

## 1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 70 no Estados Unidos iniciou-se as primeiras pesquisas científicas sobre a saúde dos homens. Onde os norte-americanos receberam incentivos pela teoria e política feminista, com objetivo da redução dos índices de doenças de caráter da época, a exemplo, as doenças sexualmente transmissíveis, pois estes homens eram considerados fonte de infecções não tratadas responsáveis pelo agravo a saúde do público feminino conforme afirma Silva (2010).

Em conformidade com Fernandes et al (2014) a nível mundial aconteceram em 2012, ocorreram 14,1 milhões casos incidentes de câncer, 8,2 milhões de mortalidade e 32,6 milhões de prevalência desse agravo”. Estes índices relatam a veracidade das literaturas ao apresentarem o “ser masculino” com pleno acometimento por doenças crônicas.

Em consonância com Ribeiro et al (2012) a saúde do homem adulto não possui a discussão necessária para sua complexidade, os estudos afirmam que há uma supremacia masculina evidente incluída no padrão cultural da sociedade que exerce uma autoridade de persuasão dos comportamentos que geram barreiras consideráveis que interferem nas medidas de prevenção dos homens perante a saúde.

A questão do gênero possui uma forte influência cultural sobre o “ser masculino”, onde, o homem precisa demonstrar sua masculinidade de maneira dominadora. Com a mudança na estrutura familiar, no decorrer das décadas, o homem foi deixando de ser o provedor familiar predominante como relatado na trajetória humana. Com base em alegações vigorosamente fixadas na trajetória histórica, a população masculina passa a depreender o cuidado à saúde como algo que não é cotidiano à masculinidade, desprezando a importância preventiva de patologias conseguinte a Cavalcanti et al (2014).

Os gêneros masculinos impõem suas próprias características que são mantidas desde o período primitivo, dificultando a inclusão destes em ações de saúde sendo um caráter desafiador com afirma Silva (2013). Portanto o cuidado a saúde já é de pratica um segundo plano, admitindo a fragilidade depois de casos patológicos bastante avançado.

Segundo Gomes (2010) “a saúde do homem deve ser destacada não só para se desenhar o perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina, mas também para que se percebam os aspectos culturais que comprometem sua saúde”. Os agravos a saúde do gênero masculino podem ser compreendidos a partir dos aspectos sócio cultural de cada indivíduo.

Fernandes et al (2014) afirma que “a identidade masculina constitui um fator de risco para saúde, uma vez que o homem se torna vulnerável quando aceita, sem reflexão, padrões de gênero constituídos cultural e socialmente”.

Através da Portaria nº 648-GM/2006, iniciou um novo olhar a saúde do homem, que caracteriza atos direcionados a Atenção Básica como ações voltadas a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, promoção e proteção da saúde, tornando um grande desafio para equipe multidisciplinar. (FONTES et al, 2011, pag. 431)

As mulheres desde seu nascimento são educadas a cuidar do lar, filhos e família. O masculino assumia a função de esteio do lar, sendo, o chefe responsável pelo sustento no ambiente familiar. O homem caracterizado como delicado, sensível que se cuida, é visto como “menos homem”, baseado no credo machista. Um problema que poderia ser evitado se não fosse a falta de sensibilidade dos homens em buscar logo no início os cuidados preventivos, sabemos que o ato de prevenir a saúde não é característica masculina (na maioria dos casos).

Martins et al (2013) afirma que “o homem retrata na sociedade um ser forte, resistente e invulnerável, tornando-se uma importante barreira cultural contribuindo para o distanciamento destes dos serviços de saúde”, sabendo que, estes usuários recorrem aos mesmos já citados em casos frequentemente avançados em prognóstico, sujeitando-se a condições crônicas e agravantes.

A consequência da demora no diagnóstico leva milhares de homens a complicações no seu quadro de saúde e mortalidade por diversas causas, dando atenção a hiperplasia prostática que não se retém somente ao Câncer de próstata, mas abrange outras patologias prostáticas como principais diagnósticos a saúde desta parcela da população.

Segundo as informações do INCA “a estimativa para novos casos de câncer de próstata para 2016 é de 61.200. E o número de óbitos já existente através de informações do SIM (Sistema de informação de mortalidade) é de 13.772 em 2013”.

Com base nos dados através do INCA (2015) “no Brasil o CAP é o segundo mais comum entre os homens”. Sua epidemiologia atinge 10 % do total de cânceres

no mundo e a sua incidência é cerca de seis vezes maior nos países desenvolvidos, considerado um câncer de terceira idade. Atualmente as patologias da próstata está cada vez mais presente no cotidiano do ser masculino, devastando a saúde pública, por conseguinte afetando a qualidade de vida do homem e da família.

“Atualmente a neoplasia da próstata é frequente nos homens com idade mais avançada, e a segunda causa em mortalidade por câncer no sexo masculino” (MAGNABOSCO, 2014). A neoplasia maligna da próstata tem cura, se for diagnosticada precocemente, mas para que tenha a curabilidade, basta o homem se conscientizar e realizar os exames de rastreamento com acompanhamento do especialista.

De acordo com Campolina (2013) os agravos do gênero masculino estão na preocupação da saúde pública, pois “em média, os homens vivem sete anos menos que as mulheres e adquirem mais doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica”. Os agravos prostáticos a depender de sua especificidade, comprometem o sistema urinário provocando desconfortos físico, psicológico e social deste público, tal que, são privados de gozar certas atividades que realizavam anteriormente à patologia já instalada.

A Política de Atenção Integral a Saúde do Homem é direcionada a indivíduos do sexo masculino com Idade entre 20 a 59 anos, independente da etnia e classe social. Este homem é o indivíduo ativo desta política, ou pelo menos, deveria assumir esta função participando das atividades preventivas estabelecidas a estes. As ações preventivas quando praticadas pelos indivíduos, profissionais e instituições de saúde colaboram para a qualidade de vida da população e geram menos ônus para o governo.

As redes de atenção à saúde possuem um olhar especial para populações que não obtém acesso constante aos serviços de saúde, sendo inúmeras as causas que levam a tal situação. As organizações das atividades em saúde entre as esferas de governo são acompanhadas pelo princípio da integralidade como base norteadora. Aguiar (2011) nos leva a refletir que “ a existência da integralidade na assistência se faz necessária a articulação entre a prevenção, a promoção e a recuperação no cuidado prestado a cada cidadão que utiliza os serviços do SUS”.

### 1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

Para Lima e Martins (2014) “estudos apontam que homens representam taxa de mortes e adoecimento mais avançados do que as mulheres, expondo a evidencia

que a inclusão deles no serviço de atenção primária é menos expressiva do que a feminina”. Nota-se uma valorização do tratamento das doenças crônicas masculinas, a literatura reforça os cuidados intensivos e curativos em casos de neoplasias, porém há certa “restrição” no desenvolvimento de estudos que mudem essa realidade e passem a buscar mais a prevenção em vez de valorizar a doença.

Pozzati et al (2013) evidencia em plena atualidade a “presença de barreiras culturais, econômicas e a falta de acesso ao tratamento são a causa da baixa procura para realizar a detecção precoce do câncer de próstata”.

O CAP, apesar de muito frequente e com alta mortalidade tem cura. Sua curabilidade depende principalmente do diagnóstico precoce que deve ser feito através de exame clínico e por exame complementar, relativamente simples, como o Antígeno Prostático Benigno, sigla em inglês (PSA) e o exame de toque retal.

A partir do diagnóstico precoce há uma ampla variedade de medidas terapêuticas podendo ser priorizadas as mais conservadoras e menos invasivas, na dependência do estadiamento clínico e análise de alguns fatores prognósticos. Quando detectado precocemente diminui o risco de evolução para uma neoplasia, apresentando um elevado potencial de cura, no entanto, a maioria dos casos no nosso país é diagnosticada em estágios avançados.

## 1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

O interesse nesta temática iniciou-se no sexto semestre, pelas pesquisadoras deste estudo, que ao buscarem conhecer sobre as morbidades masculina descobriram a magnitude das complicações que envolvem a saúde do homem, quando esta, não é praticada ou promovida conforme os princípios doutrinários do SUS, seguida das necessidades biopsicossociais de cada usuário submetidos a procedimentos cirúrgicos relacionados a próstata.

O conhecimento a saúde preventiva masculina e a existência de um programa específico em saúde para este público ainda é pouco conhecido por graduandos, e desconhecida por muitos homens. Porém o conhecimento do programa sem a prática adequada pelos profissionais é um risco na manutenção do autocuidado masculino. Estes usuários são inclusos nos programas de Atenção Básica, contudo possui baixa participação e frequências nas unidades por diversos fatores, sendo existente a valorização da busca pelos serviços de urgência e emergência.

Repensar o funcionamento do programa saúde do homem, o papel de cada profissional no conjunto de atividades desenvolvidas e apontar quais das

funcionalidades pode melhorar a trajetória desse grupo de homens em busca de tratamento com especificidade para as patologias da próstata devido sua alta incidência, prevalência e mortalidade a nível mundial e de Brasil.

Conforme Ascari et al (2014) “há necessidade da realização de novas pesquisas para avaliar o conhecimento que os homens têm sobre os exames de rastreamento desta neoplasia e em que circunstâncias esses exames são realizados”.

Acreditamos que a enfermagem pode vir a contribuir para mudança dessa realidade tomando decisões com outros profissionais da saúde, esclarecendo e motivando esses homens sobre seus direitos de acessibilidade aos programas específicos de saúde. O conhecimento da trajetória em busca de tratamento é vital para melhoria da qualidade de assistência não somente da enfermagem, toda equipe multiprofissional.

A SAE é uma ferramenta eficaz que contribui para o processo de enfermagem e as etapas estruturadas propõem ao enfermeiro um conhecimento abrangente da história de vida dos homens desde seu início na atenção básica e segue nos demais níveis de atenção.

A população senil vem ganhando espaço na qualidade e expectativa de vida, associado a esta informação é crescente o aumento de doenças crônicas não transmissíveis. A exemplo, temos a hiperplasia prostática benigna que paralela a sua incidência, temos como fator de risco a idade avançada.

Conhecer a história de vida desses homens é relevante para o segmento das ações voltadas para cada perfil da população. Milhares de homens convivem com estado de agravo relacionado a próstata possuindo diferentes perfis epidemiológicos em cada região do país apresentando especificidade e realidade em relação ao contexto nacional e a enfermagem precisa conhecer as características da localidade em que atua.

### 1.3 QUESTÕES NORTEADORAS

O público masculino possui um vasto histórico biopsicossocial antes da chegada ao serviço de saúde, sendo de interesse da enfermagem o conhecimento do perfil desta população para melhor prestação de assistência e facilitar o processo de enfermagem.

Na política integradora de saúde do homem que trabalha em conjunto com outras políticas, sendo: Política de Atenção Básica a qual está incluída a Estratégia

Saúde da Família, Política Nacional de Saúde do Idoso, Rede de Atenção aos portadores de doenças crônicas e Redes de Atenção as Urgências e Emergências. Toda essa integralidade proposta por essas políticas visa acolher os usuários conforme sua necessidade em saúde articulando de forma transversal, para melhor construção e operacionalização, já que historicamente o homem tem dificuldade em reconhecer suas necessidades e a possibilidade de adoecer. (BENAZZI, LIMA E SOUSA, 2011, pag. 328).

Em razão ao atendimento universal do SUS para o público masculino acometidos de patologias referente à próstata fundamentados no princípio da hierarquização surgiram os seguintes questionamentos:

- a) Qual o (os) diagnóstico (os) identificado (os) nos usuários da pesquisa?
- b) Quais as dificuldades em acessar os serviços públicos de saúde?
- c) Qual o tempo de espera para realização da intervenção cirúrgica desde a indicação médica no contexto atual do SUS?
- d) Qual a opinião destes usuários sobre a prevenção masculina e contribuição da enfermagem na saúde do homem?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL:**

Analisar a trajetória de um grupo de homens em busca do diagnóstico e tratamento para as patologias da próstata em Rede de Atenção a Saúde.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Determinar o perfil sociocultural dos usuários em estudo;
- Detectar as dificuldades vividas na trajetória clínica e o diagnóstico.
- Investigar o tempo decorrido para realização da cirurgia desde a indicação médica.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 SAÚDE DO HOMEM

O homem desde seu ingresso na vida familiar foi o provedor primário no decorrer da história, fazendo parte da cultura hereditária que não priorizava o autocuidado, pois este era visto como desvalorização da masculinidade. Conforme Silva et al (2010) “este homem apresenta um conjunto de características próprias que são mantidas desde o primitivo, onde a força, a invulnerabilidade, virilidade, trabalho a ser chefe de família se tornaram um dos fatores responsáveis pela desvalorização do seu autocuidado”. O autor relata que o trabalho é valorizado como acompanhamento da personalidade masculina ao longo da história, porém, a justificativa de provisão do lar lhe demanda uma “renegação” para manutenção de sua saúde.

Segundo Albuquerque et al (2014) “na literatura internacional e nacional, quando se busca refletir acerca da temática homem e saúde é necessário considerar que, em geral, os homens são mais acometidos por condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres”. Com este embasamento temos a seguinte concepção, de que os homens buscam diagnóstico para os sintomas fora de seu controle fisiológico que promovem desconforto físico, emocional e social.

Existe a baixa preocupação em realizar exames de rotina, pois o hábito preventivo está mais relacionado ao público feminino (justificado pelo fator cultural mencionado nas literaturas), se existe a demora de tratamento a tendência de se estabelecer uma patologia crônica é maior em relação ao usuário que busca com frequência os serviços de saúde.

[...]. Os homens, portanto, apresentam uma maior predisposição e vulnerabilidade a adquirir doenças em relação as mulheres, decorrente da maior exposição a fatores de riscos comportamentais e culturais permeados pelos estereótipos de gênero, que desvalorizam as práticas de prevenção e de cuidados com a saúde, elevando nos homens a vulnerabilidade aos agravos, em consequência da não procura pelos serviços. (ALBUQUERQUE et al, 2014 p. 608).

O autocuidado na pratica masculina vem sendo incentivada constantemente, porém, aderido gradativamente por esta parcela da população. Ao perceber uma situação de vulnerabilidade e possível sofrimento físico, o homem reconhece a necessidade de ajuda, porém enxerga esta ajuda e/ou auxilio como um desconforto que afeta a masculinidade o qual instituiu ao longo dos anos.

Ao assumir a necessidade de ajuda com a finalidade da manutenção da saúde, o homem sofre com a repressão e zombaria por se tratar de algo tão íntimo que feriu a honra estabelecida por um padrão social preestabelecido às suas necessidades. “A negação da vulnerabilidade masculina é considerada uma construção da identidade de ser homem com enfoque nos cuidados à saúde, muitos reprimem suas necessidades e recusam-se a admitir a dor e o sofrimento”. (PINTO, 2014, p. 943)

A enfermagem reconhece estes sujeitos como um grupo suscetível ao aumento de comorbidades por não manifestar interesse contínuo em integrar-se nas ações de promoção à saúde. Segundo Martins et al (2013) “O não reconhecimento dos homens como sujeitos de cuidado pelas equipes de saúde tem contribuído para dificuldades na construção de vínculos entre esses profissionais e para os baixos índices de adesão às ações e tratamentos propostos”.

Consoante com Pinto (2014) “a identidade de cada indivíduo se constrói mediante os significados que atribui às suas experiências, imersas no seio familiar de origem que, por sua vez, insere-se em determinada classe social, no tempo e no espaço”. As mulheres possuem maior sensibilidade em relação a busca aos serviços de saúde, são mais frequentes e cuidadosas no protagonismo, diferentemente da maioria dos homens.

“O homem que antes era forte e viril, devido à doença, precisa aprender a lidar com limitações e sentimentos não convencionados e não tão claramente necessita reconstruir a sua identidade numa nova perspectiva de ser homem”. (PINTO, 2014, P. 943). A participação familiar é fundamental quando o homem apresenta fragilidade no decorrer da doença, visto que a presença da família é vital na reconstrução de um novo ser.

“É necessário o aperfeiçoamento profissional, pois a maioria dos serviços de saúde não está preparada para receber o homem, especialmente o jovem, já que foi concebida numa lógica mulher-criança-idoso”. (LEAL; DIAZ, 2012 p. 14). A maioria dos profissionais de saúde não reconhece o homem como protagonista da saúde, seguindo uma prática lógica de tratamento da doença e desconhece a prevenção.

[...]. Os homens dificilmente procuram ajuda, deixando a situação se agravar. Eles também se alimentam pior, abandonam com mais facilidade os tratamentos longos, tem resistência a tomar remédios, são (ainda) mais tabagistas do que as mulheres e bebem muito mais”. (LEAL; DIAZ, 2012, p. 15).

Verificamos que entre os gêneros masculino e feminino diferem nos hábitos de vida, pois o tabagismo e o etilismo está presente no cotidiano do brasileiro. Leal e Diaz (2012) relatam que Harold Robinson, representante do Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA no Brasil, “compreende a masculinidade como produto dos determinantes sociais e considera a saúde do homem como um bem público e fundamental para promover a igualdade de gênero valorizando o direito humano”.

O que o homem precisa na intervenção da saúde é a construção de programas voltados para a masculinidade, como incentivo no cuidado a saúde física e psíquica. Hoje já existe o programa pré-natal masculino, tendo como finalidade o incentivo do homem em acompanhar suas companheiras ou esposas na trajetória gestacional, incentivando esse homem no cuidado a saúde como um todo.

O MS instituiu, em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) com o intuito de propor ações humanizadas e resolutivas, e de capacitar os profissionais de saúde para o atendimento ao homem, por meio da proposição de estratégias de promoção da equidade para distintos grupos sociais. (MOZER; CORREA, 2014, p. 579).

Em concordância com Brasil (2014) a PNAISH foi instituída pela Portaria nº 1.944/GM, do MS, de 27 de agosto de 2009”. Uma estratégia que o MS criou para impactar grande parcela do público masculino e incentiva-los a cuidar de si, juntamente com a participação familiar no incentivo a prevenção e promoção da saúde. O Pacto da Saúde criado em 2006 aborda vários eixos, porém o homem jovem (inferior a 60 anos) não possui espaço específico de assistência, a partir dos 60 anos há uma inclusão do idoso neste pacto.

Padilha et al (2015) afirma que a “PNAISH foi estruturada em cinco eixos temáticos (Acesso e Acolhimento, Paternidade e Cuidado, Saúde Sexual e Reprodutiva, Prevenção de Violência e Acidentes e Principais Agravos/Condições Crônicas)”, a partir dessa Política o homem com idade de 20 a 59 anos recebeu um cuidado especializado, englobando as prostatites e DST's de característica do público jovem (possui incidência relevante em idosos).

A PNAISH foi criada com intuito de melhorar as condições de saúde do homem, incentivando no cuidado com a saúde através de informações e implementações para mudança desse quadro, em que “o homem” é um ser humano forte e viril. “Atualmente tem sido de grande interesse para a saúde pública discutir a respeito das políticas direcionadas ao homem uma vez que se nota a necessidade de atrair esse público aos serviços de saúde”. (PEREIRA et al; 2015, p. 441).

Consentindo com Brasil (2016) “a PNAISH tem como diretriz promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão de Estados e Municípios”.

A PNAISH, enquanto linha de base epidemiológica, parte de dados dos sistemas oficiais de registro das ocorrências em saúde, disponibilizados pelo banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), enquanto parâmetro inicial para definição de metas. Dentre os eventos vitais, os registros sistemáticos da morte e do nascimento são os mais antigos. Posteriormente, foram incluídos registros sobre doenças e, mais recentemente, sobre comportamentos de risco e proteção”. (MOURA, 2012, pag. 9).

A estratégia da política é impactar o homem para uma melhoria da expectativa de vida, reverter o quadro de morbimortalidade os quais são bastante elevados. Leal e Dias (2012) ressalta que “o Brasil é o primeiro país da América Latina e o segundo do continente americano (o primeiro foi o Canadá) a implementar uma PNAISH. Estas ações buscam romper os obstáculos que impedem os homens de frequentar os consultórios médicos”. A política surgiu com intuito de aderir esses homens a prevenção de doenças, principalmente as crônicas que na maioria são as mais prevalentes em mortalidade.

“O governo brasileiro foi o primeiro das Américas a desenvolver e executar uma política exclusiva para homens. Atualmente, além do Brasil, apenas a Austrália, desde 2010, apresenta uma política vigente voltada para a mesma finalidade”. (BRASIL, 2014). Neste contexto, os homens brasileiros são privilegiados a aderir a essa política, que conseqüentemente fornece uma assistência especializada, em busca de prevenção de vários agravos a saúde do homem.

O pré-natal masculino é uma estratégia adotada e incentivada pelo Ministério da Saúde que vem sendo observada nos últimos tempos, o objetivo é levar esse homem para as unidades básicas de saúde como acompanhante da puérpera nas consultas obstétricas, no intuito de avaliar o estado de saúde também do seu parceiro, oferecendo exames de rotina. E a partir desta iniciativa teremos grande chance de quebrar “tabus” relacionado a individualidade e machismo durante a geração anterior.

“O programa pré-natal masculino atualmente está presente em diversos municípios – incluindo São Paulo, Rio de Janeiro, São Luís, Salvador, Goiânia, Maceió, Teresina, entre outros e faz parte da PNAISH”. (BRASIL, 2014). Esta

estratégia de inclusão destes usuários no pré-natal de sua parceira representa um avanço relevante e significativo no processo educacional e da assistência e incentivo a paternidade através de orientações que inclui o uso de preservativos atingindo os indicies de HIV, sífilis e demais doenças sexualmente transmissíveis frequentes no período gestacional, colaborando para o incentivo desses aos exames de laboratoriais de rotina.

Eduardo Schwarz Chakora ressalta “Conscientizar os gestores e trabalhadores do SUS da importância de incorporar a população de homens nas ações de assistência integral ofertadas nos territórios e na lógica da saúde familiar e gerar uma mudança significativa de mentalidade e atitude dos homens quanto a sua própria saúde é uma iniciativa que o Ministério da Saúde tem priorizado”. (BRASIL, 2014).

Para Assis e Silva (2010) a PNAISH decorre da qualificação de profissionais que atendem diretamente essa população principalmente as ações de enfermagem mencionada como instrumento fundamental e indispensável à prática que gera benefício ao cliente à execução dos procedimentos pertinentes a esta categoria em benefício do cliente com adoecimento prostático”.

O processo de adesão dessa estratégia está ocorrendo em sentido gradual sabendo que, os benefícios são conquistados com esforço da equipe de saúde, gestores e participação da sociedade. Os gestores necessitam ofertar e incentivar planos estratégicos que envolvam a família em geral (contando com a presença dos homens).

### 3.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

“A estrutura de operação em Redes de Atenção à Saúde é composta por cinco componentes: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde”. (MENDES, 2010).

Cada estrutura operacional das redes possuem uma interligação para atender os usuários na sua especificidade. Na atenção primária ou atenção básica faz referência para média é alta complexidade, e conforme a problemática as redes direcionam o usuário de volta para assistência primaria para o acompanhamento da saúde.

[...]O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (MS, 2010).

Pracchia (2013) destaca que as linhas de cuidado expressam o direcionamento da assistência que devem ser garantidos ao usuário, no sentido acolher às suas necessidades de saúde. Elas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede”. As linhas são organizadas de forma primária, secundária e terciária. Possuem protocolos diferenciados para cada rede, é estabelecido uma assistência que atenda o usuário conforme sua necessidade especificada.

Pracchia (2013) afirma que “as Linhas de Cuidado servem de guia ou roteiro para orientar o profissional e o trabalhador em saúde sobre os procedimentos mais efetivos para o controle da doença em questão, guardando coerência com o tipo de serviço de saúde em que trabalha”. Esse guia visa aproximar os profissionais de saúde da atualidade e das patologias mais frequentes na população, como detecção precoce nos diagnósticos dos cânceres de pele, próstata, reto e estômago, por meio da história clínica, ou através do SAE que é a principal ferramenta na busca dessas patologias.

Na atenção básica de saúde o objetivo principal é trabalhar na prevenção, tornando um desafio para o gênero masculino que a procura por assistência nessa rede e menos frequente por essa população como afirma Moreira, Fontes e Barbosa (2014) “Os homens acessam os serviços de saúde por meio da atenção terciária, quando já existe um quadro clínico de morbidade instalado, muitas vezes crônico, demandando altos custos sociais”.

A PNAISH surgiu para oferecer um atendimento especializado aos homens e através dessa política os usuários do SUS que seguem pelas redes de atenção em busca de promoção da saúde, dependem da eficácia da integralidade de assistência para alcançar suas necessidades atendidas. “As ações voltadas à atenção integral à saúde do homem na Atenção Básica, porta de entrada preferencial do SUS e referência para a estruturação dos sistemas de saúde, devem objetivar mais que a oferta de uma clínica especializada para erradicação de doenças”. (PADILHA, 2015).

### 3.3 PROSTATITE

Em concordância com Dias (2011), “a prostatite é uma infecção que atinge a próstata, tendo como uma das causas a infecção não tratada” através de vírus, bactéria ou fungos e uso incorreto de antibióticos”. Essa patologia atinge

adolescentes, adultos e idosos, podendo evoluir para casos mais graves se for tratada precocemente.

“As prostatites podem ser agudas ou crônicas, dependendo do tempo de início e a progressão do processo inflamatório”. (ALCANTARA, p. 23). A inflamação aguda tem cura, na maioria dos casos, seguindo o tratamento medicamentoso corretamente, e a indicação geralmente são os antibióticos, o qual se for interrompido, o quadro poderá progredir para infecção crônica.

Anatomicamente a próstata é uma glândula exócrina pesando aproximadamente 20 gramas no homem adulto, localiza-se abaixo da bexiga, anterior ao reto, e por ela passa o canal da uretra que é responsável pelo jato miccional da urina e da ejaculação espermática. A principal função da próstata é sintetizar e secretar o líquido seminal que compõe o sêmen.

De acordo com Bertoldo e Pasquini (2010) a glândula prostática esta suscetível a uma variedade de doenças, contudo, o conhecimento de sua existência reflete na presença de tumores comportados nas várias extensões da anatomia prostática, porem a neoplasia maligna é a grande causa de preocupação e segunda causa de morte em homens. Neste contexto há necessidade de conhecimento da população masculina para melhor desenvolvimento do autocuidado.

Anatomicamente, a próstata pode ser dividida em lobos, sendo dois lobos laterais (direito e esquerdo), um lobo anterior, um posterior e um lobo médio. Os lobos laterais formam a massa principal da glândula, são contínuos posteriormente, mas separados anatomicamente pela uretra prostática. O lobo anterior não possui tecido glandular e é constituído apenas por tecido fibromuscular. O lobo posterior é o lobo que é palpado durante a realização do exame retal digital e o lobo médio é a porção da glândula situada os ductos ejaculatórios e a uretra. (MATOS, 2008, pág 1 e 2).

Na próstata são armazenados hormônios sexuais masculinos identificados como andrógenos, que ajuda no bom funcionamento da glândula. O principal hormônio é a testosterona que através da próstata transforma-se em diidrotestosterona responsável pelo crescimento da próstata. Ao envelhecer o homem está sujeito a alterações fisiológicas da próstata proporcionando o aumento dos demais, a exemplo a inflamação dessa doença.

Para Batista (2010) “a próstata sofre alterações conforme a idade do indivíduo progride, aumentado de volume, à medida que aumentam também à predisposição as patologias prostáticas com a idade”.

A próstata é uma glândula exclusiva no homem e nela pode apresentar várias patologias prostáticas, tendo como principais, as prostatites, a HPB e o câncer de próstata. “Na prostatite aguda pode haver febre, queda do estado geral, desconforto perineal e retal, sintomas miccionais irritativos ou mesmo retenção urinária. Na existência desse quadro, o exame deve ser realizado com cuidado, sem massageá-la”. (FILHO, JUNIOR, REIS, 2010, pag. 42)

De acordo com Moraes (2014) “a maioria dos homens que desenvolvem uma prostatite têm a próstata normal, embora a infecção seja mais comum em homens mais idosos, que têm a próstata mais aumentada”. A inflamação na próstata geralmente é mais comum em homens com predisposição, ou seja, os que são portadores de HIV/ AIDS, todavia muitos homens que desenvolvem a prostatite têm o sistema imunológico normal.

Os sintomas da prostatite pode apresentar dificuldade ao urinar com presença de secreção e coloração turva ou esbranquiçada, ardência, dores genitais, principalmente de glândula, febre, náusea, vômito, fadiga, dores musculares. Conforme a intensidade da infecção pode progredir para o estado grave levando o homem a ser hospitalizado, a sepse seria uma das complicações da prostatite aguda.

PBA é causada pelos mesmos patógenos da infecção urinária, gramnegativos aeróbios (*Escherichia coli*, 80% casos). A sintomatologia é início súbito de febre, calafrios, mal-estar geral acompanhado de mialgia, artralgia, dor lombossacral e perineal, polaciúria e urgência miccional, nictúria, disúria, dificuldade miccional. (ROQUE; OFFERNI; 2010, p. 141).

O diagnóstico inicial da prostatite é analisado através de dois exames básicos de amostra da diurese, a EAS (Urina Tipo I) indicado para detectar impurezas que possam estar na uretra como piócitos (pus) e presença de sangue microscópico e o exame de cultura da urina que identifica presença de bactérias. As infecções do trato urinário (ITU) são conhecidas como infecções urinárias, nos homens é frequente acima dos 50 anos devido a problemas prostáticos.

[.....] As prostatites são responsáveis por mais da metade das infecções genitais no homem entre os 20 e os 40 anos de idade. Geralmente acontecem após um episódio inicial de contaminação uretral, que evolui para uma uretrite (infecção na uretra) e termina com a contaminação da próstata (ALCANTARA, 2010 p. 23).

Vemos sua incidência em homens jovens, essas infecções antecedem os quarenta anos caso não seja devidamente solucionada, pode evoluir para prostatite crônica levando a complicação do quadro. Outra causa é técnica incorreta da passagem da sonda de Foley (demora) sendo o uso de tempo prolongado e a

técnica séptica fatores que levam ao avanço da infecção para a próstata, ou seja, não se restringe ao canal uretral.

Existem a possibilidade das seguintes sequelas de prostatites não tratadas ou não curadas causarem o endurecimento da próstata juntamente com as prostatites crônicas e a infertilidade”. (ALCANTARA, 2010 p. 23). Existem vários fatores de risco para a prostatite aguda, facilitando a porta de entrada para essa inflamação. Os principais são: o uso de cateter vesical, principalmente o de demora e por ser um processo invasivo, infecção urinária, a qual na maioria das vezes é assintomática e não tratada corretamente, uretrites por DSTs, traumas locais por uso prolongado de bicicleta e andar a cavalo.

Marques (2014) afirma “ em alguns homens, a prostatite aguda evolui para uma infecção persistente conhecida como prostatite crônica. Essa infecção pode ser difícil de tratar e, geralmente, requer antibioticoterapia prolongada e outros tipos de tratamento”. Na demora do tratamento da prostatite, o homem pode comprometer a expectativa de vida, piorando o quadro inflamatório, por seguinte apresentando sequelas no trato urinário, e ocasionado infertilidade.

“Os sintomas presentes na PBC são variáveis e perduram por período superior a 3 meses: disúria, polaciúria, urgência miccional, noctúria, ardor ou desconforto hipogástrico ou perineal” (ROQUE; OFFERNI; 2010, p.145). Através da sintomatologia prostática o homem deve procurar um especialista na busca do diagnóstico, pois difere de outras patologias relacionada a próstata.

“O tratamento da prostatite prolongado com antibiótico pode apresentar complicações persistentes, tendo a necessidade de um tratamento cirúrgico, como a ressecção endoscópica transuretral associada à antibioticoterapia por 6-8 semanas” (ROQUE; OFFERNI; 2010, p. 146).

“ Hábitos de higiene podem ser fundamentais para a prevenção de um quadro de Prostatite. Utilizar preservativos e limitar o número de parceiro sexuais também podem reduzir os riscos da inflamação da próstata” (MAGALHÃES, 2014). Outras formas de prevenção da prostatite é uma alimentação balanceada, praticar exercícios físicos e uma visita regularmente ao urologista para o monitoramento do sistema genital masculino.

### 3.4 HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

“A HPB é uma característica de estado comum que afeta a maioria dos homens idosos podendo afetar diretamente na qualidade de vida desses indivíduos” de acordo com Wroclawski et al (2014). O processo de envelhecimento é contínuo e progressivo, sabendo que, estas condições favorecem o declínio significativo da ação fisiológica e hormonal. Associado ao histórico familiar de primeiro grau (pai ou irmão) potencializa o risco em relação a indivíduos que não se identificam com essa trajetória genética.

A próstata no adulto é dividida em três zonas distintas, a primeira é a periférica com 75% do total da glândula, sendo esta a região por onde o câncer predomina, a central que é pouco conhecida com cerca de 20% do volume prostático, e zona de transição, que representa 5% do volume total junto as glândulas periuretais. (AMORIM, 2014 p. 7).

Crippa et al (2009) relata que “o crescimento prostático, no caso da HPB assenta-se na chamada zona transicional da próstata, que situa -se em torno da uretra”. Nesse local surge uma proliferação de nódulos formada por tecido glandular ou por estroma fibromuscular, que variam em quantidade relativa e constituem os dois padrões histológicos dos quadros de HPB.

“É a partir dos 60 anos que o gênero masculino começa a desenvolver a HPB, e de cada 100 mil homens, 30 morrem por causa dessa doença” Conforme Saldanha et al (2013). Neste contexto, os casos de hiperplasia ainda são elevados, pois sabe-se que o aumento da próstata é uma questão fisiológica, porem pode ser controlada quando detectada precocemente, e na maioria dos casos isso não acontece, devido as barreiras culturais e sócio econômicas como fator principal desse agravo. Portanto seria mais viável a procura da prevenção para diminuição dos casos de Hiperplasias.

A HPB caracteriza-se pela hiperplasia das células do estroma e do epitélio da glândula prostática, resultando no aumento desta e na possibilidade de interferência no fluxo normal de urina causada pela compressão da uretra prostática e pelo relaxamento inadequado do colo vesical”. (AVERBECK et al, 2010, p. 471).

Amorim (2014) afirma que “a glândula normal da próstata pode ser aumentada até 0,75 ng/dl ao ano, e se a velocidade acima desse valor aumentar, o índice de suspeita para uma neoplasia maligna é maior”. Na observação desses dados, a informação deve ser divulgada no ato da consulta masculina, pelo médico especialista ou enfermeiro como conhecedor dessa patologia na pratica do cuidado, a educação em saúde é fundamental no processo de prevenção.

Segundo Lima e Alves (2016) “Quando criança, a próstata ainda é muito pequena”. Na adolescência, a velocidade na produção de hormônios masculinos é contínua, assim dando continuidade ao seu aumento na fase adulta”. Com base nesse conhecimento o homem precisa de cuidados desde o nascimento. A família deve ser orientada sobre a promoção e as condições de saúde da criança persistindo no acompanhamento vital do homem até a fase adulta.

Para Lima e Alves (2016), “a função da próstata é a fabricação de uma quantidade de esperma (líquido expelido durante a ejaculação). E por estar envolvida na uretra, causa um aumento do volume prostático que pode impedir a passagem da urina”. Através desse aumento o sistema urinário pode ficar comprometido nos casos bem avançados, surgindo vários sintomas e dificultando a vida social desse homem.

“As patologias da próstata atualmente são características próprias do envelhecimento masculino, a incidência é grande devido a expectativa de vida ser maior, e rege por todo mundo ocidental, necessitando de cuidados de enfermagem específicos”. (BATISTA, 2010, p. 19). Esta inclusa nessas patologias a prostatite que é uma inflamação da próstata que atingem na fase da adolescência e podem ser caracterizadas como agudas ou crônicas. No que se refere ao cuidado, o profissional de enfermagem deve estar atento em informar esses homens sobre os riscos, prevenção e tratamentos dessas patologias.

Para Amorim (2014) “a causa da HPB não é totalmente conhecida, mas a probabilidade é que seja multifatorial, e pode estar relacionado ao controle hormonal, já que está intimamente relacionada à conversão de testosterona em DHT pela enzima 5alfa-redutase no citoplasma da célula prostática”.

No diagnóstico de HPB os pacientes são submetidos a vários exames, o principal é o toque retal da próstata, exame neurológico perineal, a análise da dosagem de creatinina sérica, por meio do sedimento urinário e função renal. A medição do resíduo urinário vesical pós-miccional permite avaliar a consequência de falência do músculo detrusor, e tendo como significado quando superam 150ml. (CRIPPA et al, 2009, p. 6).

“A urofluxometria é um exame obrigatório para análise e avaliação dos pacientes com STUI, na busca do diagnóstico e recomendação antes do tratamento cirúrgico da HPB”. (AVERBECK et al, 2010, p. 473). Este tipo de exame avalia o volume e a velocidade do fluxo urinário facilitando no diagnóstico miccional, descobrindo a causa ou dificuldade ao urinar. E quando for descrito uma diminuição do fluxo urinário o resultado constará uma obstrução na uretra e déficit na musculatura da bexiga.

Em consonância com Averbeck et al (2010) “ Através da análise clínica, os pacientes com patologia da HPB, devido a velocidade e crescimento da próstata desenvolvem sintomas relacionados ao armazenamento ou esvaziamento vesical. Os sintomas são denominados coletivamente de STUI”. Esses caracterizados como jato urinário fraco e intermitente, hesitação, gotejamento terminal, polaciúria, noctúria, urgência e incontinência, retenção urinaria entre outros, são sintomas considerados como moderados ou severos, o risco de sequelas e bastante elevado se não tratado precocemente.

Como já foi dito anteriormente a hipertrofia da próstata pode apresentar “diversos sintomas urinários com impacto bastante negativo sobre a qualidade de vida dos homens, principalmente os usuários que sofreram prostatectomia, cujas lesões nervosas podem determinar disfunções eréteis e incontinência urinária” (BRASIL, 2012, p. 76).

Conforme Silva (2009) “Todas as prostatectomias comportam um risco de impotência por causa da lesão de nervos pudendos. Em muitos casos, a atividade sexual pode ser retomada em 6 a 8 semanas, tempo necessário para que a fossa prostática cure”.

“O procedimento de remoção da próstata, chamado de prostatectomia, é considerada por Saldanha et al (2013) como a melhor intervenção cirúrgica a longo prazo, pois esta melhora os sintomas apresentados em 90% e, além disso, possui a menor taxa de reoperação”. Ela é um tratamento eficaz da HPB ou da neoplasia da próstata localizada. Porém pode deixar sequelas na maioria dos homens.

Na busca de diagnóstico para HPB deve-se realizar dois exames de rastreamento, o PSA e o toque retal, onde ambos se complementam. “Para a interpretação dos valores de PSA inclui basicamente quatro características do comportamento desse marcador, a produção associada a idade, a densidade, a velocidade de crescimento e a relação livre/total”. (AMORIM, 2014, p. 9). Baseado nesses valores a HPB pode ser diagnosticada por apresentar característica próprias de inflamação crônica elevando o nível de PSA, assim interferindo também no falso positivo.

PSA é um marcador órgão-específico e não doença específica. Três das afecções prostáticas mais comuns podem elevá-lo, a saber: prostatite, hiperplasia prostática benigna e câncer de próstata. Tratamento com antibióticos pode diminuir em aproximadamente 30% o nível do PSA elevado secundário à prostatite. (FILHO. JUNIOR, REIS, 2010, pag. 190)

Segundo Filho, Junior e Reis (2010) “estudos mostram que alguns procedimentos das práticas diárias podem influenciar no aumento do PSA, como a prostatite, retenção urinária, biopsia prostática, ejaculação, ressecção prostática, massagem prostática, ultrassonografia transuretral. Assim como a etnia, idade e índice de massa corpórea”.

Dependendo do diagnóstico o tratamento pode ser medicamentoso ou cirúrgico. Após os referidos cuidados com a diminuição da glândula a uretra libera a passagem do fluxo miccional levando o indivíduo a cura desta patologia.

O profissional especializado (urologista) pode indicar o tratamento medicamentoso, os principais são Doxazosina, tamsulosina e a alfuzosina que atuam como alfabloqueadores, tentando minimizar o aumento da próstata, através de acompanhamento e vigilância ativa.

Segundo Lima (2010) “Os alfabloqueadores atuam bloqueando os receptores alfa-1 adrenérgicos do músculo liso do estroma prostático e colo vesical. O efeito clínico é sentido nos primeiros dias de tratamento, não alterando o volume prostático nem o valor do PSA”.

Na terapia medicamentosa existem 3 classes importante de medicamentos atuando na recuperação de agravos através da doença são: inibidores da 5-alfa-redutase, os alfa-bloqueadores e os agentes fitoterápicos”. (AVERBECK et al, 2010, p. 474). Estes medicamentos são utilizados para reduzir a quantidade de DHT controlando o aumento da próstata, e relaxam a musculatura miccional da uretra facilitando a passagem da urina.

“Existem basicamente três opções cirúrgicas convencionais no tratamento para HPB, a incisão transuretral da próstata, a RTU-P, e a prostatectomia aberta, sendo esta última a mais utilizada”. (AVERBECK et al, 2010, p. 473). O procedimento de RTU-P é recomendado dependendo da sintomatologia, que irá determinar o alívio nos sintomas dolorosos caracterizado pelo aumento exagerado da próstata. Já a prostatectomia é remoção parcial ou total da próstata, indicada na detecção de tumores malignos ou aumento exacerbado da próstata.

O homem quando diagnosticado com HPB, na maioria das vezes, é realizado a prostatectomia para a cura da doença, mas antes da cirurgia é solicitado o exame da dosagem sérica de creatinina para análise do funcionamento dos rins.

### 3.5 NEOPLASIA MALIGNA DA PRÓSTATA

Segundo dados relativos ao ano de 2012, de acordo com Zacchi et al (2014) o CAP é uma das neoplasias que acometem a maioria dos homens, sendo a segunda causa em incidência, com cerca de 1.112.000 casos no mundo, e a quinta em mortalidade, com 307.000 mortes. A expectativa mundial para 2030 é de 1,7 milhão de casos novos dessa neoplasia.

No Brasil, o CAP é o segundo mais comum entre os homens (atrás apenas do câncer de pele não-melanoma). Em valores absolutos é o sexto mais comum no mundo, representando cerca de 10% do total de cânceres. Sua taxa de incidência é cerca de seis vezes maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento (INCA, 2016).

Segundo dados do Portal do Xingu “o número de paraenses com câncer deve chegar a 9.200 neste ano e estão previstos 4.700 tumores malignos entre os homens até o fim de 2016, sendo mais incidentes os de Próstata (1.010). Em 2017 a previsão é que este número se repita, chegando a 18.400 casos incidentes nos Estado neste biênio. Em média, serão 25 novos registros por dia ou mais de um diagnóstico da doença por hora”, segundo as estimativas do INCA.

[ ...]. Atualmente muito do que se conhece sobre o câncer deve-se aos estudos sobre as ciências biomédicas, que evoluíram significativamente com avanço tecnológico e produziram novos conhecimentos sobre a etiologia, o diagnóstico e os tratamentos desta doença que por muito tempo foi considerada sinônimo de morte. (SANTOS, 2006, pg. 7).

A incidência de CAP nos últimos anos vem aumentando de forma avassaladora, pois conforme a falta de cuidado e a preocupação em ser o provedor do lar, há uma resistência da população masculina afim de se prevenir, e a procura de uma unidade de saúde para detectar precocemente estas patologias. De acordo com INCA (2015) “o CAP ocupa a 15ª posição em mortes em homens, representando cerca de 6% do total de mortes por câncer no mundo”. Pesquisas mostram que a neoplasia de próstata está cada vez mais comum no Brasil, prevalecendo a maior incidência no Sul.

“A região mais afetada é a do Sul, com 91 casos a cada 100 mil habitantes, seguida por Sudeste com 88; Centro-Oeste cerca de 63; Nordeste com 47, e Norte são 30 casos por 100 mil”. (INCA, 2013). Observa-se que a região sul o número de casos é maior em relação as outras regiões, a qual possibilita um cuidado relevante

no desenvolvimento de estratégias e políticas públicas, para minimizar a quantidade de casos, por se tratar de uma neoplasia que acomete a maioria dos homens.

Nota-se a incidência também que o Norte apresenta um número considerável de homens negros, como apontam algumas literaturas, que este fator é mais comum nos negros em comparação aos brancos com histórico familiar da neoplasia prostática.

A epidemiologia é um importante instrumento de investigação do índice de mortalidade e morbidade na população, visto que, buscam conhecer as condições de saúde, seja geral ou específica para estudar formas de melhoria na qualidade de vida dessas pessoas o que afirma Friestino et al (2013).

A prevenção masculina para o CAP deve começar a partir dos 40 anos aqueles que possuem antecedentes na família, como pai ou irmão, e aos 45 anos todos os homens deve realizar as consultas preventivas conforme Ascarí et al (2014). O CAP está relacionado a idade e a predisposição genética do homem, fatores de risco observados através de pesquisa e estudo da doença. Caracterizado estes parâmetros, o homem deve procurar a unidade básica de saúde mais próxima de sua residência, com autonomia ou auxílio de um familiar para avaliação com profissional específico.

Brito (2016) relata que o crescimento da próstata está relacionado com o avanço da idade masculina, seja esse como uma normalidade, porém, em caso de câncer prostático ou principalmente de HPB, esse crescimento se torna acelerado e a próstata pode atingir volumes de 60g a 100g, necessitando de tratamento cirúrgico. O CAP é curável como afirma Fonseca et al (2014) se for diagnosticado precocemente e quando está localizado apenas na glândula prostática, em caso de metástase a chance de cura diminui.

O gênero masculino que se cuida ou preocupa-se com a prevenção das patologias prostáticas tem maior chance de não adquirir a doença ou a curabilidade precoce. Mas os que demoram a se cuidar a probabilidade da evolução da patologia é maior, deixando sequelas ou agravos que permitam uma diminuição na expectativa de vida desses indivíduos. Segundo Bertoldo e Pasquini (2010) os indivíduos que possuem o CAP devem haver uma seleção de tratamento, podendo optar pela vigilância clínica. As eventuais recorrências tardias sugerem subestadiamento ou a tendência precoce de metastatizar”.

Segundo INCA (2015) a busca por “melhoria da qualidade dos sistemas de informação do país e a ocorrência de sobrediagnóstico, em função da disseminação

do rastreamento do CAP com PSA e toque retal, também influenciam na magnitude da doença”. De acordo com Bacelar Junior et al (2015) inicialmente o CAP apresenta uma evolução silenciosa, mas com o avanço os sintomas tornam-se bastante severos como dor óssea, sintomas urinários ou insuficiência renal. As patologias da próstata representam as principais causas de complicações do sistema urinário, devido sua localização que é abaixo da bexiga, o canal da uretra e mais afetado, surgindo vários sintomas do jato miccional.

Conforme Padilha et al (2015) “o crescimento benigno quanto o maligno da próstata pode apresentar a mesma sintomatologia, sendo necessário diagnóstico diferencial entre estas patologias por médico especialista (urologista) para todos os pacientes sintomáticos”. Nota-se que o diagnóstico depende dos procedimentos realizados pelo homem, ou seja, exames específicos para cada caso analisado.

Em concordância com Filho, Junior e Reis (2010) o exame mais utilizado na avaliação rotineira da próstata é a ultrassonografia, para visualizar a forma e tamanho da próstata, ou seja, o peso glandular, tendo como importante indicação da biopsia prostática por via transuretral.

Devido à alta prevalência populacional, o diagnóstico de CAP necessita de atenção especial, promovendo ações terapêuticas diferenciadas para contemplar todas as estruturas operacionais de Atenção à Saúde, na garantia de tratamento dos indivíduos acometido pelas patologias da próstata, atingindo a integralidade da assistência (PADILHA et al, 2015). Os cuidados a saúde do homem estão baseados na necessidade de um direcionamento em cumprir com todas as etapas do tratamento, objetivando a melhoria da qualidade de vida dessa população, com expectativa de curabilidade da doença.

Segundo Friestino et al (2013) “o aumento da longevidade e a exposição aos fatores de risco, principalmente decorrentes de urbanização e hábitos cotidianos não saudáveis, fizeram com que o risco de morte por câncer aumentasse nos últimos anos”. Devido a essas predisposição o gênero masculino pode adquirir outras doenças como as cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensão entre outras.

Conhecer o estilo de vida e os hábitos de procura por cuidados de saúde pelos homens pode subsidiar planejamentos estratégicos para a promoção da saúde, prevenção da doença, diminuição de agravos, tratamento e recuperação e por consequência melhorar a qualidade de vida destes homens e de suas famílias. (FERNANDES et al, 2014 pg. 334).

Atualmente o CAP está cada vez mais incidente no Brasil, contudo os homens não se atentam para o cuidado de si, pois o estilo de vida do gênero masculino

influência nos fatores de riscos da doença, caracterizando o aumento de homens com essa patologia. Para o INCA (2013) “os dados epidemiológicos variam de acordo com a região do país, sua incidência é frequente e neste estudo não consideram os tumores de pele não melanoma”.

Em relação a diferença da ocorrência de CAP entre negros e brancos, a possibilidade refere ao estilo de vida ou dos fatores associados à detecção da doença. O processo de envelhecimento é contínuo e progressivo, sabendo que, estas condições favorece o declínio significativo da ação fisiológica e hormonal do organismo. Associado ao histórico familiar de primeiro grau (pai ou irmão) potencializa o risco em relação a indivíduos que não se identificam com essa trajetória genética.

A ocorrência da neoplasia de próstata possui aspectos singulares e fatores de risco específicos, tais como: idade avançada; a etnia (esse tumor é cerca de 1,6 vezes mais comum em homens negros, quando comparados aos brancos); e a predisposição genética, em que a história familiar de pai ou irmão que teve câncer de próstata antes dos 60 anos aumenta de 3 a 10 vezes a chance de desenvolver a doença em relação à população em geral. (FRIESTINO et al, 2013, p. 691).

Para o desenvolvimento do CAP existem vários fatores de risco, estes que alguns homens não tem o conhecimento, principalmente os que vivem em situação precária de pobreza e de baixo grau de escolaridade. E devido à falta de conhecimento a informação as chances de adquirir a doença é maior. Piraja (2012) afirma que “o envelhecimento é considerado um fator de risco para o homem, mais significativo para o CAP. A incidência aumenta conforme a idade avançada, os que apresentam idade superior a 50 anos é maior que 30%, aumentando aos poucos até aproximadamente 80% aos 80 anos”.

Estudos apontam que o CAP pode estar relacionado a alimentação, como a dieta e nutrição. A obesidade é um dos fatores de risco, principalmente quando há um excesso de ingestão de carne vermelha. (INCA, 2015). No presente momento, foram pesquisados somente alguns fatores de riscos identificados como idade, raça/etnia e a história familiar deste câncer em pai ou irmão”. (AMORIM et al, 2011), é importante ressaltar que a história familiar de CAP tem um olhar primordial para esse homem, aumentando o risco dessa patologia.

A mortalidade por CAP pode ser evitada, em muitos casos, ser for detectada precocemente. E para que haja cura da neoplasia dependera da assistência de um profissional capacitado e holístico que irá detectar a doença em tempo hábil. Em consonância com Piraja et al (2012) que diz “Quando a doença é detectada

precocemente, por exames clínicos e laboratoriais de rotina, como o toque retal e o PSA, a patologia é curável em 80% dos casos”.

A busca por diagnóstico do CAP depende da realização de exames de rastreamento, que tem como objetivo fornecer tratamento de maneira oportuna, “com ações menos agressivas, proporcionando maior chance de cura e redução dos custos financeiros reconhecidamente atribuídos à doença em estágios mais avançados”. (SANTIAGO et al, 2013, p. 3536).

Conforme Fonseca et al (2014) o toque retal é um exame de baixo custo e importante para o diagnóstico do CAP e outras doenças relacionada a próstata, consiste na palpação da próstata através do reto, a procura de deformidades. Este tipo de exame nos dias atuais ainda sofre preconceito pela maioria dos homens, criando uma certa resistência na realização deste, assim aumentando o risco de manifestação da doença. Portanto trata-se da conscientização de cada homem em decidir sua saúde.

A próstata é envolvida por uma cápsula fibromuscular, que é considerada um limite anatômico para o estadiamento e prognóstico do câncer de próstata. Conforme Brito (2016) o Toque retal “é uma técnica simples e importante. O médico insere o dedo no reto do paciente e sente a próstata através do tecido retal. É um teste rápido que pode revelar o tamanho, o formato e a textura da próstata”. Este exame é importante para o diagnóstico do CAP, o médico ao toca-la pode sentir uma consistência dura e presença de calosidades, e através da detecção de anormalidades, poderá complementar com outros exames adicionais que fazem necessário para o rastreamento da patologia prostática.

Segundo Nassif et al (2013), “o exame de PSA é uma glicoproteína produzida pelas células epiteliais prostáticas e pelas glândulas periuretais que possui atividade relacionada com a liquefação do seminal induzindo a viabilidade dos espermatozoides”. E quando o nível da glicoproteína estiver elevado na corrente sanguínea, considera-se um importante marcador biológico para as patologias da próstata, inclusive o câncer.

Estudos mostram que o PSA é uma prática clínica de diagnóstico do CAP e outras doenças prostáticas. Mais dificilmente o homem se conscientiza da importância dele, principalmente quando o profissional de saúde informa sobre o toque retal para complemento, criando definitivamente uma barreira machista, dificultando o resultado precoce. Pinto e Belinelo et al (2014) descreve que os

urologistas solicitam para o paciente o toque retal e o exame de sangue PSA no auxílio no diagnóstico de CAP, mais a maioria dos homens dispensam o toque retal, “sendo um procedimento que movimenta o imaginário masculino e provoca desconforto muito mais psicológico do que físico, a ponto de afastar inúmeros homens da prevenção do câncer de próstata”.

O diagnóstico do CAP baseia-se na dosagem sérica do PSA e no exame digital retal. Quando pelo menos um destes parâmetros está alterado, indica-se a biópsia do órgão, em geral, guiada por USTR. Outro método de imagem de fundamental importância na abordagem da neoplasia prostática é a RM. (MUGLIA, 2014, p. V).

Belinelo et al (2014) ressalta que para os profissionais de saúde o rastreamento do CAP poderá trazer conflitos em relação a imprevisibilidade dos resultados dos exames de rastreamento, que deverão ser considerados e avaliados ao assistirem esses homens, no direcionamento das ações a serem implementadas.

O exame de PSA utilizado para detectar a presença do CAP e outras doenças como HPB e prostatites, necessita de análise redobrada, para sinalizar o correto diagnóstico, sendo este de total importância no diagnóstico da patologia prostática, fato este que nos obriga a encontrar maneiras de refinar o valor deste tão importante exame. (NASSIF et al, 2013 p.17).

Para que se busque um diagnóstico significativo para neoplasia da próstata, existe vários métodos, como exames laboratoriais e exames de imagens, sendo necessário a biópsia transretal guiada por ultrassonografia a mais indicada para confirmação histopatológica. (MILITO, 2013, pag. VII)

“Após a análise do material da biópsia é emitido um relatório, que favorece a graduação histológica pelo sistema de Gleason, detectando a probabilidade de crescimento do tumor”. (FONSECA et al, 2014). Esse resultado possibilita a informação sobre a tendência à disseminação do tumor e ajuda na decisão do tratamento mais adequado para o caso.

[...]. Opções terapêuticas como a vigilância ativa, em que é necessário ter certeza do grau e da extensão tumoral, o uso da RM tem sido advogado no seguimento e avaliação da resposta tumoral, tanto nas abordagens cirúrgicas, mas principalmente para controle das terapêuticas não cirúrgicas, quimioterapia, radio terapia e hormonioterapia, situações nas quais o uso das técnicas quantitativas da RM tem sido fundamental. (MUGLIA, 2014, pg.v).

Segundo Lobler et al (2012) “a graduação de Gleason refere-se ao padrão arquitetural do câncer de próstata, sendo que 1 é bem diferenciado e 5 é pobremente diferenciado”. Contudo as graduações buscam mensurar o grau mais baixo do mais alto. “A avaliação do Escore de Gleason é uma análise

anatomopatológica a partir de tecido prostático obtido por cirurgia ou biópsia” (LOBLER et al, 2012). Com o resultado a próstata pode ser avaliada pela soma das graduações mais abundantes da amostra.

A graduação de Gleason é classificada de acordo com o resultado numérico que variam “de 8 a 10 têm mais chance de recorrência após tratamento primário, e maior letalidade pelo câncer do que valores de 2 a 6; já o Gleason 7 compreende um grupo heterogêneo, pois, quando decorre de 4 + 3, associa-se ao grupo mais alto e, quando decorre de 3 + 4, ao grupo de Escore de Gleason mais baixo”. (LOBLER et al, 2014).

“A confirmação do diagnóstico de CAP pode gerar ao homem e sua família momentos de difíceis decisões e enfrentamentos, principalmente, quando desempenha papéis familiares de pai e/ou esposo”. (MATHIAS; BEUTER; PERLINI, 2015, p. 487). O homem por ser viril não se atenta para os riscos que pode ocorrer em certas situações, principalmente de saúde. E quando adoece surge vários sentimentos angustiantes que afeta o cotidiano habitual da vida, seja profissional ou pessoal. Diante dessa situação a participação familiar é um fator importante na recuperação desse indivíduo.

O adoecimento por CAP pode trazer importantes consequências na vida do homem e de sua família, em qualquer fase da doença, desde o abalo emocional pelo diagnóstico; medo da cirurgia; a incerteza do prognóstico e recorrência; os efeitos da radioterapia e quimioterapia, sobretudo, referente à sexualidade em amplos aspectos; medo da dor e de encarar uma morte indigna. (MATHIAS, BEUTER, PERLINI, 2015 p. 487).

Ao abordarmos a temática do tratamento devemos destacar a função da família como suporte emocional. A notícia do adoecimento por câncer gera expectativas negativas e frustrantes no paciente e seus familiares, uma vez que, o abalo pela notícia desencadeia sentimentos de medo e desesperança de enfrentar a morte, tristeza e ansiedade que afeta a qualidade de vida do paciente e sua família, levando ao impacto múltiplo de indivíduos do ciclo de convivência.

Para que as ações preventivas passem a fazer parte dos cuidados à saúde do gênero masculino, há a necessidade de se adequar os serviços de saúde às demandas dos homens, incorporarem nas práticas dos profissionais as diretrizes emanadas das políticas públicas de saúde, especificamente, dos programas que devem atender ao homem de forma integral, não focalizando a causa do adoecimento que o levou à consulta, mas as ações que devem ser implementadas no acolhimento do homem visando a clínica ampliada. (BELINELO et al, 2014, p. 698).

Inúmeros questionamentos são pertinentes sobre a falta de interesse dos homens em aderirem as práticas preventivas proposta pelos programas de saúde. Mas, há consideráveis preocupações em relação a adaptação das instituições que recebem esta população masculina.

Atualmente nas unidades básicas de saúde há uma enorme carência de adequação, estrutura e qualificação técnica de profissionais específicos para cuidar desta população, que necessita de incentivo e orientação desde a infância até a fase adulta. Desse modo é importante que se estabeleça parceria de instituições educacionais, familiares, religiosas e trabalhistas para juntas e interligadas formarem um elo forte no incentivo ao cuidado individual, objetivando enfraquecer a ideia de autossuficiência masculina e promover hábitos preventivos, disseminados e valorizados.

A abordagem educacional auxilia na construção, entendimento sobre a saúde do indivíduo, família e cor relatividade, é um processo gradual e complexo que depende do contexto social, no qual o homem é inserido. A função de educador faz parte do cotidiano do enfermeiro, pois o conhecimento sensibiliza a adesão ao autocuidado.

Para Belinelo et al (2014) “a educação em saúde é um fator externo importante para estimular a realização dos exames preventivos de CAP”. O homem como protagonista da saúde, deve buscar informações que possa ajudá-lo no direcionamento do cuidado. Os pacientes classificados como portadores de câncer de próstata localizado podem ser tratados com cirurgia (prostatectomia radical), radioterapia externa, observação vigilante ou hormonioterapia, avaliando conforme a idade, as características e as preferências que apresentam.

“O tratamento para o CAP depende do estadiamento da doença e do grau histológico. Ele é raramente curável quando se encontra infiltrado na gordura periprostática, nas vesículas seminais, linfonodos pélvicos ou disseminado para outras localidades” (ARAUJO, 2015, p. 197). Frente a essa situação cabe ao médico especialista um feedback com o paciente, contemplando a melhor forma de tratamento analisando os riscos e benefícios.

“Os fatores prognósticos clínicos são obtidos anteriormente ao tratamento e norteiam a escolha da melhor opção terapêutica para cada paciente” (MIGOWSKII; SILVA; 2010, p. 345). Existem vários tipos de tratamento para o CAP, o médico especializado irá avaliar o caso e planeja-lo de forma específica. Conforme o tratamento deverá levar em conta a idade, as condições de saúde, a probabilidade de cura e a expectativa em relação aos efeitos colaterais.

É importante que o homem saiba sobre os cuidados da próstata, conhecer o corpo é fundamental para detecção de alguma anormalidade, que irá ajudá-lo na prevenção e até mesmo evitando o avanço da doença. Antes da abordagem e

decisão do tratamento podem destacar a importância de demais patologias instaladas que afetam o processo fisiológico, podendo interferir na evolução da doença e demora na cura do indivíduo.

Os bloqueadores dos receptores  $\alpha$ 1-adrenérgicos agem através do antagonismo dos receptores adrenérgicos responsáveis pelos tónus musculares lisos dentro da próstata e da vesícula seminal, e promovem alívio dos sintomas de forma relativamente rápida. A prescrição do bloqueador dos receptores  $\alpha$ 1-adrenérgicos tem como objetivo o alívio dos sintomas até que o indivíduo seja avaliado na Atenção Ambulatorial Especializada. (PADILHA et al, 2015; p. 7)

Araújo; Barbosa e Barichello (2014) declaram que conhecer os fatores que alteram a qualidade de vida é fundamental para sua identificação para o entendimento e desenvolvimento de estratégias de intervenção para prevenir o rebaixamento do padrão da qualidade de vida. A qualidade de vida depende de valores intrínsecos e extrínsecos, englobando a identificação do problema (queixa) o mais precocemente possível.

“Com a evolução dos diagnósticos e tratamentos, um número cada vez maior de indivíduos sobrevive à experiência do câncer”. (PINTO, 2014, p. 943). Com base na afirmação citada pelo autor, o homem tem a possibilidade de sobreviver ao câncer de próstata, se for detectado precocemente e cooperar com o tratamento. Portanto o que é preciso para diminuição desses casos é o fortalecimento da informação através dos profissionais de saúde e a prática de políticas públicas voltada para o gênero masculino.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE PESQUISA**

O presente estudo teve como eixo central a trajetória de um grupo de homens em busca de diagnóstico e tratamento para as patologias prostáticas em Rede de Atenção. A análise está direcionada a pesquisa de campo com abordagem qualitativa de estudo exploratório, transversal e descritivo.

Pesquisa Qualitativa: “Na pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes” (MINAYO, 2009).

Pesquisa Exploratória: Segundo Severino (2007) “A Pesquisa exploratória busca levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto”

Pesquisa Transversal: Os estudos transversais são apropriados para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição.

Pesquisa Descritiva: “As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno. A característica mais significativa está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática”. (GIL, 2008).

#### 4.2 LOCAL E SUJEITO DE ESTUDO

A instituição é uma empresa privada conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS), com características de média complexidade nas seguintes áreas: Clínica cirurgia, urologia, ortopedia, e cirurgia vascular. Localizada no município de Belém/ Pará e atende toda população da região metropolitana e municípios vizinhos. A instituição é referência para cirurgias prostáticas, desta maneira foi selecionada por oferecer tratamento urológico aos usuários, onde todos diagnosticados com hiperplasia prostática benigna. A instituição apresenta uma média mensal de 30 homens submetidos as cirurgias com perfil prostático. Os dados coletados tiveram início em outubro a novembro de 2016.

#### 4.3 OBJETO DE ESTUDO

Utilizou-se o diário de campo (Apêndice C) para observação de detalhes que a entrevista não contempla, a exemplo de reações emocionais (choro, aparência de tristeza e preocupação) pela lembrança vivida e relatada no momento da coleta de dados, pois, os sentimentos se intensificaram ao decorrer da trajetória.

A observação revela-se como um privilegiado modo de contato com o real, uma vez que é observando que nos situamos, orientamos nossos deslocamentos e compreendemos a realidade no qual estamos imergindo” (ABEN, 2013). A realidade ao qual nos deparamos destaca as marcas do arrependimento de quem, por um certo período, recusou cuidar-se ou foi privado de cuidado.

#### 4.4 TÉCNICA DE COLETAS DOS DADOS

Utilizou-se a entrevista semiestruturada (com a finalidade de expandir as respostas) com ajuda de um questionário avaliativo contendo perguntas abertas e fechadas com linguagem clara e objetiva para melhor compreensão, seguida de gravação em áudio (no aparelho celular Samsung) e posteriormente todas as falas transcritas na íntegra com a devida autorização do usuário, com a finalidade de coletar dados e informações de caráter pessoal, familiar e trajetória clínica desta clientela com manutenção da veracidade dos fatos.

Segundo Minayo (2009) “Entrevista é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. Ela tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador de temas com vistas a esse objetivo”. As entrevistas proporcionam ao pesquisador uma proximidade e desenvoltura sobre a temática explorada, avançando no conhecimento prático constituindo assim, um privilégio ao adentrar na realidade do sujeito.

##### **4.4.1 Critério de Inclusão**

Os critérios inclusivos utilizados aos participantes da pesquisa foram: Homens atendidos pela instituição em estudo; idade superior a 18 anos; referenciados nas demais instituições integrantes da Rede de Atenção à saúde; todos os usuários com perfil de patologia prostática; concordaram em assinar o TCLE e gravar as entrevistas.

##### **4.4.2 Critério de Exclusão**

Os critérios excludentes utilizados aos participantes da pesquisa foram: Homens que não foram atendidos pela instituição em estudo; idade inferior a 18 anos; que não foram referenciados nas demais instituições integrantes da Rede de Atenção à saúde; usuários que não possuíam perfil de patologia prostática; não concordaram em assinar o TCLE e gravar as entrevistas.

#### 4.5 ANÁLISES DOS DADOS

Seguindo o procedimento metodológico de análise de conteúdo segundo Minayo (2009), foram separados em seguintes etapas: Categorização; Inferência; Descrição; Interpretação.

A análise desta pesquisa obteve as seguintes etapas: transcrição total dos áudios diariamente conforme as demandas das entrevistas; separação das falas mais

relevantes ao estudo em categorias; inferência dos resultados da análise comparativa conforme a visão do entrevistador com embasamento teórico e resposta dos entrevistados. Os dados foram interpretados com auxílio de fundamentação teórica, organizados, selecionados, analisados e transcritos no programa Word 2013 do sistema operacional Windows para armazenamento das informações em pasta específica e direcionada para cada usuário.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

No que se refere aos aspectos éticos, o primeiro passo para a pesquisa se deu pelo levantamento de literatura sobre a problemática. Após a aprovação do projeto em banca intitulado “Saúde do Homem: a trajetória de um grupo de homens em busca de diagnóstico e tratamento das patologias prostática em Rede de Atenção”, nos dirigimos à instituição de campo da pesquisa munidos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B) pautados na Resolução 466/ 2012 com garantia do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos e o Termo de aceite da instituição (ANEXO A) endereçado à direção.

Posteriormente a liberação do campo seguimos com o cadastro da Plataforma Brasil e submissão ao comitê de ética (aguardamos a resposta deste último). A seguir, iniciamos a coleta de dados com autorização dos sujeitos da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento e tendo a liberdade de expressão e opinião, sendo estes portadores de uma via do TCLE.

Cada usuário foi orientado sobre os objetivos do trabalho, com a permissão do mesmo, entrevistamos e gravamos para garantir a integridade das informações. A participação dos homens aconteceu na enfermaria da instituição antes da alta, nos dias de terças-feiras e quintas-feiras no horário vespertino das 14:00 às 16:00 horas, nos dias que havia mais internações, após abordagem dos pesquisadores, momento em que lhe foram explicados os objetivos e a importância do estudo, tendo a participação espontânea, com garantia de anonimato diante dos achados.

Este tipo de pesquisa pode proporcionar riscos e benefícios para os usuários. Tendo como benefício o conhecimento sobre a saúde do homem, que poderá ao final da pesquisa sanar dúvidas a respeito do assunto abordado voltado para estes,

graduandos e graduados. O risco seria o vazamento de informações, onde o usuário em caso de dano pessoal terá direito a indenização por lei garantida.

Os usuários receberam nomes fictícios de Super-Heróis fazendo uma referência de persistência e batalha que enfrentaram desde o início do trajeto em busca de diagnóstico e tratamento das patologias da próstata.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 5.1. PERFIL DOS USUÁRIOS

Participaram do estudo 13 homens apresentando perfil prostático de acordo com a temática. Neste estudo dividimos as informações em três quadros interligados que abordam o perfil socioeconômico dos integrantes da pesquisa. Possuem a finalidade de dimensionar e facilitar a identificação das características e variáveis dos usuários.

Após a obtenção das informações seguimos em análise detalhista das respostas, agrupamos na seguinte categorias: 1 Conhecimento sobre a função da próstata; 2 Descoberta da doença e sentimentos; 3 Dificuldades enfrentadas na trajetória clínica; 4 Exames realizados e tempo de espera para realização da cirurgia; 5 Análise sobre prevenção masculina na perspectiva dos homens prostatectomizados; 6 Importância do enfermeiro no incentivo a saúde do homem no entendimento dos entrevistados.

Subsequentemente realizamos uma validação com alicerce teórico da literatura, estes senhores possuem origens, histórias, medos e experiências de vida diferentes, porém semelhantes na busca pela solução da problemática em estudo. O quadro a seguir aborda os dados sócios econômicos dos usuários:

**Quadro 1** - Dados socioeconômicos dos usuários conforme idade, naturalidade, escolaridade e profissão em uma instituição de saúde de Belém, 2016.

<b>NOME FICTÍCIO</b>	<b>IDADE</b>	<b>NATURALIDADE</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>PROFISSÃO</b>
Batman	65	Ananindeua	Médio completo	Comerciante
Superman	56	Belém	Fundamental incompleto	Carpinteiro
Hulk	75	Castanhal	Sem escolaridade	Agricultor
Flash	71	Belém	Sem escolaridade	Pintor
Homem de Ferro	67	Abaetetuba	Sem escolaridade	Agricultor
Capitão América	66	Abaetetuba	Fundamental incompleto	Mecânico Ajustador
Homem Aranha	59	Paragominas	Fundamental incompleto	Caseiro
Senhor Incrível	83	Agua Azul do Norte	Sem escolaridade	Agricultor
Thor	76	Abaetetuba	Sem escolaridade	Cozinheiro Naval
Arqueiro Verde	60	Abaetetuba	Fundamental incompleto	Pedreiro
Homem Elástico	53	Ananindeua	Fundamental Incompleto	Pedreiro
Super Choque	67	Marajó	Fundamental Incompleto	Pescador
Aquaman	74	Marajó	Médio Incompleto	Servidor Público

Fonte: Autores deste estudo, 2016.

Ao abordamos os aspectos pessoais os contribuintes do estudo apresentam a média de idade de 67 anos. Sobre a naturalidade 30,8 % moram na região metropolitana de Belém e 69,2% residem nas regiões Nordeste e Sudeste do estado do Pará. O grau de escolaridade foi separado em 4 categorias a seguir: 30,76 % sem escolaridade, 53,84% ensino fundamental, 7,7 % ensino médio incompleto e 7,7 % ensino médio completo.

Dentre as profissões 30,8 % eram agricultor, 15,3 % pedreiro, 7,7% carpinteiro, 7,7% comerciante, 7,7% pescador, 7,7% cozinheiro naval, 7,7% mecânico ajustador, 7,7% pintor e 7,7% funcionário público.

**Quadro 2** – Dados socioeconômicos conforme religião, família e estado civil.

<b>NOME FICTÍCIO</b>	<b>RELIGIÃO</b>	<b>MORA COM A FAMÍLIA</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>
Batman	Católico	Sim	Casado
Superman	Católico	Sim	Casado
Hulk	Evangélico	Sim	Casado
Flash	Católico	Sim	Casado
Homem de Ferro	Católico	Sim	Casado
Capitão América	Católico	Sim	União Estável
Homem Aranha	Evangélico	Sim	Casado
Senhor Incrível	Católico	Sim	Viúvo
Thor	Católico	Sim	Viúvo
Arqueiro Verde	Evangélico	Sim	União Estável
Homem Elástico	Católico	Sim	Casado
Super choque	Católico	Sim	Casado
Aquaman	Evangélico	Sim	Casado

Fonte: Autores de estudo, 2016.

Quanto prática religiosa, 69,2% são católicos e 30,8% evangélicos. Em relação a convivência familiar, 100% deles convivem com a família (esposa, filhos, netos e sobrinhos) ou com alguns destes. Sobre o estado civil, são 69,2 % casados, 15,4% mantêm união estável e 15,4% são viúvos.

O tempo médio de espera pela cirurgia após sua devida indicação se estendeu pelo período de 16 meses (1 ano e 4 meses). Porém, Homem elástico e Thor aguardaram o procedimento cirúrgico pelo SUS por tempo igual e superior a 3 anos, respectivamente. Observamos que o tempo de espera pelo SUS ultrapassou a expectativa dos usuários, pois a demora pelo processo cirúrgico depende de fatores organizacionais estabelecidos por protocolos que gerenciam a demanda dos usuários e realização dos procedimentos cirúrgicos como é demonstrado pelo quadro 3.

**Quadro – 3** Dados com base na trajetória clínica na busca do diagnóstico, tempo de uso do cateter vesical antes da cirurgia e o tempo de espera para conseguir atendimento na rede pública com especialista até o tratamento.

<b>Nome fictício</b>	<b>Diagnostico</b>	<b>Tempo de uso do cateter vesical antes da cirurgia</b>	<b>Tempo de espera para conseguir atendimento com especialista na rede pública até o tratamento.</b>
Batman	HPB	Usou por 7 meses	1 ano
Superman	HPB	Não usou	1 ano
Hulk	HPB	Usou por 8 meses	1 ano
Flash	HPB	Não usou	2 anos
Homem de Ferro	HPB	Usou sonda de alívio	6 meses
Capitão América	HPB	Não usou	6 meses
Homem Aranha	HPB	Usou por 1 ano e 4 meses	1 ano e 6 meses
Senhor Incrível	HPB	Usou por 6 meses	1 ano
Thor	HPB	Usou por 3 anos	3 anos e 6 meses
Arqueiro Verde	HPB	Usou 4 meses	1 ano
Homem Elástico	HPB	Não usou	3 anos
Super Choque	HPB	Usou por 1 ano e 1 mês	1 ano e 4 meses
Aquaman	HPB	Usou por 7 dias	1 mês

Fonte: Autores da pesquisa 2016.

Todos os usuários receberam o diagnóstico de Hiperplasia Prostática Benigna; o uso do cateter vesical (demora) foi presente em 69, 23 % na média de 10 meses de uso permanente e apenas 30, 77% não utilizam por ausência de indicação. O diagnóstico confere coma a idade estabelecida nas literaturas ao qual esses homens por processo fisiológico desenvolveram a patologia destacada. A cirurgia indicada foi a prostatectomia total, sendo todos os procedimentos financiados pelo SUS.

## 5.2. ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória de cunho qualitativa acompanhada de 13 entrevistas, cujos integrantes possuem a faixa etária entre 53 a 83 anos, são homens que se enquadram no grupo citado pelas literaturas onde a prevalência de agravos na próstata aumenta conforme a idade e principalmente quando esta é superior aos 40 anos.

Quanto a escolaridade os usuários se identificam com a ausência ou baixo grau de instrução. Há relatos de início das atividades laborais precoce influenciado pela necessidade de sobrevivência, os recursos financeiros eram escassos e isso dificultava a frequência as atividades escolares. O ofício exercido pelos entrevistados são variados, porém, a agricultura representa a atividade laboral de maior adaptação e oportunidades de sustento dos usuários.

Na abordagem do perfil socioeconômico percebe-se a relação de baixa escolaridade e atividades com grandes desgastes físico, os quais demandam maior gasto de tempo, tal que, diminuem a procura dos serviços, pois evidenciam que há maior dificuldade na adesão as práticas educativas e há certa deficiência de conhecimento sobre seu corpo.

O público prevalente é de adesão católica, seguido de evangélicos. Observa-se a busca pelo conforto espiritual como modo de apego e incentivo à procura de restauração da saúde. Residem com a família sendo completa (esposa, filhos e netos) ou um destes integrantes.

Com a transcrição dos áudios e análise minuciosa dos cooperadores da pesquisa, separamos em categorias que correspondem a uma representação similar aos pensamentos e opiniões dos usuários, apresentaremos a discussão dos resultados propondo manter a veracidade das questões. As categorias a seguir abordarão o passo a passo dos dados analisados e interpretados.

### **5.2.1 Categoria 1: Conhecimento sobre a função da próstata**

O autoconhecimento do corpo ainda é negado por “vergonha” de admitir que o seu funcionamento pode estar comprometido ou não está satisfeito com a imagem que vê. O sistema reprodutor masculino é amplo, mas é valorizado somente a

realização sexual e a procriação, não há uma cultura masculina de incentivo ao “toque”, como é visto no público feminino. As mulheres passam a conhecer mais cedo o seu corpo, são incentivadas a conhecer, enquanto os homens resistem a este hábito.

{...} *“Olha quando eu era pequeno lá na Bahia, ninguém sabia o que era próstata, quando uns conhecia falava só por banda da uretra né, depois que cheguei aqui no Pará que fui saber esse negócio de próstata e cai nessa cilada também né” [risos]. (Senhor Incrível)*

Lima e Alves (2016) nos conduzem a refletir que “a próstata possui várias funções, entre elas a produção do líquido que compõe o esperma, líquido prostático. “Devido envolver a uretra, um aumento do volume prostático pode impedir a passagem da urina”.

Nas falas dos participantes mostram que o conhecimento sobre o corpo é bastante desconhecido, principalmente no que se refere a próstata e sua função. Conseqüentemente esta é uma problemática que pode afetar diretamente no autocuidado desses homens. Podendo ser percebida nos depoimentos seguintes:

*“Não conheço o que é a próstata, acho que serve pra matar a gente”  
(Thor, Aquaman, Super Choque).*

*“(...) eu tenho tido alguma informação da magnitude dela, só sei que ela serve para atrapalhar o homem (...)”. (Homem de Ferro).*

As respostas foram unânimes, a função da próstata e sua localização eram desconhecidas pelos participantes. Observamos o pouco conhecimento sobre o sistema reprodutivo. A próstata caracterizada como órgão genital de grande importância na ação ejaculatória cuja ação é influenciada pelo hormônio andrógeno masculino, a testosterona.

### **5.2.2 Categoria 2: Descoberta da doença e sentimentos**

O diagnóstico dominante dos entrevistados apontou para Hiperplasia Benigna da Próstata, compatível com a idade mencionada na literatura. Os relatos afirmam o crescimento anormal da estrutura prostática e com isso a indicação médica optou pela prostatectomia total.

Saldanha et al (2013) nos leva a refletir que “A terapêutica pode variar entre a conduta conservadora, como a observação e o tratamento medicamentoso, e os

procedimentos cirúrgicos, como a incisão transuretral da próstata, a ressecção transuretral e a prostatectomia”.

Conforme Pereira et al (2015) “o homem cuida pouco da saúde e demora a procurar o médico, haja vista que o cuidado com a saúde pode ser considerado sinal de fracasso”. Quando o homem reconhece que de fato está doente e precisa de cuidados, este ainda resiste a procura por assistência, acreditando na melhora dos sintomas, como opção a automedicação.

Os usuários quando questionados sobre o sentimento em relação a descoberta da patologia, nota-se uma certa preocupação através das falas, no entanto, observou-se que esses homens se tornam fragilizados diante da situação vivenciada de impotência por não conseguir solucionar seu problema sozinho. Os depoimentos a seguir relatam a dificuldade de expressar o íntimo de sua masculinidade.

*“Me senti desesperado”! (Superman)*

*{Risos} “eu acho que me senti assim...não sei”! (Observou-se um olhar de preocupado). (Homem de Ferro)*

*“Já vinha sentindo, tem quinze anos esse negócio de próstata, que eu fui pra Bahia e sentia a urina, na estrada né, e tomei remédio, e vai...vai...depois com quinze anos fui pra São Paulo e não quiseram me operar, agora graças a Deus eu to me operando aqui, mas sofri igual um cidadão aleijado né”. (Senhor Incrível).*

Conforme Martins et al (2013) a masculinidade vem sendo apontada pela literatura como elemento de extrema relevância que contribui para o desenvolvimento de sentimentos negativos a exemplo de sentir-se invulnerável ao processo de adoecimento e exposição destes homens a comportamentos risco a sua saúde.

O sentimento de dependência de suas atividades normais gera angústia e desconforto. Os hábitos de automedicação eram muito frequentes, pois enquanto havia efeito a busca pelos serviços de saúde eram retardadas pelos usuários. Houve a comparação com uma pessoa aleijada, que pela necessidade física não consegue exercer sua rotina que outrora realizava diariamente.

*“Eu vejo que hoje em dia, quem se cuida mais é as mulheres... né? Elas se cuidam mais, correm atrás... o homem se preocupa muito com o trabalho. Trabalhei muito, mas quando a gente trabalha muito,*

*a gente esquece do outro lado, que é a saúde. E o homem é mais descuidado”. (Capitão América, Flash, Homem de ferro).*

“A resistência do homem em se cuidar não está associada apenas às condições sociais ou a época, e sim a uma cultura em que eles são educados como seres fortes e resistentes quando comparados ao gênero feminino”. (ALBANO; BASILIO; NEVES, 2010 p. 562).

Segundo relatos a mulher é mais cuidadosa quando o assunto é saúde, ela busca conhecer o problema, “corre atrás” e o homem por achar que possui uma força superior acaba adquirindo um quadro mórbido crônico que lhe faz admitir a necessidade de ajuda em períodos de adoecimento.

*{...} eu sempre fui um homem corajoso... com aquela fé em Deus, primeiramente, vai ser realizado, vai dar certo, fui otimista”. (Capitão América, Homem Elástico).*

Poucos homens apresentaram sentimentos de confiança e otimismo, nota-se que a convicção religiosa foi um incentivo a não desistir da trajetória, seguiram com o objetivo de finalização do tratamento.

Santos (2006) conclui que quando o homem é diagnosticado com agravamento severo da próstata, podem emergir os efeitos psicológicos sendo o medo e tristeza os principais sentimentos desconfortantes para este usuário. Outra possível causa é que a alteração da imagem proporcione medo de rejeição pelo parceiro. A presença da companheira foi presente e o questionamento do retorno a atividade sexual foi frequente, porém os pacientes receberam as devidas orientações sobre a importância do repouso pós cirúrgico para o retorno da atividade sexual (quando não houver restrição de saúde).

### **5.2.3 Categoria 3: Dificuldades enfrentadas na trajetória clínica**

Os motivos que levaram as dificuldades enfrentadas pelos usuários foram a espera maior de 16 meses pelo processo cirúrgico, seguido pela média de tempo em uso do cateter vesical de demora que atingiu 10 meses e o mais surpreendente sendo a ausência de conhecimento sobre a existência e função da glândula prostática. São fatores relevantes que interferiram no bem-estar e manutenção do autocuidado, estes usuários reconheceram a importância da prevenção em sua

saúde, todavia, este reconhecimento foi adquirido pelo desconforto e sofrimento que passaram durante a trajetória.

Segundo Leal e Diaz (2012) “não existe tradição de cuidado na parte dos homens e, para mudar esse quadro, faz-se necessário uma mudança de cultura uma intervenção na construção das masculinidades”. É evidente a baixa frequência nos hospitais, pois este local é desencadeador de sentimentos negativos com ênfase à ansiedade e medo destacados no depoimento a seguir:

*“Eu tinha muito medo né, tinha medo de hospital, eu não ia em hospital de jeito nenhum, Deus o livre!”. (Homem Aranha, Superman, Hulk, Homem Formiga, Thor).*

O medo é um sentimento frequente na vida dos humanos, desencadeia resistência no desafio de viver novas experiências, ele promove um estado de alerta, sendo em muitas situações responsável pelo desespero e/ou ansiedade. Os homens que se identificam nestas características contribuem para o aumento da dificuldade de investigação precoce que incluem as patologias da próstata.

É necessário vencer a barreira emocional vivida pela população masculina que impede o progresso da saúde gerando um antagonismo da busca pela vida e displicência nos cuidados primários em saúde, pois, a busca precoce favorece um prognóstico favorável.

Quando abordamos o motivo da não procura aos serviços de saúde observou-se um sentimento de revolta com a burocracia do sistema que dificultava o acesso ao atendimento especializado:

*“Não interessava ir no hospital, não me interessava ficar servindo de pateta pra esses bestas!” (Hulk).*

Nota-se certo sentimento de revolta e falta de informação do paciente pelo serviço de saúde. As dificuldades em acessar os serviços foram muitas, o medo da procura associada à “revolta” pela enorme burocracia está presente no trajeto. Nota-se o discurso de quem sofreu na busca pelo diagnóstico:

*“Vocês vão ver o obstáculo que tem o cara fazer um tratamento na rede pública, não é pouca coisa não. A primeira vez que fui encaminhado pra fazer o exame disso aqui, passei dois anos pra conseguir o último documento”. (Flash).*

Observou-se que os exames encaminhados pelo SUS são bastante demorados e devido a demora alguns participantes tiveram dificuldades desde a sua primeira procura por atendimento especializado, lembrando que esta busca se estendeu por mais de ano somente para realizar os exames (Flash, Capitão América, Homem Aranha, Senhor Incrível, Homem elástico, Super Choque) não contando com o tempo de aguardo da indicação cirúrgica.

*(...) “Fiz a cirurgia pelo SUS e fez os exames particulares. Por que tem todo aquele processo, que demora, e eu com bolsa, aí querendo logo me libertar dela”. (Homem Formiga, Hulk).*

O participante transpareceu sentimento de repugnância e tristeza em relação ao problema que enfrentou durante a jornada clínica até o momento da cirurgia. O pagamento dos exames em rede privada é uma realidade frequente, pois a demora na marcação de consultas e investigação laboratorial supera as expectativas de demanda da população.

*“Demorei mais de ano para conseguir a cirurgia. Só o tratamento foi um ano, e aí depois pra mim conseguir toda essa documentação, né?”*

“A atenção à saúde do homem foi por muito tempo negligenciado pelos diferentes setores de saúde, dos diversos níveis governamentais”. (MOREIRA; FONTES; BARBOSA, 2014 p. 616). Os impactos das patologias prostáticas se estendem por gerações, no qual, pais e filhos não detinham conhecimento sobre os prejuízos e sequelas causadas pelas complicações do crescimento da próstata. A cultura de resistência pela busca de cuidado com o corpo e hábito saudáveis era característica do exercício da “masculinidade”. Os indícios epidemiológicos negativos despertaram a criação de uma Política específica por iniciativa do MS.

Este impedimento organizacional leva o público a se afastarem dos serviços do Sistema Único de Saúde, ocasionado uma reversão do objetivo de inclusão dos usuários na rede. As dificuldades em conseguir atendimento especializado são diversificadas, aumentando a complicação do prognóstico pelo tempo de espera, podendo variar entre meses ou anos. Uma das facilidades mencionadas para ultrapassar o obstáculo do tempo de espera foi a inserção de “amizades” que inseriram certos clientes aos serviços economizando meses de espera.

Conforme Colão (2015) “as crenças populares em não valorizar a busca pelo cuidado especializado, uma vez que, a automedicação e medo daquilo que pode ser

descoberto “constituem barreiras construídas e culturalmente perpetuadas que afastam a população masculina das atividades de Atenção Primária à Saúde, organizacionais do SUS têm agravado ainda mais esta situação”.

*“(...) ah... foi grande porque eu não moro dentro da cidade, aí cheguei aqui, tive que pagar de novo a consulta, ia no hospital porque entupia a sonda, fui duas vezes. Voltar de novo, um problema muito grande, um sofrimento grande que cheguei a pedir a morte, porque era uma dor imensa, a pessoa não suporta(...)”. (Homem Aranha).*

*“A dificuldade é a gente ter que andar sozinho mesmo né? Chega aqui em Belém a gente vai pro lado e pro outro, tem que tirar esses exames todos. Mas sempre quando deu a primeira vez em mim, os filhos lá são tudo unido, me ajudaram, agora nesse a gente juntou um dinheirinho pra não demorar né. Só que a gente tem dificuldade, tem que se deslocar da casa da gente” (Aquaman)*

As principais dificuldades relatadas abrangeram a demora em conseguir agendar as consultas especializadas e exames, locomoção e condições financeiras. Porém, existiu a possibilidade em acelerar o processo burocrático enfrentado pelos pacientes através de intervenção de profissionais já inclusos no sistema ou pertencentes a repartições públicas.

Lima (2014) nos leva a compreender que “a demora do atendimento dos serviços de saúde, os horários que coincidem com o trabalho e a falta de tempo são argumentos utilizados para justificar sua reduzida participação no setor primário da saúde”. Esta realidade de atraso no fluxo de atendimento precisa ser revista pelos órgãos competentes, pois, já é evidente que a maior dificuldade desta ausência aos serviços está relacionada com a demora na realização das consultas e exames pela rede pública de saúde, fator este, que age desestimulando os usuários deste estudo.

#### **5.2.4 Categoria 4: Exames realizados e tempo de espera para realização da cirurgia**

O rastreamento do CAP é identificado pelos exames principais como PSA e Toque, obtendo como finalizador do diagnóstico. Possuem baixo custo financeiro, porém o exame do toque retal gera incômodos psicológico pela rejeição masculina, onde produzem imaginações e expectativas que ofendem sua masculinidade. Deixam de realiza-lo na idade estabelecida por medo e estigma gerado ao longo de sua vida.

O avanço da idade acelera o aumento da próstata, Barbosa et al (2014) afirma que “Aos 40 anos 10% dos homens já têm uma próstata aumentada; aos 50 anos, esse número pula para 50%; após os 80 anos, mais de 80% da população masculina apresenta hiperplasia prostática benigna”.

Sabendo da falha de diagnóstico do PSA, pois este pode alterar em casos benignos e malignos, não possui uma precisão total, necessitando de mais recursos para chegar a confirmação segura. Atualmente usa-se a dupla: PSA e toque para rastreamento anual. Em casos suspeitos de neoplasia prostática é indicado estes dois exames e mais a biópsia transuretral da próstata com auxílio de ultrassom disponível na rede pública de saúde

*“A primeira vez que fui encaminhado pra fazer o exame disso aqui, passei dois anos pra conseguir o último documento, que foi o risco cirúrgico, quando peguei todos os documentos e levei pro médico que ia me operar, quando eu fui lá na clínica que ele trabalhava, ele tinha saído de lá. Os exames que fiz não valeu de nada, só pra vocês ter uma ideia, levou dois anos isso”. (Flash).*

A alta demanda e os protocolos que englobam centrais de marcação, guias de referências não atendem a cobertura necessária obrigando os usuários a buscar os serviços privados para acelerar o processo. Ao mesmo que os protocolos organizam os fluxos de serviço, eles aumentam o tempo de espera para uma simples consulta ou realização dos exames de rastreamento, levando a desistência do usuário ou complicação do seu prognóstico.

*“Quando eu comecei a ir, eu fiz pelo SUS, fiz uma biopsia e tudo pelo SUS, agora dessa vez aqui que o médico disse que tinha que operar, eu comecei pagando” (Homem de Ferro, Senhor Incrível, Homem Aranha, Batman, Arqueiro Verde).*

“Biópsia guiada por US transretal é feita por técnica sistematizada, buscando obter fragmentos representativos das diversas regiões prostáticas. Já RM é o método de escolha para estadiamento locorregional de tumores prostáticos”. (FILHO, JUNIOR, REIS, 2010).

“A biópsia por USTR é recomendada devido a alteração dos dois exames indicativos da doença, o PSA e o toque retal, que identifica lesões suspeita de malignidade, e devido ao seu alto grau de precisão e diferenciação, é confirmatório”. (ARAUJO, 2015, p. 197). Ela é importante no resultado do diagnóstico do câncer de próstata, pois favorece o tratamento precoce. Mais se houver demora na realização

do exame, o diagnóstico poderá ser tardio e as complicações serão ainda maiores, ocasionando o avanço da doença.

*“Fiz umas quantas vezes, acho que umas quatro vezes e só veio dar alterado esses tempos agora, (refere-se ao exame de PSA) os primeiros não, tava tudo normal. Inclusive quando eu fiz a biopsia, não deu nada. Mas veio depois que complicou mais né, foi quando começou a interromper a urina. Aí o médico viu e estava alterado” (Homem de Ferro, Capitão América, Senhor Incrível, Arqueiro Verde).*

O exame de PSA é importante para o rastreamento do aumento da próstata, pois trata-se de uma investigação da mensuração do tamanho, sabendo-se que a próstata pode ser aumentada fisiologicamente conforme o envelhecimento. “A produção do PSA é praticamente constante durante as 24 horas do dia, embora ela possa sofrer pequenas variações não significativas num homem normal” (AMORIM, 2014, p. 8).

É fundamental que o profissional de saúde informe sobre a importância da realização desses exames e direcionar esses homens ao autocuidado, promovendo e intensificando as ações de educação em saúde e levando o conhecimento básico à promoção do cuidado. Os relatos (Hulk, Flash, Homem de ferro, Capitão América, Senhor incrível, Homem aranha, Super choque, Homem elástico, Arqueiro verde) não conheciam a importância da realização regular dos exames de rastreamento, não participavam de ações de educação em saúde e não tinham hábitos de buscar informação, salvo, após a instalação da problemática.

Para Santiago et al (2013), “no rastreamento do CAP são utilizados dois exames: o toque retal e o PSA. Entretanto, ambos apresentam limitações relacionadas à sensibilidade e especificidade e ao baixo valor preditivo positivo”. Apesar desses exames apresentarem características importantes para o diagnóstico do CAP e acessibilidade, a decisão de realizar os exames deve partir do homem.

*“Não fiz, teimosia minha, (Refere-se aos exames de rastreamento) a pessoa tem que fazer quando ta na idade de quarenta anos né? A mulher me dizia, mas eu lá vou me preocupar com isso... nada! Eu vejo gente aí com sessenta anos, nunca deu isso, quer dizer eu com quarenta anos vai dar”. (Homem Aranha, Thor)*

A família é a principal influência no cuidado do homem, seja esposa, filhos e irmãos. Ela está presente nas decisões e no acompanhamento da trajetória clínica. São a base do suporte emocional e ético, a falta dela reflete insegurança e invulnerabilidade do paciente.

O colaborador Homem aranha ao ser abordado pelas pesquisadoras demonstrou sentimento de tristeza e solidão devido a ausência da família naquele momento de total dependência. Observou-se que estava bastante choroso, causando a interrupção da entrevista em certas partes, estava emocionado ao narrar sua vida e dificuldades.

Ao serem questionados sobre a realização de consultas e exames preventivos destacam a ausência pela busca de acompanhamento clínico, como mostram as falas a seguir:

*“Nunca ia ao hospital” (Hulk).*

*“(...) senti umas fisgadas, mas não sabia o que era, cheguei a ir na farmácia, tomei uns remédios, voltei e fui fazer uns exames, era próstata, mas pensei que se tomasse o remédio sarava de uma vez só” (Senhor Incrível, Homem Aranha).*

*“(...) não ia, minha família me levou na marra” (Thor).*

Em relação às consultas regulares nota-se a ausência dos participantes citados, não buscavam os serviços de atenção básica com frequência, esta prática era desconhecida e/ou desvalorizada por eles. Deixar os afazeres laborais para tentar conseguir a atendimento não era hábito permanente, tal que, as atividades de sustento financeiro e o medo foram as principais justificativas para esta ausência no setor de atenção primária.

*“(...). Quase eu morro, amanheci com a barriga que tava desse tamanho (fez o gesto de abdômen distendido) muito inchada. O médico disse: olha como está a tua próstata, ta fechada, olha o risco que tu ta correndo, não vai liberar xixi de jeito nenhum, teus rins estão cheios, está forçando muito, se romper alguma veia do rim tu morre por hemorragia interna” (Homem Aranha, Arqueiro Verde).*

Constata-se a opção pelo atendimento de urgência com a finalidade da cura momentânea em primeira escolha pelas complicações urológicas. A sequência do tratamento ocorreu pela necessidade fisiológica comprometida, o qual foi dispensado à necessidade dos tratamentos de urgência e proposto o acompanhamento clínico e laboratorial (sendo estes integrantes fundamentais das linhas de cuidado em redes de atenção).

As redes de urgência agem como porta de entrada, solucionando ou minimizando o agravo por período determinado e/ou momentâneo. Ela é umas das pontes de ligação com os setores de média e alta complexidade, que recebem

pacientes com perfil de morbidade já instalado, podendo apresentar perfil crônico que necessita de intervenção cirúrgica e/ou reabilitação.

A Portaria Nº 1944 de 2009 que institui a PNAISH em seu artigo 3º destaca a integralidade como diretriz principal do programa e sua importância na conclusão dos cuidados. Para Brasil (2009) a “assistência à saúde do usuário em todos os níveis de atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e contrarreferência entre a atenção básica, média e alta complexidade dando continuidade no processo de atenção”.

Através da conexão dos setores de atenção (básica, média e alta complexidade) agindo em ligação vertical, a população masculina chegou ao objetivo esperado: realizar o tratamento para cessão de sua queixa.

### **5.2.5 Categoria 5: Análise sobre prevenção masculina na perspectiva dos homens prostatectomizados**

De acordo com Silva (2010) o MS um fator que se vincula a esta problemática é a dificuldade que os homens têm de “reconhecer suas próprias necessidades em saúde, cultivando o pensamento que rejeita a possibilidade de adoecer, prevalecendo a questão cultural da invulnerabilidade masculina, de seu papel social de provedor e de herói”.

*“No dia que eu operei aqui tinha mais de dez homens operado de próstata, então o fluxo é muito alto. Então, eu acho que precisa ter mais incentivo, mais programas sociais que vão incentivando essas pessoas a fazer a prevenção. Quanto mais informação é melhor para qualquer tipo de coisa, quanto mais informação a gente assimila o fato” (Arqueiro Verde).*

Arqueiro Verde relata “o fluxo” de homens que são submetidos as patologias da próstata. Demonstrando preocupação em relação a demanda que é muito grande, e isso mostra que a gestão em saúde deve ter um olhar mais amplo para essa população. Investindo em ações específicas e capacitação profissional.

*“Olha... eu acho que a partir dos 40 anos tem que fiscalizar isso aí, eu não quis (risos). Eu fazia só o PSA aos 50 anos, como o PSA não dava nada, eu me acomodava. O PSA não revela isso aí, aí eu não sentia sintomas”. (Batman)*

*“Primeiramente, tem que procurar muito antes, né? Deixar aquela vaidade pro lado e muitos homens não vão procurar porque diz assim: ah... eu vou levar dedada! E não vão por causa deste sistema, é bobagem! Não faça isso! Vá porque é pro seu bem, procure enquanto é cedo! (Superman).*

Saldanha et al (2013) nos diz que “a equipe de enfermagem possui como responsabilidade assistir o paciente prostatectomizado, tanto no aspecto físico e psicológico”, devido as complicações, como a incontinência urinária, disfunção erétil e hemorragia. Por apresenta essas complicações é importante que a equipe de enfermagem colabore na recuperação desse paciente, conforme o caso apresentado.

*“Há agora eu já sei né, tem que procurar o médico, o hospital né. Inclusive tenho um filho que já está na idade de fazer, já tem 40 anos e orientar ele a procurar logo né”. (Homem de ferro)*

*“Quem sabe se tivesse me cuidado mais cedo se eu tava bem de saúde, em casa, no trabalho. É pros homens se cuidarem mais. Eu estou apertando os meus filhos pra se cuidarem mais cedo, o problema já veio pra mim, meu pai morreu e não deu tempo de se operar, a próstata estourou. Eles devem procurar se cuidar mais cedo”. (Capitão América,).*

O paciente prostatectomizado enfrenta o desafio de reconstruir seus conceitos de masculinidade. O maior medo é a perda da virilidade, devido este procedimento radical possuir impacto psicológico e emocional no indivíduo. No ato da entrevista existiu alguns questionamentos sobre a pratica sexual após a prostatectomia.

*“Agora eu tenho que dar conselho... que eles, quanto mais direito andar é melhor. Tem que parar o medo, né!? Hoje tem muita gente que tem medo” (Senhor Incrível).*

*“Eu acho assim... que é a própria questão de informação, deveria ter mais divulgação, palestras fora do hospital que buscassem estratégias para atrair esses homens e incentivar no cuidado. As palestras surgem mais nos postos e hospitais, e quem frequenta esses lugares são mais as mulheres. Então deveria ter palestras em praças ou outro lugar que viesse atrair essa população”. (Super Choque).*

A carência de informação é evidente neste público senil, eles reconheceram a importância de repasse de conhecimento dos profissionais da saúde em lugares de grande circulação para englobar aqueles indivíduos que não frequentam as unidades de saúde.

#### **5.2.6 Categoria 6: A importância do Enfermeiro no incentivo a saúde do homem no entendimento dos entrevistados.**

A enfermagem é a categoria profissional presente em todos os níveis de atenção à saúde. Desenvolve, organiza, coordena e avalia estratégias para manter e disseminar hábitos saudáveis e estimular o autocuidado das populações, diminuindo o risco de adoecimento agindo na promoção do bem-estar individual e coletivo.

Realiza suas atividades com autonomia sem deixar de lado a parceria com as demais categorias profissionais. Porém, há atividades exclusivas como a consulta e diagnóstico de enfermagem, conforme a lei 7498 de 1986 que regula o exercício profissional da equipe de enfermagem.

Os depoimentos abaixo destacam as falas dos colaboradores desta pesquisa que citam algumas atividades da equipe de enfermagem realizadas no período pós-operatório mediato (24 horas após a ação cirúrgica).

*“Bom, elas aqui têm a filosofia que a gente não pode ficar muito tempo deitado, tem que andar, está ajudando. Porque a gente não sabe disso, nem tinha ideia que beber bastante água é bom, aqui é água... água” (Homem de Ferro).*

*“Os enfermeiros têm zelado muito de eu, não posso me queixar deles” (Senhor Incrível).*

“A SAE busca viabilizar o processo de enfermagem no que se refere, prioritariamente, aos diagnósticos, metas e intervenções do enfermeiro quanto ao enfrentamento da problemática saúde-doença. (ASSIS et al, 2010).

A orientação faz parte de todos os processos seja ele preventivo, clínico e cirúrgico, sabendo da existência do enfermeiro nestas áreas. A informação esclarece os procedimentos realizados, facilita a adesão e cooperação das atividades exercidas pela equipe.

A SAE aborda a educação em saúde como uma das intervenções do enfermeiro, necessitando conhecer o máximo possível quais situações levaram aquele paciente a desenvolver o agravo, conhecer é primordial para intensificar e direcionar uma abordagem eficaz. As narrações a seguir destacam a necessidade de comunicação que o enfermeiro pode desenvolver na concepção dos pacientes:

*“ Por exemplo.... a pessoa procura um local desse nè? (se refere ao hospital), com outro problema e o enfermeiro percebe que a idade já está perto dessa situação, procurar alertar, né? Dizer o que ele deve fazer, informar. O homem realmente é o mais relaxado em relação à saúde, ele tem medo de achar doença”. (Batman, Hulk)*

O termo “medo de achar a doença” confirma a principal queixa de ausência dos usuários Batman e Hulk aos serviços de atenção primária, tendo como os exames realizados um motivo de preocupação e ansiedade ao que será descoberto. Existe o déficit de conhecimento de acordo com o diagnóstico de enfermagem do NANDA, tal qual exige a intervenção do enfermeiro que favoreça e estimule o conhecimento de demais homens que apresentam essas características cognitivas.

*“Eu acho que assim como na saúde da mulher que tem os agentes que vão visitar, a primeira coisa como eu disse é a prevenção, chegar e dialogar. Tá com 30 ou 40 anos vão começando logo, dialogando pra fazer o exame preventivo, acho que esse é um dos fatores primordiais”. (Arqueiro Verde)*

*“O enfermeiro é importante que ele trabalha numa área de saúde e tem que estar por dentro de tudo pra orientar aonde quer que ele vá tem que ter a informação necessária pra passar pro paciente e amigo pra quem quer que seja o ser humano”. (Arqueiro Verde)*

*“A enfermeira é muito importante nessa parte. Ela tem que ter conhecimento, tem que ser dedicada primeiramente. O profissional tem que ter dedicação na profissão dele pra fazer perfeito o negócio. Saber como conversar, saber explicar. A enfermeira é muito importante nessa parte”. (Homem Elástico, Thor)*

Urge, pois, organizar uma assistência de saúde que atue no processo educativo da população masculina em relação ao cuidar de si e no enfrentamento dos fatores desencadeadores do risco da morbimortalidade. (SILVA et al, 2015).

Os relatos reafirmam a necessidade de comunicação nas ações preventivas, existe a comparação das ações preventivas voltadas às mulheres e a participação dos agentes de saúde, os quais realizam as visitas domiciliares levando orientação no âmbito familiar, chegando até o público masculino.

Homem Elástico e Thor em seus depoimentos nos levam a reflexão da “dedicação profissional” e busca pelas capacitações como ferramenta de aperfeiçoamento das atividades realizadas, destacam a importância deste profissional na abordagem dos usuários com ênfase nos exames preventivos masculinos.

*“Capacitação em primeiro lugar, você que é enfermeiro procure aprender mais, vai procurando mais, saber sobre a área que vocês estão, pra que não seja pego de surpresa. As vezes chegue uma causa que você não sabe do problema, dar uma resposta não sabe o que fazer”. (Arqueiro Verde)*

Assis e Silva (2010) reconhecem a necessidade de qualificação específica da assistência de enfermagem que age como instrumento indispensável à saúde do homem favorecendo benefícios a esta população principalmente quando relacionamos os agravos prostáticos que demandam impactos negativos que não se restringem somente aos pacientes, contudo a família integra o processo de aprendizagem.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo enfatizou de maneira bastante irrefutável as patologias da próstata, as quais acometem a maioria dos homens com idade superior aos 40 anos. A representação obteve o diagnóstico de hiperplasia prostática benigna prevalecendo a alta incidência como a principal vilã do ser masculino.

O sistema fisiológico proporciona o aumento da glândula prostática com prevalente em homens idosos, conforme dos dados deste estudo. Uma realidade constatada é o desconhecimento da função da próstata sendo necessário a intervenção intensificada das ações de educação em saúde incentivando o público masculino em geral, desde a infância a buscar o autoconhecimento do corpo.

O estudo aponta como uma das dificuldades a não adesão aos exames de rastreamento, logo, incompatível com a realidade proposta pela Política de Atenção Integral a Saúde do Homem. O exercício laboral dos sujeitos demanda grande esforços e são atividades principalmente de baixa escolaridade que enfrentam dificuldades de acesso a rede de atenção básica. É necessária uma busca ativa nas populações de difícil acesso geográfico, pois nem sempre é possível o deslocamento da população às unidades locais.

O tempo de espera pelo tratamento cirúrgico ainda é demorado levando meses e até anos pelo Sistema único de Saúde, salvo os casos agilizados através da rede privada conveniada ou não ao SUS, porém a necessidade financeira reflete no tempo mais longo para concessão da prostatectomia na maioria dos casos em estudo. A espera pela realização dos exames ainda é um problema relevante que necessita de intervenção dos gestores

Os desafios na mudança do paradigma machista é atual e merece atenção pelos profissionais e gestores de saúde. Deve-se ampliar a capacitação com ênfase na educação continuada especializada na saúde preventiva masculina devido a necessidade de rastreamento precoce. Conseqüentemente os principais colaboradores nessa busca a nível de atenção básica reflete no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, essa parceria precisa ser valorizada.

O enfermeiro por gerenciar as atividades destes profissionais já citados necessita conhecer as estratégias eficazes de abordagem do público masculino conforme a realidade local, capacitar os ACS's quanto a forma de incentivo na busca e persistência em rastrear e detectar os riscos desta população para amenizar a falta de conhecimento destes homens sobre o autocuidado e conhecimento do corpo.

As pesquisas sobre a saúde do homem necessitam de intensificação contínua visando a promoção e descoberta de novas tecnologias em saúde que auxiliem os mesmos a adotarem hábitos preventivos de caráter permanente e não somente quando instalada a patologia. As barreiras culturais são presentes e precisam ser ultrapassadas pela busca do conhecimento, aperfeiçoamento profissional e implementação de estratégias integrais de caráter coletivo e preventivo.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Zenaide Neto: **SUS Sistema único de saúde – Antecedentes, perspectivas e desafios/** São Paulo: Martinari, 2011.
- ALBANO, B. R. BASILIO, M. CH. NEVES, J. B. **Desafios para inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde**, Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG V.3 Nov./Dez. 2010. Disponível: [http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3\\_2/08-desafios-para-inclusao-dos-homens-em-servicos-primarios-de-saude.pdf](http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/08-desafios-para-inclusao-dos-homens-em-servicos-primarios-de-saude.pdf). Acesso em: 24/04/2016.
- ALBUQUERQUE, G. A. et al, **O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde**. Escola Anna Nery, revista de enfermagem, 2014;18(4):607-614. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000400607&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400607&lng=pt). Acesso em: 22/08/16.
- ALCANTARA, P, **Prostatites**, Médico Urologista do Centro Médico Monte Sinai de Ourinhos Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia Membro da Sociedade Americana de Urologia, 2010. Disponível em: [http://www.msina.com.br/artigos\\_em\\_pdf/23%20prostatites.pdf](http://www.msina.com.br/artigos_em_pdf/23%20prostatites.pdf). Acesso em: 22/04/2016.
- AMORIM, V. M. S. L, et al. **Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional**, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(2):347-356, Fevereiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/16.pdf>. Acesso em: 22/04/2016.
- ARAÚJO, I. C. S, BARBOSA, M. H, BARICHELLO, E. **Distúrbios do sono em homens com câncer de próstata em hormonioterapia**, Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 18(4). Rio de Janeiro. Out-Dez 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&lng=pt&lng=pt&pid=S1414-81452014000400705](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&lng=pt&pid=S1414-81452014000400705). Acesso em: 23/04/2016.
- ARAUJO, J. S. et al, **caracterização social e clínica dos homens com câncer de próstata atendidos em um hospital universitário**. REME • Revista Min Enfermagem. 2015 abr/jun; 19(2): 196-203. Disponível em: <file:///C:/Users/Viviane/OneDrive/PRE%20PROJETO/v19n2a15.pdf>. Acesso em: 26/05/16.
- ASCARI, R. A. et al, **Prevalência de exames diagnósticos de câncer de próstata em comunidade rural**, Cogitare Enfermagem. 2014 Jan/Mar; 19(1):89-93. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/35963>. Acesso em: 22/04/2016.
- Associação Brasileira de Enfermagem. 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem 03 a 05 de Junho de 2013, Natal/RN. Tema: O clássico e o emergente: Desafios da Pesquisa em Enfermagem. Anais. **Observação e registro no diário de campo do pesquisador desvendando os desafios e facilidades relacionados ao cotidiano das pesquisas qualitativas**. (p.109-111). Disponível em

[http://www.abeneventos.com.br/anais\\_senpe/17senpe/pdf/0057co.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0057co.pdf) Acesso em: 23/11/2016

ASSIS, Ana Paula Silva de, SILVA, Edécio Gonçalves da. **Diagnóstico de enfermagem para a sistematização da assistência de enfermagem aos pacientes acometidos de doença prostática: uma revisão da literatura.** CARUARU 2010. Disponível em: <http://repositorio.favip.edu.br:8080/bitstream/123456789/999/1/Saude+do+Homem+CP+e+cuidados+de+Enfermagem.pdf>. Acesso em: 02/11/16.

AVERBECK, M. A. et al, **Diagnóstico e tratamento da hiperplasia benigna da próstata**, Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 54 (4): 471-477, Out - Dez. 2010. Disponível em: [http://www.amrigs.com.br/revista/54-04/021-519\\_diagnostico.pdf](http://www.amrigs.com.br/revista/54-04/021-519_diagnostico.pdf). Acesso em: 22/04/2016.

BARBOSA F. K. S. et al. **A enfermagem na prevenção da hiperplasia prostática benigna HPB –uma produção científica**, 2014. I congresso Nacional de ciências da saúde, Cajazeira-PB. Disponível em: [http://editorarealize.com.br/revistas/conacis/trabalhos/Modalidade\\_4datahora\\_22\\_03\\_2014\\_13\\_02\\_32\\_idinscrito\\_1313\\_a2d41cd7dcaf74680eb932c2c116625a.pdf](http://editorarealize.com.br/revistas/conacis/trabalhos/Modalidade_4datahora_22_03_2014_13_02_32_idinscrito_1313_a2d41cd7dcaf74680eb932c2c116625a.pdf). Acesso em: 01/04/16.

BARCELAR JUNIOR et al. **Câncer de próstata: métodos de diagnóstico, prevenção e tratamento**, 2015. Brazilian Journal of surgery and clinical Research – BJSCR, vol. 10, n3, pp. 40-46 mar-mai 2015). Disponível em:

BATISTA, R.M.L, **Patologia Prostática: cuidados de enfermagem a doentes submetidos a cirurgia prostática**, 2010. Disponível em: [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2506/1/T\\_16864.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2506/1/T_16864.pdf). Acesso em: 01/04/2016.

BELINELO, R. G. S. et al. **Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens**. Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem 18(4) Out-Dez 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000400697&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400697&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 23/04/2016.

BENAZZI, A. S. T, LIMA, A. B. S, SOUSA, A. P. **Pré-Natal Masculino: um novo olhar sobre a presença do homem**, Revista Política Pública, São Luís, v.15, n.2, p. 327-333, jul./dez. 2011. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/849/871>. Acesso em: 14/11/2016.

BERTOLDO, Sandra Alves, PASQUINI, Valdiléia Zorub, **Câncer de próstata: um desafio para a saúde do homem**. Revista de enfermagem UNISA 2010; 11(2): 138-42. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2010-2-15.pdf>. Acesso em: 05/10/16.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico: saúde do adulto** / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. – 4. ed. - São Paulo: SMS, 2012. 76 p. – (Série Enfermagem). Disponível em:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/legislacao/SAUEDOADOADULTO021015.pdf>. Acesso em 12/05/16.

BRASIL. Portal da Saúde – **Ministério da Saúde, 2016** – [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Criado em 24/04/2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/805-sas-raiz/daet-raiz/saude-do-homem/11-saude-do-homem/12325-apresentacao-saude-homem>. Acesso em 25/04/2016.

**BRASIL. PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010**, disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf). Acesso em: 08/11/16.

BRITO, Rocha. **Cálculo Renal: Green Laser Próstata**, Clínica Rocha Brito, Terça-Feira, 15 de novembro de 2016, Campinas. Disponível em: <http://calculorenal.org/prostata.htm>. Acesso em: 15/11/16.

CAVALCANTI, J.R.D. **Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento**. Escola Anna Nery 18(4):628-634; UFCG, PB, 2014. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/31540>. Acesso em 04-04-2016

CAMPOLINA, A. G. et al. **Transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos na prevenção de doenças crônicas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, Jun, 2013. 29 (6):1217-1229. Acesso em 11/04/2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a18v29n6.pdf>

**CLAM+10** Notícias Brasil, **Saúde do Homem: questões e desafios**: entrevista realizada com o pesquisador Romeu Gomes, doutor em Saúde Pública, professor de Antropologia e Saúde e Pesquisa Qualitativa em Saúde do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), 2010. Disponível em: <http://www.clam.org.br/noticias-clam/conteudo.asp?cod=6279>. Acesso em: 09/09/2016.

COLÃO, Cristiane da Fonseca. **Saúde do Homem: Conhecimento sobre rastreamento do câncer de próstata por profissionais da estratégia de saúde da família na zona oeste do Rio de Janeiro**, dissertação (mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Auroca, 2015. Disponível em:

CRIPPA, Alexandre et al. **Como Diagnosticar e Tratar Hiperplasia benigna da próstata**, Moreira Jr Editora, São Paulo – SP, 2009. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=4241](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4241). Acesso em: 03/11/16

DIAS, A. **O que é Prostatite?** Artigo 28 de Abril 2011. Disponível em: <http://anastaciodias.com/artigos/85-o-que-e-prostatite>. Acesso em: 11/04/2016.  
Empresa Jornalística Econômico S/A. **Pré-natal masculino: o homem também precisa se cuidar**. 2014. Disponível em: <http://odia.ig.com.br/noticia/mundoeciencia/2014-08-08/pre-natal-masculino-o-homem-tambem-precisa-se-cuidar.html>. Acesso em: 21/09/2016.

FERNANDES M. V. et al: **Perfil epidemiológico do homem com câncer de próstata atendido em um Hospital Universitário**, Cogitare Enfermagem. 2014 Abr/Jun; 19(2):333-40. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/31540/0>. Acesso em: 01/04/16.

FILHO, R. T. F. DAMIÃO, R. **Câncer de Próstata**. Revista. Hospital Universitário Pedro Ernesto. Vol. 9 (Supl. 1) - 48º Congresso do HUPE "Saúde do Homem". Pg. 1-10 . Artigo de revisão, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=249#](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=249#). Acesso em 03/ 05/2016.

FONSECA, D. S. et al, **Câncer da próstata: pesquisa sobre a conscientização na cidade de palmital**, centro estadual de educação tecnológica Paula Souza ETEC. prof. Mário Antônio Verza, Palmital, 2014. Acesso em: 26/09/2016.

FONTES, W, D. de et al. **Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço**, Acta Paul Enfermagem, 2011;24(3):430-33, João Pessoa PB Brasil. Acesso em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/20.pdf/> acesso em: 14/11/16.

FRANCO, Camila Maia. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. UFF, Disponível em: [http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728\\_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf). Acesso em: 13/11/16.

FRIESTINO, J. K. O. et al, **Mortalidade por câncer de próstata no Brasil: contexto histórico e perspectivas**. Revista Baiana de Saúde Pública, v.37, n.3, p.688-701 Julho/Set. 2013. Disponível em: [http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/613/pdf\\_435](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/613/pdf_435). Acesso em: 01/05/2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4º edição, São Paulo, Editora Atlas, 2008.

MORAES, Herman. **Saúde do homem: Prostatite Aguda**, Fonte: Harvard Health Decision Guides, 2014. Disponível em: <http://www.medclick.com.br/saude/2014/07/prostatite-aguda/>. Acesso em: 21/09/2016.

INCA. **Ministério da Saúde apresenta estimativas de câncer para 2014**. Agência de Notícias 2013. Disponível em [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/inca\\_ministerio\\_saude\\_apresentam\\_estimativas\\_cancer\\_2014](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014) Acesso em 03/ 05/ 2016.

INCA. **Nota técnica conjunta INCA/MS-2015. CÂNCER – Tipo – Próstata – Detecção precoce**. Disponível em: [www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/detecção\\_precoce](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/detecção_precoce) Acesso 25/03/2016.

LEAL, Carmem Helena Soares; DIAZ, Hosana Burquez. **Saúde do Homem**, almanaque (DANT). 7 Edição Dezembro, 2012. p 14-20. Disponível em: [www.sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3920](http://www.sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3920) Acesso em : 27/05/2016

LIMA, B. et al. **Os meios alternativos de comunicação como ferramenta para a prevenção do câncer de próstata**, revista enfermagem UERJ 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.15517>. Acesso em: 25/03/2016

LIMA C. L. M; ALVES, P. M. C; **Hiperplasia Benigna da Próstata – HPB**. ABC da Saúde Informações Médicas Ltda. Copyright 2001-2016. Disponível em: <https://www.abcdasaude.com.br/urologia/hiperplasia-benigna-da-prostata-hpb>. Acesso em: 02/04/16.

LOBLER, Ricardo et al, **Avaliação do Escore de Gleason como fator prognóstico em pacientes com câncer de próstata em hormonioterapia**. Revista Brasileira de Oncologia Clínica, Vol. 8, no 27, janeiro / fevereiro / março, 2012. Disponível em: <http://www.sbec.org.br/revista-sbec/pdfs/27/artigo2.pdf>. Acesso em: 26/09/2016.

MAGALHÃES, Roberto. **Prostatite**, artigo publicado. Copyright © 2016 Saudicas. Disponível em: <http://www.saudicas.com.br/prostatite/> Acesso em: 15/11/16.

MAGNOBOSCO, Wesley Justino. **Câncer de próstata – diagnóstico e estadiamento**. Onco&, janeiro/fevereiro, 2014. Disponível em: <http://www.revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2014/01/prostata.pdf>. Acesso em: 20/07/16.

MATOS, Lívia Carneiro, **Expressão da proteína Wnt4 e seu possível papel como um antígeno associado ao câncer de próstata**. Rio de Janeiro 2008. Disponível em: <http://docplayer.com.br/11370891-Expressao-da-proteina-wnt4-e-seu-possivel-papel-como-um-antigeno-associado-ao-cancer-de-prostata.html>. Acesso em: 01/11/16.

MARTINS, A.M. et al. **A Produção Científica Brasileira sobre o Câncer Masculino: Estado da Arte**, Revista Brasileira de Cancerologia 2013. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_59/v01/pdf/17-a-producao-cientifica-brasileira-sobre-o-cancer-masculino.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v01/pdf/17-a-producao-cientifica-brasileira-sobre-o-cancer-masculino.pdf). Acesso em: 01/04/16.

MATHIAS, C. V, BEUTER, M. PERLINI, N. M. O. G, **Experiência da família rural ao ter o pai/esposo com câncer de próstata**. Revista Rene. 2015 Jul-Ago; 16(4):486-95. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1915/pdf>. Acesso em: 27/04/16.

MENDES, Eugenio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**, artigo, Belo Horizonte MG, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso em: 07/11/16.

**Metodologia do trabalho científico/ SEVERINO, Antônio Joaquim.-23.Ed. Rev. E atual. São Paulo: Cortez, 2007.**

MINAYO, M.C. S, DESLANDES, S. F, GOMES, R. **Pesquisa Social, teoria, método e criatividade**. 28 Editora, Petrópolis RJ, Vozes 2009. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B6wP7akhxao3Z3VSSG5Qa3NOUFE/view>. Acesso em: 05/11/16

MILITO, M.A, **Biópsia da próstata transretal guiada por ultrassonografia: suas complicações e morbidade são subestimadas?** Radiol. Bras. 2013 Mar/Abr;46(2): VII, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rb/v46n2/02.pdf> Acesso em: 22/04/2016.

MIGOWSKII, A. SILVA, G. A. **Sobrevida e fatores prognósticos de pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado.** Revista Saúde Pública 2010;44(2):344-52. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Disponível em: [www.scielo.br/srp](http://www.scielo.br/srp). Acesso em: 27/04/2016.

MORAES, Hermann. **Saúde do homem: Prostatite Aguda**, Publicado sexta-feira 25 de julho de 2014 4:05 PM0 Comentário Tags: dor, infecção, próstata. Mediclick. Disponível em: <http://www.medclick.com.br/saude/2014/07/prostatite-aguda/> Acesso em: 30/04/16.

MOREIRA, R. L. S. F, FONTES, W. D, BARBOZA, T. M. **Dificuldade de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros**, Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 18(4) Out-Dez 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000400615&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400615&lng=pt). Acesso em: 24/04/2016.

MOURA, Erly. **Perfil da situação do homem no Brasil.** Ministério da saúde, 2012. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Perfil-da-Situa----o-de-Sa--de-do-Homem-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 23/06/16.

MOZER, I. T, CORRÊA A, CH. P, **Implementação da Política Nacional de Saúde do Homem: o caso de uma capital Brasileira.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, 18(4) out-Dez 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000400578&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400578&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 23/04/2016.

MUGLIA, V. F, **Ressonância magnética multiparamétrica de próstata: a evolução de uma técnica.** Radiol. Bras. 2014 Set/Out;47(5): V–VI. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rb/v47n5/0100-3984-rb-47-05-000V.pdf>. Acesso em: 23/04/2016.

NASSIF, A. E. et al, **Utilização do antígeno prostático específico no diagnóstico do câncer de próstata.** V.5, n.2,pp.17-21(Dez 2013–Fev. 2014). Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research –BJSCR. Disponível em: [http://www.mastereditora.com.br/periodico/20131231\\_111242.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20131231_111242.pdf). Acesso em: 01/04/16.

PADILHA, A. et al; **Linha de cuidado da hiperplasia prostática benigna do município de São Paulo.** Prefeitura de São Paulo setembro 2015. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/saude\\_do\\_adulto/index.php?p=5872#homem](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/saude_do_adulto/index.php?p=5872#homem). Acesso em: 05/05/2016.

PEREIRA, M.M.M. et al. **saúde do homem na atenção básica: análise acerca do perfil e agravos à saúde.** Revista de enfermagem UFPE online. Recife, 9(supl. 1):440-7, Janeiro, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Viviane/Downloads/5520-67266-1-PB.pdf>. Acesso em: 12/05/2016.

PINTO, B. K. et al, **Identidade do homem resiliente no contexto de adoecer por câncer de próstata: uma perspectiva cultural**. Revista Bras. Enfermagem. 2014 nov-dez;67(6):942-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000600942&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000600942&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 22/04/2016.

PIRAJÁ, F. C. S. **Sobrevida de pacientes com câncer de próstata, Universidade Federal do Piauí - UFPI - Teresina (PI) Brasil, 2012**. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2617>. Acesso em: 27/04/2016.

POZZATI, R. et al. **O cuidado na saúde dos homens**. Artigo de Revisão, Recebido em: 16.04.2011 – Aprovado em: 08.09.2011 Revista de enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, 2013 out/dez; 21(4):540-5. • p.541 Disponível em: [www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a20.pdf](http://www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a20.pdf) · Arquivo PDF. Acesso em: 22/09/16.

PRACCHIA, Luís Fernando. **Linhas de Cuidado nas Redes de Atenção à Saúde**. Apresentação realizada no Seminário de Desenvolvimento Geral e Organizacional (SDGO), sobre Linhas de Cuidado, em outubro de 2013, no Hospital Albert Einstein, em São Paulo. Por Luiz Fernando Pracchia, assessor técnico do Gabinete da SMS na área de Oncologia. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/escolamunicipaldesaude/linhas-de-cuidado-nas-redes-de-ateno>. Acesso em: 15/11/16.

ROQUE, A.J; OFFERNI, JCM. **Manual de Urologia**. Editora: Sociedade Brasileira de Urologia, São Paulo/ SP, 2010. Disponível em <https://pt.scribd.com/doc/294923286/Manual-de-Urologia-2010> Acesso em 16/08/2016

SALDANHA, E. A. et al, **Diagnósticos de enfermagem e modelo teórico de roy em pacientes prostatectomizados**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, vol. 14, núm. 4, 2013, pp. 774-782 Universidade Federal do Ceará Fortaleza, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324028459014>. Acesso em: 23/04/2016.

SANTIAGO, L. M. et al, **Prevalência e fatores associados à realização de exames de rastreamento para câncer de próstata em idosos de Juiz de Fora, MG, Brasil; Rio de Janeiro RJ Brasil, 2013**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a10v18n12.pdf>. Acesso em: 29/04/2016.

SANTOS, Rosita Barral, **Homens com Câncer de próstata: um estudo da sexualidade à luz da perspectiva heideggeriana**, Ribeirão Preto SP, 2006. Disponível em: [www.teses.usp.br/.../publico/RositaBarralSantos.pdf](http://www.teses.usp.br/.../publico/RositaBarralSantos.pdf). Acesso em: 11/10/2016.

SILVA, E. C. N., **Assistência ao paciente prostatectomizado: na perspectiva de enfermagem**, Artigo publicado em 2009 na cidade de Barreiras. Disponível em: <http://www.webartigos.com/autores/albeticristian>. Acesso em 21/09/2016.  
Leia mais em: <http://www.webartigos.com/artigos/assistencia-ao-paciente-prostatectomizado-na-perspectiva-de-enfermagem/22417/#ixzz4KwJGgAy4>.

SILVA, S. O; **Cuidado na perspectiva de homens: Um olhar da enfermagem. Tese de mestrado em enfermagem**, universidade de santa maria, 2010. Acesso em 12/05/16.

SILVA, M.E.D.C. et al; **Resistencia do homem as ações de saúde: Percepção de enfermeiras da estratégia saúde da família**. Revista interdisciplinar, v. 3; m. 3, 2010. Disponível em: [http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v3n3/pesquisa/p3\\_v3n3.pdf](http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v3n3/pesquisa/p3_v3n3.pdf). Acesso em: 14/05/16.

SILVA et al. **Saúde do homem no âmbito da assistência de enfermagem**. 18º CBCENF, Congresso brasileiro dos conselhos de enfermagem, 15 a 18 de setembro de 2015, João Pessoa/PB. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de saúde de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas: política de atenção à saúde do homem. Princípios e diretrizes. Brasília, 2008.

**Urologia fundamental** / editor Miguel Zerati Filho, Archimedes Nardozza Júnior, Rodolfo Borges dos Reis. São Paulo : Planmark, 2010

VICENTINI, Maria Elenice, **Redes de Atenção em Saúde Regionalização**, secretaria de estado da saúde núcleo técnico de humanização. São Paulo, Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/institucional/apresentacao\\_rede\\_s\\_e\\_regionalizacao2.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/institucional/apresentacao_rede_s_e_regionalizacao2.pdf). Acesso em: 07/11/16.

WROCLAWSKI, M. L. et al, **Hiperplasia prostática gigante: hematúria macroscópica com choque hipovolêmico em paciente previamente assintomático**, Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n3/1679-4508-eins-S1679-45082015RC2905.pdf>. Acesso em: 01/05/16.

ZACCHI, S. R. et al, **Associação de variáveis sócio demográficas e clínicas com o estadiamento inicial em homens com câncer de próstata**, Cad. Saúde Colet. 2014, Rio de Janeiro, 22 (1): 93-100. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00093.pdf>. Acesso em: 23/04/2016.

## APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

<b>ANAMNESE DO SUJEITO DA PESQUISA:</b>
<b>1.PERFIL SOCIO ECONÔMICO DO SUJEITO DA PESQUISA:</b>
<p>1.1 Idade: _____</p> <p>1.2 Município de origem: _____</p> <p>1.3 Cor da pele:</p> <p>( ) Pardo    ( ) Negro    ( ) Branco    ( ) Outros</p> <p>1.4 Escolaridade:</p> <p>( ) Sem escolaridade    ( ) Ensino fundamental incompleto    ( ) Ensino fundamental completo</p> <p>( ) Ensino médio incompleto    ( ) Ensino médio completo    ( ) Ensino superior</p> <p>1.5 Profissão: _____</p> <p>1.6 Mora com a família?</p> <p>( ) Sim    ( ) Não</p>
<b>2.HISTÓRIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO PARTICIPANTE:</b>
<p>2.1 Ingere bebidas alcoólicas?</p> <p>( ) Sim    ( ) Não</p> <p>2.2. Qual o tipo de alimentação preferido? Consome diariamente?</p> <p>2.4 Fumante?</p> <p>( ) sim    ( ) Não</p>
<b>3. INVESTIGAÇÃO DA HISTÓRIA PROSTÁTICA DO PARTICIPANTE:</b>
<p>3.1 Tem pai ou irmão que já teve ou tem Câncer de Próstata?</p> <p>( ) Sim    ( ) Não</p> <p>3.2 Quais os sintomas que lhe fizeram procurar o serviço de saúde e por quanto tempo sentiu?</p>

3.3 Os exames realizados foram cobertos por meio:

SUS     Particular

3.4 Recebeu os exames e retornou ao médico no período de:

Um mês     três meses ou mais     Um ano

3.5 Qual tipo de diagnóstico?

Câncer de Próstata     HPB

3.6 Você sabe o que é Hiperplasia prostática? Sabe a função da próstata?

3.7 Fez uso de sonda vesical de demora antes da cirurgia? Se fez qual o tempo de uso?

3.8 O tempo de espera da cirurgia atingiu:

Um Mês     Três meses ou mais     Um ano ou mais

3.9 Qual o tipo de tratamento solicitado pelo médico?

Prostatectomia     medicamentoso     Hormonioterapia     Ressecção Transuretral

Quimioterapia     Radioterapia     Vigilância ativa

3.10. Relate a maior dificuldade para conseguir acesso ao serviço especializado.

3.11. Atualmente qual é a sua opinião sobre a prevenção masculina e como o homem pode melhorar o seu interesse em aderi-la?

3.12 A família foi participativa no incentivo à prevenção e busca de tratamento? Na sua opinião qual a importância da família nesta trajetória?

3.13. Na sua opinião como o Enfermeiro pode incentivar o homem a se cuidar?

## APÊNDICE B

### Diário de Campo

**SAÚDE DO HOMEM:** a trajetória de um grupo de homens em busca de diagnóstico e tratamento das patologias da próstata em redes de atenção.

Local: Enfermaria Masculina / Pesquisadora - Dayse Monteiro

Sujeitos	Data da entrevista e horário	Observações
CAPITÃO AMÉRICA	11/10/16 Início: 14:00hs Fim: 14:30hs	Demonstrou tranquilidade e otimismo na recuperação, apesar das dificuldades expressas sobre a família com bastante carinho e mansidão, é gentil em sua fala, a aparência robusta e saudável lhe fez parecer mais novo, mesmo com a idade que possui.
BATMAN	11/10/16 Início: 14:30hs Fim: 15:15hs	Apresenta-se bem entendido sobre o processo cirúrgico, está calmo e com passivo em suas respostas. Retornou à clínica devido obstrução do cateter vesical. Demonstra confiança na recuperação devido uma experiência que teve com o alcoolismo.
HOMEM ARANHA	21/10/16 Início: 14:05hs Fim: 14:50hs	Demonstra pouco conhecimento sobre a temática, devido a ausência da família se emociona no momento da entrevista, chorava constantemente. Muito vulnerável emocionalmente, percebemos sua aparência sofredora pela tristeza e dor.
SUPER CHOQUE	07/11/16 Início: 14:15hs Fim: 14:50hs	Observou-se a falta de conhecimento em relação a próstata e suas patologias e a falta de interesse sobre o autocuidado e sempre demonstrando ser forte na fala e cometeu que jamais imaginava passar por essa situação. Observou-se preocupação na recuperação.
HOMEM ELÁSTICO	07/11/16 Início: 15:00hs Fim: 15:30hs	Apresentava ter uma forma física de atleta, apesar da idade. Consciente da atual realidade, pela situação vivida. Expressa nervosismo e timidez com a presença das pesquisadoras. Relata pouco conhecimento da próstata e preocupação em relação a disfunção erétil.
AQUAMAN	07/11/16 Início: 15:40hs Fim: 16:15hs	Nota-se na fala mansidão e aparência apática. No discurso apresentou uma problemática de longa duração pois a dificuldade que enfrentou era desde de 2014. Estava na companhia do filho demonstrando carinho e atenção.

## APÊNDICE B

### Diário de Campo

**SAÚDE DO HOMEM:** a trajetória de um grupo de homens em busca de diagnóstico e tratamento das patologias da próstata em redes de atenção.

Local: Enfermaria Masculina

Marta Cleonice.

Sujeitos	Data da entrevista e horário	Observações
ARQUEIRO VERDE	05/10/16 Início: 14 HS Fim: 15:05 HS	• mostrou-se interessado no assunto da pesquisa, consciente dos riscos que causou a patologia e bastante preocupado com a disfunção erétil. Possui fala bem espontânea, sua aparência é bem alegre e sorridente com fala cativante.
SUPERMAN	05/10/16 Início: 15:15 HS Fim: 16:00 HS	• Demonstra preocupação pela dependência física no momento do pós-operatório imediato e pela obstrução do cateter vesical. Possui fala tímida, aparência ainda desgastada e polida pelo procedimento realizado.
HULK	14/10/16 Início: 14:40 hs Fim: 15:00 hs	• É bem tímido na abordagem inicial, após nossa insistência de fala, similar a sua, relatou claramente os fatos. O sobrinho que lhe acompanhava, ajudou a esclarecer algumas informações. Aparência bem emagrecida e envelhecida.
HOMEM DE FERRO	14/10/16 Início: 15:15 hs Fim: 16:00 hs	• Ao ser abordado sobre o histórico familiar mostrou-se com medo; está preocupado e ansioso com a disfunção erétil, pois a esposa lhe questionou sua fala e bem clara, coesa e confiante em sua fala e estrutura familiar que possui.
FLASH	14/10/16 Início: 16:05 hs Fim: 16:35 hs	• Com aparência forte, demonstra sentimento de revolta em relação a toda burocracia nos procedimentos. Com olhar firme e ao mesmo tempo angustiado, estimulava para os colegas de quarto, que apresentaram a mesma situação que a sua.
SENHOR INCRÍVEL	24/10/16 Início: 14:10 hs Fim: 15:15 hs	• Riage bem a cirurgia apesar da idade avançada. Sua fala é gesticulada, porém um pouco desconfiado e resistente na abordagem inicial, o filho ajudou a convencê-lo. Relata tristeza ao usar banda vesical por 3 anos. Tem aparência feliz e bem humorada.
THOR	24/10/16 Início: 15:30 hs Fim: 16:30 hs	• Apresenta bastante tecido adiposo abdominal e fala bem acanhado, muito resistente para aderir a cirurgia, não quer operar (sic, pelo erro que o acompanhava). Estava calvo e tinha medo de hospital.