

CAROLINA PIMENTEL MACHADO

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES ENCAMINHADOS A UM
CENTRO ESPECIALIZADO EM SAÚDE DO HOMEM: REFLEXÃO DE GÊNERO
EM BIOÉTICA

Dissertação de mestrado do
Programa de Pós Graduação em
Bioética, Ética Aplicada e Saúde
Coletiva das Instituições
associadas UERJ, UFRJ, UFF e
FIOCRUZ.

Orientador: Prof^o Dr^o Aluísio Gomes da Silva Júnior

Co-orientadora: Prof^a Dr.^a Cláudia Regina Ribeiro

Rio de Janeiro

MAR/2016

CAROLINA PIMENTEL MACHADO

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES ENCAMINHADOS A UM
CENTRO ESPECIALIZADO EM SAÚDE DO HOMEM: REFLEXÃO DE GÊNERO
EM BIOÉTICA

Dissertação apresentada à Universidade
Federal

Fluminense como requisito parcial à
obtenção do

Título de Mestre em Bioética, Ética
Aplicada e

Saúde Coletiva.

Aprovado em _____ de _____ de _____.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Aluisio Gomes da Silva Junior (Orientador)

Universidade Federal Fluminense

Prof^a. Dr^a. Cláudia Regina Ribeiro (Orientador)

Universidade Federal Fluminense

Prof^a. Dr^a. Elizabeth Rose Costa Martins

Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Alexandre da Silva Costa
Universidade Federal Fluminense

“Nem todos podem integrar plenamente uma sociedade sócio-política. Nem todos podem determinar um projeto de vida ou mesmo deliberar sobre sua própria existência. Mas todos têm algo a revelar sobre si próprio e, certamente, possuem também uma forma melhor de estar no mundo que podemos ajudar a construir.” (Dias, M.C.)

Dedicatória

Dedico essa dissertação àqueles que souberam entender as ausências e

sempre apostaram no meu crescimento. À minha mãe Ivani. Ao meu pai, Luiz. E a uma grande amiga Cristina. Em especial, dedico aos pacientes que passam pelo câncer de próstata, que sabem exatamente o que é ter garra e vontade de viver.

AGRADECIMENTO

Manifesto aqui minha gratidão à minha avó materna pelo carinho, incentivo e risadas constantes, a meu falecido avô, que tenho certeza que de onde ele estiver ele olha por mim, e aos meus avós paternos por me mostrarem a cada dia a importância de saber viver essa vida, me ensinando com sua(s) sabedoria(s) infinita(s) a importância de ser íntegro, de agregar conhecimento e principalmente amor no mundo em que vivemos.

Agradeço as pessoas que trabalham comigo, no Hospital Universitário Pedro Ernesto, na Policlínica Piquet Carneiro e no IECAC - Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro, pela incrível parceria e ajuda em todo esse tempo. Da compreensão e das vivências diárias que resultam no aprendizado constante.

Agradeço ao Profº Drº Aluísio Gomes da Silva Júnior pela paciência e parceria, por me ajudar e acompanhar no aprofundamento do meu conhecimento. Agradeço a minha co orientadora Profª Dr.ª Cláudia Regina Ribeiro por ter aceitado o convite de me orientar nessa tese e pela forma tão dedicada e carismática que ela faz. Meus respeitosos agradecimentos a banca, a minha Professora e Dª Elizabeth Rose Costa Martins e ao Profº Drº Alexandre da Silva Costa, por me avaliarem e com isso me dar a oportunidade de crescimento e evolução.

Agradeço à minha família, o pilar essencial para que eu acorde todos os dias com vontade de fazer diferente. Não estaria onde estou se não fosse por eles. Eles representam a minha raiz e de lá começa a minha evolução, são os que mais compartilham da minha felicidade. Obrigada por nunca me deixarem desanimar mostrando sempre que posso ser melhor a cada dia e a minha sobrinha, pela inteligência e carisma me faz acreditar, sim, que o presente e o futuro podem ser ainda melhores principalmente se trabalharmos a educação de nossos pequenos.

Agradeço aos meus amigos, fiéis companheiros, família escolhida pelo coração. É necessária muita paciência, e eles sabem exatamente como me compreender. Obrigada pelo apoio de sempre, por fazerem minha caminhada ser mais descontraída e feliz. Meus sinceros agradecimentos por tanto amor, pois é com ele que meus olhos enxergam um mundo mais bonito e acolhedor. Por fim, agradeço à vida a oportunidade de estar aqui e poder dar visibilidade as dificuldades enfrentadas por esses pacientes.

RESUMO

Trata-se de um estudo sobre as reflexões bioéticas acerca das questões que envolvem o acesso da população masculina aos serviços de saúde, articuladas às desigualdades de gênero. A **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** existe desde 2008, o que torna necessárias as discussões e reflexões sobre sua implementação. Entre as neoplasias, o câncer de próstata é o tipo mais predominante na população masculina, merecendo destaque nas discussões. Por esse motivo foi traçado o Itinerário Terapêutico de pacientes encaminhados ao Centro Atenção à Saúde do Homem na Policlínica Piquet Carneiro, após a realização da biópsia de próstata, com resultado positivo. Os sujeitos da pesquisa foram os homens para aproximar a realidade de saúde dessa população no país, tanto no que diz respeito a compreensão do processo saúde – doença, desigualdades de gêneros e as formas de organização do Sistema de Saúde. Trazendo como objetivos: Avaliar o perfil da clientela que busca atenção ao serviço de Assistência à Saúde do Homem; Discutir as facilidades e dificuldades do acesso; Demonstrar as consequências da Desigualdade de Gênero; Contribuir para o aperfeiçoamento da gestão e do cuidado à esta população. Na 1ª etapa foram analisados 142 prontuários, traçado as características dos pacientes no ano de 2014 e após foram feitas entrevistas com sete pacientes e traçado o itinerário terapêutico. Do total de 142 prontuários, cinco tiveram que ser excluídos por falta de dados para avaliação, desses 137, 61 pacientes o resultado foi positivo para Câncer correspondendo a um total de 44,5% e 76 pacientes tiveram o resultado negativo, correspondendo a 55,5% da amostra. O resultado da pesquisa mostrou que os pacientes ficam em média um ano e seis meses para ter acesso ao diagnóstico de câncer de próstata e um mês, após receber o

diagnóstico, para ter acesso ao tratamento. Para auxiliar na análise de dados usamos análise de conteúdo e foram criadas três categorias: Desigualdade de gênero no Acesso a Saúde, Dificuldade de acesso ao Diagnóstico de Câncer de próstata e Facilidade de Acesso ao Tratamento. Por fim, destacou-se que as dificuldades de acesso encontradas pela população masculina não podem ser atribuídas de modo unilateral as suas questões sócio culturais uma vez que as políticas públicas também não atentaram para as demandas e necessidades dessa população.

Descritores: Acesso, Saúde do Homem, Câncer de próstata, bioética, Gênero.

ABSTRACT

This study refers to the bioethical reflection regarding the access problem and inequality of genders specifically in the masculine population. Taking into consideration that there is the **National Policy of Whole Assistance to Men's Health** since 2008, it is recente, which makes necessary the discussion and reflections about the implementation of this Policy. Among the neoplasias, prostate câncer is the most predominant in the male population, deserving to highlight its discussion. For this reason it was tracked the Therapeutical Itinerary of patients forwarded to the Center Assistance of Men's Health in Policlínica Piquet Carneiro, after the biopsy of prostate with positive result. The subjects of the research were men to approach the reality of health in this population in the country, both in terms of comprehension in the procedure health-disease, inequalities of genders and ways of organization of the Health System. Presenting as objective: Evaluate the profile of the clients that search for the attention of the service of Assistance to Men's Health; Debate the advantages and difficulties of access; Demonstrate the consequences of gender inequality; Contribute to the improvement of the management and care to this population. In the 1st stage, 142 medical records were analyzed, tracing the profile of patients in 2014 and after interviews were made with seven patients and stroke the therapeutic itinerary. Of the total of 142 records, 5 had to be excluded for lack of data for evaluation, these 137, 61 patients the result was positive for cancer corresponding to a total of 44.5% and 76 patients had negative result, corresponding to 44,5% of the sample. The survey results showed that patients stay on

average one year and six months to gain access to the diagnosis, and 1 month after receiving the diagnosis , to have access to treatment. Based on the analysis we were created three (3) major categories : Gender Disparities in Access to Health Lack of access to cancer diagnosis prostate and Treatment Access Facility. Finally, it was highlighted that the difficulties of access encountered by the male population should not be attributed unilaterally their socio cultural issues as the public policies also understood not the demands and needs of this population .

Keywords: Access, Men's Health, Prostate cancer, bioethics, gender.

RESUMEN

Este es el estudio de la reflexión bioética al problema del acceso y la desigualdad de género específicamente la población masculina. Toma cuenta que La **Política Nacional de Atención Integral a la Salud de los Hombres** ha existido, no Brazil, desde 2008 es nuevo, lo que hace que las discusiones y reflexiones necesarias sobre la aplicación de esta política. Entre los tipos de cáncer, el cáncer de próstata es el tipo más frecuente en la población masculina, mereciendo más destacado de los debates. Por esta razón, fuelaruta Terapia Ruta de los pacientes remitidos al centro de Atención a La Salud de los Hombres Policlínico Piquet Carneiro, después de realizar la biopsia de próstata, con resultados positivos. Los sujetos de La investigación fueron los hombres de acercarse a la realidad de la salud de esta población en el país, tanto en lo que se refiere a la comprensión de la salud - enfermedad, la desigualdad de géneros y formas de la organización del sistema de salud que traen los siguientes objetivos: Evaluar primerel perfil de los clientes que busca nun servicio de Asistencia para La atención a los hombres de la Salud; Comenta las ventajas y dificultades de acceso; Demostrar las consecuencias de la desigualdad de género; Contribuir a la mejora de la gestión y La atención a esta población. En la primera fase se analizaron 142 historias clínicas, trazando el perfil de los pacientes en 2014 y fueron hechos después de entrevistas consiete pacientes y acariciar elitinerario terapéutico. Del total de 142 registros, 5 tuvieron que ser excluidos por falta de datos para La evaluación, estos 137, 61 pacientes

el resultado fue positivo para el cáncer que corresponde a un total de 44,5% y 76 pacientes tuvieron resultado negativo, lo que corresponde a 44,5% de La muestra. Los resultados del estudio mostraron que los pacientes permanecen enpromediounaño y seis meses para tener acceso al diagnóstico, y 1 mes después de recibir el diagnóstico , para tener acceso al tratamiento. Con base en el análisis que se crearon tres (3) categorías principales: las disparidades de género en el acceso a la salud La falta de acceso a la próstata diagnóstico de cáncer y de las instalaciones de Acceso al Tratamiento . Por último, se destacó que las dificultades de acceso encontrados por la población masculina no deben atribuirse de manera unilateral sus problemas socioculturales como las políticas públicas también entendieron no las demandas y necesidades de esta población.

Palabras clave: Acceso, Salud de los Hombres, cáncer de próstata, de bioética, de género.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

CASH - Centro de Assistência a Saúde do Homem

INCA - Instituto Nacional

PSA - Antígeno prostático específico

IT - Itinerário Terapêutico

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

SISREG - Sistema Nacional de Regulação

CMS - Centro Municipal de Saúde

RTU - Ressecção Transuretral

CVD – Cateter vesical de demora

HF – histórico Familiar

CA - Câncer

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CNS- Cartão Nacional de Saúde

UFF- Universidade Federal Fluminense

UERJ - Universidade Estadual do Rio de Janeiro

CACON - Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

UNACON - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Relação de CACON e UNACON do estado do Rio de Janeiro.

Quadro 2: Total de pacientes por diagnóstico.

Quadro 3: Total de pacientes por faixa etária.

Quadro 4: Total de pacientes por Raça.

Quadro 5: Perfil dos pacientes que foram traçados os Itinerários Terapêuticos.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Topografias mais frequentes em adultos (acima de 19 anos), 2000 a 2006.

Tabela 2: Topografias mais acometidas pelo câncer, segundo o sexo masculino, 2000 a 2006 (BRASIL, 2011).

Tabela 3: Taxas de mortalidade das cinco localizações primárias frequentes, por 100.000 homens, Brasil, entre 2008 e 2012 (BRASIL, 2014a).

1-INTRODUÇÃO

A motivação que deu ensejo a este trabalho foi a falta de qualidade e defasagem na aplicação das políticas públicas voltadas à saúde do homem, principalmente aquelas que são relacionadas ao câncer de próstata. Apesar de significativos avanços tecnocientíficos da Biomedicina, ainda se verificam homens morrendo prematuramente face ao estágio avançado de inúmeras doenças.

Trabalhando com este público, em especial ouvindo seus relatos e vivendo essa difícil realidade, envolvi-me com o tema da desigualdade no acesso à saúde e ainda, de suas repercussões na vida do homem com câncer de próstata.

Sabe-se que o câncer de próstata não é a principal causa de mortalidade nessa população, mas é um dos principais motivos que levam os homens a acessarem o Sistema Único de Saúde – SUS. Dessa forma, torna-se uma das principais portas para que esse tipo de doente consiga atendimento especializado.

Pontos-chaves como a equidade no acesso e a justiça distributiva me fizeram pensar em construir algo que pudesse buscar respostas, sob a forma de aplicação de

políticas públicas, visando reduzir as iniquidades em saúde e proporcionar um acesso equânime ao tratamento dessa doença.

A relevância de trabalhar com esse tema tornou-se significativa quando comecei em minha prática profissional a ouvir relatos e pude perceber as inquietações dos pacientes quanto ao acesso ao SUS, dificuldades e desconhecimento. Percebia também que a relação paciente versus saúde era diferente entre homens e mulheres. Por isso, analiso não somente o itinerário terapêutico desse paciente no SUS, como também busco demonstrar as consequências da desigualdade de gênero na área da saúde. Achei importante trazer a fala dos personagens/autores, para dar mais visibilidade a essa população e entender por eles as dificuldades e as facilidades no que diz respeito ao acesso desses usuários aos serviços de saúde.

Sabe-se que a taxa geral de morbimortalidade entre os homens é maior que entre as mulheres, fato que se relaciona com o ato do autocuidado. De acordo com o Ministério da Saúde (2007), a cada 3 (três) mortes de pessoas entre 20 a 53 anos duas são de homens e a cada 5 (cinco) mortes de pessoas entre 20 a 30 anos 4 (quatro) são homens. Conforme o DataSus (2013), as principais causas são doenças do aparelho circulatório, causas externas (violências) e neoplasias, nessa ordem.

Entre as neoplasias, o câncer de próstata é o tipo mais predominante na população masculina, merecendo destaque nas discussões. Esses números revelam o quanto homens estão expostos e necessitam de uma política de saúde mais inclusiva.

A saúde do homem vem ganhando espaço nas políticas públicas, pois historicamente, no Brasil, suas ações eram voltadas especificamente para as mulheres, adolescentes, crianças e idosos. O cuidado à saúde do homem restringia-se a ações ligadas ao tratamento de doenças crônicas, como diabetes *mellitus* e hipertensão arterial.

Só em 2008 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH).

Por outro lado, culturalmente, homens não tem o hábito de se cuidarem, visto que a presença desses em serviços de saúde é pouco visível, até os dias atuais. A pesquisa de Gomes, Nascimento e Araújo (2007) buscou compreender as justificativas dos homens para esse fenômeno e a primeira delas foi associar o ato de cuidar à natureza feminina e não à masculina. Associado a isso, encontraram a dificuldade dos homens em verbalizarem o que sentem, podendo demonstrar fraqueza, outra característica dita como feminina. Justificativas em relação ao trabalho também se apresentaram como causa central.

Assim, estudos que buscam compreender a relação gênero e masculinidade vêm endossando o debate sobre saúde do homem. “Masculinidade é uma configuração prática em torno da posição dos homens nas relações de gênero” (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011, p.936) e, hoje, existe uma masculinidade culturalmente hegemônica que serve de modelo.

Portanto, a discussão de acesso aos serviços de saúde para população masculina deve ir além da construção de espaços físicos.

As políticas devem trabalhar a educação do homem na saúde, destacando investimentos em propagandas, incentivos para quebra de tabus, a importância do autocuidado, capacitação dos profissionais de saúde, entre outras ações. Tais ações, até mesmo, devem ser incorporadas entre os próprios trabalhadores de saúde, visto que mesmo inseridos nesse contexto, absorvem os mesmos preconceitos e tabus culturais que acabam inibindo os homens de buscar atendimento as suas doenças.

O acesso na área da saúde é o conjunto de circunstâncias que viabilizam, em qualquer nível de complexidade, a entrada do usuário na rede de serviços. Logo, esse acesso está relacionado às facilidades e às dificuldades de se obter um tratamento adequado. E, portanto, ligado às características da oferta e demanda dos recursos (FIOCRUZ, 2014).

O acesso é garantido pelo SUS, através do princípio da universalidade e é uma categoria central para análise da relação usuário/ serviço de saúde.

A base para a avaliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde, realizado, nesse estudo, se dá através da construção do itinerário terapêutico.

“A situação de saúde do homem apresenta um perfil desafiador no tocante as políticas públicas e destaca a necessidade de ampliar as discussões sobre a saúde desse grupo” (BARBOZA, 2013, p.13). Assim, faz-se necessário mais estudos envolvendo a visão dos usuários do sexo masculino em relação ao acesso aos serviços de saúde. Uma vez que, a PNAISH é relativamente nova e necessita de constantes avaliações das suas diretrizes.

2 - OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o Itinerário Terapêutico de pacientes encaminhados ao CASH com resultado de biópsia de próstata positiva.

2.2Objetivos específicos:

Analisar o perfil da clientela que busca atenção ao serviço de Assistência à Saúde do Homem;

Discutir as facilidades e dificuldades do Acesso;

Demonstrar as consequências da Desigualdade de Gênero;

Contribuir para o aperfeiçoamento da gestão e do cuidado à esta população;

O objeto desse estudo é a construção do itinerário terapêutico de homens com resultado da biopsia de próstata positiva, a fim de avaliar o acesso desses usuários ao Centro de Atenção à Saúde do Homem (CASH), da Policlínica Piquet Carneiro.

3 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Aspectos epidemiológicos do câncer de próstata

O Instituto Nacional de Câncer (Inca) divulgou no Informativo Vigilância do Câncer, as seis localizações mais frequentes acometidas pelo câncer, em ambos os sexos, adultos, na população brasileira (Tabela 1). Diante do exposto, o câncer de próstata é o quarto câncer mais frequente no Brasil (BRASIL, 2011).

Tabela 1: Topografias mais frequentes em adultos (acima de 19 anos), 2000 a 2006

Código da CID-O e Descrição	N	%
C50 - Mama	41.453	16,9
C53 - Colo do útero	34.591	14,1
C44 – Pele	31.925	13,0
C61 – Próstata	20.315	8,3
C18-20 - Cólon, junção retossigmoide e reto	12.757	5,2
C33-34 - Traqueia, brônquios e pulmões	12.079	4,9

Fonte: IntegradorRHC

Brasil, Instituto Nacional do Câncer/Ministério da Saúde. Informativo Vigilância do Câncer. Panorama da assistência oncológica no Sistema Único de Saúde a partir das informações do IntegradorRHC, 2011.

Com relação ao sexo, entre as mulheres, destacam-se as neoplasias da mama e do colo do útero, sendo responsáveis por mais de 50% dos casos; já entre os homens, dentre os tipos de cânceres que mais acometem o sexo masculino (Tabela 2), o câncer da próstata é o mais frequente e, representa 18,5% do total de casos (BRASIL, 2011).

Tabela 2: Topografias mais acometidas pelo câncer, segundo o sexo masculino, 2000 a 2006 (BRASIL, 2011).

Topografia	N	%
Próstata	20.327	18,5
Pele	17.478	15,9
Traqueia, brônquios e pulmões	8375	7,6
Sistemas hematopoético e reticuloendotelial	6.086	5,5
Cólon, junção retossigmoide, reto	6.045	5,5
Estômago	5.660	5,1
Laringe	5.239	4,8
Esôfago	5.105	4,6
Linfonodos	3.827	3,5
Bexiga	2.654	2,4

Fonte: Brasil, Instituto Nacional do Câncer/Ministério da Saúde. Informativo Vigilância do Câncer. Panorama da assistência oncológica no Sistema Único de Saúde a partir das informações do IntegradorRHC, 2011.

Entretanto, com relação à mortalidade, pode-se perceber que os locais mais acometidos não são necessariamente os locais classificados com maiores taxas de morbi-mortalidade. Dessa forma, as maiores taxas de mortalidade apresentadas no Brasil, segundo localizações topográficas frequentes de cânceres, em homens, estão apresentadas na Tabela 3 (BRASIL, 2014a).

A taxa de mortalidade por câncer de próstata apresentou variação de 13,25 a 13,65 por 100 mil homens nos últimos 5 (cinco) anos (2008-2012), representando, neste período, a segunda maior taxa de mortalidade por algum tipo câncer (BRASIL, 2014a).

Tabela 3: Taxas de mortalidade das cinco localizações primárias frequentes, por 100.000 homens, Brasil, entre 2008 e 2012 (BRASIL, 2014a).

Ano	Brônquios e pulmões	Próstata	Estomago	Esôfago	Fígado e vias biliares intra-hepáticas
2008	15,83	13,57	9,88	6,67	4,73
2009	15,47	13,26	9,73	6,59	4,92
2010	15,12	13,25	9,44	6,55	4,85
2011	15,01	13,50	9,36	6,54	4,98
2012	15,54	13,65	9,39	6,53	5,46

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Estatísticas do Câncer – Programa de Epidemiologia e Vigilância do Câncer e seus fatores de risco: Atlas de Mortalidade por Câncer, 2014.

A taxa de mortalidade específica para neoplasia de próstata, em 2011, no Brasil, segundo dados do DATASUS, foi de 13,9%, sendo este considerado a segunda causa

mais comum de morte por câncer entre os homens, representando aproximadamente 1% dos óbitos masculinos. Os óbitos registrados nesse mesmo ano de 2011 e que foram devido à neoplasia de próstata, no Brasil, correspondeu a 13.129 óbitos (BRASIL, 2012).

O Rio Grande do Norte foi o estado brasileiro que apresentou a maior taxa de mortalidade (19,8%), enquanto que o Amapá apresentou a menor taxa (6,1%). O Rio de Janeiro apresentou taxa de mortalidade de 17,3% (Brasil, Datasus, 2011). Enquanto que o estado que registrou o maior número de óbitos foi São Paulo, com 2.727 óbitos e, o menor número foi no estado de Roraima, com 16 óbitos, enquanto o Rio de Janeiro apresentou 1.327 óbitos nesse ano (BRASIL, 2012).

A taxa de mortalidade vem apresentando acentuado ritmo de crescimento, passando de 3,73/100.000 homens em 1979 para 8,93/100.000 homens em 1999, o que representa uma variação percentual relativa de 139% (BRASIL, 2002).

Em vista do que foi apresentado, a partir dos dados nacionais, pode-se afirmar que o câncer de próstata é uma doença altamente prevalente, sendo considerado um problema de saúde pública no Brasil.

Sua incidência vem aumentando gradativamente, de modo que as estatísticas apontam que a cada seis homens, um é portador da doença. A estimativa é de que, em 2014, 68.800 novos casos sejam diagnosticados (Brasil, 2014b).

Esse aumento pode ser justificado pela evolução dos métodos diagnósticos (exames), introdução da pesquisa do antígeno prostático específico (PSA) na prática clínica, pela disseminação dos programas de rastreamento, pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida (INCA, 2014; FILHO, DAMIÃO, 2008).

Na década de 90, com a disseminação das campanhas de rastreamento utilizando o PSA e o toque retal houve um grande aumento da incidência desse câncer.

O rastreamento utilizando o PSA consiste na realização do exame diagnóstico em homens saudáveis, assintomáticos, com o objetivo de detectar a doença em fase pré-clínica.

Alguns autores dividem a história do diagnóstico e tratamento do câncer de próstata em um período pré e pós-PSA. Na era pós-PSA, reportada atualmente, vem ocorrendo redução na mortalidade por este câncer, em virtude do diagnóstico mais precoce e da evolução das formas de tratamento. (FILHO, DAMIÃO, 2008; GRONBERG, 2003).

Entretanto, segundo a revisão sistemática da Cochrane, 2014, apesar do diagnóstico de câncer de próstata ter sido notadamente maior, 30% em homens rastreados, estima-se que cerca de 50% apresenta sobrediagnóstico e que o rastreamento desse câncer não provoca a redução da mortalidade geral ou específica.

Considera-se sobrediagnóstico, segundo o INCA, quando o câncer, que não evoluiria clinicamente, não causando danos à saúde do indivíduo, é encontrado no rastreamento.

Esse câncer é raro antes dos 50 anos e, foi comprovado que a sua incidência aumenta com a idade, o que é semelhante a outros tipos de cânceres, no qual a idade é um marcador de risco importante, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumenta exponencialmente após a idade de 50 anos (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010). Cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos e, no Brasil, 59,7% dos casos se concentram entre 65 e 79 anos (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011).

A Sociedade Brasileira de Urologia preconiza que a partir de 50 anos procurem seu urologista para discutir a prática e a realização da avaliação e rastreamento do câncer de próstata. Aqueles com maior risco da doença (história familiar, raça negra) devem procurar o urologista a partir dos 45 anos. Os exames consistem na dosagem sérica do PSA e no exame digital retal, com periodicidade anual (BRASIL, 2014b).

Já o Ministério da Saúde publicou estudo que não tem evidências suficientes para comprovar que a adoção do rastreamento para o câncer de próstata em homens assintomáticos com idade inferior a 75 anos seja eficaz, assim como também não tem determinado a relação custo-benefício dessa prática. Ou seja, atualmente ainda não há evidências concretas de que os benefícios de um programa de rastreamento para esse câncer seriam maiores do que os prejuízos (BRASIL, 2010).

A taxa de incidência do câncer de próstata é cerca de seis vezes maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento, de modo que uma das razões pode ser o aumento da população idosa no mundo (INCA, 2014).

Na Europa, o câncer de próstata também é mais comum em homens idosos. É uma grande preocupação, especialmente nos países desenvolvidos, onde há maior proporção de homens idosos na população geral (MOTTET, et al, 2014). A incidência é maior no norte e na Europa ocidental, os quais apresentam mais de 200 casos por 100.000 homens, mas as taxas do leste e sul europeu têm demonstrado aumento contínuo (ARNOLD, et al, 2013).

No Brasil, após o paciente ser diagnosticado com câncer de próstata ele é referenciado pelo SISREG para rede de atenção oncológica de alta complexidade que é composta pelos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacons), pelas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacons). (Portaria SAS/MS 741/2005).

3.1.1 Sistema de Regulação de vaga (SISREG) e, Relação de CACON e UNACON do estado do Rio de Janeiro

O SISREG sistema informatizado de regulação, é disponibilizado pelo DATASUS que têm como objetivo principal distribuir de forma regionalizada e hierarquizada os recursos de saúde, visando à equidade no acesso dos usuários a estes serviços (BRASIL, 2008b).

Os pacientes atendidos na rede pública de saúde, após confirmação diagnóstica do tumor maligno, devem ser cadastradas no SISREG, ou antes, mesmo da confirmação do diagnóstico o paciente é referenciado para o setor mais especializado. Este sistema ordena o acesso aos serviços de saúde, otimizando recursos disponíveis e buscando, desta forma, garantir a melhor alternativa assistencial ao usuário frente às suas necessidades em saúde.

No caso do paciente com câncer, onde o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno influenciam diretamente no prognóstico e na sobrevivência deste, o sistema de regulação tem papel decisivo, no sentido de garantir o acesso equânime e eficaz aos serviços de saúde.

Após a confirmação do diagnóstico de tumor maligno o paciente pode ser referenciado para a rede de atenção oncológica de alta complexidade. A rede de atenção oncológica de alta complexidade é composta pelos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacons), pelas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacons) e por serviços isolados (Portaria SAS/MS 741/2005).

Os Unacons são hospitais que possuem condições técnicas, instalações, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência de alta

complexidade para a realização de diagnóstico definitivo e tratamento dos tipos de câncer mais prevalentes no Brasil e deve contar com, no mínimo, Serviço de Cirurgia Oncológica e Serviço de Oncologia Clínica.

Os Cacons são hospitais que apresentam condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos apropriados para a prestação de assistência especializada de alta complexidade, que envolva o diagnóstico e tratamento de todos os tipos de câncer. Ademais, os Cacons devem, obrigatoriamente, contar com serviços de cirurgia oncológica, oncologia clínica radioterapia e hematologia. (TCU, 2011)

Quadro 1: Relação de CACON e UNACON do estado do Rio de Janeiro

Cabo Frio

Hospital Santa Isabel (Unacon)

Campos de Goytacazes

Hospital da Beneficência Portuguesa (Unacon)

Hospital Universitário Álvaro Alvim (Unacon)

Instituto de Medicina Nuclear e Endocrinologia Ltda/IMNE (Unacon com serviço de Radioterapia)

Itaperuna

Hospital São José do Avaí/Conferência São José do Avaí (Unacon com serviço de Radioterapia e Oncologia Pediátrica)

Niterói

Hospital Municipal Orêncio de Freitas (Hospital Geral com Cirurgia Oncológica)

Hospital Universitário Antônio Pedro - Huap/UFF (Unacon com serviço de Hematologia)

Petrópolis

Hospital Alcides Carneiro/Centro de Terapia Oncológica SC LTDA (Unacon com serviço de Radioterapia)

Rio de Janeiro

Hospital dos Servidores do Estado (Unacon com serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica)

Hospital Geral do Andaraí (Unacon)

Hospital Geral de Bonsucesso (Unacon com serviço de Hematologia)

Hospital Geral de Jacarepaguá/Hospital Cardoso Fontes (Unacon)

Hospital Geral de Ipanema (Hospital Geral com Cirurgia Oncológica)

Hospital Geral da Lagoa (Unacon com serviço de Oncologia Pediátrica)

Hospital Mário Kroeff (Unacon com serviço de Radioterapia)

Hospital Universitário Gaffrée/UniRio (Unacon)

Hospital Universitário Pedro Ernesto-Hupe/Uerj (Unacon com serviços de Radioterapia e Hematologia)

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ (Cacon)

Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira/UFRJ (Unacon exclusiva de Oncologia Pediátrica)

Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti/Hemorio/Fundação Pró-

Instituto de Hematologia do Rio de Janeiro (Unacon exclusiva de Hematologia)

Instituto Nacional de Câncer/INCA (Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica)

Teresópolis

Hospital São José/Associação Congregação de Santa Catarina (Unacon)

Vassouras

Hospital Universitário Severino Sombra/Fundação Educacional Severino Sombra (Unacon)

Volta Redonda

Hospital Jardim Amália Ltda - Hinja (Unacon com serviço de Radioterapia)

Radiclin Sul Fluminense Oncologia e Radioterapia Ltda (Unacon com serviço de Radioterapia)

Para fazer frente ao desafio, da desigualdade de gênero no acesso do homem à Saúde, é necessário que esta problemática faça parte das discussões bioéticas, já que, representa também um problema ético no campo da saúde pública.

A aproximação dos estudos de gênero com a bioética deu-se através de 2 caminhos:

O primeiro foi o reconhecimento de que gênero é uma variável de pesquisa importante para a compreensão e análise dos conflitos morais em Saúde e o segundo caminho se

deu pelo diálogo com as teorias de gêneros sobre desigualdade, vulnerabilidade, sexualidade, corpo e reprodução. (DINIZ, 2008)

3.2 Gênero

3.2.1 Conceito

Um breve histórico da luta feminista auxilia na compreensão da realidade complexa da desigualdade de gênero. A primeira onda feminista estava voltada para a luta por direitos iguais entre homens e mulheres. Esse movimento ocorreu em meados do século XVIII e XIX, protestando contra as diferenças contratuais, as diferenças na conquista por propriedades e contra os casamentos arranjados. As conquistas foram

graduais, ao longo do século XX, por exemplo, o voto só foi conquistado em 1918, no Reino Unido e somente para mulheres acima de 30 anos. (BUTLER, 2008)

A segunda onda feminista se estendeu de 1960 até 1980 e é uma continuidade da primeira onda, com as mulheres reivindicando seus direitos. Todavia, com foco especial ao fim da discriminação e luta por igualdade entre os sexos. As feministas que lutavam pela igualdade acreditavam que reforçar as diferenças de gênero era reforçar as causas de dominação masculina em uma sociedade sexista, ou seja, reforçava que as mulheres eram sentimentais, submissas e aptas aos trabalhos domésticos. Já aos homens, cabiam o trabalho intelectual e ser o provedor, isto é, chefe de família. Portanto, as feministas pela igualdade buscavam minimizar essas diferenças. A nova fase encoraja as mulheres a serem politizadas e a combaterem as estruturas sexistas de poder. As mulheres passaram a criticar a figura feminina como dona de casa e passaram a exigir direito a trabalhos iguais, respeito e independência financeira. (TONG, 2009)

A terceira onda feminista iniciou-se na década de 90 e redefiniu estratégias para as lacunas deixadas nas fases anteriores. Para as feministas pós-modernistas, não há uma entidade chamada "mulher", sobre as quais um rótulo pode ser fixado. As mulheres são indivíduos, cada uma com uma única história para contar sobre seu eu particular. Além disso, qualquer explicação única para o status de "mulher" é simplesmente outro conceito do chamado pensamento falocêntrico, ou seja, o tipo de pensamento masculino que insiste em dizer como verdade absoluta uma e apenas uma história sobre a realidade. Elas propõem a desconstrução da categoria gênero. (TONG, 2009)

Mas e então, o que significa a palavra gênero?

A escritora francesa Simone Beauvoir, trouxe em sua obra uma frase, que foi o ponto mais importante de seu livro (O Segundo Sexo de 1949) “ Não se nasce mulher torna-se mulher”. Querendo dizer com isso, que as representações que criamos sobre o

que é feminino não é inata e sim adquirida por uma socialização orientada desde uma concepção social pré-determinada. Da mesma forma o sexo masculino: “não se nasce varão” querendo exemplificar que o gênero é construído em nós desde que nascemos, portanto, gênero é adquirido por uma construção advinda de conceitos sociais.

Segundo HEILLBORN, o conceito de gênero existe para diferenciar a dimensão biológica da social, pois, é a cultura que humaniza as espécies. No mesmo contexto, a Antropologia, ciência que estuda a diversidade cultural, afirma que a construção do gênero é estabelecida pela cultura. Isso se dá, por meio dos simbolismos inerentes às atividades masculinas e femininas.

Corroborando com a autora Heillborn, Scoot 1990, estabelece que gênero, visa não confundir o sexo físico com o sexo social. E ainda, que este conceito, tem sido usado em inúmeros nichos científicos pois, que há uma expectativa comportamental de um indivíduo de um determinado sexo, que acaba por ser produto das convenções sociais que prescrevem uma conduta específica dentro de um contexto social inerente ao sexo em questão.

Guaraci Lopes Louro, em sua obra, Nas Redes do Conceito de Gênero (1996) entende que a construção social é plural. Ou seja, dentro da definição de gênero haveria conceitos como feminino, masculino, social historicamente diversos, a ideia trazida de pluralidade admite que em cada sociedade teria um conceito diferente, conforme classe, religião, raça, idade e mesmo dentro de cada sociedade pode-se trazer conceitos diferentes de gêneros e que eles também se transformariam ao longo do tempo.

A cultura social, ao longo da história, foi estabelecendo jargões ao sexo masculino, enraizados desde a infância. Como por exemplo, que homem não chora, que brincar de boneca é coisa de menina, que homem não pode apresentar fraquezas. Já ao sexo feminino, instituiu-se a função de cuidar de si, dos outros e da casa.

A consequência dessa institucionalização dos gêneros acabou, por atribuir e enraizar na mulher a importância do autocuidado e da preocupação com a saúde. Fazendo com que essas características sejam vistas como algo pouco viril e que não fazem parte da construção da masculinidade. (GOMES, et al; 2010)

3.2.2 O ato de se cuidar para a população masculina

Mesmo com inúmeros dados revelando a maior incidência de adoecimento e morte na população masculina, ainda observa-se a baixa presença de homens nos serviços de saúde, principalmente quando relacionado à procura por prevenção do câncer de próstata, assunto este cheio de preconceito na população masculina.

A presença de um modelo cultural hegemônico, orientado por representações sociais machistas e sexistas, reforçam os estereótipos de gênero, potencializando o descuido dos homens com a sua saúde. No campo da saúde, os estereótipos de gênero alcançam grande repercussão, pelo fato de a doença ser, normalmente, considerada como um sinal de fragilidade, os homens não a reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica, negando as possibilidades de adoecimento (COUTINHO et al., 2014).

Assumir o uso do termo – masculinidades – no plural significa admitir a ideia de diversidade de formas de ser masculino e que “masculinidades significam diferentes coisas para diferentes grupos de homens em diferentes momentos” (KIMMEL, 1998, p.106)

Segundo Rosely Gomes Costa 2003, as masculinidades são configurações das práticas das relações de gênero, da mesma forma como estão perpassadas pelas relações de raça e de classe social, ela propõe quatro padrões principais de masculinidade da

ordem de gênero do Ocidente: a hegemônica, a subordinada, a cúmplice e a marginalizada.

A masculinidade hegemônica seria aquela ligada a legitimidade do patriarcado, que garante a dominação dos homens e a subordinação das mulheres. A masculinidade subordinada diz respeito à dominância e subordinação entre grupos de homens, como é o caso da dominação dos homens heterossexuais e a subordinação dos homens homossexuais. A masculinidade cúmplice se define pela conexão com o projeto de masculinidade hegemônica, mas sem a completa incorporação deste projeto. São masculinidades cúmplices porque percebem e desfrutam de algumas vantagens do patriarcado sem, no entanto, defenderem publicamente esta posição. A masculinidade marginalizada refere-se a relações entre as masculinidades e classes ou grupos étnicos dominantes e subordinados; é uma masculinidade que está marginalizada devido à condição subordinada de classe ou raça.

Connel (2013) enfatiza que a masculinidade hegemônica não tem um caráter fixo, igual em qualquer tempo ou lugar, o autor define o modelo hegemônico de masculinidade como caracterizado pela compreensão de que o homem tem autoridade, sobretudo no lar; é autônomo e livre diante de outros homens; tem força e coragem e não expressa suas emoções, tampouco chora; é provedor do lar; é heterossexual. Virilidade é a referência recorrente no discurso do que é ser homem, independentemente da situação vivida por estes homens, de sua fase do ciclo de vida, e de suas trajetórias individuais e conjugais.

Apontamos a sexualidade como aspecto importante aprendido desde cedo pelos homens e sobre os quais eles reforçam a masculinidade hegemônica ao contrário às mulheres e aos homossexuais: a atividade sexual heterossexual deve ser mais frequente do que entre as mulheres, a virilidade, a capacidade de penetração durante o ato sexual e

a própria penetração. Essas ancoragens são reforçadas por outros aspectos, como a capacidade de prover uma família, a força física, a pouca preocupação com a saúde e a estética, etc. (RIBEIRO et al., 2013)

Romeu Gomes reforça a ideia de que estudos socioculturais sobre o homem ainda se fazem necessários e afirma ainda que a Saúde pública ancorada as Ciências Sociais poderá avançar na compreensão de que o homem quando apoiado por ideologias hegemônicas de gênero pode colocar em risco a saúde tanto do homem quanto da mulher, trazendo como exemplo a adoção da crença de que o homem é invencível. (GOMES et al, 2006)

Quando sozinho, o homem apresenta timidez, fragilidade e resistência para conversar com um profissional de saúde justamente porque traz consigo a ideia de resistência ao autocuidado por apresentar fraqueza, que isso seria atribuído ao gênero feminino. (GOMES et al, 2006)

Para conceituar, sexo é uma classificação do ser humano de acordo com suas características anatômicas e gênero é um sistema de papéis sociais, construído socialmente, que define o papel do homem e da mulher.

O ideal de homem, caracterizado como viril, forte, agressivo e invulnerável vem sendo rediscutido após os questionamentos levantados pelo movimento feminista. Mais, estudos como o de Figueiredo e Schraiber (2011), permite ter uma visão do homem tradicional. Eles encontraram cinco categorias sobre a masculinidade, através de entrevistas com usuários e profissionais de saúde do sexo masculino. A primeira visão sobre o que é ser homem foi relacioná-lo ao trabalho. Usuários do serviço de saúde afirmam que o homem para ser digno deve cumprir com suas obrigações, entre elas o sustento da família, ou seja, ter um trabalho, pois é por meio do trabalho que eles têm reconhecimento e respeitabilidade social. Outra categoria levantada pelos homens foi à

valorização dos seus atributos físicos, como a força, na construção de sua masculinidade. Assim como afirmam que as práticas sexuais também compõem o modelo de masculinidade, vinculando a identidade masculina a um certo padrão de comportamento sexual e reforçam a rejeição pela homossexualidade. Outro ponto interessante das entrevistas foi que para compor a visão de um homem eles procuram caracterizar as mulheres como uma referência oposta, por exemplo, ao citar a fragilidade e a sensibilidade feminina, negando assim esses atributos ao homem. Por fim, houve falas sobre a maior independência das mulheres e sua inserção no mercado de trabalho, mas notou-se que o processo de mudança social de gênero provocou um incomodo nos homens, por 'perda' de papéis sociais.

Gomes, Nascimento e Araújo (2007) também procuraram compreender por que homens se cuidam menos que as mulheres e as justificativas encontradas foram: associar o ato de cuidar a esfera feminina; dificuldade de verbalização dos seus problemas com medo de demonstrar fraqueza; questões relacionadas ao trabalho; medo de descobrir alguma doença; vergonha de ficar exposto e poucas unidades específicas para homens.

Justificativa de baixa presença nos serviços de saúde devido ao trabalho é um ponto que requer atenção e estratégias de atendimento diferenciado, como por exemplo, atendimento noturno em unidades básicas de saúde (UBS). Pensando nisso, o trabalho de Cordeiro et al. (2014) analisou as contribuições após ampliação do horário de atendimento para a clientela masculina, sob a visão de enfermeiras de UBS. Eles encontraram 4 categorias: a) em relação as estratégias adotadas para ampliar o atendimento noturno - relatos de estratégia nulas ou restritas para esse atendimento noturno, aspecto que contribui de modo significativo com a presença dessa população nesse cenário, fazendo-se necessário desenvolver ações que estimulem o acesso da

população masculina; b) em relação ao quantitativo atendido, considerou-se um quantitativo expressivo, definido como maior que dez atendimentos por período noturno, mostrando alguma eficácia dessa estratégia; c) em relação a demanda masculina, reforçou a ideia de que os homens só procuram os serviços de saúde tardiamente, quando já apresentam um quadro clínico crônico, ajudando a sobrecarregar financeiramente a sociedade e diminuindo as possibilidades de qualidade de vida desses usuários; e d) em relação as dificuldades vivenciadas no atendimento noturno, destacaram-se os aspectos culturais da masculinidade, como a vergonha de se expor, principalmente por ser um ambiente feminizado, onde a maior parte dos profissionais da atenção básica é mulher.

Nota-se que os serviços de saúde têm uma deficiência em absorver as demandas dos homens, decorrente da maneira como os serviços se organizam, por não disponibilizarem atividades específicas e por apresentarem filas intermináveis, fazendo-os perder o dia de trabalho e sem que tenham suas demandas totalmente resolvidas em uma única consulta. É por esses motivos que quando os homens sentem algum desconforto no que diz respeito a saúde, eles procuram medidas de tratamento alternativas, como tomar alguma medicação por conta própria, tomar algum chá, medicar-se utilizando-se da orientação de algum farmacêutico ou recorrer a um pronto socorro, pois assim têm suas demandas atendidas objetivamente. E, mais importante, eles procuram as emergências.

A própria Política, traz que o maior acesso da população masculina aos serviços de saúde se dá pela atenção especializada o que facilita para o agravamento de doenças já que essa população não realiza prevenção e promoção a Saúde. (BRASIL, 2008)

Para finalizar, é oportuno destacar que o alto índice de morbimortalidade da população masculina não deve ser atribuído de modo unilateral para os homens, devido

suas questões socioculturais, uma vez que as políticas de saúde também não atentaram para as necessidades dessa clientela (BARBOZA, 2013). Dessa maneira, o homem torna-se um ser vulnerável, entendido aqui como grupo de pessoas que o Estado tem a obrigação de proteger através das suas políticas públicas.

3.2.3 Políticas de saúde para os homens

Embora antes do século XX não tenham veiculado diretamente um discurso para os homens, as campanhas que existiam contra o alcoolismo e contra as chamadas “doenças venéreas” não deixavam de tentar higienizar alguns espaços de sociabilidade eminentemente masculinos (FARO, RUSSO, CARRARA, 2009).

Para as mulheres, medidas especiais de saúde começam a surgir no Brasil em meados de 1930, com enfoque na saúde materno-infantil. Já para os homens, registra-se que a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) vem se dedicando com exclusividade ao público masculino a partir de 2004 (FARO, RUSSO, CARRARA, 2009).

Logo, o Ministério da Saúde, em parceria com a SBU, lançou, em 2009, o documento oficial da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), instituída pela Portaria nº 1.944/GM (BRASIL, 2009).

A PNAISH tem como objetivo promover a melhoria das condições de saúde e dessa forma, contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da população masculina brasileira, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. Os princípios dessa política são (BRASIL, 2009):

- universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina;

- humanização e qualificação da atenção à saúde do homem, com vistas à garantia, promoção e proteção dos direitos do homem, em conformidade com os preceitos éticos e suas peculiaridades socioculturais;
- co-responsabilidade e articulação das diversas áreas do governo com a sociedade e
- orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e das enfermidades do homem.

Sua atuação é desenvolvida a partir de cinco (05) eixos temáticos: violência; tendência à exposição a riscos com consequência nos indicadores de morbi-mortalidade, e saúde sexual e reprodutiva.

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 isso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde vem cumprir seu papel ao formular a Política que deve nortear as ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros (BRASIL, 2008).

Pensando em atender as demandas do PNAISH, a Urologia e a Enfermagem da UERJ criou o Centro de Atenção à Saúde do Homem.

3.2.4 Centro de Atenção A Saúde do Homem

A Urologia e a Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) reuniu capital científico para implementação de uma proposta que visava atender as demandas contempladas no PNAISH.

Pontos principais da PNAISH foram desenvolvidos a partir dos eixos temáticos: acesso e acolhimento, saúde sexual e reprodutiva, doenças prevalentes na população masculina e prevenção de violências e acidentes; deu-se então o processo de criação do centro de atenção à saúde do homem (CASH) na Policlínica Piquet Carneiro (PPC) da UERJ em novembro de 2011 e conta com a participação de profissionais como: Médicos, Enfermeiros e Psicólogos.

O Centro tornou-se espaço de acolhimento aos homens para tratamento e prevenção das doenças da próstata, ao planejamento familiar e atenção às disfunções sexuais masculinas, assim como deu visibilidade ao enfermeiro sendo este o único membro da equipe de enfermagem atuando nessa área.

Nosso público são homens acima dos 25 anos com doenças urológicas ou não.

Além das contribuições técnicas (assistenciais), que busca assistência de qualidade e especializada à saúde do homem compreendendo suas necessidades e anseios, estabelecendo-se uma relação de confiança entre profissional e o cliente, o CASH também contribui para o ensino e a pesquisa.

1-Competência do Núcleo de Atenção à Saúde do Homem

1A – Ensino, Pesquisa e Extensão:

= Oferecer condições adequadas para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão.

Nota: Visão de futuro – Tornar-se um centro de excelência no atendimento A.S.H.

1B-Assistencial:

= Disponibilizar assistência multiprofissional (com conhecimentos multi, trans e interdisciplinares) voltada para a atenção à saúde do homem.

2-Principais produtos (serviço/bens físicos)

2A- Voltados para o Ensino, Pesquisa e Extensão:

- Resultados de Auditorias de Registros nos Prontuários (busca da melhoria contínua e no padrão qualidade dos registros);
- Supervisão / Observação contínua dos registros das evoluções efetuadas pelos diversos profissionais de Saúde;
- Estruturação, atualização e instruções de preenchimento dos Formulários utilizados no serviço;
- Elaboração de Orientações para procedimentos cirúrgicos;
- Estruturação de Banco de Dados com as Estatísticas (Quali e Quantitativas);
- Resultados da Aferição do Grau de satisfação do Paciente /Usuário.
- Escalas de serviço;
- Roteiros de atividades técnico-administrativas realizadas no serviço;
- Manual de Normas e Rotinas do serviço;
- Elaboração e atualização de POPs (Procedimento Operacional Padrão) realizados no serviço.

- Estruturação dos Fluxos dos Processos de Trabalho do Serviço, tais como:
 - = Distribuição de senhas normais e prioritárias;
 - = Atendimento com a recepcionista;
 - = Preenchimento de fichas de identificação;
 - = Lançamento em prontuário eletrônico;
 - = Separação das consultas para enfermagem, médico e psicólogo;
 - = Primeiro atendimento na Saúde do Homem é com Enfermeiro;
 - = Encaminhamento de exames de imagem para o setor responsável;
 - = Agendamento de consultas;
 - = Contato com os pacientes para agendamento de resultado de biópsia com a equipe médica e de enfermagem;
 - = Sistema de suprimento do serviço com material de consumo do almoxarifado, da farmácia, da central de material esterilizado, da reprografia e da rouparia;
 - = Sistema de reposição de material permanente e renovação de tecnologia;
 - = Sistema de controle de uso de material de consumo e permanente;
 - = Metodologia Assistencial aplicada na Atenção à Saúde do Homem.

2B-Voltados para a assistência:

- Consultas médicas;
- Consultas de enfermagem;

- Consultas Psicológicas a pacientes / usuários com distúrbios urológicos.
- Atendimento / Acolhimento das demandas de pacientes/ usuários agendadas e encaminhadas da (o): PPC – Policlínica Piquet Carneiro, HUPE – Hospital Universitário Pedro Ernesto e SISREG.
- Distribuição de questionário Índice Internacional de Disfunção Erétil (IIEF)

Outros produtos / serviços oferecidos na Saúde do Homem para:

- Formulários de orientação para as diversas cirurgias realizadas na PPC;
- Vasectomia;
- Hidrocelectomia;
- Postectomia;
- Biopsia de próstata;
- Exserese cisto de bolsa escrotal;
- Biopsia de pênis.
- Exame Preventivo do câncer de próstata e ou encaminhamento para outras especialidades.
- Fornecimento de declarações de comparecimento para aqueles que necessitam apresentar em seus locais de trabalho ou escola, após atendimento na Saúde do Homem.
- Encaminhamento SIA-SUS

- Encaminhamento (médico) para outras especialidades na PPC e HUPE solicitados em receituários.

NOTA: Os atendimentos subsequentes poderão ser realizados por qualquer profissional de Saúde do Homem (enfermeira; médico ou psicóloga), de acordo com rotina estabelecida.

3- Principais clientes:

3A- Da área de Ensino, Pesquisa e Extensão:

- Alunos de graduação de enfermagem;
- Alunos de graduação médica;
- Alunos de graduação de serviço social;
- Aberto a outras áreas de saúde;
- Alunos de pós-graduação;
- Alunos de Cursos de especialização, mestrado e doutorado;
- Profissionais e outras áreas da saúde com interesse na Atenção à Saúde do Homem.

3B- Assistência:

- Homens com 25 ou mais anos, com distúrbios urológicos ou não.

4- Processos Finalísticos:

4A – Ensino, Pesquisa e Extensão:

- Disponibilizar para os alunos e interessados os instrumentos técnico-administrativos, por meio físico e/ou eletrônico, utilizados na Atenção à Saúde do Homem que contribuam para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa, da extensão e da assistência.

4B – Assistencial

= Atendimento clínico e cirúrgico, por equipe multiprofissional, ao homem com ou sem distúrbios urológicos.

3.3 Acesso aos Serviços de Saúde

Segundo o dicionário Michaellis, aces.so *sm (lataccessu)* significa: Aproximação, chegada, entrada, admissão, alcance. E estabelecendo uma conexão com a área da Saúde: porta de entrada, local de acolhimento do usuário, expressão de sua necessidade, e os caminhos percorridos por ele.

O acesso Universal aos serviços de saúde é uma garantia constitucional, ou seja, todo usuário tem que ter acesso aos serviços de Saúde e ele é uma categoria central para a análise da relação usuário/ serviço de saúde. (BRASIL, 1988)

O acesso na área da saúde, é o conjunto de circunstâncias que viabilizam, em qualquer nível de complexidade, a entrada do usuário na rede de serviços. Logo, esse acesso está relacionado às facilidades e às dificuldades de se obter um tratamento adequado. E, portanto, ligado às características da oferta e demanda dos recursos (FIOCRUZ, 2014).

O acesso é garantido pelo SUS, através do princípio da universalidade e é uma categoria central para análise da relação usuário/ serviço de saúde.

Para avaliar a desigualdade de acesso a saúde em relação ao gênero, fez-se necessário utilizar uma ferramenta que requer entrevista com profundidade, por esse motivo, a construção do itinerário terapêutico faz-se indispensável, pois, o mesmo constitui-se por um conjunto de ações que desenham as opções do usuário, suas experiências, frustrações e sucessos na solução de seus problemas de saúde. (SILVA; SILVA JUNIOR; PINHEIRO; ALVES, 2008)

3.4 Itinerário Terapêutico

O Itinerário terapêutico nos permite analisar a trajetória do paciente em busca de cuidados para o seu problema de saúde, levando em consideração o lugar onde vive, aspectos econômicos, sociais e culturais que organizam sua vida coletiva e biológica. (Gerhardt 2007)

As investigações dos itinerários terapêuticos permitem saber ainda como funciona o adoecimento das pessoas e a forma como elas acessam os sistemas de cuidados formais e informais mobilizados por elas na busca do cuidado. E também apontam como o Sistema de Saúde organiza esse cuidado, oferece cuidado profissional, proporcionando ações e práticas que podem ou não serem resolutivas e integrativas aos que buscam esta forma de cuidado.

A definição de IT não é simples, nem unidimensional, apresentando-se de modo bastante polissêmico. Ressalta-se a importante contribuição de Alves e Sousa (1999) que, a partir da literatura sócio antropológica, o definem como “um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição.” (P.133), atentando-se para os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas forma de tratamento, pontuando a

importância que a participação do usuário tem no processo de produção de cuidado (Mângia&Muramoto, 2008; Gerhardt, 2009).

Chama-se atenção ainda para o fato de que a análise do IT não se limita a identificar a variedade de serviços e a utilização que as pessoas fazem das instâncias de cura num viés apenas interpretativo e explicativo. É preciso demarcar que o processo de “escolha” é bastante complexo devendo ser compreendido dentro de um contexto sociocultural no qual a dinâmica do percurso individual esteja em cruzamento com as possibilidades e os direcionamentos que os diferentes macroprocessos culturais ensejam (Massé, 1995, Gerhardt, 2009).

Desta forma, adota-se a definição de Gerhardt et al. (2009, pág. 2981) a qual diz que itinerários Terapêuticos são:

As diferentes práticas em saúde e os caminhos percorridos em busca de cuidado, nos quais se desenham múltiplas trajetórias (assistenciais ou não, incluindo diferentes sistemas de cuidado), em função das necessidades de saúde, das disponibilidades de recursos sociais existentes - sob a forma de redes sociais formais e informais - e da resolutividade obtida. Destaca-se que as redes informais são constituídas por relações que não se estabelecem por instituições, mas por dispositivos sociais, como a posição e papel social na comunidade/sociedade. Já por redes formais, compreende-se que as relações são estabelecidas em função da posição e do papel social na instituição.

Será traçado o caminho dos usuários desde o primeiro acesso do paciente ao SUS até a confirmação do diagnóstico de câncer de próstata e possível tratamento, buscando dessa forma compreender melhor o que facilita e o que dificulta sua trajetória em busca de saúde.

4 – METODOLOGIA

4.1. Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e de abordagem quantiquantitativa. A abordagem qualitativa, de acordo com Minayo (2010a), não tem a preocupação em quantificar dados e resultados, abordando temas e questões, tais como desejos, valores, costumes, crenças e atitudes.

Buscamos com esta pesquisa analisar o acesso dos homens que foram encaminhados para o CASH e tiveram o resultado de biópsia de próstata positivo. O critério de escolha dos pacientes foi pelo estadiamento mais avançado da doença pois supomos, dessa forma, que houve algum motivo que explique o atraso no diagnóstico e a consequente evolução da doença. Para isso, utilizaremos como ferramenta: a reprodução de seus itinerários terapêuticos, buscando identificar onde e quais fatores interferem no acesso efetivo e equânime a este serviço de saúde.

4.2. Local do estudo

O estudo foi realizado na Policlínica Piquet Carneiro, mais especificamente no Centro de Atenção à Saúde do Homem, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Um projeto especializado em Saúde do Homem, que atende sua demanda de forma integral e multiprofissional. Temos como profissionais, enfermeiros, médicos e Psicólogos. Em um consultório preservando a privacidade e autonomia do paciente.

4.3. Participantes da pesquisa

Homens encaminhados ao CASH e que realizaram biópsia de próstata.

Esta pesquisa foi dividida em duas etapas: a primeira etapa correspondeu à análise de prontuários para a construção do perfil sócio- demográfico desta população e a segunda etapa correspondeu às entrevistas.

Para a primeira etapa foram incluídos todos os pacientes do ano de 2014 que realizaram biópsia de próstata no CASH, traçamos o perfil desta população.

Na segunda etapa foram selecionados 08 pacientes com biópsia de próstata positiva com estadiamento mais avançado da doença.

4.4. Coleta de dados

Em uma primeira etapa, traçamos um perfil de 142 pacientes atendidos no CASH no ano de 2014. Para isso realizamos uma busca ativa de dados dos prontuários dos pacientes.

Foram coletados variáveis como:

Prontuário, Bairro onde mora, Raça, Mês do 1º atendimento, Data da realização da biópsia de próstata, Diagnóstico, Tratamento.

Os dados foram coletados exclusivamente pela pesquisadora principal, algo que representou grande desafio diante do número expressivo de prontuários a serem analisados. Acreditamos ser especialmente importante esse olhar de uma única pessoa, analisando cada caso em detalhe e prestando atenção nas evoluções de cada profissional e suas observações.

O período de coleta dos dados se deu nos meses de março, abril, maio e junho de 2015.

Na segunda etapa, foram selecionadas para entrevistas oito homens com diagnóstico de câncer de próstata com idade entre 58 e 82 anos e residentes no município do Rio de Janeiro. Destes, sete aceitaram participar do estudo e 1 não aceitou participar por questões pessoais.

Para Minayo (2010b), as entrevistas podem ser consideradas “conversas com finalidade” e buscam construir informações relacionadas ao objeto de estudo. As

entrevistas tiveram um caráter aberto, foram gravadas, transcritas posteriormente e buscaram reconstruir o itinerário terapêutico desses pacientes em busca de um diagnóstico, analisando, em especial, os fatores que interferiram neste percurso e os intervalos de tempo gastos em todas as etapas até o efetivo início do tratamento. Apenas com o fim de nortear as entrevistas, foi elaborado e seguido um breve roteiro (Anexo B).

As entrevistas foram realizadas exclusivamente pela pesquisadora principal, no CASH, em um consultório reservado, calmo, preservando dessa forma o paciente.

Foi realizado no dia em que o paciente buscou o resultado do seu exame, não onerando para o paciente, já que ele estaria presente na instituição, e aconteceram nos meses de maio e junho de 2015. Ao final da transcrição da entrevista, foi desenhado um fluxograma de acordo com o itinerário descrito por cada paciente, buscando melhor visualização de possíveis facilitadores e dificultadores no acesso a este serviço de saúde e conseqüentemente a seu diagnóstico. A análise de dados ocorreu através da análise temática do conteúdo, segundo Minayo 2014, obedecendo as etapas: 01 – pré análise dos resultados, que determina uma leitura flutuante e apropriação exaustiva dos dados alcançados para posteriormente reformular hipóteses e objetivos, se necessário. 02 – exploração do material, essa fase consiste em encontrar as categorias que expressam o conteúdo das falas, para então, classificar e agregar os dados. 03 – tratamentos e interpretação dos dados obtidos, correlacionando com referências teóricas.

4.5. Preceitos éticos

Essa pesquisa irá obedecer às normas da RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética (principlista), tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverão atender a esta Resolução, foi feito um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para cada paciente.

Este projeto foi aprovado pelos comitês de Ética em pesquisa:

1-5243 Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense/ FM / UFF / HU
Antônio Pedro.

CAAE: 45491215.2.0000.5243

2-5260 Instituto de Medicina Social - Universidade do Rio de Janeiro - UERJ

CAAE: 45491215.2.3001.5260

O estudo procurou preservar ao máximo cada participante, e acredita-se não ter oferecido maiores riscos a estes homens, uma vez que a coleta de dados se deu por pesquisa em prontuários e as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal, em ambiente privativo e de forma individualizada, buscando, assim, não gerar constrangimentos em relação aos assuntos abordados.

Todos os homens recrutados para a etapa das entrevistas foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo e seu caráter voluntário; tiveram a garantia de seu anonimato, sigilo de suas informações pessoais e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) demonstrando estarem de acordo e desejarem participar do trabalho (Anexo C). Os voluntários foram informados da possibilidade de recusa em responder as questões e saída voluntária do estudo, caso assim o desejassem.

A fim de garantir o anonimato desses homens, seus nomes foram substituídos por outros fictícios (Paulo, Luiz, Eduardo, José, Bruno, Antonio, Renato).

Devido ao grande tamanho da amostra escolhida para busca ativa (142 prontuários), tornou-se inviável a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o estudo desses dados. Diante disso, reforçamos nosso compromisso em assegurar o anonimato e sigilo dessas informações.

4.6. Análise dos dados

Os dados obtidos através da análise dos prontuários forneceram informações utilizadas como um pano de fundo para esse estudo, demonstrando o perfil da população usuária do CASH neste período.

Para análise de Dados foi utilizado itinerário terapêutico onde foi observado o que era básico para cada paciente analisado através da fala do usuário colhida no momento da entrevista.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Descrição do Perfil da População Estudada

As variáveis descritas a seguir, visam traçar o perfil dos pacientes estudados nesse trabalho. Foram analisados 142 prontuários do ano de 2014 de pacientes que realizaram biópsia de próstata na CASH em 2014.

Em uma análise desses prontuários a média de espera desses pacientes para realização de biópsia de próstata no ano de 2014 foi de quatro meses contados a partir do dia da sua 1ª consulta no CASH e a data da realização da biópsia.

A média geral de idade entre os pacientes com o diagnóstico positivo foi de 68 anos de idade.

Do total de 142 prontuários, 5 tiveram que ser excluídos por falta de dados para avaliação, desses 137, 61 pacientes o resultado foi positivo para Câncer correspondendo a um total de 44,5% da amostra e 76 pacientes tiveram o resultado negativo, correspondendo a 55,5% da amostra.

--	--

Quadro 2: Total de pacientes por diagnóstico

Na faixa etária de 40 - 50 anos obtivemos o resultado de 50% da amostragem os diagnósticos foram positivos e 50% da amostragem foram negativos. Já na faixa etária de 50-60 anos o número de pacientes com o diagnóstico positivo foi menor correspondendo a 62% da amostragem negativa e 38% positiva. Entre 61 e 70 anos objetivamos 58% diagnóstico negativo e 42% positivo. Nos homens maiores de 70 anos apresentamos um número mais expressivo de diagnóstico positivo sendo 52% da amostragem e 48% da amostra foi diagnóstico negativo.

Corroborando com o resultado da pesquisa, um estudo diz que com o aumento da longevidade a incidência da doença aumentou, mais da metade dos tumores de próstata aparecem em homens acima de 65 anos. (Canalini, A. 2015)

Quadro 3: Total de pacientes por faixa etária

Analisando o gráfico de diagnóstico por Raça, dentre os Brancos, 61% Negativo e 39% positivo. Já na raça Negra, obtivemos um número maior de diagnóstico positivo, correspondendo a 52% da amostragem e 48% diagnósticos negativos. Entre os pardos 52% o diagnóstico era negativo e 48% positivo.

Alguns estudos abordam também a questão da etnia, onde a mortalidade relacionada ao câncer é de 2,4 vezes maior na população afro-americana se comparado à raça branca (Siddiqui et al., 2006). Ainda dentro dessa discussão, não foram encontradas diferenças na prevalência de câncer de próstata entre negros e brancos no Brasil (Martins et al., 2000; Romero, 2012) Nesse estudo a maioria dos casos confirmados prevalece na Raça Negra.

Quadro 4: Total de pacientes por Raça.

5.2 Apresentação dos Itinerários Terapêuticos da População Estudada

Foram selecionadas para entrevistas, a fim de traçar o itinerário terapêutico desses pacientes oito homens com diagnóstico de câncer de próstata com idade entre 58 e 82 anos e residentes no município do Rio de Janeiro. Destes, sete aceitaram participar do estudo e 1 não aceitou participar por questões pessoais. O critério de escolha foi o estadiamento da doença.

Quadro 5: Perfil dos pacientes que foram traçados os Itinerários Terapêuticos.

	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Tabagista	Etilista	Hipertenso	Diabético
Paulo	58	divorciado	2º completo	Técnico de Edificações	Ex tabagista	sim	sim	não
Bruno	68	casado	2º completo	Despachante	sim	sim	sim	não
Eduardo	64	casado	2º completo	Vendedor	Ex tabagista	Ex etilista	não	não
José	62	casado	2º completo	Técnico em contabilidade	Ex tabagista	Não	sim	não
Antônio	62	casado	1º completo	Pedreiro	sim	sim	não	não
Luiz	62	casado	1º incompleto	Porteiro	não	sim	sim	sim
Renato	82	casado	1º incompleto	Lavrador	Ex tabagista	sim	sim	não

5.2.1 O percurso de Luiz

Paciente 62 anos, branco, casado, primeiro grau completo, porteiro, encaminhado do HUPE, etilista social, nega tabagismo, relata que o pai teve trombose, mãe hipertensa, irmão hipertenso.

Realizou cirurgia: herniorrafia umbilical e inguinal Esquerda. "Cauterização no ânus" e não se recorda das datas.

Hipertenso, diabético, hepatite B. Paciente já era paciente da Santa Casa desde 2009, onde apresentou pela 1ª vez alteração no PSA e o médico pediu para que ele fizesse uma biópsia de próstata, quando chegou o dia de fazer o hospital entrou em greve e o paciente teria que pagar pela biópsia, como trabalhava perto do HUPE, foi até o hospital e conseguiu ser atendido na Urologia, há 2 anos realizou PSA e toque retal sem alterações. Em maio/2014, PSA: 2,35 (HUPE), out/2014 PSA: :5,14, realizou biópsia de próstata no HUPE sem anestesia e em dez/2014 resultado não concluído. Foi encaminhado para PPC para realização de nova biópsia. Em 14/07/2015 paciente realizou biópsia de próstata. Em 27/08/2015 buscou o resultado da biópsia: positiva Gleason 6, encaminhado para o HUPE.

- FLUXOGRAMA 1 : O Percurso de Luiz

10 meses

5.2.2 História do Paulo

Paciente de 58 anos, 3 filhos, divorciado. Sempre realizou exames periódicos pela empresa em que trabalha. Em 07/07/2013 realizou exame de PSA e o resultado foi 5,34 ng/ml (alterado), com esse resultado ele pediu para sobrinha que trabalha no Getúlio Vargas marcar uma consulta com o UROLOGISTA, a mesma conseguiu agendar para o dia 04/04/2014 e realizou no mesmo dia uma USG da próstata (26g). Em 10/05/2014 realizou um novo PSA particular, no Bronstein Medicina Diagnóstica Madureira IPSA: 13,46 (alterado). Em 16/09/2014, foi pedido pelo médico do Hospital Estadual Getúlio Vargas uma biópsia de próstata e nesse mesmo dia foi encaminhado

para o Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, marcado para 22/08/2014, chegando nesse dia eles não realizavam a biópsia.

O paciente se dirigiu para o CMS Alberto Borgerth e nesse mesmo lugar encaminharam o paciente para a Policlínica Piquet Carneiro para consulta dia 03/03/2015.

Em 14/05/2015 o paciente realizou a biópsia de próstata.

Em 25/06/2015 o paciente buscou o resultado da Biópsia de próstata.

Resultado da Biópsia: Positiva - Gleason 6 grau principal e secundario3 localizado em dois fragmentos, comprometendo 30% da amostra. Foi encaminhado para o HUPE

- **FLUXOGRAMA2: A História do Paulo**

1 mês

2 meses

6 meses

1 mês

9 meses

Diante do resultado pediu para a sobrinha que trabalho no Getúlio Vargas para marcar uma consulta.

3 meses

1 mês

5.2.3 O caminho de Eduardo

Paciente de 64 anos, casado, 2º grau completo, vendedor, pardo, evangélico, etilista social, fez uso de maconha durante 6 anos. História familiar ele desconhece. Em 1982 sofreu um acidente de moto e amputou a perna esquerda. Há mais de 10 anos

apresenta sintomas urinários, algia abdominal, realiza PSA de 6 em 6 meses sempre um pouco elevado. Paciente relata que realizou 4 biópsias de próstata, em 1998 no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (negativa). Em 2001, no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (negativa).

Em 2003, se inscreveu no Hospital Federal do Andaraí e realizou uma biópsia de próstata com o resultado negativo também. Realizou 3RTUs de próstata, não se recorda o ano, mas sim os lugares onde realizou: Hospital Estadual Getúlio Vargas, Particular, Hospital Federal do Andaraí, respectivamente. Ficou procurando um serviço especializado em Saúde do Homem, buscou atendimento no HUPE e foi encaminhado para o CASH, veio até o serviço e marcou uma consulta. (01/12/2014). Toque retal próstata grau II, relata o uso de CVD prévio.

07/2014 - PSA 6,38 (Alterado)

23/03/2015 - se dirige a recepção do CASH, solicitando atendimento, relatando dor intensa e apresentava-se entristecido, ao ouvir sua queixa a Enfermeira encaminhou o paciente para uma consulta com a psicóloga. Ele relata dificuldade de se adaptar as suas deficiências físicas, contribuindo para que tivesse problemas familiares.

27/04/2015 - paciente retorna ao CASH com todos os exames pré-operatórios e risco cirúrgico e marca biópsia de próstata para o dia 26/06/2015.

27/08/2015 - marcado uma consulta para que o paciente pegasse o resultado da biópsia de próstata.

Resultado: positivo Gleason 6 – encaminhado ao HUPE.

- FLUXOGRAMA 3: O Caminho de Eduardo

5.2.4 O Percurso do José

Paciente de 62 anos, pardo, casado, técnico em contabilidade, natural do Rio de Janeiro, 3 filhos, hipertenso, nega diabetes. Fazia acompanhamento médico pelo plano de saúde em 2011 e nesse mesmo ano realizou um exame de PSA que deu alteração (Não se lembra a data e o valor do PSA) e em 07/10/2011 realizou uma biópsia de próstata que deu positiva Gleason 6. O médico optou por fazer o acompanhamento do paciente e não realizar nenhuma intervenção cirúrgica.

Em 2013, o paciente ficou sem plano de saúde e com a ajuda de um amigo de seu filho conseguiu um encaixe na PPC para o dia 02/10/2014. O médico solicitou uma nova biópsia de próstata e a mesma foi agendada para o dia 12/05/2015. Resultado em 25/06/2015: positivo Gleason 6.

- FLUXOGRAMA 4: O Percurso de José

Com ajuda de um amigo do seu filho mais velho conseguiu uma consulta. (encaixe)

•

5.2.5 Trajetória do Bruno

Paciente de 68 anos, casado, despachante, 07 filhos, tabagista, etilista social, hipertenso, em novembro de 2014 estava com edema em bolsa escrotal foi na clínica

Hebert Jose de Souza, em Thomaz Coelho. Foi encaminhado pelo SISREG para a PPC, consulta marcada para o dia 28/01/2015, chegou com um exame de PSA total: 17,56 (março/2013). USG de bolsa escrotal: Hidrocele bilateral. (18/12/2014). Nessa consulta o médico solicitou os exames pré-operatórios, risco cirúrgico e novo PSA.

16/03/2015 - PSA: 11,30 ng/ml (alterado)

Agendada biópsia de próstata para 12/05/2015

27/06 - compareceu a PPC para buscar o resultado da biópsia de próstata.

Biópsia de próstata: positiva Gleason7, encaminhado ao HUPE para tratamento.

- FLUXOGRAMA 5: Trajetória do Bruno

2 meses

5.2.6 O Percurso do Antônio

Paciente de 62 anos, casado, Pedreiro, branco, tabagista há 44 anos, etilista social, nega hipertensão, nega diabetes. Ao apresentar sintomas urológicos (sensação de não esvaziamento da bexiga, polaciúria, nictúria) em 27/09/2012 procurou o CMS Ruy da Costa Leite, realizou exame de sangue e PSA com o resultado 11,51ng/ml (alterado).

Em 16/05/2013 consultou em um médico particular oferecido pela empresa, o médico solicitou uma biópsia de próstata. (particular, não consegue referenciar pelo SISREG) 20/05/2013 Paciente levou o pedido de biópsia de próstata para o seu posto de origem para ser referenciado, até hoje não foi chamado.

Em 26/12/2013 seu chefe conseguiu uma consulta no HUPE.

Em 21/05/2014, consulta no HUPE, realizou o exame de toque retal pela 1ª vez + PSA + exames pré-operatórios e foi encaminhado para a PPC.

Em 03/07/2014 1ª consulta da PPC risco cirúrgico vencido, novos pedidos de exames.

03/11/2014 Refez os exames

07/11/2014 realizou raio-x

06/03/2015 2º risco cirúrgico

21/05/2015 Realizou biópsia

25/06/2015 pegou o resultado e foi encaminhado ao HUPE para tratamento.

Resultado da biópsia de próstata: positivo, Adenocarcinoma prostático, acinar usual, Gleason6 (3 + 3) em 5% da amostra.

- FLUXOGRAMA 6: O Percurso do Antonio

5.2.7 O Percurso do Renato

Paciente com 82 anos, branco, casado, 1º grau completo, lavrador. Etilista social, ex tabagista, hipertenso. HF: Irmão faleceu com CA de garganta. Realizou cirurgia de catarata, mas não se recorda da data. Em 2013 Realizou pela primeira vez o exame de PSA no Posto de Saúde Henrique Monat da Vila Kennedy e relata que desde então os exames de PSA sempre deram resultados alterados, sem ter informação de valores.

Em 2014 foi transferido para o HMRG, onde não teve tratamento, por esse motivo, retornou ao Posto de Saúde. E no posto de Saúde Henrique Monat da Vila Kennedy, foi encaminhado para Policlínica Piquet Carneiro ao CASH para o dia 25/09/2014 dia em que teve seu 1º atendimento, foi solicitado os exames pré-operatórios, e em 04/12/2014 retornou com os resultados dos exames. PSA: 58,43, nessa ocasião relata que o último exame clínico (toque retal) foi realizado em 1997, USG com próstata pesando 54,7g, ao toque retal: Próstata endurecida a Esquerda. Biópsia de próstata agendada para o dia 23/06/2015.

27/08/2015 - buscou o resultado da biópsia de próstata: Gleason8 (4 + 4) bilateral em 100% da amostra. Paciente encaminhado para o HUPE.

- FLUXOGRAMA 7: O Percursodo Renato

5.3 Análise de Dados

Depois de traçado os itinerários terapêuticos desses pacientes foram encontrados como dificultadores:

- 1- Medo de deixar de ser o provedor de sua família;
- 2- Dificuldade de falar sobre a doença;
- 3- Necessidade da figura feminina como cuidadora;
- 4- Dificuldade dos profissionais e dos serviços em absorver essa população;
- 5- Dificuldade de referenciamento dentro do SUS;
- 6- Questões econômicas atrapalharam o acesso;

7- Tempo de espera.

E como facilitadores:

1- Tempo de espera entre o diagnóstico e acesso ao tratamento.

2- Redes sociais.

À partir da análise dos dados foram traçadas 3 grandes categorias:

Desigualdade de gênero no Acesso a Saúde, Dificuldade de acesso ao Diagnóstico de Câncer de próstata e Facilidade de Acesso ao Tratamento.

5.3.1 Desigualdade de Gênero no acesso a Saúde

Nesse estudo ficou evidenciado que no que se diz respeito à Saúde do Homem ainda existe muitas lacunas, o homem continua com a ideia de que é forte, é o provedor da casa e não pode ficar doente, como demonstrado na fala a seguir:

"Eu tenho 3 filhos e minha esposa, o filho que está sabendo é o mais velho porque ele tem um amigo na policlínica então contei a ele, os outros não... posso contar? Sempre fui o pilar da família, seria desastroso aparecer com câncer, minha família ia desestruturar." (José)

Romeu Gomes 2012, diz que era momento de lidar com um paradoxo: ao mesmo tempo em que os homens detinham maior poder que as mulheres, no que diz respeito à área da Saúde eles eram os mais vulneráveis.

O ato de cuidar para muitos participantes é papel da mulher, 50% dos pacientes foram acompanhados de uma figura feminina e 25% expressou a vontade de que a fala da pesquisa fosse da mulher,

"Eu prefiro que ela fale sobre tudo, eu não acompanho bem e ela cuida melhor disso do que eu" (Jose)

"Pode falar Maria, sempre foi ela que cuidou da parte da saúde" (Antonio)

Assim como na pesquisa de Gomes, Nascimento e Araújo, 2007 que diz que os homens se cuidam menos por associar o ato de cuidar a esfera feminina.

Eles ainda expõem em suas falas que o SUS não está preparado para recebê-los:

"Os horários não são bons, nós trabalhamos. E mesmo assim, quando consegui dispensa não consegui ser atendido pois não realizavam biópsia de próstata para onde eu fui encaminhado" (Paulo)

5.3.2 Dificuldade de Acesso ao Diagnóstico de câncer de Próstata

Quando se trata de paciente com câncer esse Sistema, o SISREG, tem papel crucial para que o paciente consiga permear o SUS sem atraso e erros, e ter acesso ao diagnóstico e posterior tratamento. 100% da população estudada já tinha cadastro no sistema de regulação de vagas, mas apenas 50% conseguiu chegar ao CASH sendo referenciado pelo Sistema. Como demonstrado nas falas a seguir:

"Com a ajuda de um amigo do meu filho mais velho consegui um encaixe, não tinha mais como esperar pelo sistema" (Jose)

“Não quero reclamar, mas já existe uma dificuldade para atendimento no SUS, tudo que eu consegui foi com muita luta. Você imagina eu que sou deficiente físico”
(Eduardo)

"Meu chefe conseguiu marcar uma consulta no HUPE" (Antônio)

"Diante do resultado do PSA pedi para que minha sobrinha marcasse uma consulta no Hospital Getulio Vargas, sabia que ficaria esperando muito" (Paulo)

Mesmo com toda a rede social apresentada anteriormente, encaixes, ajudas, os pacientes levaram muito tempo para o acesso no diagnóstico, aqui trazido por eles como problema central, levando em média 18 meses para conseguir ser diagnosticado com Câncer de próstata. Segundo a lei, 12732 de 2012 o tratamento do paciente diagnosticado com Câncer tem que ser iniciado com no máximo 60 dias da data de confirmação do diagnóstico o que não foi detectado um problema, pois, foi levado em média 1 mês para que o paciente iniciasse o tratamento.

Outro dado também alarmante é que 100% da população estudada chegou na atenção secundária sem ter realizado o exame de toque retal, o que o estudo trouxe, corrobora com Romeu Gomes, sobre o fortalecimento da atenção básica: -Capacitação dos profissionais, ainda é nítido que os profissionais da área da Saúde não estão preparados para acolher essa população.

Os pacientes também encontraram dificuldades econômicas para permear o SUS.

"Ai, deu um pouco de revolta de saber que eu tinha que pagar e eu não podendo fazer... sabia que no Pedro Ernesto teria facilidade e ainda não pagaria, era do lado do meu serviço. Pensei vou sair da Santa casa e vou para o Pedro Ernesto" (Luiz)

5.3.3 Facilidade de Acesso ao tratamento

Por se tratar de um projeto de Atenção a Saúde do Homem vinculado a outro projeto de Câncer de próstata do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após a confirmação do diagnóstico, os pacientes levaram em média 1 (um) mês para iniciar o tratamento.

Conclusão

Vimos exatamente, nesse momento de avaliação da implementação da política pública de saúde do homem, o que está sendo favorável e o que precisa avançar e tivemos como dificultadores para esse paciente: medo de deixar de ser o provedor; dificuldade em falar sobre a doença; necessidade da mulher como cuidadora; Dificuldade dos profissionais e dos serviços em absorver essa população; Dificuldade de encaminhamento dentro do SUS; Questões econômicas atrapalharam o acesso; Tempo

de espera. E como facilitadores: Tempo de espera entra o diagnóstico e acesso ao tratamento; Redes sociais.

Ficou muito evidenciada nessa pesquisa a necessidade de fortalecer justamente o que é primordial na política, que é a assistência na atenção básica, a porta de entrada do SUS. E para melhorar a gestão do cuidado a essa clientela faz-se necessário: Capacitar os profissionais, nas 3 esferas do SUS pois o acesso da população masculina ainda se dá fortemente pelo setor secundário e terciário; avaliar todo o sistema de referenciamento do SUS; realizar educação em saúde com a população; trabalhar fortemente com educação em relação a discussão de gênero com a população e mais ainda com os profissionais; realizar avaliações contínuas sobre a implementação da política de Saúde do Homem.

Por fim, podemos destacar que as dificuldades de acesso encontradas pela população masculina não deve ser atribuído de modo unilateral as suas questões sócio culturais uma vez que as políticas públicas também não atentaram para as demandas e necessidades dessa população.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. (1999). Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In Rabelo, M. C. M.; Alves, P. C. B.; Souza, I. M. A. (Org.). Experiência de doença e narrativa. (pp.125-138). Rio de Janeiro: Fiocruz

ARNOLD, M., et al. Recent trends in incidence of five common câncer in European countries since 1998: Analyses of the European Cancer Observatory. **EuropeanJournalofCancer**,out. 2013.

BARBOZA, T.M. **Demandas de saúde e estratégias de inserção na atenção básica: a fala dos homens**. 2013. 69f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, UFPB, João Pessoa. 2013.

BRASIL. **Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso**. Rio de Janeiro, 2002. 26p.

BRASIL. **DataSus: Informações de Saúde**. Brasília, 2007. 48 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 741 de 19 de dezembro de 2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Portaria nº 1.944 de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, a Política Nacional de atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, 2009.

BRASIL. **Caderno de atenção primária: Rastreamento**. Brasília, 2010. 95 p.

BRASIL. **Informativo Vigilância do Câncer**. Rio de Janeiro, 2011. 11p. Disponível em:
<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/boletim_vigilancia_1.pdf>

BRASIL. **DataSUS: Indicadores e Dados Básicos**. Brasília, 2012. 1p. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2012/c10.def>>

BRASIL. **Estatísticas do Câncer– Programa de Epidemiologia e Vigilância do Câncer e seus fatores de risco: Atlas de Mortalidade por Câncer**, 2014a. Disponível em:
<<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo04/consultar.xhtml#panelResultado>> Acesso em: 17 dez. 2014.

BRASIL, **Relatório de Auditoria Operacional, Política Nacional de Atenção Oncológica**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:
<<http://www.sbradioterapia.com.br/pdfs/relatorio-tribuna-contas-uniao.pdf>> Acesso em 20 nov. 2015.

BRASIL, Sociedade Brasileira de Urologia. **Campanha Novembro Azul 2014**. Rio de Janeiro, 2014b. Disponível em: <<http://www.sbu.org.br/?campanha-novembro-azul-2014>> Acesso em 17 dez. 2014.

BUTLER, J. Subjects of sex/ gender/ desire. In:_____ (org.). **Gender trouble: feminism and subversion of identity**. New York: Routledge, 1990. p.1-25.

CORDEIRO, S. V. L. et al. Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.644-649, 2014.

CANALINI, A. Campanha Novembro Azul alerta para prevenção do câncer de próstata. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.ebc.com.br/noticias/2015/11/campanha-novembro-azul-alerta-para-prevencao-do-cancer-de-prostata>.

COUTINHO, S. M. S. et al. “Por que os homens não cuidam da saúde?” A saúde masculina na perspectiva de estudantes da área da saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.17, n.2, p.167-179, abr./jun. 2014.

COSTA, G. R.- Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de genero - revista de estudos de população v.20 n 1 jan/jun. 2003

CONNELL, Robert W.; MESSERSCHMIDT, James W.. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 241-282, maio 2013. ISSN 0104-026X. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2013000100014/24650>>. Acesso em: 13 out. 2015.

DATASUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pobt10uf.def>>. Acesso em 16 nov. 2014.

DINIZ, D. Bioética e gênero. *Rev. bioét.* (Impr.) 2008;16(2):207-16.
FARO, L.; RUSSO, J. A.; CARRARA, S. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpomascuino. **PhysisRevista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p.659-678, 2009.

FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p.935-944, 2011.

FILHO, R.T.S. E DAMIÃO, R. Câncer de próstata. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p.100-107, 2008.

FIOCRUZ. Disponível em: <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=acesso>>. Acesso em 18 dez. 2014.

GERHARDT, T.E. (2009). Itinerários Terapêuticos e suas múltiplas dimensões desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In Pinheiro, R.; Mattos, R.A. Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. (2º ed.,pp .279-300). Cepesc-IMS/UERJ- -ABRASCO: Rio de Janeiro

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

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F., ARAÚJO, 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. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.565-574, mar. 2007.

GRONBERG, H. Prostate Cancer Epidemiology. **The Lancet**, v.361, p.859-64, 2003.

INCA - **Instituto Nacional do Câncer**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>>. Acesso em 17 dez. 2014.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/ondetratarsus/RJ>. Acesso em 25 out. 2015.

MACHIN, Rosana et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.11, pp. 4503-4512. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200023>.

MANGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. (2008). Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. (vol. 19, n. 3, pp.176-182, set./dez.). São Paulo: Rev. Ter. Ocup. Univ.

MARTINS, A. C. P.; REIS, R. B.; SUAID, H. J.; MACIEL, L. M.; ZANINI, A. J. C.; FALCONI, R. A. R. Screening for carcinoma of the prostate in volunteers. *International Braz. J. Urol.*, Rio de Janeiro, v.26,n.5, p.516-522, 2000.

MASSÉ, R. (1985). *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montreal: Gaëtan Morin Éditeur.

MOTTET, N., et al. European Association of Urology. **Guidelines on Prostate Cancer**. Nova Iorque, 2014. 172p.

SIDDIQUI, S. A.; SENGUPTA, S.; SLEZAKA, J. M.; BERGSTRALHA, E. J.; ZINCKEB, H.; BLUTEB, M. L. Impact of familial and hereditary prostate cancer on cancer specific survival after radical retro pubic prostatectomy. *The J. of Urology*, New York, v.176, n.3, p.1118-1121, 2006

ROMERO, F. R. Fatores de risco para câncer de próstata em uma amostra da população de Curitiba, PR. 2012, 233f. Tese (Doutorado em Clínica Cirúrgica) Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, 2012

[TONG](http://plato.stanford.edu/entries/feminism-ethics/), Rosemarie; [WILLIAMS](#), Nancy. **Feminist ethics**. Disponível em: <http://plato.stanford.edu/entries/feminism-ethics/>. Acesso em 10 set. 2015.

RIBEIRO, C. R.; RUSSO, J. A.; ROHDEN, F. Uma nova pedagogia da sexualidade para homens: discursos midiáticos e suas reverberações. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. v. 23, n. 2. Jun. 2013. p.461-488.

SILVA, VMN et al. Trajetória assistencial em Piraí: uma prática avaliativa amistosa à integralidade. **Atenção básica e integralidade: contribuições para práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, p. 225-232, 2008.

PAURA, P. R. C.; RIBEIRO, Carlos. D. M.; SILVA JÚNIOR, A. G. Equidade no acesso ao transplante de rim com doador falecido no estado do Rio de Janeiro. **Revista de Direito Sanitário**, v. 11, n. 3, p. 174-202, 2011.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção da*

integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-
Abrasco, 2003. p.113-28.

ANEXO I – INSTRUMENTO DE CONSTRUÇÃO DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO DATA: ____/____/____

Prontuário _____ **Nome** _____

Telefone: _____

Data nascimento ____/____/____ **Idade** ____ anos **Cor:** () branca ()
negra () parda () outras

Estado civil() casado () amigado () divorciado () viúvo () solteiro

Escolaridade() analfabeto () Ensino fundamental () Ensino médio () superior
completo () 1º incompleto () 2º incompleto () superior incompleto () sem
informação

Profissão/Ocupação _____

Plano de Saúde Privado () não () sim Se sim, qual?

Município de residência _____

Inscrição SISREG () não () sim

Unidade Solicitante SISREG _____

Unidade de Encaminhamento _____

I) HÁBITOS DE VIDA:

1-Pratica alguma atividade física regularmente? () sim () não

Qual? _____

Caso positivo, indique qual a frequência: () 1x/sem () 2x/sem () 3x/sem () 3 à 5x/sem
() diariamente

2-Atividades de lazer: () sim () não

Qual(is)? _____

3-Consome bebida alcoólica regularmente?:() sim () não

3- a)Caso negativo, já consumiu alguma vez? () sim () não

3-a 1) Durante quanto

tempo? _____

3-b)Caso positivo, indique qual a frequência:

() 1x/sem () 2x/sem () 3x/sem () 3 à 5x/sem () diariamente.

4- É tabagista: () sim () não 25-a) Quantos

cigarros/dia? _____

4-b) Há quanto tempo? _____

4-c) É ex-tabagista: () sim () não 25-d) Quantos cigarros/dia? _____

4-e) Durante quanto tempo fumou? _____

Situação de Saúde:

5-Histórico familiar: () sim () não. Caso positivo, quem e quais doenças tiveram?

Pai () _____ Mãe () _____

Irmãos() _____

6-Histórico de internações anteriores por doenças urológicas: () sim () não

Quais? _____

7-Já fez alguma cirurgia a: () sim () não

8-Diagnóstico médico atual: Marque todos os presentes (Quando o cliente não souber, consultar prontuário)

() HAS () Intolerância à glicose () Diabetes Mellitus () Angina de peito

() Infarto do miocárdio () Insuficiência renal . Faz diálise? () sim () não

() Insuficiência cardíaca () AVC () Colesterol alto () Aneurisma de aorta

() Doença Hepática Gordurosa não-alcóolica

Outros:

9- Medicações que utiliza:

1ª ETAPA (ANÁLISE DE PRONTUÁRIO)

1) Resultado da biópsia de próstata: () positivo () negativo

2) Para onde foi encaminhado?

2ª ETAPA (Questões norteadoras)

1) Quanto tempo se passou entre a identificação do problema e a primeira consulta?

Onde foi a consulta? Qual profissional te examinou?

2) Foram feitos exames? Quanto tempo demorou os resultados?

3) Quanto tempo levou após o encaminhamento até você ser atendido nesta unidade?

4) Existem pontos positivos/ negativos que te marcaram ao longo de toda essa trajetória?

5) Existe mais alguma informação importante que você queira nos contar?

Anexo II -LIVRE E TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título _____ do _____ Projeto:

Pesquisador _____ Responsável:

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável:

Telefones para contato: (____) _____ - (____) _____

Nome _____ do _____ voluntário:

Idade: _____ anos R.G. _____

Responsável legal (quando for o caso): _____

R.G. Responsável legal: _____

O(A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa Trajetórias assistências dos pacientes encaminhados a Assistência a Saúde do Homem, de responsabilidade da pesquisadora Carolina Pimentel Machado.

Esse estudo tem como objetivos: Analisar o perfil da clientela que busca atenção ao serviço de Assistência a Saúde do Homem., analisar a trajetória em busca de cuidados dos pacientes encaminhados ao Serviço de Assistência a Saúde do Homem, discutir as facilidades e dificuldades de acesso e contribuir para o aperfeiçoamento da gestão e do cuidado à esta população. A pesquisa envolve riscos mínimos, ou seja, riscos semelhantes aqueles que qualquer individuo teria no seu dia a dia. Será realizada uma coleta de dados com entrevista que combina questões abertas e fechadas onde o entrevistado poderá discorrer sobre o tema, contendo questões relacionadas com a identificação (idade, cor, estado civil, escolaridade, ocupação). As entrevistas serão individuais e gravadas. A pesquisa será realizada na Policlínica Piquet Carneiro, mais especificamente no Programa de Atenção a Saúde do Homem em um consultório preservando a privacidade e autonomia do paciente com essa pesquisa poderemos beneficiar a população específica, pois conheceremos melhor sua trajetória e dificuldades encontradas ao longo do caminho. Sua participação a pesquisa é voluntária e este consentimento poderá ser retirado a qualquer momento sem que traga nenhum prejuízo ao paciente. É garantido a confidencialidade das informações e a privacidade do paciente..

Os participantes de pesquisa, e comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de

Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações:

E.mail: etica@vm.uff.br

Tel/fax: (21) 26299189

Eu, _____, RG n° _____
_____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Ou

Eu, _____, RG n° _____
_____, responsável legal por _____, RG n° _____
_____ declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Nome e assinatura do paciente ou seu responsável legal Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

Testemunha

Testemunha