fazer né, ninguém vai querer morrer né”.
3-A não realização do exame do toque retal pode ter que consequências na vida do homem.	Agravos a saúde.	US7 “Complicações na saúde do homem”.
	Morte como uma realidade.	US8 “A morte (risos)”.  US2 “Se pegar o câncer, morre”.
	Câncer de Próstata como resultado.	US6 “Eu acho que pode pegar um câncer de próstata né”.  US4 “(...) Possa ser que pegue, possa ser que num pegue também”.
4-Que obstáculos podem ser encontrados pelo homem para se submeter ao exame de toque retal.	Machismo.	US3 “È o machismo mesmo”.  US5 “Eu acho que vergonha, timidez”.
	Gênero como determinante.	US6 “Sabe, o homem tem o “eu” né! (risos) Sente aquela vergonha de repente assim (...)”.  US8 “Por causa de uma

		vergonha que tem né?! (risos) (...)”.
--	--	--

**Quadro 2: Para o homem o que é câncer de próstata. E toque retal.**

Fonte: Do autor.

O debate trouxe aspectos que ganham destaque no grupo provocando, inclusive, um clima de descontração, como por exemplo, a diferença entre homens e mulheres na realização dos exames preventivos. O tema exame preventivo de câncer de próstata para o homem exteriorizou preconceitos, camuflados em brincadeiras, como expõe o discurso:

*Faço é uma bexiga, vou nada, eu não quero ninguém metendo o dedo com um olhinho. È uma sacanagem, sem futuro, pode pular essa questão, todo mundo sabe o que é isso, não precisa explicar não, pode passar adiante.*

O simples fato do exame de toque retal ser invasivo tocando na região glútea, culturalmente interdita do corpo masculino pode, simbolicamente, ser visto como uma violação da masculinidade, uma vez que se associa à penetração sexual.

Sabe-se que o câncer de próstata é um grave problema de saúde pública. Segundo o Instituto Nacional de Câncer – INCA, as altas taxas de incidência e a mortalidade dessa neoplasia fazem com que o câncer de próstata seja o segundo mais comum entre a população masculina, sendo superado apenas pelo câncer de pele não-melanoma (VIEIRA et al, 2008).

Então, os homens de maneira imprudente fecham os olhos quando estamos tratando e lidando com a prevenção do câncer de próstata, algo bastante comum em meio. Muitos não demonstram interesse pelo fato de não terem antecedentes familiares de câncer de próstata, mas vale salientar que embora possa haver uma maior incidência de câncer de próstata nos homens que têm parentes em primeiro grau com esse problema, essa não é a única causa do adoecimento por esse tipo de câncer.

No que se refere ainda à demanda pelos exames do toque retal, um dos usuários acessa um repertório explicativo que destaca o pudor masculino relacionado à percepção de invasão do toque retal, como um fator que interfere na construção de conceitos pejorativos que geram resistência à necessidade de realizar o exame:

*O cara está na firma trabalhando, ai diz logo eu não faço essa exame de jeito nenhum, então você tira por isso, sabe que é importante e serio mais não se interessa.*

Em vista disso, há algum tempo o sistema público de saúde tem disponibilizado à população a realização do exame de prevenção do câncer de próstata. Porém, a demanda ainda é insignificante, possivelmente em decorrência do homem não ter hábito de buscar o serviço de saúde, nem mesmo na vigência de queixas. Quando se trata de exame dessa

natureza, a adoção dessa conduta preventiva é bloqueada também pelo preconceito, além do déficit de educação população inerente à prevenção (BRASIL, 2008).

Os dados do grupo focal apontaram para as possíveis dificuldades dos homens em realizar o exame do toque retal oferecidos pelos serviços de saúde que parecem mobilizar sentimentos de vergonha e inibição:

*Quase todo mundo não faz o exame do toque retal, 90%.*

A não busca de medidas preventivas do câncer de próstata também pode ser influenciada por aspectos culturais que refletem na socialização dos homens em geral. A possível indiferença em relação ao cuidar de si por parte dos homens pode ser explicada a partir da perspectiva da construção social. Tais normas, culturalmente construídas, podem suscitar sentimentos e comportamentos que se diferenciam por gênero (GOMES et al, 2008).

Com base no autor supracitado, podemos nos recordar que o toque retal não pode ser visto apenas como um exame físico que pode diagnosticar precocemente o câncer de próstata. Esse exame não toca apenas na próstata. Ele toca em aspectos simbólicos do ser masculino que, se não trabalhados, podem não só inviabilizar essa medida de prevenção secundária como também a atenção à saúde do homem em geral. Com base na interpretação das falas dos nossos entrevistados, podemos dizer que, mais do que na próstata, o toque retal toca na masculinidade.

A necessidade de privacidade é apontada como um fator que favoreceria o comportamento de adesão ao tratamento de saúde por parte dos homens. Nessa linha de raciocínio, observamos nas consultas e até mesmo no dia-dia que, no atendimento ambulatorial à clientela de uma instituição pública, a maioria dos atendidos não realiza a prevenção da doença.

Todavia, o fato importante é que muitos profissionais não orientam os homens para realizar o exame do toque retal, pois há uma recomendação do Ministério da Saúde para a realização anual dessa conduta pela clientela com idade a partir dos 40 anos (BRASIL, 2008).

Esse problema exige uma atenção especial dos profissionais à saúde do homem, com o sentido de adotar medidas assistenciais envolvendo estratégias educativas para a promoção da saúde e da qualidade de vida, além de se esclarecer ou incorporar em sua prática profissional as diretrizes emanadas das políticas públicas de saúde.

A identificação dos sentimentos de vergonha e inibição, compartilhados por homens e mulheres, reacende a perspectiva da diferença entre os gêneros e da idéia de que existem assuntos de mulheres e assuntos de homens. E que, para esses assuntos, homens e mulheres organizam-se com seus pares, compartilhando seus segredos. Frente à temática da

sexualidade, ressaltam-se os anseios pela privacidade, pelo segredo, pela possibilidade de escolher quem pode participar da “conversa de homem” e da “conversa de mulher”. Os homens são socializados para falar da mulher e não com a mulher, comentar suas façanhas sexuais, exercitando sua ludicidade no contato com os ideais de disputa, competição e vitória (IVO; FALLEIRO; IZILDINHA, 2005).

*Apesar de o homem ter o “eu”, sente bastante vergonha e timidez para se submeter ao exame.*

Então, aparece ainda a dificuldade dos homens em procurarem o serviço de saúde em função da vergonha, associada a um sinal de fraqueza. Com relação aos sentimentos de vergonha aparecem ainda no contexto da prevenção do câncer de próstata, dos exames e da percepção dos homens sobre os mesmos. Percebemos como o gênero influencia tal discurso.

Como já vimos anteriormente essas expressões de timidez, vergonha de se expor e resistência, é utilizado como recurso para justificar o comportamento masculino de não estar cuidando da saúde. Tais expressões de resistência masculina ao auto-cuidado, ocultam um receio de transparecer fraqueza, feminilidade que são temidos pelo homem.

Ainda no âmbito das distinções ancoradas na cultura, a força e a virilidade identificadas como atributo do masculino. O machismo, ideologia predominante justifica em parte o fato deles serem mais acomodados, realmente só procuram a unidade, quando estão doentes. O homem não é visto para a realização de exames de rotina, de cuidados preventivos, como já fora explicitado. Por vezes as próprias mulheres ou familiares são responsabilizados por esses momentos.

*O machismo e falta de acesso, existe uma grande dificuldade de procurar, pois tem que ir para o medico que lhe encaminha a outro. Assim, entre morrer e fazer o exame, é claro que eu não quero morrer agora.*

O pensamento machista muitas vezes fala mais alto que a própria saúde, prejudicando-os por adiar as consultas especializadas aumentando o risco do desenvolvimento das doenças para estágios avançados. Constrangimento, preconceito e machismo, são elementos que na maioria das vezes impedem os homens a realizar o exame de próstata com o toque retal, por isso diagnosticar alguma alteração no órgão, sem utilizar o método tradicional, tornou-se uma alternativa difícil.

Frente a esse cenário, abrem-se possibilidades relacionadas à transformação da intimidade, terreno tenso e confuso para o homem devido ao fato de os homens comumente pouco conhecerem as dimensões do contato, da proximidade, da troca, da solidariedade e da cumplicidade. Assim, independentemente de existir ou não a crise da masculinidade, o fato é

que, paralelamente aos resquícios dos padrões patriarcais para uns e a vigência desses padrões para outros, experimentamos atualmente a possibilidade de construirmos a sexualidade masculina a partir de outros referenciais (GOMES, 2003).

Durante a identificação do conhecimento dos usuários relacionado com o câncer de próstata e o exame do toque retal, muitos demonstraram não conhecer o assunto, uma vez que aparentavam desconhecer a etiologia e possíveis sinais e sintomas característicos, bem como a conduta para detectá-la precocemente. Apenas um homem sabia informar, conforme é evidenciado no discurso

*Os sintomas são: ir ao banheiro muito e não urinar, só aquele pinguinho, sentir dores assim por baixo, nódulo.*

Porém, de maneira geral observou-se nos depoimentos a desinformação da clientela como sendo um fator que dificulta o acesso às medidas de promoção da saúde.

Sabe-se que os sinais e sintomas são pontos cruciais para o diagnóstico do câncer de próstata e faz com que o homem procure atendimento imediato. Como também saber a importância do toque retal, já que de acordo com Vieira (2008) o antígeno prostático específico (PSA) não é específico do câncer de próstata. Isoladamente, o PSA pode ter um valor preditivo em torno de 30%. O PSA também se encontra elevado nos casos de prostatite aguda ou crônica, infecção do trato urinário, como também após andar de bicicleta, ou manter relações sexuais (por um período de 24 horas).

Desta forma, pode-se afirmar que o exame do toque retal é uma medida preventiva de baixo custo. No entanto, é um procedimento que mexe com o imaginário masculino, podendo até afastar inúmeros homens da prevenção do câncer de próstata.

O questionamento relacionado à escolha de fazer ou não o exame do toque, bem como os outros, convergindo para pensar nas consequências para o homem:

*Pode pegar, mas também possa ser que não adquira a doença. Eu acho que pega o câncer de próstata.*

Por fim, Cardoso et al complementa que (2009 apud, SANTOS, 2006) atualmente o diagnóstico do câncer de próstata se baseia no toque retal, nos níveis sanguíneos do antígeno prostático específico (PSA) e na ultra-sonografia transretal, porém nenhum deles é sensível e específico o suficiente para ser usado sozinho na definição da conduta a ser tomada em relação ao paciente.

Outra questão que envolveu os usuários na discussão foi o medo da morte, gerando de certa forma certo grau de preocupação, já que o número de casos de câncer de próstata tem

aumentado de maneira considerável em todo o mundo, configurando-se, na atualidade, como um dos mais importantes problemas de saúde pública.

*A morte, se pegar o câncer de próstata, morre.*

O câncer é um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, representando cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo (GUERRA; GALLO e MENDONÇA, 2005).

Portanto, os homens têm a idéia da magnitude da doença que os envolve, mas infelizmente são influenciados pela cultura machista e ignoram a doença e os dados alarmantes. Mas, espera-se que com a implementação da nova política possa significar uma importante contribuição para a saúde do homem, pois, deverá despertar nos profissionais e nos acadêmicos para um cuidado humanizado voltado ao público masculino.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos relativos aos homens e sobre a masculinidade ganharam relevância nas abordagens de gênero. A relação homem e saúde é objeto de atenção nos meios acadêmicos e também no contexto dos serviços, especialmente, nas análises da sexualidade.

Neste sentido, sobressai a representação dos profissionais sobre os homens centrados na forte presença de um padrão hegemônico de masculinidade, que influencia o pouco envolvimento destes com os cuidados em saúde. A existência de um modelo estereotipado de gênero acarreta a produção de desigualdades entre homens e mulheres na assistência a saúde e compromete a visibilidade de outros significados e expressões de identidades de gênero.

Este trabalho ancora-se na discussão sobre saúde e masculinidade. Abordando a masculinidade e como a socialização masculina pode fragilizar ou mesmo afastar os homens das preocupações com o autocuidado e a busca dos serviços de saúde na atenção primária. A necessidade da população masculina frente à atenção primária à saúde é considerado algo bastante alarmante, pois a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível de contato com o sistema de saúde. Com isso, a ideologia influenciada pelo patriarcado afeta os homens de um modo geral.

Corroborando essa necessidade o fato de a atenção primária em saúde, no Brasil, ser vista como a assistência provida pela rede horizontalizada de serviços de saúde pública, os centros de saúde ou unidades básicas serem voltados, historicamente, para os cuidados maternos e infantis, deixando de certa forma a população masculina à margem da assistência.

Nesse sentido, o presente trabalho se debruçou em discutir a ausência e ou invisibilidade masculina nos serviços de atenção primária à saúde, com conseqüente ausência da inclusão dos homens nos cuidados preventivos, inclusive no tocante ao exame do toque retal, enfocando o câncer de próstata.

Com base nas informações e nos dados coletados, pode-se afirmar que a hipótese foi atingida. Porém, os usuários destacaram outro problema, a organização dos serviços, sendo esse relatado pelos participantes.

Todavia, para uma melhoria na organização e atenção à população masculina, os profissionais devem ser capacitados e procurar ter uma visão holística acerca do homem e saber aproveitar presença no serviço em todos os momentos como, por exemplo, na entrega dos medicamentos de rotina ou atestado médicos aproximando-os do serviço de saúde.

Nesta reflexão, evidenciou-se que as recomendações dos usuários trazem demandas que se expõe principalmente a lacunas dos serviços para promover um atendimento

especificamente voltado para homens. Trabalhar nessas questões pode possibilitar a transformação das práticas excludentes, que existem atualmente.

Nesse aspecto, o papel fundamental que a enfermagem vem ampliando, a cada dia, o seu espaço na área da saúde, tanto no contexto nacional quanto no cenário internacional. O enfermeiro assume atribuições cada vez mais decisivos, no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões.

Esse estudo também mostrou experiência do grupo focal de extrema importância, onde possibilitou compreender que os entrevistados dessa pesquisa apresentaram os seguintes motivos para o fato de os homens não procurarem os serviços de saúde: em nível primário e no que se refere ao câncer de próstata, os serviços eram mais voltados para mulheres e crianças; os homens em geral tinham vergonha de se expor, não havia um setor só para homens serem atendidos; não foram educados para se cuidarem; o exame do toque retal amedronta o ser homem, a identidade da masculinidade; indignados com a forma de atendimento e com descrença na resolutividade.

Entende-se que no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) as escassas ações focadas nos homens são, em regra, voltadas a homens jovens, particularmente, enfatizando aspectos relativos à sexualidade ou a homens idosos tratando de contextos específicos do envelhecimento ou doenças crônicas. E, embora, a APS venha sofrendo modificações por meio da criação de programas, o estudo realizado reforça que essas estratégias não estão produzindo, efetivamente, ações que incorporem os cuidados para homens, especialmente quanto ao segmento adulto, a partir de uma perspectiva das masculinidades e da integralidade do cuidado.

De uma forma geral, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) avançou na dimensão do acesso, aumentando a oferta das ações de saúde para grande parte da população e representando atualmente, a porta de entrada no sistema de saúde. O surgimento da política nacional de atenção integral a saúde do homem foi um grande avanço que deve ser destacado, mais ainda não foi introduzido nas unidades básicas com eficácia, tem muito para amadurecer.

Por isso, constata-se a necessidade de realizar outros estudos voltados para a percepção de homens usuários da atenção básica sobre o atendimento a eles prestado, uma vez que, na literatura, a diversidade de autores é pouca, em termos de realidade nacional. Acredito que esse trabalho possa melhorar a compreensão da sociedade e levar essas informações para a população masculina.

Contudo, espera-se com toda essa exposição, ter sido capaz de pôr em evidência alguns aspectos fundamentais para o entendimento do que possa significar o desafio da hegemonia masculina na produção de cuidados à saúde, mas principalmente ter demonstrado a elevada potencialidade do enfoque de gênero no processo trabalho em saúde em nível primário.

## REFERÊNCIAS

ABREU, B. A. L. et al. Cintilografia óssea no câncer de próstata. **Radiol Bras.** v.38, n.5, São Paulo, 2005.

ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

ARAÚJO, M. F. S.; OLIVEIRA, F. M. C. A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, n. 14, Paraíba, 2009.

BERTOLAZZI, C. **A saúde do homem:** Como fugir de uma péssima estatística. Disponível em: <[http://www.itu.com.br/conteudo/detalhe.asp?cod\\_conteudo=22304](http://www.itu.com.br/conteudo/detalhe.asp?cod_conteudo=22304)> Acesso em: 10/maio/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 56 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **MS lança Política Nacional de Saúde do Homem.** Brasília – DF; MS, 2009a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=10490](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10490)>. Acesso em: 10/maio/2010.

\_\_\_\_\_. **Instituto Nacional do Câncer.** Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009b.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem:** Princípios e Diretrizes. Brasília DF; MS, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 10/maio/2010.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciênc. Saúde coletiva.** v.10, n.1, Rio de Janeiro, 2005.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. I. M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. **Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2007.

CARDOSO, C. M. G et al. Câncer de próstata na perspectiva da literatura. In: 61 CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 2009. Trabalho **2595 - 1/3**. Fortaleza: [s.n.], 2009.

CARNIELLO, J. V. S. **PSA – Antígeno Prostático Específico**. Disponível em: <<http://www.sbu-sp.org.br/site/index.php/psa-antigeno-prostatico-especifico.html>>. Acesso em: 12/maio/2010.

CARRACA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção a saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v.19, n.3, Rio de Janeiro, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEM). Resolução 272, de 27 de agosto de 2002. **Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde**, Rio de Janeiro: COFEN, 2002.

\_\_\_\_\_. Resolução 311, de 08 de janeiro de 2007. **Revoga a Resolução COFEN nº 240/2000 – Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**, Rio de Janeiro: COFEN, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **Aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos**, Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <<http://www.pppg.ufma.br/departamentos/comitedeetica/resolucao196.pdf>>. Acesso em: 18/maio/2010.

COSTA, W. G. A.; MAEDA, S. T. Repensando a Rede Básica de Saúde e o Distrito Sanitário. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 57, Rio de Janeiro, 2001.

COTTA, R. M. M et al. Atenção Primária à Saúde – a ‘menina dos olhos’ do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2009.

CRUZ NETO, O. C.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. **Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação**. Minas Gerais, 2002.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA – SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Programa Saúde da Família – Informes Técnicos Institucionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. v. 34, n. 3, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000300018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018)>. Acesso em: 20 abr. 2010.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDRE, M. V.; ANDRADE, S. M. O. Opções Teórico- Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. **Rev. Saúde Soc.** v.18, n.4, São Paulo, 2009.

FIGUEIREDO W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc Saúde Coletiva**, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2006.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública**, vol.24, Rio de Janeiro, 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (5): 901-911, maio, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/03.pdf> > Acesso em: 10/maio/2010.

\_\_\_\_\_. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.7, Rio de Janeiro, Jul, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/10.pdf>> Acesso em: 10/maio/2010.

GOMES et al. Os homens não vêm! Interpretação dos profissionais de saúde sobre ausência e ou invisibilidade masculina nos serviços de atenção primária do rio de janeiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2008a. Disponível em: <[http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=3246](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3246)> Acesso em: 20/outubro/2010.

\_\_\_\_\_. **A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura.** Ciênc. saúde coletiva v.13 n.1 Rio de Janeiro, 2008b. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000100027&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000100027&script=sci_arttext)> Acessado em: 10/maio/2010.

\_\_\_\_\_. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Ciênc. saúde coletiva.** v.13, n.6, Rio de Janeiro nov./dez. 2008c. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000600033&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600033&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em: 10/maio/2010.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.8, n.3, São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n3/17463.pdf>> Acesso em: 10/maio/2010.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública.** v.23, n.3, Rio de Janeiro, Mar, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>> Acesso em: 10/maio/2010.

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. M.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_51/v03/pdf/revisao1.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf)> Acesso em: 10/maio/2010.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Situação do Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2006.

IVO, F.; FALLEIRO, F. S.; IZILDINHA, S. O. Fatores Que Interferem Na Aceitação Do Exame Preventivo De Câncer De Próstata. In: 56 CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 2004. Resumo dos Trabalhos. Brasília: [s.n.], 2005.

KUARNE, H. et al. Marcadores moleculares de suscetibilidade para o câncer de próstata. In: 54º Congresso Brasileiro de Genética, 2008. Resumo do Trabalho. Salvador-BA: [s.n.], 2008.

LAURENTI R.; MELLO-JORGE M. H. P.; GOTLIEB S. L. D. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência Saúde Coletiva**, 2005.

LEFREVE, F.; LEFREVE, A. M. C.; MARQUES, M. C. C. **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**, v14, n.4, São Paulo-SP, 2009.

MACHIN, R et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas S.A, 2006.

MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciênc. saúde coletiva**. v.14. Rio de Janeiro, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 7°.ed. São Paulo; Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem**. 3°. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. V.8.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, São Paulo, 2001.

\_\_\_\_\_. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva de promoção da saúde. In: ANAIS DO I SEMINARIO ESTADUAL: O ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2000; São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde, 2000.

PEREIRA, A. K. D. Saúde do Homem: Até onde a masculinidade interfere. In: II SEMINARIO NACIONAL: GENERO E PRATICAS CULTURAIS. Paraíba – PB: [s.n.], 2009.

RADIS, comunicação em saúde. **Saúde do homem: nova política de atenção quer levar “sexo forte” aos postos**. Nº 74. Rio de Janeiro, Outubro de 2008.

RICHARDSON, Roberto S. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3°.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

RIBEIRO, A. M.; OPARACZ, V.; CULIBABA, M. M. Papel da enfermagem com pacientes portadores de câncer de próstata. Paraná: [s.n.], 2006.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

RESSEL, L. B et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto contexto - enferm.** v.17 n.4 Florianópolis, 2008

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23<sup>o</sup>.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SENSSULINE, V. L.; FOSSA, A. M. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): dificuldades e facilidades para sua implantação e operacionalização com gestantes, puérperas e crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família. In: 16<sup>o</sup> CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2008; [s.l.:s.n], 2008.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**. v.10, n.1, Rio de Janeiro, 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9<sup>o</sup> ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2002.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação do Programa de Saúde do Adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001.

TEXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232005000300016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232005000300016&script=sci_arttext)> Acesso em: 3 de novembro 2010.

TOFANI, A. C. A.; VAZ, C. E. Câncer de próstata, sentimento de impotência e fracassos ante os Cartões IV e VI do Rorschach. **Revista Interamericana de Psicologia**. v.41, n.2, Porto Alegre: 2007.

VIEIRA, L. J. E. S et al. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. **Ciênc. saúde coletiva**. v.13, n.1, Rio de janeiro, 2008.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

“Concepções de usuários acerca do acesso aos serviços de atenção primária e ações preventivas do câncer de próstata”

### ROTEIRO DE DEBATE

**Questão-chave 1) Que motivos podem influenciar o homem a não procurar os serviços de saúde em nível primário?**

- Relação com o acesso ( )
- Relação a organização dos serviços de saúde ( )
- Relação com a masculinidade ( )
- Relação com o trabalho ( )
- O homem gosta do serviço que é ofertado a ele em nível primário? Por quê?( )
- O que o homem poderia sugerir como propostas para facilitar o acesso dele ao serviço de saúde em nível primário? ( )
- Solicitar exemplos ( )

**Questão-chave 2) Para o homem o que é câncer de próstata? E toque retal?**

- O homem em sua maioria submete-se ao exame do toque retal? Por quê? ( )
- Que obstáculos podem ser encontrados pelo homem para se submeter ao exame de toque retal?
- A não realização do exame do toque retal pode ter que consequências na vida do homem?

## APÊNDICE B

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada **CONCEPÇÕES DE USUÁRIOS ACERCA DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E AÇÕES PREVENTIVAS DO CÂNCER DE PRÓSTATA**. Está sendo desenvolvido por Marco Antonio de Castro Bezerra, aluno do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE sob a orientação da Professora Esp. Lorrainy da Cruz Solano. A mesma apresenta o seguinte objetivo: Analisar a concepção dos usuários acerca da saúde do Homem em nível primário, enfocando a prevenção do câncer de próstata. Como também, investigar os aspectos que influenciam no acesso do homem ao serviço de saúde da atenção primária. E por fim, identificar a compreensão dos usuários acerca das ações preventivas de câncer de próstata no que se refere aos obstáculos à realização do toque retal e as consequências.

A realização dessa pesquisa só será possível com a sua participação a partir do seu consentimento, por isso solicitamos sua contribuição. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Além disso, o referido trabalho não oferece nenhum risco a sua integridade física e moral.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de um Roteiro de debate, esse roteiro deve respeitar o tempo de duração proposto de 1 (uma) a 2 (duas) horas de cada sessão, onde o senhor participara com o levantamento de algumas questões relacionadas ao tema, para a técnica atingir pleno êxito, será necessário o desenvolvimento de algumas funções inerentes, sendo o mediador, relator, operador de gravação, observador, transcritor de fitas e digitador. Então, a aplicação desta técnica não é necessária que um participante execute somente uma função. Os mesmos farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do senhor será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a responder ou fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor na realização dessa pesquisa.

---

---

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, concordo em participar dessa pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Mossoró, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2010.

---

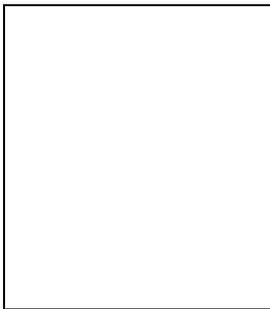
Prof<sup>a</sup> Esp. Lorrainy da Cruz Solano<sup>1</sup>  
Pesquisadora Responsável

---

Marco Antonio de Castro Bezerra  
Pesquisador Participante

---

Participante da pesquisa/Testemunha



<sup>1</sup> Presidente Dutra, nº 701 – Alto São Manuel – Mossoró – RN.  
Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades de Enfermagem Nova Esperança  
Av: Frei Galvão, 12, Gramame, João Pessoa-PB  
CEP: 58067-99

# ANEXO