



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE
PRÓSTATA NA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO NA SAÚDE
DO HOMEM**

DANIEL TAVARES DA SILVA

**SANTOS
2021**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE
PRÓSTATA NA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO NA SAÚDE
DO HOMEM**

DANIEL TAVARES DA SILVA

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade
Católica de Santos, como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde, Ambiente e
Mudanças Sociais

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvia Regina Viodres
Inoue

SANTOS
2021

[Dados Internacionais de Catalogação] Departamento de
Bibliotecas da Universidade Católica de Santos Maria Rita de C.
Rebello Nastasi - CRB-8/2240

S586i Silva, Daniel Tavares da

Itinerários terapêuticos para tratamento do câncer de
próstata na atenção básica : estratégias de promoção na
saúde do homem / Daniel Tavares da Silva ; orientadora
Silvia Regina Viodres Inoue. -- 2021.

105 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de
Santos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
2021.

Inclui bibliografias

1. Atenção básica. 2. Câncer de próstata. 3. Itinerário
Terapêutico. 4. Estratégia de saúde da família. I. Inoue,
Silvia Regina Viodres. II. Título.

CDU: Ed. 1997 -- 614(043.3)

DANIEL TAVARES DA SILVA

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA
NA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO NA SAÚDE DO HOMEM

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade
Católica de Santos, como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Silvia Regina Viodres Inoue - Universidade Católica de Santos

Prof.^a Dr.^a Carolina Luisa Alves Barbieri - Universidade Católica de Santos

Prof.^a Dr.^a Hilda Rosa Capelão Avoglia - Universidade Católica de Santos

DATA DE APROVAÇÃO ____/____/____

SANTOS
2021

Dedico mais essa vitória em minha vida, ao meu Deus a quem me deste o dom da vida. A minha mãe, Maria de Fátima Silva Tavares e meu pai Zenildo Tavares, que com sabedoria souberam me incentivar e encaminhar por trilhas bem-sucedidas no caminho da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus porque me confiar a missão de exercer a enfermagem. Peço-te, Senhor, poder perceber que sou apenas canal de tua graça e que és Tu quem age e faz. Faça de mim um eficaz instrumento de graça. Que minha face resplandeça a Tua, dando forças, consolo e abrigo aqueles que a mim recorram. Dá-me sabedoria, seriedade, humildade e amor. Que, ao final de um cansativo dia de trabalho, eu possa Te louvar e em Ti encontrar refúgio. Que eu nunca cesse de Te louvar por maravilhas.

Aos meus pais que foram e são minha fonte de inspiração em toda a minha existência e espelho em todas as ações. Agradeço por tudo que vocês fizeram por mim. Cheguei até aqui, mais não sozinho. Sem vocês se quer haveria começado. Em tua ausência, não teria existido... sou hoje teu exemplo.

A minha orientadora, Professora Silvia Regina Viodres Inoue, por todas as contribuições, apoio e dedicação ao longo de toda a minha pesquisa. Serei eternamente grato.

Aos professores, familiares, amigos, minhas irmãs Naiara e Samara que sempre estiveram presentes em todos os momentos de minha vida, dando apoio e carinho sempre que precisei.

A todos os homens que prontamente aceitaram participar deste estudo, minha eterna gratidão.

RESUMO

Introdução: O câncer é uma doença que tem impacto no cenário mundial, configurando-o como um problema de saúde pública a ser enfrentado, em especial, pelos países desenvolvidos. Assim, observa-se a estimativa da ocorrência do câncer no biênio 2018-2029 é de 600 mil casos novos, destes, o câncer de pele não melanoma apresentará cerca de 170 mil casos novos. O câncer de próstata é uma doença que pode surgir com o envelhecimento do homem, a partir dos 40 anos. A última estimativa mundial apontou o Câncer de próstata como sendo o segundo tipo de Câncer mais frequentes em homens. **Objetivo:** Analisar itinerários terapêuticos para tratamento do câncer de próstata no município de Carrapateira-Paraíba. **Metodologia:** O presente estudo se trata de uma pesquisa de abordagem metodológica qualitativa, o método busca uma compreensão complexa e detalhada, construída através de uma entrevista direta entre os sujeitos da pesquisa, levando em consideração o ambiente e o contexto de realização da pesquisa. O estudo foi realizado no semestre de 2019.2. Os participantes elencados para a pesquisa, foram 07 homens sertanejos, que residem tanto na zona urbana quanto rural do município de Carrapateira-PB, representando todos os homens que realizaram o exame PSA total (Teste Rápido) na Unidade de Saúde da Família de Carrapateira-PB (CNES: 2321947), que apresentaram alteração no PSA total e foram acompanhados pela UBS entre os anos de 2009 a 2019. Foi utilizado uma entrevista e um questionário semiestruturado. **Resultados:** Os 07 homens entrevistados com idades entre 58 e 83 anos de idade, eram brancos, analfabetos, residiam com familiares (esposa e filhos), recebiam algum benefício social e são aposentados; foram orientados pelos Agentes Comunitários de Saúde após receberem os exames na UBS e descobriram que o exame poderia ser feito nos mutirões ou nos eventos que ocorrem na Campanha de prevenção ao câncer de próstata “Novembro Azul”. Ao serem diagnosticados com o câncer de próstata, os entrevistados sempre reforçam a ideia de descrença, desespero e morte após terem acesso a sua nova condição. Os Itinerários Terapêuticos relatados foram: medidas fitoterápicas, benzedeiros e a busca pela religiosidade. **Conclusão:** Conclui-se que todo o processo entre a busca pelo serviço de saúde até um possível diagnóstico e tratamento do câncer, demandam da população masculina uma nova visão acerca dessa realidade que eles, por vezes, desconhecem. Diante disso, é indispensável que mais estudos sejam propostos para que seja possível acompanhar e entender os sentimentos vivenciados pelos homens vítimas de câncer.

Palavras-chave: Atenção Básica. Câncer de próstata. Itinerário Terapêutico. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: Cancer is a disease that has an impact on the world stage, configuring it as a public health problem to be faced, especially by developed countries. Thus, the estimated occurrence of cancer in the 2018-2029 biennium is 600 thousand new cases, of which, non-melanoma skin cancer will present about 170,000 new cases. Prostate cancer is a disease that can arise with the aging of men from the age of 40. The latest worldwide estimate pointed to prostate cancer as the second most common type of cancer in men. **Objective:** To analyze therapeutic itineraries for the treatment of prostate cancer in the city of Carrapateira-Paraíba. **Methodology:** This study is a research of qualitative methodological approach, the method seeks a complex and detailed understanding, built through a direct interview between the research subjects, taking into account the environment and the context of the research. The study was conducted in the semester of 2019.2. The participants listed for the research were 07 hinterland men, who live in both urban and rural areas of the municipality of Carrapateira-PB, representing all men who underwent the total PSA exam (Quick Test) at the Family Health Unit of Carrapateira- PB (CNES: 2321947), which showed changes in the total PSA and were monitored by UBS between the years 2009 to 2019. An interview and a semi-structured questionnaire were used. **Results:** The 07 men interviewed, aged between 58 and 83 years of age, were white, illiterate, lived with family members (wife and children), received some social benefit and are retired; they were guided by the Community Health Agents after receiving the exams at UBS and found that the exam could be done in joint efforts or in the events that occur in the “November Blue” Prostate Cancer Campaign. When being interviewed with prostate cancer, the interviewees always reinforce the idea of disbelief, despair and death after having access to their new condition. The Therapeutic Itineraries reported were: herbal measures, healers and the search for religiosity. **Conclusion:** It is concluded that the whole process between the search for the health service until a possible diagnosis and treatment of cancer, demand from the male population a new vision about this reality that they, sometimes, are unaware of. Therefore, it is essential that more studies be proposed so that it is possible to monitor and understand the feelings experienced by men who are victims of cancer.

Keywords: Primary Care. Prostate cancer. Therapeutic Itinerary. Family Health Strategy

LISTA DE FIGURAS

Figura 01. Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma

Figura 02. Rezadeira

Figura 03. Rezadeira

Figura 04. Plantas fitoterápicas

Figura 05. Plantas fitoterápicas

Figura 06. Plantas fitoterápicas conhecidas como Babosa (*Aloe vera*)

Figura 07. Curandeiro

LISTA DE QUADROS

Quadro 01. Marcos para a instituição da religiosidade como uma dimensão da saúde

Quadro 02. Categorias de análise

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Taxas de incidência por neoplasias malignas, por 100 mil homens, segundo Unidade da Federação

Tabela 02. Dados Sociodemográficos dos Participantes

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

AP – Atenção Primária

ACS – Agente Comunitário de Saúde

Ca – Câncer

CaP - Câncer de Próstata

CMC - Comissão de Médicos Cristãos

CMI - Conselho Mundial de Igrejas

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IARC - *International Agency for Research on Cancer*

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa

INCA – Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva

IT – Itinerário Terapêutico

HPA - Hidrocarbonetos Policíclicos Aromáticos

LRPD - Laboratório Regional de Prótese Dentária

MS – Ministério da Saúde

NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

PB – Paraíba

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

PSA - Antígeno Prostático Específico

PTS - Projeto Terapêutico Singular

SBU - Sociedade Brasileira de Urologia

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 Câncer de Próstata.....	16
2.2 Itinerário Terapêutico a pacientes com câncer.....	24
2.3 Promoção a saúde do homem	30
2.4 Cuidado em saúde na perspectiva de gênero e masculinidade	35
3 OBJETIVOS	39
3.1 Geral.....	39
3.2 Específicos	39
4 MÉTODO	40
4.1 Tipo de estudo.....	40
4.2 Local da coleta	40
4.3 População.....	41
4.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	41
4.5 Instrumentos da coleta de dados	42
4.6 Procedimentos da coleta de dados	42
4.7 Análise de dados	43
4.8 Aspectos éticos.....	44
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
5.1 Dados Sociodemográficos	45
5.2 Categorização dos discursos	50
5.2.1 Itinerários Terapêuticos	51
5.2.2 Repercussões do diagnóstico do CaP	57
5.2.3 Estratégias de promoção na saúde do homem	61
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
APÊNDICES	
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
APÊNDICE B - Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Responsável	
APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados	
APÊNDICE D - Entrevistas Piloto	
ANEXOS	
ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP	

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença que tem impacto no cenário mundial, configurando-o como um problema de saúde pública a ser enfrentado, em especial, pelos países desenvolvidos. Assim, observa-se um aumento nas estimativas para novos casos de câncer, tendo como valores, no Brasil, no biênio 2016-2017, 600 mil novos casos e, mundialmente, para 2025, a estimativa de 25 milhões de novos casos de câncer (SOUZA et al., 2016).

O câncer de próstata apresenta uma incidência entre 200 a 300 mil casos anualmente nos Estados Unidos e na Europa, sugerindo ser o câncer mais presente entre os homens. Esses casos ocorrem nos indivíduos com faixa etária média de 65 anos, e geralmente são diagnosticados em suas fases iniciais. Além disso, deve-se ressaltar que a segunda causa de morte por câncer entre os homens americanos é aquele que acomete a próstata, sabendo que, no ano de 2007 ocorreram 27.050 mortes nos Estados Unidos (BRASIL, 2018).

Tendo por base Santos (2018), a estimativa da ocorrência do câncer no biênio 2018-2029 é de 600 mil casos novos, destes, o câncer de pele não melanoma apresentará cerca de 170 mil casos novos. Os cânceres de próstata (68 mil) em homens e mama (60 mil) em mulheres serão os mais frequentes. Quando não incluído o câncer de pele não melanoma, os tipos de câncer mais frequentes em homens serão próstata (31,7%), pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e cavidade oral (5,2%); já as mulheres apresentaram os cânceres de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireoide (4,0%) estarão figurados entre os principais tipos de neoplasia tanto nos homens quanto nas mulheres.

Ao nos reportarmos aos dados referentes às regiões brasileiras, Medeiros; Menezes e Napoleão (2011), apresentam que a Centro-Oeste é a região com a maior incidência do câncer de próstata, sendo 48 casos a cada 100.000 mil habitantes. Exceto os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer é o mais frequente nas regiões Sul (69/100.000), Sudeste (62/100.000), Nordeste (44/100.000) e Norte (24/100.000).

A incidência do câncer de próstata aumenta com o envelhecimento do homem, a partir dos 40 anos. Quanto mais cedo essa doença atinge o indivíduo, mais grave ela será, e quanto mais tarde se fizer o diagnóstico, mais difícil será a cura (BRASIL, 2011). O câncer de próstata tem uma evolução lenta e permanece assintomática em boa parte dos pacientes. Entretanto, sua história natural, pode ser muito variável, com o aparecimento de metástases (SANTOS; MELLO, 2008).

Pensando acerca da saúde do homem, em 2009, foi implantada no país a Política Nacional de Saúde do Homem, através da portaria M.S. 1. 944 de 27 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009), na qual uma das prioridades está à prevenção do Câncer de Próstata.

Souza et al. (2016) destacam que o caminho percorrido pelo paciente oncológico em busca do tratamento é marcado por múltiplas barreiras que iniciam-se antes mesmo do estabelecimento do diagnóstico e que, inclusive, estendem-se após este momento.

A escolha desse tema se justifica mediante o diagnóstico de câncer ainda carregar uma sobrecarga de dúvidas e medos tanto ao paciente quanto à família, além de ser observado também que ao longo dos anos o câncer de próstata incide com percentuais altos na população masculina, de modo que, tais dados demonstram a necessidade de conhecer melhor a incidência dessa doença não apenas nos grandes centros urbanos, bem como, no interior brasileiro, apresentando a realidade de homens sertanejos que residem tanto na zona urbana quanto rural. Diante desse cenário observado e a vivência pessoal enquanto Secretário de Saúde do Município de Carrapateira, no interior da Paraíba, onde foi desenvolvida a pesquisa, foi possível atrelar o conhecimento da literatura com o contato com os homens diagnosticados com câncer de próstata e o itinerário terapêutico que cada um realiza.

Diante do exposto surgiram os seguintes questionamentos a respeito da temática: Quais os itinerários terapêuticos para tratamento do câncer de próstata no município de Carrapateira-Paraíba? Quais as repercussões do diagnóstico na vida cotidiana? Quais os conhecimentos acerca das Estratégias de promoção na saúde do homem? Com base nessas indagações e a partir dos dados gerados ao longo do estudo, pretende-se contribuir para uma melhor assistência a população masculina usuária dos serviços de saúde.

O objetivo do estudo é analisar itinerários terapêuticos para tratamento do câncer de próstata no município de Carrapateira-Paraíba.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Câncer de Próstata

As células são as menores partes do corpo humano e multiplicam-se durante toda a vida, havendo sempre a substituição das mais antigas pelas mais novas. No entanto, esse crescimento celular pode ocorrer de forma descontrolada, formando tumores que podem ser benignos ou câncer (INCA, 2017). Nesse sentido, Sousa et al. (2017), explicam o câncer como sendo o crescimento desordenado de células malignas com consequente formação de uma massa tecidual denominada massa tumoral ou simplesmente tumor. No caso das células normais há apenas a reprodução destas quando são instruídas para isso, seguindo uma sequência coordenada de eventos chamada de ciclo celular.

O câncer de próstata aparece quando as células da próstata passam a se dividir e se multiplicar de forma desordenada, na grande maioria das vezes esse processo instala-se lentamente. Os sintomas mais comuns relacionados ao câncer de próstata são: hematúria e poliúria, à noite; jato urinário fraco; dor ou queimação ao urinar (VIEIRA, ARAÚJO e VARGAS, 2012).

Com relação ao desenvolvimento do câncer de próstata, Serafim, Cardozo, Schumacher (2017), explicam que a fase primária da doença é silenciosa e normalmente os homens não apresentam sintomas. No entanto, ao surgirem os primeiros sinais e sintomas, nota-se similaridade ao crescimento benigno da próstata, causando dificuldade para urinar ou necessidade de urinar várias vezes durante o dia ou principalmente à noite. Porém, no estágio avançado pode-se observar a dor óssea, distúrbios urinários, infecção generalizada ou insuficiência renal.

Vale et al. (2019), atrelam-se a essa discussão salientando que o câncer é uma doença de difícil aceitação que traz, para o sujeito que a manifesta, alterações físicas e psicológicas e interferências no meio social, já que está imersa em um contexto cuja temática se entende socialmente como um sinônimo de sofrimento e morte.

O câncer figura-se dentre os problemas de saúde pública mais complexos. Sua origem pode ser atribuída a fatores ambientais, comportamentais e hereditários. Em 2015, o câncer foi responsável por 8,8 milhões de mortes, constituindo a segunda causa mais frequente de mortes no mundo. No Brasil, nesse mesmo ano, o câncer foi responsável pela morte de 223,4 mil

pessoas. Estimativas apontam a ocorrência de 600 mil novos casos dessa doença para os anos de 2018 e 2019 (TESTON et al., 2018).

Ao observar os dados da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (*International Agency for Researchon Cancer – IARC*) acerca da incidência cumulativa do câncer ao redor do mundo, percebe-se que 1 em cada 5 homens e 1 em cada 6 mulheres irão desenvolver câncer ao longo da vida. Desse total de pessoas afetadas, 1 em cada 8 homens e 1 em cada 10 mulheres irão morrer em decorrência desta doença. O documento ainda destaca que estudos realizados em países desenvolvidos estimam que aproximadamente 30-40% dos novos casos de câncer poderiam ser evitados desde que houvessem mudanças no estilo de vida e eliminação de fatores de risco ambientais, como pondera Almeida (2018).

Além dos dados expostos pelo INCA, Pernar et al. (2018), afirmam que o câncer de próstata é o mais comumente diagnosticado em países desenvolvidos, com aproximadamente 1,6 milhões de casos em 2015. Nos Estados Unidos, é elevada a incidência do CA de Próstata, estima-se que 180.890 novos casos foram diagnosticados em 2016. Existe uma diferença de 40 vezes na incidência ajustada à faixa etária entre homens mais altos (homens afro-americanos nos Estados Unidos) e mais baixos (homens asiáticos que vivem em seus países de origem). As taxas de incidência e mortalidade por câncer de próstata aumentam entre homens que migram de países de baixo risco (por exemplo, Ásia) a de alto risco (por exemplo, Estados Unidos) em comparação com os países de origem, embora as taxas permaneçam abaixo das taxas dos países anfitriões.

Abordando especificamente o câncer de próstata em alguns países europeus e nos Estados Unidos, Silva, Mattos e Aydos (2014), acrescentam que estudos epidemiológicos mostraram elevação da incidência desse câncer, particularmente entre o final de 1980 e início de 1990, e um declínio da mortalidade a partir de meados de 1990. Por outro lado, em países da África e da Ásia, as taxas de incidência ainda são baixas; entretanto, proporcionalmente, há mais homens que morrem em decorrência da doença nessas regiões do que em países mais desenvolvidos.

Os tipos de câncer mais incidentes no mundo são: pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Nos homens, os mais frequentes foram pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). (INCA, 2017).

De acordo com a incidência dos mais diversos tipos de câncer tanto em homens quanto em mulheres, a figura 01, exposta abaixo, apresenta os 10 tipos de câncer mais comuns em ambos os sexos.

Figura 01. Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma

Localização Primária	Casos	%	Homens	Mulheres	Localização Primária	Casos	%
Próstata	68.220	31,7%			Mama Feminina	59.700	29,5%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.740	8,7%			Cólon e Reto	18.980	9,4%
Cólon e Reto	17.380	8,1%			Colo do Útero	16.370	8,1%
Estômago	13.540	6,3%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.530	6,2%
Cavidade Oral	11.200	5,2%			Glândula Tireoide	8.040	4,0%
Esôfago	8.240	3,8%			Estômago	7.750	3,8%
Bexiga	6.690	3,1%			Corpo do Útero	6.600	3,3%
Laringe	6.390	3,0%			Ovário	6.150	3,0%
Leucemias	5.940	2,8%			Sistema Nervoso Central	5.510	2,7%
Sistema Nervoso Central	5.810	2,7%			Leucemias	4.860	2,4%

Fonte: Adaptado (INCA, 2017, p. 58).

De acordo com Silva-Junior, Gonçalves, Demétrio (2012), o câncer de próstata representa a quarta causa de morte por neoplasia no Brasil, o que corresponde a 6% do total de óbitos por este grupo nosológico. Um dos maiores desafios no tocante à detecção precoce do câncer de próstata é a falta de conhecimentos sobre a sua história natural.

Dados mais recentes apresentados pelo INCA (2020) apresentam uma estimativa de 65.840 casos diagnosticados de Câncer de Próstata em 2020 no Brasil, o que demonstra um aumento de casos nesse período de 8 anos. Ao analisar o estudo realizado por Lima et al. (2018), nota-se uma estimativa de 61.200 novos casos de câncer de próstata para o Brasil em 2016. Esses valores correspondem a um risco estimado de 61,82 casos novos a cada 100 mil homens. Desconsiderando os tumores de pele não melanoma, o câncer de próstata é o mais incidente

entre os homens em todas as Regiões do Brasil, com 95,63/100 mil na Sul, 67,59/100 mil na Centro-Oeste, 62,36/ 100 mil na Sudeste, 51,84/100 mil na Nordeste e 29,50/100 mil na Norte.

Vejamos a seguir a distribuição das taxas de neoplasias malignas na região Nordeste e comparando-as com o total de casos novos estimados no Brasil.

Tabela 01. Taxas de incidência por neoplasias malignas, por 100 mil homens, segundo Unidade da Federação

Posição	Casos novos estimados – Sexo Masculino	
	Brasil e Região Nordeste	
	Brasil	Nordeste
1º	Próstata 51,4	Próstata 34,5
2º	Pulmão 19,4	Estômago 10,1
3º	Estômago 16,3	Pulmão 8,1
4º	Cólon e reto 12,4	Cavidade oral 5,5
5º	Cavidade oral 10,9	Cólon e reto 4,1

Fonte: Adaptado Fraga, Hora e Oliveira (2019, p. 4).

Ainda com ênfase na região Nordeste, de acordo com Fraga, Hora e Oliveira (2019), os dados do DATASUS revelam que em 2015 houve 118 óbitos do sexo masculino que poderiam ser evitadas com ações de imunoprevenção. Isso muitas das vezes ocorre em virtude do homem temer ser penalizado no seu ambiente de trabalho porque muitas empresas só aceitam como justificativa de falta mediante apresentação de atestado médico. No entanto, a masculinidade é um fator importante que contribui para o sentimento de invulnerabilidade e para a maior exposição dos homens a comportamentos que colocam em risco a sua saúde.

Machado (2016), apresenta alguns dados inerentes à neoplasia de próstata no Brasil onde ocorreu 13.129 óbitos no ano de 2011. O Rio Grande do Norte foi o estado brasileiro que apresentou a maior taxa de mortalidade (19,8%), enquanto que o Amapá apresentou a menor

taxa (6,1%). O estado de São Paulo registrou o maior número de óbitos, com 2.727 óbitos e, o menor número foi no estado de Roraima, com 16 óbitos. A taxa de mortalidade vem apresentando acentuado ritmo de crescimento, passando de 3,73/100.000 homens em 1979 para 8,93/100.000 homens em 1999, o que representa uma variação percentual relativa de 139%.

Alguns fatores podem aumentar o risco de aparecimento do Câncer de Próstata, como por exemplo, a idade, uma vez que tanto a incidência quanto a mortalidade aumentam significativamente após os 50 anos; o grau de parentesco, visto que ter pai ou irmão com câncer de próstata antes dos 60 anos, pode refletir tanto fatores genéticos quanto hábitos alimentares ou estilo de vida de risco de algumas famílias; o excesso de gordura corporal aumenta o risco de câncer de próstata avançado; e as exposições a aminas aromáticas, arsênio, produtos de petróleo, motor de escape de veículo, hidrocarbonetos policíclicos aromáticos (HPA), fuligem e dioxinas estão associadas ao câncer de próstata (INCA, 2018).

Silva (2018), ainda destaca que os fatores de risco que podem aumentar as chances de uma pessoa desenvolver o Câncer de Próstata como é o caso da idade pode ocorrer em aproximadamente 60% dos cânceres de próstata diagnosticados em homens com mais de 65 anos; a raça: sendo mais frequente em indivíduos de raça negra, apresentando o dobro da probabilidade de morrer de câncer de próstata do que os homens brancos; histórico familiar; tabagismo: apesar de ser uma descoberta nova e que precisa de mais estudos que apresentem essa associação entre o tabagismo e o câncer de próstata, mas pode-se perceber que estudos recentes têm ligado o tabagismo a um possível pequeno aumento no risco de morte por Câncer de Próstata; exposição ocupacional: indivíduos expostos aos produtos de combustão tóxica têm um risco aumentado de câncer de próstata.

De acordo com o Ministério da Saúde através do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), para confirmar o CA de próstata é necessário fazer uma biópsia. Nesse exame são retirados pedaços muito pequenos da próstata para serem analisados no laboratório. A biópsia é indicada caso seja encontrada alguma alteração no exame de PSA ou no toque retal (INCA, 2017).

A Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) orienta que homens a partir dos 50 anos de idade procurem seu urologista para discutir a prática e a realização da avaliação e rastreamento do câncer de próstata. É importante destacar que aqueles com maior risco da doença, de raça negra ou com parentes de primeiro grau, devem procurar o urologista a partir dos 45 anos. Após 75 anos, deverá ser realizado apenas aqueles com expectativas de vida acima de 10 anos. Os

exames consistem na dosagem sérica do PSA e no exame digital retal, com periodicidade anual (MACHADO, 2016).

Souza, Almeida e Oliveira (2013), relatam que o grande problema em diagnosticar o câncer prostático de forma precoce, relaciona-se aos preconceitos e medos ligados masculinidade, posto que a principal forma de exame é o toque retal que se configura como um método eficaz de rastreamento das condições da próstata, onde na maioria dos casos os pacientes entendem que este exame representa uma invasão à sua intimidade, devido sua característica invasiva. Além disso, ainda existem pacientes que temem sentir dores durante o procedimento, bem como, o medo da descoberta do câncer da próstata e da disfunção erétil, que mesmo após os cinco anos de tratamento chegam a acometer de 80% a 50% dos pacientes submetidos à prostatectomia radical e a radioterapia externa, respectivamente.

Amorim et al. (2011) explicam que, o toque retal é utilizado para avaliar o tamanho, a forma e a consistência da próstata no sentido de verificar a presença de nódulos, porém ele possibilita apenas a palpação das porções posterior e lateral da próstata, deixando 40% a 50% dos tumores fora do seu alcance. O PSA (antígeno prostático produzido pelas células epiteliais da próstata) é uma glicoproteína originária na próstata e o seu nível elevado na corrente sanguínea é considerado um importante marcador biológico para algumas doenças da próstata, entre elas, o câncer.

Na maioria dos homens, o nível de PSA costuma permanecer abaixo de 4ng/ml. Alguns pacientes com nível normal de PSA podem ter um tumor maligno, que pode até ser mais agressivo, por isso esse exame, feito de forma isolada, não pode ser a única forma de diagnóstico. Em virtude de nenhum dos dois exames terem 100% de precisão, é necessário que sejam feitos exames complementares. Nesse sentido, a biópsia é o único procedimento capaz de confirmar o câncer. A retirada de amostras de tecido da glândula para análise é feita com auxílio da ultrassonografia. Pode haver desconforto e presença de sangue na urina ou no sêmen nos dias seguintes ao procedimento, e há risco de infecção, o que é resolvido com o uso de antibióticos (INCA, 2018).

Grande parte dos tumores é confinada à próstata no momento do diagnóstico. Mas muitos tumores clinicamente classificados como localizados não o são de fato, o que leva indicações terapêuticas curativas não efetivas. Por outro lado, pacientes com câncer sem significância clínica são tratados desnecessariamente em função da limitação atual da classificação prognóstica (MIGOWSKIL e SILVA, 2010).

Com relação à importância do controle do câncer de próstata na atenção primária, Biondo et al. (2020), relatam que algumas ações de incentivo, como por exemplo, a alimentação saudável, prática de atividade física, manutenção do peso corporal, cessação do tabagismo e do consumo de bebidas alcóolicas são temas que devem ser sempre abordados pelos profissionais de saúde como medidas preventivas a esse tipo de patologia. Podem ser realizado também esclarecimentos à população, sobretudo, desenvolvimento de campanhas que orientem os homens sobre os principais sinais e sintomas de alerta da doença, tais como dificuldade de urinar; demora em iniciar e finalizar o ato urinário; presença de sangue na urina; diminuição do jato urinário e necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou à noite, o que pode contribuir para adesão dessa população à realização de exames e investigação diagnóstica.

Tendo em vista a terapêutica específica para os casos de CA de próstata, o Ministério da Saúde destaca que o tratamento é um dos componentes do Programa Nacional de Controle do Câncer objetivando principalmente a cura, prolongando a vida útil e melhorando da qualidade de vida dos pacientes. As principais modalidades de tratamento são a cirurgia e a radioterapia/quimioterapia, apoiadas de outras áreas técnico-assistenciais, como enfermagem, farmácia, serviço social, nutrição, fisioterapia, reabilitação, odontologia, psicologia, psiquiatria e a estomaterapia (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, a cirurgia mais frequente é a prostatovesiculectomia radical que inclui a ressecção total da próstata, vesículas seminais ou outras estruturas pélvicas acometidas por tumor maligno. A cirurgia robótica costuma ser mais precisa, com recuperação mais rápida e menor risco de efeitos colaterais. A ressecção transuretral da próstata é indicada apenas em caráter paliativo para alívio de sintomas. O tratamento com radiação ionizante pode envolver a teleterapia ou a braquiterapia. No primeiro caso, a radioterapia é feita várias vezes por semana e os efeitos colaterais mais comuns são diarreia, micção frequente, ardor ao urinar, sensação de bexiga cheia e hematúria. Já a braquiterapia envolve a aplicações de sementes radiativas na próstata, de forma temporária ou permanente. A hormonioterapia tem como objetivo inibir os hormônios masculinos (androgênicos), que estimulam o crescimento do câncer. Em conjunto com a radioterapia, proporciona a redução do volume tumoral. A privação dos hormônios masculinos pode ser obtida com a castração cirúrgica, mas o procedimento encontra muita resistência entre os pacientes. A quimioterapia é utilizada nos casos refratários aos hormônios e quando a hormonioterapia sozinha não é capaz de conter a doença. Outros medicamentos são utilizados na terapia do câncer de próstata, como corticosteroides e bisfosfonatos para alívio das dores ósseas, nos casos de metástase para esse tecido. Novas

terapias hormonais, como abiraterona e enzalutamida, podem beneficiar significativamente os pacientes com doença avançada, especialmente quando ocorre resistência à terapia de privação androgênica (INCA, 2018).

Ainda acerca da hormonioterapia Vasconcelos et al. (2019) discorrem que este tratamento é uma possibilidade terapêutica utilizada no combate ao CaP pois é uma opção de cuidado presente em todas as fases da doença. O tratamento de primeira manipulação hormonal é constituído de análogos (*gonadotropin releasing hormone*) (GnRH): goserrelina, triptorelina e leuprolida. Os sintomas esperados com esse tipo de tratamento são os seguintes: dor óssea devido à osteoporose, ginecomastia, ondas de calor e impotência, fadiga e diminuição da qualidade de vida.

Mesmo com os avanços no tratamento, o câncer de próstata afeta diretamente a masculinidade e contribui para que muitos homens se tornem impotentes sexualmente. No que concerne à qualidade de vida íntima desses homens, Lima e Hahn (2016) afirmam que a Prostatectomia Radical e a radioterapia que tem como finalidade destruir o tumor sem eliminar o tecido prostático têm como efeitos colaterais a impotência sexual, a incontinência urinária, irritação do reto e estreitamento da uretra. O tratamento por radiação, por sua vez, provoca o distúrbio disfuncional sexual, em virtude dos danos causados aos nervos destinados à ereção. No caso da Prostatectomia Radical ocorre o suprimento nervoso, o que por sua vez acarreta a disfunção erétil, mesmo assim o desejo ou apetência sexual continuam presentes.

Ainda abordando a prostatectomia radical, Seemann et al. (2018), destacam que essa modalidade de tratamento é a mais antiga e possivelmente a mais eficaz, no qual o paciente é submetido a retirada total da próstata. No entanto, o método pode causar diversos efeitos colaterais, tais como a estenose uretral, incontinência urinária, disfunção erétil, fadiga, angústia geral, incapacidade funcional e depressão, tais fatores podem afetar diretamente a qualidade de vida desses homens.

Diante dos efeitos colaterais provocados pelos procedimentos inerentes ao tratamento do CaP, nota-se que o combate ao câncer pode afetar, de forma direta, uma ou mais fases da resposta sexual, como é o caso do desejo, da excitação, do orgasmo e do relaxamento após o orgasmo, como explica Lima e Hahn (2016).

Além das repercussões sexuais, o diagnóstico do CaP provoca inúmeras reações emocionais como medo, tristeza, ansiedade e depressão, além de dependência, interrupção de relações sociais e profissionais; deparando-se com fragilidades, limitações e necessidades de

cuidados, até então negligenciadas e comumente associadas ao feminino. Nesse sentido, Mathias et al. (2015), apresentam que o câncer acarreta diversas transformações físicas, psíquicas e sociais na vida dos indivíduos acometidos, além de trazer repercussões familiares, pois esta é a unidade primária de cuidado, um espaço social no qual seus membros interagem, trocam informações e, ao identificar problemas de saúde, se apoiam mutuamente e envidam esforços na busca de soluções.

2.2 Itinerário Terapêutico a pacientes com câncer

O itinerário terapêutico (IT) é um dos conceitos centrais nos estudos sócioantropológicos da saúde. Aquino e Vilela (2014), admitem que na literatura socioantropológica o termo “itinerário terapêutico” é utilizado para definir o percurso dos indivíduos ou grupos aos serviços de saúde, mobilizando assim diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes. Silva, Freitas e Sancho (2016), acrescentam ainda que a definição de itinerário terapêutico pode referir-se às ações empreendidas pelos indivíduos na busca de cuidados em relação a alguma doença ou aflição, abarcando os significados e crenças relativos a esse problema, além das estratégias que acionam para fazer face ao mesmo.

Toniol (2017) apresenta marcos relevantes acerca da religiosidade instituída pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como pode-se acompanhar no Quadro 1 entre os anos de 1948 a 1984 ocorreram marcos importantes no que concerne à saúde e religiosidade, como por exemplo a criação da OMS, do Conselho Mundial de Igrejas (CMI), a Comissão de Médicos Cristãos (CMC) a qual estabeleceu o modelo de atenção primária. No ano de 1978, realizou-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde organizada pela OMS, onde a OMS reconhece a “espiritualidade dos Outros”; em 1979 inicia-se a demanda pelo reconhecimento da “espiritualidade de Todos”; em 1983 passou a ocorrer a ampliação dos discursos sobre a necessidade do amplo reconhecimento da espiritualidade como fator de saúde; e no ano de 1984 aprovou-se em assembleia da OMS, a resolução que reconhece a espiritualidade como dimensão da saúde e que recomenda a atenção a ela em políticas nacionais.

Quadro 01. Marcos para a instituição da religiosidade como uma dimensão da saúde

1948. Recomendação, pelos delegados da OMS, de retirar a categoria espiritualidade da Declaração dos Direitos das Crianças
1948. Criação do Conselho Mundial de Igrejas (CMI)
1968. Criação da Comissão de Médicos Cristãos (CMC), vinculada ao CMI
1968-1969. Estabelecimento do modelo de atenção primária desenvolvido pela CMC
1970. Publicação da revista <i>Contact</i> para divulgar as experiências da CMC
Março de 1974. Primeira reunião de colaboração entre CMC e OMS e criação de um grupo de trabalho para aproximação das instituições
Julho de 1974. Primeira menção ao termo “saúde primária” na OMS, durante a 27ª Assembleia Mundial de Saúde. Resultado direto da atuação do grupo de trabalho criado meses antes.
1978. Realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde organizada pela OMS. Com essa noção, a OMS reconhece o que chamei de “espiritualidade dos Outros”
1979. Início da demanda pelo reconhecimento da “espiritualidade de Todos”
1983. Ampliação dos discursos sobre a necessidade do amplo reconhecimento da espiritualidade como fator de saúde na OMS
1984. Aprovação, em assembleia da OMS, da resolução que reconhece a espiritualidade como dimensão da saúde e que recomenda a atenção a ela em políticas nacionais

Fonte: Toniol (2017, p. 291).

O conceito de Itinerário Terapêutico (IT) é entendido em linhas gerais como as atividades desenvolvidas pelos indivíduos que buscam tratamento para alguma doença ou algum tipo de aflição. Ao observar o percurso da história das ciências sociais, esse termo passou a receber diversos rótulos, como “*illnessbehavior*”, “*illnesscareer*” e “*therapeutic itineraries*”. Cada uma dessas expressões põe ênfase especial em determinados aspectos dos processos pelos quais os atores sociais buscam soluções para suas aflições, ou seja, a busca de tratamento é interpretada como resultado de condutas orientadas (ALVES, 2015).

De acordo com Silva-Junior; Gonçalves; Demétrio (2012), a cultura é um importante condicionante da escolha do itinerário terapêutico, pois a partir do momento que o indivíduo socialmente definido como enfermo, desencadeia-se uma sequência de práticas destinadas a uma solução terapêutica, este processo passa a ser chamada de *careerofillness* (itinerário terapêutico).

Nabão; Maruyama (2009), discorrem que os significados compartilhados socialmente pela pessoa influenciam nos processos reflexivos e de escolhas pelos sistemas de cuidado a saúde, sendo construído um itinerário terapêutico da experiência da enfermidade vivenciada. O IT é descrito como sinônimo de busca de cuidados terapêuticos que envolvem práticas individuais e sócio-culturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por indivíduos, na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde.

Nesse sentido, Fundato et al. (2012), dizem que os itinerários terapêuticos constituem ferramenta importante para compreender as necessidades em saúde das pessoas, entendendo-se assim como a busca de cuidados terapêuticos pelos indivíduos. Os conceitos dessa ferramenta foram utilizados para descrever as decisões que os pacientes e seus familiares tomaram diante do aparecimento dos sinais e sintomas do osteossarcoma.

Na década de 1980, as pesquisas sobre IT passaram a dar mais ênfase à existência de diferentes concepções médicas sobre doença e tratamento, apresentando uma maior preocupação em caracterizar a diversidade de formas pelas quais os atores elaboram suas concepções médicas e estratégias de tratamento. Assim, passa a constituir o pluralismo médico e às distintas estruturas cognitivas e práticas terapêuticas das arenas que fazem parte do sistema de cuidados com a saúde (ALVES, 2015).

Há duas décadas o IT vem sendo abordado no campo da Saúde Coletiva, sendo utilizado em investigações sobre doenças, sofrimentos, aflições e perturbações de pessoas em situações concretas de adoecimento (GERHARDT et al., 2016). Nesse sentido, o IT torna-se o percurso realizado pelos pacientes na busca pelo tratamento, de modo que os indivíduos ou grupos sociais tenham condições de escolher, avaliar e aderir (ou não) a determinadas formas de assistência, como explica Brustolin e Ferretti (2017).

As pesquisas sobre IT apresentam temáticas distintas, mas de forma geral, identificam-se duas ordens de explicações nesses trabalhos: cognitivas – referem-se as construções de significados, escolhas e decisões de cuidados à saúde; e socioeconômica – que diz respeito aos trabalhos sobre desigualdades sociais, estruturas familiares, gênero e questões étnicas que por sua vez, interferem na busca e oferta de serviços à saúde (GERHARDT et al., 2016).

Ainda tendo por base Gerhardt et al. (2016), além dessas duas ordens explicativas são analisadas quatro temáticas relacionadas às pesquisas sobre IT: identificação de estratégias desenvolvidas para resolução de problemas de saúde; caracterização de modelos ou padrões nos percursos de tratamento ou cura; trânsito de pacientes nos diferentes subsistemas de cuidados à

saúde; funcionamento e organização de serviços de cuidado à saúde. Diante dessas categorias e temáticas relacionadas ao IT, há alguns objetos de estudo como é o caso das representações de doença; buscas de determinados tratamentos; adesão e avaliação de terapias; conduta de doentes e familiares em relação ao tratamento; relação paciente-terapeuta; disponibilidade e acessibilidade aos recursos assistenciais. Nesse sentido, as práticas acabam se situando em três campos disciplinares distintos: a antropologia, a sociologia e a psicologia social; além de serem fundamentadas, em grande medida, por metodologias qualitativas.

Pensando nisso, Soares e Arruda (2017), argumentam que os estudos sobre itinerários terapêuticos na área da saúde têm crescido de forma significativa na atualidade, sendo visível os impactos desses trabalhos na compreensão de comportamentos direcionados aos cuidados em saúde de indivíduos com câncer. Os trabalhos desenvolvidos, permitem aos serviços de saúde, construir e incorporar projetos terapêuticos cuidadores, que contemplem ações de prevenção, planejamento, e gerenciamento dos serviços de saúde, subsidiando os gestores locais na formulação, implementação e avaliação de políticas de saúde voltadas para uma melhor assistência oncológica.

Alves (2015) explica que as pesquisas sobre IT tendem a centrar seu universo de análise em pessoas que estavam ou estão sob tratamento médico e, portanto, já tomaram, de algum modo, a decisão de seguir uma forma de tratamento. Assim, a análise de IT refere-se principalmente à reconstituição de trajetos já estabelecidos pelos atores na busca de determinados tratamentos médicos. Desse modo, são pesquisas que se ocupam fundamentalmente do que podemos denominar “cuidados terapêuticos à saúde”, que por sua vez se intensificam em ações para adquirir ou manter “cuidados médicos”. Nesse sentido, tem a finalidade de: estabelecer uma linha de conduta para obtenção de tratamento.

O Itinerário Terapêutico se constitui por uma rede de relações interligadas entre indivíduo, familiares, vizinhos, terapeutas populares, organizações religiosas, serviços interligados de saúde, além de vários outros segmentos com que o indivíduo se relaciona no decorrer da vida. As escolhas de cuidados são resultantes de operações racionais que se fundamentam na lógica e na avaliação do custo-benefício para os momentos de saúde e/ou doença, isto é, para manutenção e restauração da saúde ou combate à doença (ROSA et al., 2011).

Nesse sentido, Rosa et al. (2011), explicam que o enfrentamento de um diagnóstico de câncer exige do indivíduo a reavaliação do próprio itinerário terapêutico, novas inter-relações

e a própria reflexão sobre a existência, o autoconhecimento e ao autodesenvolvimento (ROSA et al., 2011). Teston et al. (2018) argumentam que devem ser considerados alguns aspectos quando reporta-se ao acesso e a qualidade da atenção à saúde das pessoas acometidas por essa enfermidade. Tais aspectos envolvem desde o percurso trilhado nos diferentes pontos de atenção até as vivências e os movimentos desencadeados, além da tomada de decisões que influenciarão o tratamento da enfermidade. Nessa perspectiva, o IT refere-se à trajetória assistencial que abarca todas as ações relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, profissionais, seio familiar e demais redes de apoio; podendo ser entendido também como o caminho percorrido pelo indivíduo nos diferentes níveis de atenção dos serviços de saúde em busca do cuidado, evidenciando comportamentos e concepções que podem embasar a implementação de ações de qualificação da assistência voltada a esse público.

Os cuidados à saúde adotados por indivíduos com diagnóstico de câncer, permitem à equipe multidisciplinar de saúde o reconhecimento de um planejamento estratégico direcionado aos cuidados individuais e familiares, que podem ser acrescidos de informações com caráter preventivo, visando transformar/potencializar as práticas existentes, como forma de contribuição para melhor sobrevida do usuário (ROSA et al., 2011).

O progresso tecnológico dos meios diagnósticos e procedimentos terapêuticos amplia a sobrevida dos pacientes com câncer e permitiram que os profissionais de saúde passassem a se preocupar com os meios de reabilitação/tratamento e com o planejamento de ações e intervenções que possam melhorar a qualidade de vida desse indivíduo (TESTON et al., 2018). Assim, é necessário conhecer não somente o itinerário realizado pelos pacientes, mas também os sentimentos ali desencadeados por eles, suas crenças, valores e hábitos de vida, o que permite ao profissional de saúde estabelecer um plano integrado de cuidado resolutivo, com vista à transformação da realidade, diante da adoção de novas práticas integrativas de saúde, como destacam Rosa et al. (2011).

Brustolin e Ferretti (2017), debatem que conhecer o itinerário terapêutico evidenciado pelas pessoas que passaram por câncer é extremamente necessário, visto que, esses pacientes apresentam dificuldades vivenciadas na busca pelo cuidado, advindas desde a descoberta da doença e que se estendem até o final do tratamento realizado nos serviços de saúde. Muitas vezes, tais dificuldades exacerbam-se com as limitações impostas pela idade e pela doença, produzindo sofrimento ao usuário e núcleo familiar. Nessa perspectiva, buscam diferentes estratégias e formas de superar tal fase; dentre elas, as práticas integrativas e complementares

de saúde emergem no itinerário terapêutico, às quais serão discutidas pontualmente ao longo dos resultados da pesquisa.

Nessa perspectiva aclarada pelo autor mencionado, foi possível traçar 3 categorias a partir da análise dos dados: Desigualdade de gênero no Acesso à Saúde, Dificuldade de acesso ao Diagnóstico de Câncer de próstata e Facilidade de Acesso ao Tratamento.

Tendo em vista as categorias elencadas por Machado (2016), Aquino et al. (2018) atrelam-se a essa discussão explicando que o tempo de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento, bem como o itinerário percorrido pelo indivíduo nos diversos níveis dos serviços de saúde gera angústias e dúvidas sobre sua condição clínica, isso por sua vez, pode dificultar o acesso ao serviço especializado e assim, reduzir as chances de tratamento efetivo. Apesar dos muitos esforços na tentativa de estruturação de fortalecimento, a rede de atenção oncológica ainda lida com fragilidades, com importantes intervalos de tempo entre o acesso aos serviços em várias fases do tratamento.

Este estudo considera os Itinerários Terapêuticos como processos complexos que envolvem significados, cuidados à saúde, estratégias relacionadas aos eventos clínicos, diagnóstico, efeitos colaterais, recaídas ou morte, redes como família, espiritualidade, bem-estar emocional e espiritual.

2.3 Promoção a saúde do homem

Antes do século XX não havia um discurso diretamente voltado para os homens, existiam apenas campanhas contra o alcoolismo e contra as chamadas “doenças venéreas”. Em meados da década de 1930 passaram a existir medidas especiais de saúde para as mulheres, tendo enfoque na saúde materno-infantil. Já para os homens, os registros da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) passou a se dedicar com exclusividade ao público masculino a partir de 2004. Logo, o Ministério da Saúde, em parceria com a SBU, lançou, em 2009, o documento oficial da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), instituída pela Portaria nº 1.944/GM (MACHADO, 2016).

Com base em Czorny et al. (2017), os homens adentram ao serviço de saúde, na maior parte das vezes, pela atenção especializada, quando a doença está em um estágio mais avançado, causando um aumento na morbidade e consequente elevação de gastos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Diante desse quadro, verifica-se que, entre os indicadores demográficos de

agravos à saúde do homem, destacam-se as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como é o caso do câncer.

Em maio de 2013 foi instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do SUS, no qual apresentam-se ações globais de promoção, proteção e recuperação de pacientes oncológicos em cuidados paliativos, e define-se que o dever do Estado é ofertar e orientar tecnicamente os cuidados paliativos com assistência ambulatorial, disponibilizando internação, assistência domiciliar e controle da dor com o fornecimento de fármacos opiáceos (VALE et al., 2019).

Levando em consideração a promoção à saúde do homem, em 2008, foi implantada a Política Nacional Integral à Saúde do Homem (PNASH), com uma proposta de cuidado integral, qualificando a atenção primária para o gênero masculino, baseado no aumento do índice de mortalidade deste homem. Essa política de atenção ao homem tem a finalidade de qualificar a atenção à saúde desta população resguardando a integralidade da atenção. Ela norteia ações de atenção integral à saúde do homem, com o visando estimular o autocuidado e afirmar que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros (FERREIRA et al., 2016).

A PNAISH ressalta a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família (BRASIL, 2009). Coelho et al. (2018), destacam que a PNAISH foi lançada em 2009 com o seu instrumento norteador para a construção de ações e estratégias voltadas para a saúde do homem: o Plano de Ação Nacional (PAN), que serviu como referência para a elaboração de Projeto-Piloto de 26 municípios e Distrito Federal selecionados pelo Ministério da Saúde.

Partindo dessa conjectura, Fontes et al. (2011) dizem que, o Ministério da Saúde brasileiro propôs de desvelar as ações de atenção integral à saúde dos indivíduos do sexo masculino, com idade entre 20 e 59 anos. Nesse sentido, o Governo do Estado da Paraíba, pela Lei nº 8.772 de 15 de abril de 2009, instituiu a Semana Estadual da Saúde do Homem, por meio da qual se definiu um conjunto de ações que foram efetivadas pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, gerências regionais de saúde e da intersetorialidade de parcerias governamentais e não governamentais, a exemplo das instituições de ensino superior.

Dentre essas ações estão o Novembro Azul, desenvolvida na semana “Alerta Homem”, a qual implica em ações planejadas e executadas de modo relacional, dialógico, resgatando-se,

em diversos momentos, as experiências dos participantes para a (re)construção de novos saberes. Ao passar dos dias durante essa semana, a demanda ocorreu de forma espontânea; mas mantendo os mesmos aspectos definidos para as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos à clientela masculina; foram realizadas orientações que tinham a finalidade de apresentar e divulgar a PNAISH e das ações educativas para este grupo em todo o Estado da Paraíba referentes à "Semana Alerta Homem", na busca da sensibilização dessa população para o acesso ao Sistema Único de Saúde por meio da atenção básica (FONTES et al., 2011).

As ações referentes às responsabilidades institucionais da PNAISH definem-se de acordo com as diretrizes estabelecidas no Pacto pela Saúde 2006, conservando a autonomia das 3 esferas de gestão do SUS. Abordando especificamente as responsabilidades dos Estados a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009) salienta que deve-se:

Fomentar a implementação e acompanhar em seu território a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem Princípios e Diretrizes Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem Princípios e Diretrizes;

Estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos Municípios visando a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem valorizando e respeitando as diversidades locais e regionais;

Definir, coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito do seu território, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, promovendo as adequações necessárias, tendo como base as diretrizes ora propostas, o perfil epidemiológico e as especificidades locais e regionais;

Coordenar e implementar, no âmbito estadual, as estratégias nacionais de educação permanente dos trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

Implantar mecanismos de regulação das atividades relativas à Política;

Estabelecer parceria com as diversas organizações cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

Promover, na esfera de suas competências, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;

Elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;

Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política;

Estimular e apoiar em parceria com o Conselho Estadual de Saúde o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem Princípios e Diretrizes Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Princípios e Diretrizes trole social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; e

Incentivar junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e atenção à saúde do homem (BRASIL, 2009, p. 58-60).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem apresenta-se com uma prioridade do Ministério da Saúde, desenvolvida em parceria entre gestores do Sistema Único de Saúde, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores, acadêmicos e agências de cooperação internacional. A PNAISH está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com as estratégias de humanização, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde (BRASIL, 2009).

Segundo Czorny et al. (2017), a PNAISH tem a finalidade de promover ações voltadas ao homem, buscando melhorar as condições da população masculina do Brasil, ampliando o acesso dos homens à atenção primária. Esta política visa a educar, planejar, traçar estratégias e oferecer promoção, prevenção, tratamento e reabilitação voltada à saúde do homem. Leite et al. (2016) ainda acrescentam que a PNAISH vem preencher um vácuo no âmbito das políticas de saúde em face de já haver muitos programas voltados para determinados setores da população, tais como crianças e adolescentes, mulheres, pessoas idosas. No entanto, só a partir de então que se vem planejar e efetivar ações de saúde para a população masculina em diversos contextos.

Os princípios dessa política são:

- a) universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina;
- b) humanização e qualificação da atenção à saúde do homem, com vistas à garantia, promoção e proteção dos direitos do homem, em conformidade com os preceitos éticos e suas peculiaridades socioculturais;
- c) co-responsabilidade e articulação das diversas áreas do governo com a sociedade e
- d) orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e das enfermidades do homem (MACHADO, 2016, p. 35-36).

Com base no Ministério da Saúde (2009) os homens não buscam os serviços de saúde como as mulheres, a população masculina apresenta maior vulnerabilidade e altas taxas de morbimortalidade. Medidas simples, como buscar a atenção primária, poderiam minimizar os

agravos à saúde do homem. No entanto, com a resistência da população masculina, passa a ocorrer uma sobrecarga financeira da sociedade, além de sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas.

De acordo com Berbel e Chirelli (2018), o Ministério da Saúde reconhece a necessidade de maior investimento, visando a melhoria no acesso ao serviço de saúde na expansão do SUS com a implantação do PNAISH. Suas ações concentram-se no recorte etário de homens na faixa etária de 25 a 59 anos com informações fundamentadas nos indicadores de enfermidade e mortalidade da população masculina. Com o propósito de qualificar os profissionais de saúde para o correto atendimento à saúde do homem identifica a necessidade de expandir ações, como implantar assistência em saúde sexual e reprodutiva, orientar os homens e familiares sobre promoção, prevenção e tratamento das enfermidades que os atingem. Ressalta ainda a necessidade de que os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados.

O estudo realizado por Martins e Modena (2016), explica que tendo em vista o aumento da incidência e prevalência dos diferentes tipos de cânceres entre os homens brasileiros, bem como as elevadas taxas de morte por essa enfermidade, a PNAISH vem incentivando o desenvolvimento de ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento das neoplasias. Entretanto, essas estratégias ainda se deparam com barreiras como aquelas relacionadas ao processo de socialização dos homens, especialmente no que se refere às relações de poder entre gêneros, e ainda na maneira como os serviços de saúde são pensados e estruturados. Apesar dos esforços recentes para transformação desse cenário, as práticas de cuidado ainda são associadas por profissionais e gestores de saúde como um atributo restrito às mulheres. Da mesma forma, os comportamentos de risco e ‘não cuidado’ são comumente associados aos homens de forma pouco crítica, determinista e naturalizada. Tais concepções orientam os modos de pensar, sentir e agir dos profissionais que atuam nas equipes de saúde, podendo se refletir nas ações oferecidas e até mesmo negadas e silenciadas.

Seguindo Fontes et al. (2011) os condicionantes dessa resistência têm perpassado historicamente por diferentes aspectos sócios culturais ligados ao gênero e às questões vinculadas aos serviços de saúde. Neste contexto, a doença passa a ser considerada um sinal de fragilidade e os homens não reconhecem como intrínseco a sua condição biológica. Por outro lado, os fatores institucionais, remetem aos horários de funcionamento e dinâmica dos serviços que, geralmente, são incompatíveis com as atividades laborais masculinas.

Os condicionamentos de gênero implicam na trajetória dos homens em busca de cuidado, nas capacidades e habilidades individuais para fazer face ao contexto ao qual estão inseridos, sendo influenciada por um conjunto de contextos que contemplam, dentre outros, as políticas e serviços de saúde, as informações sobre a infecção, as formas e os locais de tratamento, implicando assim em distintos itinerários terapêuticos, como explica Silva, Freitas e Sancho (2016).

Nesse sentido, observa-se que a implementação de ações organizadas de controle do câncer é indispensável quando a carga de doença for significativa e os fatores de risco apresentarem tendência de crescimento. Ações de controle visando à redução da morbimortalidade são consideradas a melhor utilização possível dos recursos disponíveis. Estas ações envolvem estratégias de prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos. Bem como, educação e comunicação em saúde, vigilância do câncer e dos fatores de risco, além de pesquisas, cujo tipo e amplitude variam de acordo com os recursos econômicos, o padrão de ocorrência do câncer na população e o grau de desenvolvimento social e do sistema de saúde de cada país, estado ou região (BRASIL, 2006).

De acordo com Lopez, Moreira (2013) a PNAISH reconhece a população de homens adultos a partir da sua singularidade, levando-os a se inserirem dentro do SUS de forma efetiva. De modo que a Política propõe, em seu projeto político, que o ingresso do homem aos serviços de saúde se dê pela perspectiva do cuidado, como um descaminho ao desfecho do adoecimento. Da "invisibilidade do poder" conferido ao homem, o projeto político da PNAISH expressa um esforço para "o poder da visibilidade" do cuidado requerido por esta população, até então não acolhido pelo SUS em suas especificidades.

Partindo dessa explanação, Coelho et al. (2018), abordam que para que a ESF se torne a porta de entrada preferencial dos homens nos serviços do SUS, é primordial o envolvimento das três esferas do governo, baseando-se a partir das diretrizes da PNAISH correlatas a integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade, a implementação da política está diretamente relacionada aos três níveis de gestão e do controle social, a quem se condiciona o comprometimento e a possibilidade da execução dos objetivos propostos.

2.4 Cuidado em saúde na perspectiva de gênero e masculinidade

As relações de gênero são uma das dimensões organizadoras das relações sociais e elementos intervenientes na forma e processos de decisão quanto à saúde de mulheres e de

homens. Nesse sentido, o gênero refere-se a categorias de diferenciação de tudo o que desenha a imagem sexual, indicando os meios pelos quais as características de masculino e feminino tornam concretas as ideias das pessoas sobre a natureza das relações sociais (COSTA, 2003; SOUSA et al., 2015).

Tendo em vista estas relações de gênero Ribeiro, Gomes e Moreira (2017) dizem que elas não referem-se somente às relações entre mulheres e homens, como também nas relações homens-homens e mulheres-mulheres, que não necessariamente passam pelo uso da força, mas pelos discursos, pelo consenso cultural, pela institucionalização e deslegitimação de formas alternativas. Nesse sentido, o padrão para essas formas de ser masculino é definido de forma temporal, cultural e geograficamente. O que por sua vez, interfere no autocuidado e no cuidar do outro, temas relacionados historicamente às mulheres. Essas representações culturais de força e vigor, associadas ao trabalho, e a centralidade da sexualidade como conquista, contrastam com as noções construídas sobre o feminino, que se inscreve no campo da reprodução, do controle da sexualidade e da disciplina e cuidado. Reduzir o feminino desse modo não contribui para uma perspectiva de integralidade em saúde.

Coutinho, Costa Filho e Oliveira (2018), salientam que a masculinidade é construída socialmente e ao longo da história sendo determinada pela religião, época, lugar e sociedade. Nas sociedades tribais, a masculinidade é situada no patamar de superioridade, conferindo aos sujeitos masculinos maior *status* social. Já na sociedade ocidental, a figura masculina assume uma representação sobre o ideal de homem como viril, forte, invulnerável e provedor. A condição masculina é tão arraigada no ocidente que assumiu o sinônimo de humanidade, possuindo caráter universal, o que contribuiu para o pensamento científico ser fundamentado em sujeitos masculinos.

No que concerne à masculinidade, Costa (2003), descreve-a como parte de um processo e não é uma categoria estática e universal que possa ser definitiva. As masculinidades são configurações das práticas das relações de gênero, da mesma forma como estão perpassadas pelas relações de raça e de classe social. Atualmente, há quatro padrões principais de masculinidade na ordem de gênero do Ocidente: a hegemônica, a subordinada, a cúmplice e a marginalizada. A masculinidade hegemônica seria aquela ligada à legitimidade do patriarcado, que garante a dominação dos homens e a subordinação das mulheres; a masculinidade subordinada diz respeito à dominância e subordinação entre grupos de homens, como é o caso dos homens heterossexuais sobre os homossexuais; a masculinidade cúmplice refere-se ao projeto de masculinidade hegemônica que desfrutaram de algumas vantagens do patriarcado sem,

no entanto, defenderem publicamente esta posição; a masculinidade marginalizada refere-se a relações entre as masculinidades e classes ou grupos étnicos dominantes e subordinados.

De acordo com Leite et al. (2016), os primeiros estudos correlatos a gênero geram uma espécie de essencialização e vitimização da condição feminina e um apagamento do masculino. É somente a partir de uma reflexão que torna o gênero uma categoria relacional e analítica que masculino e feminino serão compreendidos como realidades construídas conjuntamente. Ao se abordar o gênero no campo da masculinidade, impele-nos a falar dela no plural, haja vista tratar-se de múltiplas possibilidades de assumir papéis em torno do que se possa chamar de universo masculino. Não existe uma única masculinidade e que tampouco é possível falar em formas binárias que supõem a divisão entre formas hegemônicas e subordinadas. Tais formas baseiam-se nas posições de poder social dos homens, mas são assumidas de modo complexo por homens particulares, que também desenvolvem relações diversas com outras masculinidades.

Para Sousa et al. (2015), o conceito de gênero perpassa por todas as relações que se constituem nas sociedades organizadas a partir dos significados que cada sociedade e cultura atribui à diferença sexual. Nessa perspectiva, Couto e Dantas (2016), argumentam que no Brasil, a penetração da perspectiva de gênero na saúde e, em particular, no campo da saúde coletiva, tem acompanhado os desdobramentos internacionais, em termos do crescimento do número de publicações, sobretudo a partir dos anos 2000.

Machin et al. (2011), dizem que com relação à saúde dos homens o referencial das masculinidades numa perspectiva de gênero contribui para maior visibilidade dos processos de saúde e adoecimento da população masculina. Dessa forma, é importante considerar elementos relativos às práticas e comportamentos não saudáveis adotados pelos homens a partir de uma perspectiva de gênero que considere as dimensões de iniquidade social e poder, na medida em que essas são manifestações visando demonstrar padrões hegemônicos de masculinidade reconhecidos como característicos do ser homem, como viril, forte, invulnerável e provedor.

Historicamente os homens cuidam pouco de sua saúde e só procuram ajuda quando os problemas se agravam. Botton, Cúnico e Strey (2017), acrescentam que a falta de cuidado masculino com sua própria saúde pode ser decorrência da negligência dos sinais e sintomas, e/ou desconhecimento da fragilidade do próprio corpo, ou ainda pela perpetuação dos estereótipos de gênero de força e virilidade.

Nesse sentido, as masculinidades constituem espaços simbólicos que estruturam a identidade dos sujeitos, modelam comportamentos e emoções que passam a ter a prerrogativa

de modelos a serem seguidos. Ao levar em consideração a ideia de invulnerabilidade no tocante à saúde, observa-se que os homens geralmente negam a existência de dor ou sofrimento. Assim, as construções de masculinidades, por se estabelecerem em oposição ao universo feminino, se contrapõem a comportamentos baseados no cuidado em saúde. Diante disso, os homens acabam revelando maior dificuldade de busca por assistência em saúde em razão de sua autopercepção de necessidades de cuidados, em virtude da noção de que esta é uma tarefa do feminino. Demandar cuidados de saúde é algo que desmerece sujeitos criados para assistir e prover. Essa imagem masculina do "ser forte" pode acarretar em práticas de pouco cuidado com o próprio corpo, tornando o homem vulnerável a uma série de situações e agravos em saúde, como pondera Machin et al. (2011).

Coutinho, Costa Filho e Oliveira (2018) dizem que tendo em vista as situações de agravos à saúde e a procura por esses serviços, observa-se que as mulheres são consideradas mais cuidadosas que os homens, visto que eles são mais vulneráveis aos aspectos psicossociais, em virtude do machismo estrutural imposto pela sociedade, das dificuldades em assumir a doença no trabalho e da dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Diante disso, ao fazermos um comparativo entre homens e mulheres, observamos que eles são menos presentes nos serviços de atenção primária à saúde, denotando assim, a adoção de comportamentos de risco e a negligência e/ou falta de informação sobre o autocuidado repercutindo sobre os comprometimentos da saúde do homem.

No que concerne à atenção à saúde dos homens e para que as ações voltadas a esse público tenham êxito, Moraes e Oliveira Filho (2019), explicam que faz-se necessário compreender a existência de uma pluralidade de formas de exercer a masculinidade, não restringindo-se a um único modelo, dito hegemônico. Como dito anteriormente, a masculinidade pode ser influenciada por vários fatores, como a raça, classe social, grupo etário, entre outros; e devem ser considerados pelos serviços e profissionais de saúde ao elaborarem ações voltadas aos homens.

Com base em Pereira, Klein e Meyer (2019), as ações desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, com potencial benefício para a população masculina, assumem organização sistêmica. Com a implementação da PNAISH, os serviços de saúde passam agora a organizar-se com o objetivo de proporcionar, de maneira regular, os serviços preventivos, de educação em saúde e de atenção clínica e cirúrgica especificamente exigidos por parte deste grupo populacional, trilhando um caminho que, baseado no enfoque de gênero, certamente levará o país a modificar para melhor e de maneira acelerada seus padrões em termos de

morbidade, mortalidade e aspectos socioculturais. Ao decorrer do exposto, a discussão acerca das questões referentes a masculinidade heteronormativa será retomada e aprofundada com mais elucidações.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar itinerários terapêuticos para tratamento do câncer de próstata no município de Carrapateira-Paraíba.

3.2 Específicos

- Apresentar o perfil sócio-demográfico dos homens diagnosticados com câncer de próstata atendidos na UBS do município de Carrapateira-Paraíba;
- Identificar o conhecimento dos homens diagnosticados com Câncer de Próstata acerca das estratégias de promoção na saúde do homem na Atenção Básica;
- Inquirir conhecimentos acerca das Estratégias de promoção na saúde do homem.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Optou-se pela abordagem metodológica qualitativa, que objetiva compreender os significados presentes na interação entre pensamento e experiência estabelecidos, com base em diversas referências epistemológicas (SEVERINO, 2007). O método busca uma compreensão complexa e detalhada, construída através de uma entrevista direta entre os sujeitos da pesquisa, levando em consideração o ambiente e o contexto de realização da pesquisa (CRESWELL, 2013).

A adoção da pesquisa qualitativa no estudo de Itinerários Terapêuticos para tratamento do câncer de próstata é essencial para inferir conhecimentos acerca das estratégias de promoção na saúde do homem. A pesquisa qualitativa nos permite uma melhor possibilidade de compreensão de como homens reagem após receberem diagnóstico de câncer de próstata. Na pesquisa qualitativa, os indivíduos atribuem significados, concepções e intencionalidades as suas ações, ou seja, uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O objeto é sob essa perspectiva, essencialmente, qualitativo (LIMA; MOREIRA, 2015).

4.2 Local da coleta

O estudo foi realizado no semestre de 2019.2 em uma Unidade de Saúde da Família do município de Carrapateira-PB, tendo como referência a 4ª Macrorregional e 9ª Região de Saúde.

A Cidade de Carrapateira-PB faz parte do Estado da Paraíba com uma população estimada de 2.667 habitantes (1.393 do sexo masculino; 1.274 do sexo feminino). Possui uma área de 54.524 km² e uma densidade populacional de 43.61 hab/km² (IBGE 2017).

O município está incluído na área geográfica de abrangência do semiárido brasileiro, na unidade geoambiental da depressão sertaneja. O clima é semiárido quente e seco, possui um índice de desenvolvimento humano (IDHM) de 0,603 (IBGE, 2010). É um município em que a população vive em situação ratificada pela baixa renda per-capta e pela seca.

Segundo dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) – destaca-se a existência de 01 (uma) Unidade de Saúde da Família (CNES: 2321947) com 01 (uma) Equipe de Estratégia de Saúde da Família; 01 (uma) Equipe de Saúde Bucal. O

município dispõe de 01 (um) Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF-AB/3; 01 (um) Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) (SCNES, 2019).

4.3 População

Os participantes elencados para a pesquisa, foram 07 homens sertanejos, que residem tanto na zona urbana quanto rural do município de Carrapateira-PB, representando todos os homens que realizaram o exame PSA total (Teste Rápido) na Unidade de Saúde da Família de Carrapateira-PB (CNES: 2321947), que apresentaram alteração no PSA total e foram acompanhados pela UBS entre os anos de 2009 a 2019. Baseando-se a partir do estudo realizado por Veras e Moreira (2012), constataram que o contato com a realidade de sertanejos nordestinos com câncer evidenciou especificidades na forma dessas pessoas perceberem a perda. Nesse sentido, o câncer para o homem sertanejo, é um tema muitas das vezes correlato à morte, de modo, que sua compreensão de adoecimento e morte envolve aspectos psicossociais e o caráter universal do morrer é confirmado por meio de suas sucessivas vivências de perda.

É importante destacar que a atuação do pesquisador na saúde pública e homem que vive na mesma comunidade possibilitou identificar que muitos desses homens são culturalmente apegados às tradições oriundas dos seus antepassados e apesar de serem homens com poucos anos de escolaridade, muitos apresentam conhecimento diversos sobre a vida e a forma de lidar com os problemas relativos à saúde. No entanto, independente da sua localidade de moradia na abrangência do território, observa-se algumas resistências desses homens, ao serem informados acerca da realização dos exames para detecção do CaP. Por isso, é primordial que a equipe de saúde conheça como estes lidam com o CaP e desenvolva uma abordagem em que lhes forneça informações acessíveis para o seu entendimento.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo aqueles que cumpriram os seguintes critérios: homens que realizaram o exame PSA total (Teste Rápido) na Unidade de Saúde da Família de Carrapateira-PB, que apresentaram alteração no PSA total e foram acompanhados pela UBS entre os anos de 2009 a 2019, obtiveram diagnóstico de câncer de próstata, os que já passaram pelo tratamento e obtiveram cura. Para exclusão foram considerados os critérios presença de sinal de embriaguez e/ou quadro de metástase sem analgesia ou condição evidente que impedisse a interação e produção das entrevistas. Nenhum participante foi excluído do estudo.

4.5 Instrumentos da coleta de dados

Para coleta de dados utilizou-se um questionário semiestruturado, elencando dados e identificação do perfil dos participantes e uma entrevista, com perguntas abertas e organizadas a partir de eixos temáticos, com temas relacionados às estratégias de promoção na Saúde do Homem, utilizadas para o diagnóstico do câncer de Próstata na Atenção Básica (Itinerários Terapêuticos) (ANEXO A).

Esse tipo de questionário busca obter não somente os dados de forma quantitativa, ao analisar o perfil sócio-demográfico desse público-alvo. Mas, tem a finalidade principal de acompanhar os discursos do sujeito, dando ênfase a sua fala e aos sentimentos que estes tiveram ao serem diagnosticados com o câncer de próstata e como foi todo o itinerário terapêutico durante tratamento.

As entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas (estrutura flexível). O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal (BONI; QUARESMA, 2005).

4.6 Procedimentos da coleta de dados

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, houve divulgação através de panfletos e cartazes expostos na Unidade Básica de Saúde, apresentando de forma sucinta à temática e os objetivos do estudo. Os homens foram convidados e orientados a aderirem ao estudo, participando de forma voluntária do “Grupo de Homens” acompanhados pela equipe do NASF/AB-3 (Núcleo de Apoio de Saúde da Família, Atenção Básica AB03) e a ESF (Estratégia de Saúde da Família) que utilizam o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para promover ações em saúde de forma contínua e integrada. O Grupo de Homens é uma ação trimestral na qual todos os pacientes que tiveram exames com alteração de PSA são convidados a uma roda de conversa com a equipe do NASF.

As etapas de realização das entrevistas foram iniciadas após conversa informal e individual de forma agendada, em local, dia e horário de escolha do entrevistado, ou seja, os que sinalizaram interesse em participar de forma voluntária do estudo. A temática, objetivos, riscos e benefícios, sigilo do estudo foram apresentados de forma dinâmica por meio de uma leitura detalhada e explicativa do TCLE. As entrevistas foram realizadas em sala reservada de acolhimento localizada na Unidade Básica de Saúde de Carrapateira-PB, após assinatura do

TCLE, com o objetivo de serem mantidos a privacidade e o sigilo do participante. Após esta etapa, os dados foram destinados para a análise.

Além dos homens entrevistados, outras pessoas que poderiam complementar a compreensão do Itinerário Terapêutico também foram entrevistadas, como um religioso, um curandeiro, um médico fitoterapeuta, psicólogos, enfermeiros e demais profissionais de saúde.

Atualmente o pesquisador principal é enfermeiro e Secretário Municipal de Saúde deste Município. Estar 07 anos à frente da Secretária de Saúde do Município de Carrapateira, permitiu-me uma proximidade maior a população, e conseqüentemente, com os homens que participaram da presente pesquisa. Acompanhar de perto a luta desses homens na busca da cura após serem diagnosticados com CA da próstata foi um fator imprescindível para decidir abordar essa temática tão necessária e relevante no nosso contexto, visto que, muitas das vezes esses homens procuram além da equipe de saúde, o amparo religioso e até mesmo familiar, buscando medidas alternativas para adaptarem-se a essa nova realidade ao qual encontram-se.

Os homens entrevistados pareciam sentir-se à vontade durante todo o procedimento de coleta de dados, de modo que, após explicar que se tratava de uma pesquisa para o estudo que desenvolvia no Mestrado e que esta era uma etapa que precisaria contar com a participação de cada um deles, mas que isso deveria ser feito de forma confortável, visto que não havia nenhum interesse de cunho político. Diante disso, os homens decidiram responder a pesquisa sem nenhuma resistência ou desconforto, se comprometendo a assinar os termos necessários para o desenvolvimento de todo o estudo.

4.7 Análise de dados

Quanto à análise da entrevista semiestruturada, foi realizada a Análise de Conteúdo seguindo as orientações de Bardin (1977), onde a autora explica-nos que as diferentes fases da análise de conteúdo, estão organizadas torno de três pólos cronológicos de acordo com o inquérito sociológico ou a experimentação, organizando-se assim em: pré-análise, exploração do material; e por fim o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Para Bardin (1977), a categorização trata-se de uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e reagrupamento segundo o gênero, com os critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, reunidas em um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos. O critério de categorização pode ser semântico (categorias

temáticas), sintático (os verbos, os adjetivos), léxico (classificação das palavras segundo o seu sentido) e expressivo (categorias que classificam as diversas perturbações da linguagem).

4.8 Aspectos éticos

A realização deste estudo considerou rigorosamente as normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a resolução N° 510/2016 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente. Esta resolução incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa.

Este projeto foi submetido à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética da Universidade Católica de Santos. Após a concessão de sua aprovação por meio do parecer 3.391.703, todos os indivíduos envolvidos na pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice A), que foi impresso em duas vias, uma para o voluntário e outra para o pesquisador. A preservação da privacidade dos sujeitos foi garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir estão dispostos os resultados da pesquisa, de modo, que inicialmente serão expostos os dados sociodemográficos e, em seguida, serão apresentadas as questões referentes aos objetivos do estudo, divididas em categorias e subcategorias.

5.1 Dados Sociodemográficos

Tabela 02. Dados Sociodemográficos dos Participantes

Nome	Idade	Escolaridade	Raça/cor	Filhos	Reside	Benefício	Ocupação
E1	58	E. F. Completo	Pardo	Três	Esposa e duas filhas	Não	Auxiliar de serviços gerais
E2	60	E. F. incompleto	Pardo	Três	Esposa e um filho	Sim	Agricultor
E3	75	Analfabeto	Branco	Nenhum	Sozinho	Sim	Aposentado
E4	73	Analfabeto	Branco	Nove	Filhos, genro e netos	Sim	Aposentado
E5	65	Analfabeto	Preto	Três	Filhos e esposa	Sim	Aposentado
E6	83	Analfabeto	Branco	Seis	Filho e esposa	Sim	Aposentado
E7	68	E.F. Incompleto	Branco	Nenhum	Esposa	Sim	Aposentado

Fonte: Dados da Pesquisa (2020).

Ao analisarmos os dados sociodemográficos observou-se que a idade dos entrevistados variou entre 58 e 83 anos, com média de 68,8 anos. A média de idade encontradas corroborou com a pesquisa realizada por Quijada et al. (2017), demonstrando que 99,0% dos entrevistados tinham entre 50 e 90 anos, com média de 74,4 anos. Quijada et al. (2017), justificam que, em geral, o diagnóstico do câncer de próstata é realizado em homens a partir dos 65 anos ou mais

ou menos de 1% com idade abaixo de 50 anos, indicando que a idade é um fator de risco relevante.

É importante salientar que o estudo de Quijada e colaboradores publicado em 2017, foi realizado no Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), de uma cidade do interior do estado de São Paulo, com a população inicial de 412 pacientes, porém, a amostra foi de 213 pacientes, dos quais 164 estavam em terapia hormonal de LHRH agonista, há pelo menos seis meses, e 49 em radioterapia conformacional 3D, a partir da décima quinta sessão.

Segundo o estudo descritivo e retrospectivo realizado por Sousa-Muñoz et al. (2015) com 10.739 registros obtidos na plataforma Datasus-Net, do Ministério da Saúde, a partir do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), foi possível ter acesso aos dados referentes aos (462) homens com câncer de próstata, os quais tinham faixa entre 70 e 79 anos. A partir desses dados constatou-se que os casos de câncer de próstata apresentaram as taxas absolutas de mortalidade mais elevadas entre os dados disponíveis no SIM.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2013), no Brasil, oficialmente em 1872 se cristalizou um sistema de classificação da cor, com utilizando-se as categorias: branco, preto, pardo e caboclo. Porém, no ano 2000 passou a ser classificada em cinco categorias às quais ainda são usadas atualmente e constam no Censo Demográfico 2010, são as seguintes: branca, preta, amarela, parda e indígena. No caso das pessoas que se identificaram como indígenas, pela primeira vez elas foram indagadas a respeito de sua etnia e língua falada.

No que concerne ao critério Raça/cor, a maioria (4) dos entrevistados se auto afirmaram como brancos, seguido dos que se consideram pardos (2) e somente (1) disse ser preto. Ao comparar os resultados obtidos com a pesquisa realizada por Araújo (2017), nota-se que os estudos diferem, visto que, a raça predominante foi à parda. No entanto, segundo Medeiros; Menezes e Napoleão (2011), a origem étnica de maior incidência ocorre entre os negros. Tantas diferenças entre os resultados, podem ser explicadas mediante o estilo de vida e fatores associados à detecção da doença nos grupos étnicos, como justifica Mesquita et al. (2018). É importante destacar também, que o Brasil é um país miscigenado, o que poderia justificar essa distinção entre os estudos analisados.

A maioria dos participantes residia com esposa e filhos. Mesquita et al. (2018), destaca em seu estudo que os homens que são casados, buscam mais os serviços de saúde em virtude do estímulo de sua companheira, sendo assim, um fator diferenciador e influenciador direto do processo de saúde do homem. Pois, ao avaliarmos a utilização dos serviços de saúde através da perspectiva de gênero, nota-se que mesmo com o incentivo das esposas, os homens brasileiros ainda buscam os serviços de atenção primária em um número muito inferior ao das mulheres.

Isso ocorre em interação a inúmeras questões relativas ao gênero e, principalmente, intrínsecas à sociedade machista e patriarcal em que vivemos. No estudo realizado por Medeiros; Cabral (2019) acerca das masculinidades no interior do Nordeste brasileiro, foi possível perceber em algumas falas que o conceito de “ser homem” ainda está muito atrelado a uma masculinidade heteronormativa e hegemônica. Isso por sua vez pode influenciar na baixa adesão dos homens aos serviços de saúde em função dos estereótipos de gênero, negando as características atribuídas ao feminino, a necessidade de se colocar em uma posição de maior poder em relação ao sexo feminino e a valorização das características sócio-culturalmente atribuídas ao masculino, denotando assim a necessidade de esconder ou negar suas fragilidades.

Todas essas variáveis impõem ao masculino a visão de força e superioridade, o que por sua vez, se relaciona ao comportamento desse público em todos os âmbitos da sua vida, influenciando diretamente no negligenciamento nos cuidados à saúde. Desse modo, não é incomum que muitos homens deixem de realizar os exames de prevenção ao câncer de próstata para não se sentir ferido em sua masculinidade. Nesse contexto, o apoio familiar torna-se relevante para que esses homens sejam orientados a buscar os serviços de saúde não somente quando apresentarem alguma patologia, mas principalmente, de uma forma preventiva.

Apoiando esse pensamento, Ramos (2018) que realizou sua pesquisa com 30 homens atendidos no ambulatório de urologia do Instituto Nacional do Câncer, localizado no município do Rio de Janeiro, explica que os homens casados que têm o CaP apresentam 40% menos probabilidade de morrer por conta da doença. Isso ocorre em virtude da procura desses homens por ajuda médica aos primeiros sinais de sintomas, decorrente do incentivo de suas esposas. No caso dos homens divorciados ou viúvos, observa-se que há um maior risco devido ao estresse diário em que vivem, demonstrando então benefícios para a saúde dos relacionamentos estáveis.

Belinelo et al. (2014), dizem que ser homem é um exercício incessante de negação, mais do que de afirmação, negando particularidades femininas para se aperfeiçoar e se aproximar do que se acredita ser a imagem ideal de homem, construída culturalmente ao longo da vida. Os autores desenvolveram um estudo qualitativo com 21 homens do município de São Paulo e a

partir das falas dos entrevistados observou-se o constrangimento vivenciado durante a realização do exame de toque retal e como isso mexe com a masculinidade.

A análise da escolaridade dos entrevistados apontou que 4 são analfabetos, 2 possuem o Ensino Fundamental Incompleto e somente 1 tem Ensino Fundamental Completo. O estudo corroborou com a pesquisa realizada por Carneiro et al. (2016), onde 84% dos 50 participantes, afirmaram ser analfabetos e/ou terem o ensino fundamental incompleto.

Nesse sentido, é pertinente salientar que o nível de instrução dos homens também é um fator determinante na vida social, na promoção a saúde e prevenção de doenças, pois, como destaca Carneiro et al. (2016), a educação pode influenciar diretamente na concepção de saúde e doença, na prevenção de doença e nos cuidados com a própria saúde.

Com base em Ramos (2018), os resultados foram distintos quando relacionados aos dados encontrados no presente estudo, pois, a amostra do autor, em sua maioria, possuía o segundo grau completo, consolidando um percentual de 44% dos entrevistados e um número reduzido dos entrevistados analfabetos, apenas 3%. Tendo em vista essas implicações, vale salientar que o grau de instrução influencia indiretamente no conhecimento sobre a doença, seus sintomas e suas prevenções, o que por sua vez, acaba influenciando também na realização do autocuidado.

Conforme Czorny et al. (2017), um baixo nível de instrução ou escolaridade pode estar relacionada a um diagnóstico de câncer em estágio mais avançado e maior taxa de mortalidade, bem como, a piores níveis de cuidado com a saúde. Ainda de acordo com Czorny et al. (2017), nos países de baixa e média renda nota-se que há um índice maior doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e as pessoas de menor escolaridade e renda são mais vulneráveis a este grupo de patologia. Isto ocorre em virtude da maior exposição aos fatores de riscos, menos informação, menos acesso à saúde, impactando nas desigualdades sociais.

Apoiando-se a partir do estudo transversal desenvolvido por Malta et al. (2015) através da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013, observa-se que a PNS revelou um painel rico e preocupante do país, com elevada carga de DCNT e de incapacidades, tornando-se indispensável monitorar as DCNT, sua carga de morbimortalidade e fatores de risco. O fortalecimento da vigilância é uma prioridade nacional e global. Segundo Santos et al. (2015), o crescimento da morbidade frente a mortalidade por DCNT, ocorreu em detrimento do envelhecimento populacional, pois, a carga de morbimortalidade viu-se deslocada dos grupos mais jovens para os mais idosos.

O Brasil é um país que envelhece e isto acarreta grandes mudanças demográficas que vão afetar todos os aspectos da sociedade e da vida cultural da nação. Esse fenômeno de transição demográfica (TD) só acontece uma vez em cada país e ocorre de maneira sincrônica com o processo de desenvolvimento urbano-industrial. Com isso, os idosos tendem a apresentar prevalências mais elevadas de DCNT, a carga de doenças crônicas tende a aumentar no território brasileiro, exigindo um novo modelo de atenção à saúde para essa população (ALVES, 2014; MALTA et al., 2015).

Tendo em vista o que foi apresentado por Malta et al. (2015) em seus resultados, pode-se perceber que em todas as DCNT autorreferidas, as mulheres apresentaram maiores prevalências que os homens. Com relação ao estudo desenvolvido em Carrapateira, foi observado que os homens descobriram o câncer precocemente através da testagem ou do exame de toque realizado na própria Unidade de Saúde ou em municípios de referência, como é o caso de Cajazeiras e João Pessoa-PB.

Baseando-se a partir de Rocha (2018), a falta de informação sobre prevenção ou sobre o tratamento do Ca de próstata associada aos baixos níveis de escolaridade e a própria desinformação que atinge a população masculina com menor nível de escolaridade e poder socioeconômico, fazem com haja a necessidade do desenvolvimento de ações educativas voltadas para este grupo.

No que concerne ao receberem algum benefício, somente (1) ocupa o cargo de auxiliar de serviços gerais; o entrevistado (2) apesar de ser agricultor recebe a aposentadoria, bem como os demais entrevistados. O resultado foi similar ao encontrado por Quijada et al. (2017), visto que 78,4% dos entrevistados são aposentados. Já com relação à pesquisa feita por Araújo (2017), em estudo realizado em São Luís (Maranhão) identificou um perfil ocupacional oposto, a maioria (63%) dos 270 participantes do estudo transversal não era aposentada. Essa diferença pode ser explicada a partir da localização de captação de participantes no qual cada estudo foi desenvolvido, uma vez que, o autor entrevistou indivíduos no Centro de alta Complexidade em Oncologia (CACON) no estado do Maranhão. Outros fatores devem ser considerados, dentre eles a idade dos participantes e tempo de contribuição para obtenção do benefício de aposentadoria, a aposentadoria por perda de capacidade para o trabalho (conhecida como invalidez), circunstâncias do diagnóstico.

Abreu et al. (2016), salientam que as diferenças regionais no número de casos do Ca de próstata, podem estar relacionadas as diferenças nas oportunidades de acesso da população masculina aos recursos para diagnóstico precoce e tratamento da doença. Nesse sentido, pode-

se perceber que as diferenças entre as regiões brasileiras e entre grupos populacionais podem ser correlatas às diferenças em termos de exposição aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de próstata, como por exemplo, a idade, a história familiar e a etnia/cor da pele, cultura, políticas e práticas de cuidado à saúde também devem ser analisadas.

Apesar das diferenças regionais salientadas ao longo do texto, é relevante destacar que os homens entrevistados na pesquisa são aposentados, o que lhes garante uma renda salarial mensal segura, fazendo com que esta população apresente menos vulnerabilidade econômica que os grupos populacionais que não possuem uma renda fixa. Apesar desta constatação, é importante mencionar que as desigualdades sociais afetam diretamente no tratamento dos pacientes, uma vez que estes pacientes passam a depender quase que exclusivamente do sistema público de saúde e do amparo das prefeituras locais com relação ao transporte, ajuda de custo e medicações.

5.2 Categorização dos discursos

A partir de análise dos conteúdos encontrados foi possível definir as categorias analíticas e empíricas.

Quadro 02. Categorias de análise

Categorias Transversais	Categorias Particulares
Itinerários terapêuticos	• Cultura popular – benzedeiros; • Religiosidade e fé; • Fitoterápicos • Busca de suporte familiar
Repercussões do diagnóstico do CaP	• Medo; • Temor à morte; • Depressão
Estratégias de promoção na saúde do homem identificadas	• Orientação dos ACS; • Campanha do “Novembro Azul”; • Meios de comunicação.

Fonte: Dados da Pesquisa (2020).

As categorias transversais abrangem de forma geral o que foi observado a partir dos discursos dos homens que participaram da pesquisa. Assim, os Itinerários Terapêuticos referem-se aos percursos que esses homens se sentiram à vontade para realizar, desde o suporte familiar até a busca na cultura popular, na fé/religiosidade e no uso de fitoterápicos; as Repercussões do diagnóstico do CaP, por sua vez, demonstraram alguns dos sentimentos vivenciados pelos homens após o diagnóstico da doença; e as Estratégias de promoção na saúde do homem possibilitaram identificar a importância de um trabalho organizado, desde a assistência dos ACS, até a divulgação por meios de comunicação e das Campanhas, como é o caso da Campanha do Novembro Azul.

As categorias particulares baseiam-se na experiência dos entrevistados acerca de como a cultura popular pode influenciar nos itinerários terapêuticos, como também a religiosidade/fé e o uso de fitoterápicos. No tocante às repercussões do diagnóstico do Ca de próstata, os entrevistados evidenciaram o medo, o temor da morte e a depressão – tida nessa situação como tristeza, como principais fatores na repercussão do diagnóstico da doença. Por fim, as estratégias de promoção na saúde do homem envolveram a orientação por parte dos ACS, bem como, a campanha do “Novembro Azul” e a divulgação a partir dos meios de comunicação.

5.2.1 Itinerários Terapêuticos

Ao nos reportarmos aos itinerários terapêuticos realizados pelos entrevistados, nota-se que após recebem o diagnóstico, eles buscaram inicialmente outras “alternativas” de tratamento ou alguma outra forma para minimizar a dúvida e o sofrimento por terem sido diagnosticados com câncer de próstata. Ramos (2018) justifica que os homens, por vezes, buscam por um tratamento alternativo quando percebem alguma anormalidade, talvez por receio ou ainda como forma de não precisar enfrentar filas. Nas farmácias, por exemplo, os homens podem expor com mais facilidade os seus problemas e é a maneira de tratamento rápido que muitas vezes satisfaz os objetivos, como o alívio dos desconfortos ocasionados pela doença.

Procurei outras alternativas, uma benzedeira que residia próximo a minha residência, me aconselhou a tomar uns chás que seria bom para tratamento da próstata. Próximo a localidade da minha residência na beira de um açude, peguei as sementes de uma planta chamada “jurubeba” e ingeri, diante disso fiquei muitos dias sem fazer coco e urinar, não estava aguentando as dores. Decidi voltar para a Unidade de Saúde, para iniciar o meu tratamento, porque tentei esconder de todas as formas possível da minha família e dos profissionais de saúde do meu município. Pedi a minha amiga que é

benzedeira, bem conhecida na cidade, que realizasse alguns rituais. Nos dias em que ia nela, ficava bem melhor e confiante, mas no dia seguinte sentia dores como se estivessem arrancado a minha região das nádegas e dos testículos, com um peso de 100 (cem) kg nessas regiões. Entrevistado 2

Já frequentava a igreja assembleia de Deus, mas abandonei, me sentia envergonhado, era muitas perguntas dos irmãos, na igreja que frequentava. Até que um dia o pastor foi na minha casa, já muito debilitado, fazendo tratamento para câncer, nem gosto de falar esse nome! Se soubesse tinha procurado antes o tratamento, mais o medo de descobrir a doença era maior. Me batizei na igreja, e tive uma grande melhora, a minha fé tem me ajudado bastante. Alguns amigos do grupo dos homens me chamam pra ir para um bezendor que é até conhecido da gente, mas não acredito, mas eles vão e isso não me importa, mais diziam que minha bisavó era, e dizia que funciona. A minha fé, é maior do que esse mal. Tomei muito suco de tomate, para desinflamar a próstata no começo do tratamento. Entrevistado 4

Quando eu soube o que eu tinha eu comecei a tomar um chá que iria desinflamar a próstata, fui na benzedeira Maria lá no sítio riacho Cachoeira, tomava banho com ervas, clamava a Deus por uma cura e pedindo pra não me deixar morrer. Me tornei uma pessoa cheia de fé e esperança para enfrentar esse problema danado. Fui encaminhado ao serviço de saúde em Cajazeiras, para um médico da próstata. Chegando lá o médico avaliou o exame que tinha dado alterado, fez o exame do dedo [toque retal], e me pediu para procurar a secretaria de saúde do município para marcar outros exames, e quando recebesse os exames voltasse pra lá, que ele queria avaliar. Depois que fiz os exames, me mandaram pra ele novamente, foi quando ele disse que eu tinha que fazer uma biopsia, pra saber se era câncer. Nesse momento fiquei com muito medo, tive vontade de sair correndo, desesperado. Quando recebi a biopsia, fui encaminhado para fazer o tratamento em João Pessoa, no hospital que trata o câncer. Procurei também outros meios pra me curar, um curandeiro de uma cidade perto de Carrapateira, ele fica em uma pedra, para atender o povo que tem enfermidade, tomei chá de babosa que minha avó ensinava. Entrevistado 6

[...] tem uma rezadeira aqui na nossa comunidade, e depois disso, na cidade de Sousa tem um homem que vive lá sobre uma montanha de pedra, um homem que cura todo problema de saúde, é um homem que tem muita fé em Deus, e eu fui convidado pra ir nesse homem, juntamos um monte de gente da nossa comunidade e partimos lá pra esse homem chamado “Zé das pedras”, um rezador, um homem com muita fé e fui pra lá e graças a Deus saí de lá com o peito cheio de esperança que ia ficar muito bom, ia ficar bem, ia voltar a brocar, a cuidar das minhas vaquinhas, dos cabritos que tenho aqui na propriedade e graças a Deus, o Senhor nos ajuda, da igreja, do rezador, meus amigos aqui da comunidade, as pessoas que viveram comigo muito tempo, tem me dado muito conselho pra mim acreditar, ter fé em Deus e graças a Deus está dando tudo certo. [...] É uma coisa que vem dos meus avós, meus avós sempre faziam chá, iam buscar raízes no mato, casca de pau, de tudo quanto é diversidade, de arueira, de umburana, de mororó, chá de capim verde, de erva cidreira, chá de emo e por aí eu fui tomando esses remédios e tem a esperança que me ajudou muito com as rezas com o rezador de Sousa, tem me ajudado muito. Entrevistado 7

O toque retal é explicado por Czorny et al. (2017) como um procedimento de baixo custo, rápido, que permite avaliar o tamanho, o formato e a consistência da próstata, contudo não em sua totalidade. De acordo com a frequência das falas dos entrevistados, foi possível identificar que todos os participantes relataram fazer o uso da medicina tradicional, através do uso de fitoterápicos, com plantas conhecidas e utilizadas por antepassados e círculo social de amigos. Outros também buscaram lidar com os sintomas do câncer e sua evolução com a ajuda da crença na espiritualidade. Destes, dois buscaram o sistema de lideranças da comunidade como curandeiros ou rezadeiras.

Ao reportar-se a Legitimidade Social dessas práticas, Andrade; Costa (2010), dizem que as chamadas Medicinas tradicionais (MT) e Medicinas complementares e alternativas (MCA), são devidamente reconhecidas pela OMS, pois, estão enraizadas à cultura de longa data, na maioria dos casos assentado em práticas indígenas e/ou em sistemas refinados como o ayurveda indiano e a Medicina clássica chinesa. Esse reconhecimento apenas amplia o pluralismo médico, através dos mais variados saberes e crenças locais sobre vida e morte, bem como, os distintos modos de enfrentamento da doença. Em regiões como África, Ásia e América Latina, grande parte da população atende suas necessidades sanitárias por meio de crenças e saberes antigos, como por exemplo, as terapias espirituais, técnicas manuais, tratamentos à base de ervas e minerais, dentre outros recursos. Para se ter uma noção melhor desses dados na Atenção primária, o uso da Medicina tradicional atinge elevados percentuais na Índia (70%), Ruanda (70%) e Etiópia (90%), como também em países como EUA, Austrália, Canadá e Reino Unido. Desse modo, o assunto passou a ser uma relevante questão da saúde pública mundial, com o reconhecimento de governos, agências internacionais e entidades sanitárias.

Figura 02. Rezadeira



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 03. Rezadeira



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 04. Plantas fitoterápicas



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 05. Plantas fitoterápicas



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 06. Plantas fitoterápicas conhecidas como Babosa (*Aloe vera*)



Fonte: Arquivo pessoal

De acordo com os relatos acerca dos itinerários terapêuticos elegidos pelos entrevistados, nota-se que inicialmente alguns pensam em medidas fitoterápicas, como é o caso do uso de chás, sucos ou soluções que possam “desinflamar” a próstata, segundo os homens que fizeram parte da pesquisa; outros participantes relatam encontrar nos “benzedeiros” uma espécie de amparo, visto que, na cultura popular esses indivíduos desempenham uma função de curandeiros dos males do corpo e da alma. Além dessas possibilidades, os homens lembraram ainda da religiosidade e da fé, outro fator que influência bastante no processo de aceitação da doença, uma vez que, para eles a vergonha de ser diagnosticado com câncer muitas das vezes é tida como um castigo e, por vezes, isso influencia diretamente no seu tratamento, na forma como ele se enxerga e na sua recuperação.

No que concerne à religiosidade a presente pesquisa se aproxima aos achados do estudo de Ramos (2018), onde todos os participantes se apegaram a fé para uma possível cura e enfrentamento da doença, desse modo, nota-se como a fé e da religião se tornam uma importante forma de enfrentamento das dificuldades, permitindo que os pacientes se mantenham firmes durante os tratamentos. Ramos (2018), ainda explica que cada pessoa expressa a religião/espiritualidade a sua maneira, relacionando-a à esperança de sobreviver ao câncer, visto

que a doença amedronta e a fé renova. Partido dessa premissa, a fé/religiosidade apresenta-se como estratégia de enfrentamento no planejamento da assistência ao paciente com câncer.

No contexto do itinerário terapêutico, a espiritualidade atrela-se com a saúde de forma muito intensa, visto que as pessoas apegam-se à religião ou a própria religiosidade para encontrarem algum apoio ou conforto diante de um diagnóstico ou quadro clínico complexo. Nesse sentido, Toniol (2019) abordam que essa relação entre espiritualidade e saúde consolida-se cada vez mais com frequência no campo das ciências médicas, de modo que o reconhecimento da espiritualidade como uma dimensão relativa à saúde é um fenômeno bastante observado nas diferentes instâncias do trinômio médico– ensino, pesquisa e clínica – despertando assim a atenção de outros pesquisadores.

Manso e Góes (2019), acrescentam que a espiritualidade é algo que deve ser considerado do ponto de vista pessoal, práticas como a oração e a meditação podem melhorar a qualidade de vida dos praticantes e de acordo com as entrevistas realizadas pelos autores citados, que se objetivavam em comprovar ou não, a crença de que pessoas que utilizam seguros-saúde procurariam alívio para suas doenças apenas dentro da medicina hegemônica sem recorrer aos tratamentos alternativos e religiosos, o grupo do estudo foi composto por 26 (59%) mulheres e 18 (41%) homens, que apresentaram respostas mais satisfatórias a determinados tratamentos médicos.

Nesse sentido, a espiritualidade ou a religiosidade interferem e fazem parte do itinerário terapêutico das pessoas, não como forma de escapar da realidade, mas como uma perspectiva para o futuro, um alívio ao sofrimento geralmente associado, oferecendo resultados de uma eficácia simbólica em relação ao bem-estar e autocontrole.

Figura 07. Curandeiro



Fonte: Arquivo pessoal

5.2.2 Repercussões do diagnóstico do CaP

Acerca das repercussões após o diagnóstico do câncer de próstata, os entrevistados, em sua maioria, reforçam a ideia de descrença, desespero, insegurança, angústia, incerteza acerca do futuro e o medo da morte ao serem diagnosticados com a doença. Como pode-se observar ao longo dos discursos a seguir:

Nesse dia que recebi o diagnóstico fiquei muito aflito e sem forças para continuar, procurei novamente a psicóloga, para que me ajudasse durante as próximas etapas de tratamento. Fui encaminhado para o hospital de referência em João Pessoa, onde realizei os exames, fiz a cirurgia e estou ainda tomando a medicação [quimioterapia]. Entrevistado 1

No momento que recebi o diagnóstico, fiquei muito desesperado, temendo muito a morte, e com vontade de antecipá-la. Quando passei no médico, pediu para não faltar nenhuma consulta de rotina, porque estava ausente há alguns meses, o mesmo solicitou consulta com urologista, logo depois tive uma resposta positiva para essa consulta, e nesse momento recebi a notícia que estava com CA de próstata, onde fui encaminhado para o serviço de saúde,

habilitado na alta complexidade em oncologia. É muito distante do meu município a referência, foi muito sofrimento até chegar lá, quando fui a primeira vez não queria mais voltar, pensei em desistir, ceifar minha vida, ou fazer algo que me aliviasse o sofrimento, chegando a querer deixar de lado o sofrimento. Entrevistado 2

Quando recebi a notícia que estava com câncer de próstata fiquei meio caído mais depois fui pensando que temos que passar por tudo que Deus nos permite, eu vou passar por isso de frente e se Deus quiser eu irei vencer, com a ajuda do Senhor dos amigos e da medicina eu irei passar por isso, até porque o médico falou pra mim que eu tenho 90% de chance de cura, é claro que vai ter algumas sequelas do período cirúrgico mas aí é outra parte que eu irei enfrentar, mas que ainda não pensei como irei enfrentar.

No meu trabalho interferiu muito, principalmente porque eu sinto dores muscular, no começo sentia só dor de urina, dor no pé da barriga, sentia muita fígada na própria próstata que era do cisto, mais essas dores muscular que eu tenho, principalmente quando me abaixo se não tiver alguma coisa pra se segurar é difícil de levantar, então interferiu no trabalho sim é tanto que estou procurando dar entrada no auxílio doença porque trabalhar na roça eu não tenho mais condições. Entrevistado 3

Quando recebi a notícia que estava com câncer, por Deus, fiquei depressivo [toma a palavra para referir-se à tristeza], não saía de casa, não me relacionava com minha esposa e nem fazia amor, já fazia meses que não conseguia, foi desesperador. Entrevistado 4

Essas falas indicam que o diagnóstico mobiliza aflição, desesperança e tristeza. Frente a essas vivências os participantes buscaram suporte na espiritualidade, na profissional de saúde mental, na rede social (amigos).

Tais impactos são descritos por Moura e Rabelo (2019) a partir dos sentimentos que os homens tiveram ao receber o diagnóstico e 49% alegaram tranquilidade com o diagnóstico; 27% relataram sentimento de tristeza; 23% relataram a preocupação; 20% referiram ao sentimento de muito medo; 19% declararam otimismo; 16% apresentaram insônia; 7% apontaram desespero e vergonha; e 3% cogitaram suicídio.

A pesquisa qualitativa desenvolvida por Moura e Rabelo foi realizada com 70 homens atendidos no Centro de Oncologia de Caruaru (CEOC) e o Hospital Santa Águeda (HSA), ainda explica que em virtude do estigma do diagnóstico da doença, do tratamento, do tempo de espera para realização de consultas e até mesmo para receber medicações e de retorno para os municípios de origem, associado a aspectos físicos e psicológicos, acabam sendo fatores que impactam no convívio social.

As falas demonstram como após o diagnóstico os homens sempre optam por buscar inicialmente medidas alternativas e até mesmo se apegarem na fé e religiosidade para encontrarem algum tipo de amparo. Além do medo e do desespero relatados por eles, a

depressão também foi lembrada. Com base em Seemann et al. (2018), a depressão apresenta-se como um dos principais problemas psicológicos em pacientes com câncer de próstata, estando presente em um a cada cinco pacientes. Diariamente, o indivíduo com câncer convive com a dor, mutilações físicas e ameaça de morte, levando a estados de depressão e qualidade de vida negativa. Partido dessa premissa, o tratamento do câncer somado a fatores psicológicos, como é o caso da depressão, pode afetar também algumas funções cognitivas, capacidade de atenção, concentração e habilidades de linguagem.

Os sentimentos vivenciados pelos pacientes precisam ser tratados com todo o respeito, sempre buscando entender o contexto social que este indivíduo se encontra. Os sentimentos, tanto de alegria, por respostas positivas à terapêutica, ou de tristeza, decorrentes do diagnóstico ou do avançar da doença, são melhores compreendidos na presença da família, e merecem toda a atenção e cortesia por parte do profissional (RAMOS, 2018).

O entrevistado 2 destaca outro fator estressante ao longo do tratamento: o deslocamento para outro município. Partindo dessa premissa, o estudo corrobora com a pesquisa realizada por Porto et al. (2016), onde os relatos dos participantes apontam que com tratamento e suas implicações, interferiu nas mudanças de hábitos, além do constante desgaste ocasionado pelas viagens para outros municípios visando a realização do tratamento. A esse respeito o entrevistado 6 relata que:

Depois do resultado do exame, fui encaminhado pra o hospital Laureano em João Pessoa. Eu fiquei com tanto medo, nunca tinha saído da minha cidade, não sabia o que esperar de lá, se escaparia e conseguiria viver depois disso. Lá na cidade grande [João Pessoa] foi pedido novos exames e uma biopsia. Foi tão constrangedor tudo isso, tive tanto medo que morreria e deixaria toda a minha família. [...] Eu fui acompanhado pela minha agente de saúde, pelo médico, pela enfermeira e a psicóloga. Todos me ajudaram a enfrentar minha doença. Tudo era muito novo e difícil pra mim. Eu só pensava que ia morrer, mas eles iam me dando força pra enfrentar essas dificuldades. Entrevistado 6

Ao observar a fala do E6 nota-se que o medo do diagnóstico pode ser agravado com situações como a necessidade de deslocamento e de serviço especializado. Posto isso, a acompanhamento da equipe de ESF é mencionado como um recurso de enfrentamento dessas repercussões.

O E7 relata a perda de sentido de sua vida e da satisfação com a realização das coisas simples ao receber o diagnóstico, como se identifica no trecho a seguir: “Acabou minha vida, meu filho, no começo tava tudo acabado, não existia mais nada, nem mulher podia fazer nada, achei que o mundo tinha se acabado pra eu, não conseguia mais fazer nada, não podia

trabalhar que é o que eu mais gosto de fazer, cuidar da minha luta [afazeres], fazer as cercas, plantar as minhas batatinhas quando o açude vai secando”. Nessa fala pode-se identificar que a vida conjugal e laboral foram afetadas.

No estudo desenvolvido por Moura e Rabelo (2019) com 70 homens diagnosticados com câncer de próstata que estavam em tratamento ou acompanhamento clínico, percebeu-se similaridades com os achados da presente pesquisa, visto que os autores apresentaram as repercussões emocionais mais verbalizadas pelos entrevistados, como foi o caso: da insônia, ideação suicida, medo, tristeza intensa, ansiedade, apreensão referente ao diagnóstico e tratamento, tensão, sentimento de incapacidade e impotência, preocupação com situação econômica da família, autoestima comprometida, revolta, isolamento, culpa relacionada à demora em procurar um serviço de saúde. Tais dados reforçam o entendimento de que o tratamento e o diagnóstico de câncer refletem diretamente no cotidiano dos entrevistados repercutindo nos âmbitos físico, emocional e social.

No relato de experiência realizado por Silva et al. (2017), com 20 pacientes adoecidos por câncer em tratamento quimioterápico em Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) de um Hospital Universitário situado no estado do Pará-Brasil, foi possível perceber que a quimioterapia fornece diversos momentos de desequilíbrio de sua saúde física e mental, e para enfrentar suas vidas e seguir em busca do estado que eles julgam ser sua normalidade, muitos buscam várias estratégias de enfrentamento como a busca da cura na fé cristã, e inserção em atividades paralelas ao seu tratamento como dança, artesanato, entre outros. Com isso, notou-se que o processo humanizado de escutar, quando atrelado à terapia quimioterápica, tornou o tratamento menos traumático, diminuindo o sofrimento vivido pelos pacientes, sendo o ouvir responsável pela assimilação das dificuldades, atribuições e relatos vivenciados durante as reuniões e palestras do grupo.

5.2.3 Estratégias de promoção na saúde do homem

Com relação às estratégias de promoção na saúde do homem, anualmente há a estratégia de âmbito federal, a “Campanha do Novembro Azul” na cidade de Carrapateira-PB, através da divulgação de mídias e o convite repassado pelos Agentes Comunitários de Saúde, visando estimular a participação dos homens. O exame é realizado geralmente no período dessa Campanha, até mesmo em virtude da demanda e da divulgação. A população é atendida dentro

das possibilidades, desde que atenda o perfil para a realização do exame e a rotina de ações ocorre a partir de práticas educativas e do monitoramento dos casos.

“Estava sentado na calçada minha casa com uns amigos, quando escutei em um programa da rádio comunitária a fala de alguns profissionais da saúde, sobre a importância da realização do exame de câncer de próstata, e no final convidam os homens a realizarem o exame, que estava sendo ofertado na Unidade de Saúde do município, fato que despertou em mim o interesse de também realizar. Fiz o exame de sangue no dia do mutirão e me informaram que estaria recebendo o resultado no outro dia. Ao chegar no postinho para receber o laudo, me informaram que teria que realizar novamente, mas antes disso, deveria ficar em repouso e não praticar atividades laborais intensas. Fiquei bastante assustado, com medo de ter dado algo ruim, mas o médico que realizou o exame me informou que deveria ficar tranquilo, e que após repetir a coleta, estaria liberando o laudo até o final da tarde. No dia seguinte, quando recebi o resultado, fui direcionado para uma consulta com o médico do postinho, e após entrega-lo o exame confirmou a alteração hormonal, me deu orientações e me encaminhou para o médico urologista do SUS em Cajazeiras-PB, e a partir dessa consulta fiz todos os exames necessários e a biopsia, confirmando assim o diagnóstico de CA.”
Entrevistado 2

Eu fui para o posto num evento que teve lá do novembro azul, o Biomédico fez meu exame e depois ele me chamou lá de novo me disse que tinha dado uma alteração e perguntou se podia fazer o exame outra vez e eu disse pode sim meu véi, passou um pedaço [expressão referente à tempo] e ele me chamou na sala do médico tava ele e o enfermeiro. Entrevistado 4

A partir dos discursos foi possível acompanhar como cada um dos entrevistados relata a sua experiência de forma particular, levando em consideração os meios de comunicação – como é o caso dos rádios e o engajamento dos profissionais de saúde – enfermeiros, agentes comunitários de saúde, médicos, biomédicos, psicólogos, entre outros – para que os homens tivessem condições de terem conhecimento acerca dos exames necessários e após ser observado qualquer tipo de alteração, eles foram devidamente encaminhados a serviços de saúde especializados para que prontamente fosse feita a biopsia e fossem tomadas as devidas providências a partir do diagnóstico.

Costa et al. (2020), atrelam-se a essa discussão salientando que, geralmente, os homens não são apreendidos pelos serviços de atenção à saúde, o que por sua vez, faz com que haja a necessidade de implantação de medidas que aumentem o contingente de usuários masculinos nas UBS. Pois, os homens ainda buscam a ESF somente ao apresentarem algum sintoma ou quando uma determinada doença já está instalada. Pensando nisso, é pertinente que os profissionais de saúde passem a adotar palestras educativas, bem como, práticas que estimulem a participação dos homens e/ou em ações junto à comunidade.

Rocha et al. (2014) discorrem que a Estratégia de Saúde da Família foi a porta de entrada da promoção da saúde no SUS a partir da proposta de reorientação do modelo de atenção. Ainda que haja evidências da escassez de recursos para as ações de promoção da saúde, tendo em vista que a previsão orçamentária inicial desta no Plano Nacional de Saúde, no período de 2008-2011, foi de somente 2,4% do total do orçamento, e ainda haja controvérsias quanto ao locus da coordenação da PNPS, a iniciativa de institucionalização de uma política pública desta natureza é reconhecida internacionalmente, juntamente com as experiências da Finlândia, na Europa e do Chile, na América do Sul.

Com ralação aos municípios brasileiros que têm implantada a ESF com profissionais capacitados, Santos (2016), destaca que em 85% dos casos há a resolutividade, mesmo os casos que não conseguem ser solucionados na própria unidade de saúde da família, observa-se que as equipes realizam atendimento no próprio domicílio. Somente, aproximadamente, 15% representam o índice dos casos não solucionados nas unidades de saúde da família e que necessitam de encaminhamento para especialistas. Nesse sentido, Malta et al. (2016), discorrem que a Promoção da Saúde pode ser compreendido como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, seja no âmbito individual e/ou coletivo, visando atender às necessidades sociais de saúde e garantir a melhoria da qualidade de vida da população, emergindo assim da defesa do direito à saúde.

A Campanha foi lembrada espontaneamente por todos os homens entrevistados, justamente por ser um momento marcante na vida da saúde do homem, uma vez que esta Campanha é uma forma da população masculina ter acesso a estratégias que promovam à saúde. Com base em Nascimento et al. (2018), a “Campanha Novembro Azul”, refere-se a uma campanha sazonal, que tem a finalidade de uma mudança de paradigma dos homens, cansando um grande impacto na saúde masculina e alcançando grande parte desse público; diagnosticando nessa fase um número bem elevado de patologias que afetam os indivíduos do sexo masculino.

Observa-se que as falas dos entrevistados demonstram o quanto é importante haver serviços de atenção primária que realizem a busca ativa e que também atuem na promoção de saúde e prevenção de agravos. Permitindo que a população seja atendida e acompanhada em todos os níveis da atenção por profissionais aptos a realizarem as suas funções e a direcionarem o seu paciente conforme haja necessidade.

No entanto, a Campanha do Novembro Azul que emerge como uma possibilidade de inserção desses homens aos serviços de saúde, não apresenta-se como uma unanimidade entre

os médicos e pesquisadores, como explica Steffen et al. (2018), o rastreamento da neoplasia de próstata não busca prevenir o câncer, mas, somente realizar sua detecção precoce, antes do surgimento de sintomas da doença, o que poderia aumentar teoricamente a probabilidade de sucesso do tratamento, elevando a sobrevida ou melhorando a qualidade de vida. No entanto essa forma de rastreamento populacional em indivíduos sem quaisquer sintomas é alvo de grande controvérsia nas publicações científicas.

No estudo realizado por Modesto et al. (2017), intitulado “Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem”, repercute a necessidade de realização de mais ensaios clínicos para que haja uma estratégia de rastreamento mais seletiva e eficiente, pois, uma das críticas dos autores ao Novembro Azul e ao rastreamento implica em não resolver o desafio que a saúde masculina representa para serviços preocupados com integralidade e equidade.

Com base em Steffen et al. (2018), as controvérsias com relação a detecção precoce do câncer de próstata, implicam em dois conceitos relativos à sua detecção: um é o chamado *lead time* ou tempo de ganho, que corresponde ao tempo médio de ganho do diagnóstico proporcionado pelo rastreio, entretanto, alguns estudos, demonstram que o rastreamento parece aumentar falsamente a sobrevida. Esse tipo de viés é particularmente importante no caso de tumores indolentes e de crescimento lento. O diagnóstico precoce, nesses casos, apenas diminui a qualidade de vida, com a ansiedade gerada e as consequências indesejadas do sobretratamento (*overtreatment*).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo foi possível analisar itinerários terapêuticos para tratamento do câncer de próstata no município de Carrapateira-Paraíba, identificando o conhecimento da população masculina diagnosticada com câncer de próstata acerca das estratégias de promoção na saúde do homem na Atenção Básica neste município.

Tendo em vista as estratégias utilizadas para a promoção da saúde desse público, os entrevistados afirmaram ser orientados pelos ACS após receberem os exames na UBS, e se dirigiram ao médico da ESF do município mencionado para que este pudesse encaminhá-los para um médico especialista e outros relataram descobrir que o exame poderia ser feito nos mutirões ou nos eventos que ocorrem na Campanha do “Novembro Azul”.

Isso demonstra a importância do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde e como os agentes comunitários de saúde são primordiais na busca ativa e na interação entre população e serviço público de saúde, permitindo que os homens tenham autonomia acerca dos cuidados que devem desenvolver com a sua saúde ou na prevenção de agravos.

Ao serem diagnosticados com o câncer de próstata, os entrevistados sempre reforçam a ideia de descrença, desespero e morte após terem acesso a sua nova condição. Por isso, é necessário que haja um apoio profissional e familiar, pois, na nossa organização social, o homem ocupa um papel de destaque, onde a ideia de adoecimento é algo distante da realidade vivenciada por eles.

Com isso, muitos deles tentam medidas complementares, ao receberem o diagnóstico de CaP e itinerários terapêuticos para buscar um outro meio que amenize a aflição após saberem que estão com câncer. Alguns homens relatam medidas fitoterápicas, como é o caso do uso de chás, sucos ou soluções que possam “desinflamar” a próstata; outros participantes procuram nos “benzedeiros” uma espécie de amparo. Além dessas possibilidades, os homens lembraram ainda da religiosidade e da fé, outro fator que influencia bastante no processo de aceitação da doença e durante todo o tratamento.

Diante de toda essa discussão, conclui-se que todo o processo entre a busca pelo serviço de saúde até um possível diagnóstico e tratamento do câncer, demandam da população masculina uma nova visão acerca dessa realidade que eles, por vezes, desconhecem.

Apesar do estudo ter tido uma boa aceitação por parte dos homens, foi possível perceber algumas limitações inerentes ao próprio conhecimento deles acerca da doença e como a falta de informação pode dificultar a procura prévia desses homens ao serviço de saúde. Por isso,

campanhas de conscientização como o “Novembro Azul” são relevantes dentro do contexto da atenção primária, pois, busca esclarecer e priorizar a saúde do homem, atendendo as peculiaridades dessa população.

Assim, observa-se quão necessárias são as políticas públicas voltadas à saúde do homem, demandando assim uma visão abrangente da equipe multidisciplinar, com o objetivo de promover a saúde e prevenir possíveis agravos, como na detecção precoce do câncer. Diante disso, é indispensável que mais estudos sejam propostos para que seja possível acompanhar e entender os sentimentos vivenciados pelos homens vítimas de câncer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n. 3, p. 497-508, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2010.v19n3/497-508/pt>>. Acesso em 07 de agosto de 2020.

ALVES, D. M. X. et al. O Impacto da Correção dos Dados na Mortalidade Prematura por Câncer de Próstata, Brasil, 1996-2011. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 2, p. 147-154, 2016. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/170/98>>. Acesso em 07 de março de 2020.

ALVES, J. E. D. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Revista Portal de Divulgação**, n. 40, ano 4, Mar/Abr/Mai., 2014.

ALVES, P. C. A. Itinerário terapêutico e os Nexus de significados da doença. **Revista de Ciências Sociais**, n. 42, p. 29-43, Jan./Jun., 2015. Disponível em: <<http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2017/05/ALVES-2015-Itinerarios-Terapeuticos.pdf>>. Acesso em 26 de maio de 2019.

AMORIM, Vivian Mae Schmidt Lima 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, v. 27, n. 2, p: 347-356, fev, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n2/16.pdf>>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

AQUINO, Rodrigo Cesar Abreu et al. Acesso e itinerário terapêutico aos serviços de saúde nos casos de óbitos por câncer de boca. **Rev. CEFAC.**, v. 20, n. 5, p. 595-603, Set-Out., 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v20n5/pt_1982-0216-rcefac-20-05-595.pdf>. Acesso em: 28 de janeiro de 2020.

AQUINO, Rodrigo Cesar Abreu; VILELA, Mirella Bezerra Rodrigues. Comunicação dos pacientes com câncer: Preocupação relacionada ao tempo de espera para o acesso e o itinerário terapêutico aos cuidados oncológicos. **Distúrb Comun**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 420-422, jun., 2014.

ARAÚJO, M. S. M. **Fatores associados a qualidade de vida de homens com câncer de próstata**. 2017. 91p. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2017. Disponível em: <<https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/2119/2/MayraAra%20c3%20bajo.pdf>>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise Conteúdo**. 70 ed. Universitaires de France, 1977. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4295794/mod_resource/content/1/BARDIN%20L.%20%281977%29.%20An%C3%A1lise%20de%20conte%C3%BAdo.%20Lisboa_%20edi%C3%A7%C3%B5es%2070%2020225..pdf>. Acesso em 10 de novembro de 2019.

BAROUKI, M. P. E. Rastreamento do câncer de próstata em homens acima de 50 anos através do exame diagnóstico de PSA. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 03, n. 2, 2012.

BELINELO, R. G. Z. et al. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, Out-Dez., 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0697.pdf>>. Acesso em 26 de agosto de 2020.

BERBEL, C. M. N.; CHIRELLI, M. Q. Saúde do homem: desafios da implementação do cuidado. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, 2018. Disponível em: <<https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1796/1749>>. Acesso em 26 de maio de 2019.

BIONDO, C. S. et al. Detecção precoce do câncer de próstata: atuação de equipe de saúde da família. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 38, Jan./Jun., 2020. Disponível em: <https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-45682020000100032&script=sci_arttext>. Acesso em 20 de novembro de 2020.

BOTTON, A.; CÚNICO, S. D.; STREY, M. N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 25, n. 1, Jan.-Jun., 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/23estimativas_incidencia.pdf>. Acesso em 26 de maio de 2019.

BRASIL. **Saúde do Homem Câncer de Próstata**. 2010. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-homem/cancer-de-prostata>>. Acesso em 26 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Câncer de próstata: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção**. Ministério da Saúde: Brasília, 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer-de-prostata>>. Acesso em 26 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/glossario-tematico.pdf>>. Acesso em: 01 de novembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada**. Urologia [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Edição revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_urologia_v_VI.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes>>. Acesso em 01 de março de 2020.

BRUSTOLIN, Angela; FERRETTI, Fátima. Itinerário terapêutico de idosos sobreviventes ao câncer. **Acta Paul Enferm.**, v. 30, n. 1, p. 47-59, 2017.

CAMPOS, Hércules Lázaro Moraes; et al. Aspectos Culturais que Envolvem o Paciente com Diagnóstico de Neoplasia de Próstata: um Estudo na Comunidade. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 4, p. 493-501, 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v04/pdf/05_artigo_aspecto_culturais_envolvem_paciente_diagnostico_neoplasia_prostata.pdf>. Acesso em: 09 de dezembro de 2019.

CARNEIRO, A. M. C. T. et al. Perfil socioeconômico de homens em um município do Tocantins e sua percepção sobre toque retal e câncer de próstata. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 9, n. 5, jan – jun., 2016. Disponível em: <<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/515/307>>. Acesso em: 09 de fevereiro de 2020.

CARRARA, Sérgio. **Entre cientistas e bruxos**: Ensaio sobre os Dilemas e Perspectivas da Análise Antropológica da Doença. In: Saúde e doença um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

COELHO, E. B. S. et al. **Política nacional de atenção integral a saúde do homem [recurso eletrônico]**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/07/livroPol--ticas-2018.pdf>>. Acesso em: 02 de março de 2020.

COSTA, A. A. C. et al. Saúde do homem: ações de prevenção na estratégia de saúde da família. **Revista Atenas Higeia**, v. 2, n. 1, Jan., 2020. Disponível em: <<http://www.atenas.edu.br/revista/index.php/higeia/article/view/24/41>>. Acesso em: 16 de março de 2020.

COSTA, R. G. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 20, n. 1, jan./jun., 2003.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; COSTA FILHO, José Andrade; OLIVEIRA, Ana Raquel de. A relação entre masculinidade e câncer de próstata: uma revisão sistemática. **Revista Principia - Divulgação Científica e Tecnológica do IFPB**, João Pessoa, n. 43, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ifpb.edu.br/index.php/principia/article/viewFile/2278/951>>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

COX, Pamela; DIOP, Makhtar; GRAGNOLATI, Michele. **Envelhecendo em um Brasil mais Velho**. Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento / BANCO MUNDIAL, 2011. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf> Acesso em: 10 de dezembro de 2019.

CZORNY, R. C. N. et al. Fatores de risco para o câncer de próstata: população de uma unidade básica de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 4, 2017. Disponível em:

<<https://www.redalyc.org/jatsRepo/4836/483654880023/483654880023.pdf>>. Acesso em: 03 de março de 2020.

CZORNY, R. C. N. et al. Perfil do usuário homem atendido em uma unidade básica de saúde da família. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 4, p. 1624-31, abr., 2017.

FUNDATO, Cinthia Tassiro et al. Itinerário Terapêutico de Adolescentes e Adultos Jovens. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 2, páginas: 197-208, 2012. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v02/pdf/10_artigo_itinerario_terapeutico_adolescentes_adultos_jovens_osteossarcoma.pdf>. Acesso em: 10 de outubro de 2019.

FERREIRA, Jaqueline Inácio Correia et al. Políticas públicas de atenção integral a saúde do homem: desafios para a enfermagem. **Revenferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, 2016. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7631/20390>>. Acesso em: 25 de maio de 2019.

FONTES, Wilma Dias de. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 430-433, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/20.pdf>>. Acesso em: 15 de maio de 2020.

FRAGA, Adhara Shuamme Bento; HORA, Aline Barreto; OLIVEIRA, Fernanda Kelly Fraga. **Saúde do homem: Prevalência de Neoplasia Maligna no Brasil**. 2º Congresso Internacional de Enfermagem - CIE/13º Jornada de Enfermagem da Unit (JEU). 2019. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/11590/4499>>. Acesso em 29 de outubro de 2019.

GABRIEL, Silvana Aparecida Silva; BERNARD, Simone Aparecida Martins Silva. **A importância da detecção precoce e prevenção do câncer de próstata**. 2010. 73p. Monografia [Graduação]. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do sul de Minas, 2010.

GERHARDT, Tatiana Engel et al. **Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro; GALLO, Cláudia Vitória de Moura; MENDONÇA, Gulnar Azevedo e Silva. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005. Disponível em: <http://www.eteavare.com.br/arquivos/81_392.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2019.

GONÇALVES, Ivana Regina; Padovani, Carlos; POPIM, Regina Célia. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, jul-aug, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400031>. Acesso em: 08 de dezembro de 2018.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Características étnico-raciais da população: classificações e identidades**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf>>. Acesso em: 10 de março de 2020.

_____. **Parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA**. 2010. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=250410#>>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Câncer de próstata: vamos falar sobre isso?** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: Inca, 2017. Disponível em:

<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/cartilha_cancer_prostata_2017_final_WEB.pdf>. Acesso 25 de maio de 2019.

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em 09 de outubro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Tipos de câncer: próstata**. 2012. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>>. Acesso em: 02 de maio de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Câncer de próstata**. 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>>. Acesso em: 26 de maio de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Câncer de próstata - versão para Profissionais de Saúde**. 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata/profissional-de-saude>>. Acesso em: 26 de maio de 2019.

LEITE, Jäder Ferreira et al. Sentidos da Saúde numa Perspectiva de Gênero: um Estudo com Homens da Cidade de Natal/RN. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 2, p. 341-353, Abr/Jun., 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n2/1982-3703-pcp-36-2-0341.pdf>>. Acesso em: 10 de outubro de 2019.

LIMA, A. P. de et al. Prevalência e fatores associados à realização de exames de câncer de próstata em idosos: estudo de base populacional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 55-61, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v21n1/pt_1809-9823-rbagg-21-01-00053.pdf>. Acesso em 10 de outubro de 2019.

LIMA, R. B.; HAHN, G. V. Câncer de próstata e sua relação com a sexualidade masculina: produção científica brasileira. **Revista Destaques Acadêmicos**, Lajeado, v. 8, n. 3, p. 70-86, 2016. Disponível em:

<<http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/1165/1030>>. Acesso em 18 de janeiro de 2020.

LOPEZ, Silvia Brãna; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 743-752, 2013. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n3/743-752/pt>>. Acesso em 15 de outubro de 2019.

MACHADO, Carolina Pimentel. **Itinerário Terapêutico de pacientes com resultado de biópsia de próstata positiva em um Centro Especializado em Saúde do Homem**. 2016. 82p. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:

<<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/9505/1/Carolina%20Pimentel%20Machado%20Disserta%20c3%a7ao.pdf>>. Acesso em 15 de outubro de 2019.

MACHIN, Rosana et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.11, Nov., 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200023>. Acesso em: 28 de agosto de 2019.

MAIA, F. E. S.; MAIA, F. E. S. A família frente aos aspectos do câncer. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 14, n. 50, p. 63-69, out./dez., 2016. Disponível em: <https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3801/pdf>. Acesso em 02 de dezembro de 2020.

MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, suppl. 2, p. 3-16, Dez., 2015.

MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciênc. saúde colet.**, v. 21, n. 6, Jun., 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n6/1683-1694/>>. Acesso em 10 de julho de 2020.

MANSO, Maria Elisa Gonzalez; GÓES, Leonardo Garcia. Espiritualidade e doenças crônicas: itinerários terapêuticos de pessoas vinculadas a seguros-saúde nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. **Rev.interespe.**, n. 12, jun., p. 01- 70, 2019.

MARTINS, A. M.; MODENA, C. M. Estereótipos de gênero na assistência ao homem com câncer: desafios para a integralidade. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 399-420, mai/ago., 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/15355/2/ve_Martins_Alberto_Estere%C3%B3tipos_CPqRR_2016.pdf>. Acesso em 15 de outubro de 2019.

MATHIAS, C. V. et al. O adoecimento de adultos por câncer e a repercussão na família: uma revisão da literatura. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 13, n. 45, p.80-86, jul./set., 2015.

MEDEIROS, A. P.; MENEZES, M. F. B.; NAPOLEÃO, A. A. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, mar.-abril, p. 385-388, 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2670/267019461027.pdf>>. Acesso em 29 de outubro de 2019.

MEDEIROS, L. F.; CABRAL, A. L. A. Ser homem: um estudo sobre as masculinidades no interior do Nordeste brasileiro. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, 2019. Disponível

em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2126/2053>>. Acesso em 07 de junho de 2020.

MESQUITA, J. V. M. et al. O auto conhecimento dos militares do sexo masculino sobre o câncer de próstata no município de Floriano-PI. **Revista da FAESF**, v. 2, n. 1, p. 1 – 4, Jan-Mar., 2018. Disponível em: <<http://faesfpi.com.br/revista/index.php/faesf/article/view/29/27>>. Acesso em 20 de fevereiro de 2020.

MODESTO, A. A. D. et al. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 251-62, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2017.nahead/10.1590/1807-57622016.0288/pt>>. Acesso em 10 de agosto de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de atenção à saúde departamento de ações programáticas estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem (Princípios e Diretrizes)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_integral.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

MORAES, E. N. **Atenção a saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>>. Acesso em: 11 de dezembro de 2018.

MORAIS, L. J. O.; OLIVEIRA FILHO, P. A compreensão de masculinidade em discursos de profissionais de unidades básicas de saúde. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 1, jan./abr., 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000100012>. Acesso em 26 de agosto de 2019.

MOURA, F. V. M.; RABELO, J. B. Aspectos Socioculturais que envolvem o Câncer de Próstata na Ótica dos Usuários e Assistentes Sociais. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 2, 2019. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/125/258>>. Acesso em: 10 de março de 2020.

NABÃO, F.R.Z.; MARUYAMA, A. S. A experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico vivenciado por uma pessoa com infarto. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 11, n. 1, p. 101-9, 2009. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a13.pdf>>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

NASCIMENTO, I. M. et al. A Saúde do Homem: Um estudo reflexivo na ótica das ações de promoção à saúde. **Revista Pró-univerSUS**, v. 09, n. 2, p. 41-46, Jul./Dez., 2018.

PAIVA, Elenir Pereira de. **Conhecimentos, Atitudes e Práticas Acerca da Detecção do Câncer de Próstata**. 2008. 100p. Doutorado [Tese]. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/Trabalhos/Elenir_Pereira_de_Paiva.pdf>. Acesso em 09 de maio de 2019.

PEREIRA, J.; KLEIN, C.; MEYER, D. E. PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero. **Saude soc.**, v. 28, n. 2, Apr-Jun., 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sausoc/2019.v28n2/132-146/pt/>>. Acesso em 26 de agosto de 2019.

PERNAR, C. H. et al. The Epidemiology of Prostate Cancer. **Cold Spring Harb Perspect Med.**, v. 3, n. 8, Dec., 2018. Disponível em: <<http://perspectivesinmedicine.cshlp.org/content/8/12/a030361.full.pdf+html>>. Acesso em 19 de janeiro de 2020.

POZZATI, R. et al. O cuidado na saúde dos homens: realidade e perspectivas. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 540-5, out/dez., 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a20.pdf>>. Acesso em 24 de agosto de 2019.

RAMOS, L. G. A. **Consulta de enfermagem com homens que vivem com câncer de próstata: autocuidado na perspectiva da dialogicidade**. 2019. 74p. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2018. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/6374/1/Luciano%20Godinho%20Almuinha%20Ramos.pdf>>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2020.

RIBEIRO, C. R.; GOMES, R.; MOREIRA, M. C. N. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. **Temas Livres – Physis**, v. 27, n. 1, jan-mar., 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-73312017000100041&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em 16 de novembro de 2019.

ROCHA, D. G. et al. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 11, Nov., 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n11/4313-4322/>>. Acesso em 14 de julho de 2020.

RODRIGUES, C. C. et al. **Câncer de próstata: nível de conhecimento da população masculina com faixa etária acima de 40 anos, da feira livre do município de Barreiras – Ba**. III JORNADA Científica e Tecnológica do Oeste Baiano. Semana Nacional de Ciência e Tecnologia. Bahia, 2010. Disponível em: <<http://www.jornada.ifba.edu.br/Anais%202010/C%C3%A2ncer%20de%20pr%C3%B3stata.pdf>>. Acesso em 10 de dezembro de 2018.

RODRIGUES, W. C. **Metodologia Científica**. FAETEC/IST. Paracambi, 2007. Disponível em: <http://professor.ucg.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3922/material/Willian%20Costa%20Rodrigues_metodologia_cientifica.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2019.

ROSA, L. M., BURIGO, T., RADUNZ, V. Itinerário Terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer: cuidado com a alimentação. **Rev enferm**. Rio de Janeiro, 2011.

SANTOS, M. O. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 64, n. 1, p. 119-120, 2018. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/115/55>>. Acesso em: 04 de janeiro de 2020.

SANTOS, T. A. Q. **Implantação de Estratégia de Saúde de Família**: Os desafios das práticas de promoção e prevenção em saúde. Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS. Nova Friburgo, 2016. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/8083/1/Tiago%20Abr%C3%A3o%20Querino%20dos%20Santos.pdf>>. Acesso em 24 de agosto de 2020.

SANTOS, M. A. S. et al. Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 389-398, jul-set., 2015.

SEEMANN, T. et al. Influência de sintomas depressivos na qualidade de vida em homens diagnosticados com câncer de próstata. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, Jan./Feb., 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232018000100070&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 04 de março de 2020.

SERAFIM, D. P.; CARDOZO, L. M. W.; SCHUMACHER, B. Homens com diagnóstico de câncer de próstata: enfrentamentos e adaptações. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 15, n. 52, p. 29-37, abr./jun., 2017.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v.17. n. 1, 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/Administrador/Downloads/2113-7552-1-PB.pdf>>. Acesso em: 23 de maio de 2019.

SILVA, J. F. S.; MATTOS, I. E.; AYDOS, R. D. Tendência de mortalidade por câncer de próstata nos Estados da Região Centro-Oeste do Brasil, 1980 – 2011. **Rev Bras Epidemiol.**, p. 395-406, abr-jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rbepid/v17n2/pt_1415-790X-rbepid-17-02-00395.pdf>. Acesso em 10 de outubro de 2019.

SILVA, L. **Ocorrência de óbitos de homens com câncer de próstata**. 2018. 73p. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, 2018. Disponível em: <<http://200.131.62.27/bitstream/tede/730/5/Dissert%20Luiza%20C%20Silva.pdf>>. Acesso em 20 de janeiro de 2020.

SILVA-JUNIOR, N. D.; GONÇALVES, G.; DEMÉTRIO, F. **Escolha do itinerário terapêutico diante dos problemas de saúde**: considerações socioantropológicas. III Encontro Baiano de Estudos em Cultura, 2012. Disponível em: <<http://www3.ufrb.edu.br/ebecult/wp-content/uploads/2012/04/Escolha-do-itiner%C2%87rio-tera-pe%C3%83%C3%87utico-diante-dos-problemas-de-sau%C3%83%C3%85de-considerac%C3%83%C3%9Fo%C3%83%C3%89es-socioantropol%C2%97gicas.pdf>>. Acesso em 10 de outubro de 2019.

SILVA, Neide Emi Kurokawa e; FREITAS, Heitor Alarico Gonçalves de; SANCHÓ, Leyla Gomes. Da apreensão de informações aos itinerários terapêuticos de homens diante de suspeita ou com diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis. A internet em pauta. **Temas Livres - Physis**, v. 26, n. 2, apr-jun., 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-73312016000300669&script=sci_abstract>. Acesso em 10 de novembro de 2019.

SILVA, Silvio Eder Dias da et al. Repercussão da quimioterapia no combate ao câncer: a experiência de um grupo amazônico. **Cogitare Enferm.**, v. 22, n. 4, 2017.

SOARES, D. A., SANTOS, E. M., ARRUDA, E.M.S. Itinerários terapêuticos de pessoas com câncer: produção científica no Brasil. **Rev APS**, v. 1, n. 20, 118-129, 2017.

SOUSA, A. F. et al. Conhecimento de homens sobre a existência e prevenção do câncer de mama masculino. **Rev Ciên Saúde**, v. 2, n. 1, p. 9-15, 2017. Disponível em: <<http://revistaeletronicafunvic.org/index.php/c14ffd10/article/view/67/55>>. Acesso em 26 de maio de 2019.

SOUSA, D. H. A. V. et al. Os homens e as práticas de cuidado em saúde. **Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito Centro de Ciências Jurídicas**, n. 01, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/article/view/22693/13601>>. Acesso em 27 de agosto de 2019.

SOUZA, A. R. A.; ALMEIDA, S. S.; OLIVEIRA, D. C. Análise estatística do câncer de próstata por meio da regressão logística. **Rev. Bras. Biom.**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 441-448, 2013. Disponível em: <http://jaguar.fcav.unesp.br/RME/fasciculos/v31/v31_n3/A8_Almir_Silvia_Diana.pdf>. Acesso em 10 de outubro de 2019.

SOUZA, L. M.; SILVA, M. P.; PINHEIRO, I. S. Um Toque na Masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 151-8, mar, 2011.

STEFFEN, R. E. et al. Rastreamento populacional para o câncer de próstata: mais riscos que benefícios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, Epub-Aug., 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312018000200605&script=sci_arttext>. Acesso em 14 de agosto de 2020.

TESTON, E. F. et al. Sentimentos e dificuldades vivenciadas por pacientes oncológicos ao longo dos itinerários diagnóstico e terapêutico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n.4, Aug, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452018000400214&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 14 de outubro de 2019.

TONIOL, R. Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. **Anuário Antropológico**, Brasília, v. 42, n. 2, p. 267-299, 2017.

VALE, J. M. M. et al. Autocuidado do cuidador de adoecidos em cuidados paliativos oncológicos. **Rev enferm UFPE on line**, v. 13, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/235923/32473>>. Acesso em 14 de outubro de 2019.

VASCONCELOS, L. I. et al. Atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de próstata: revisão integrativa. **Rev. Bra. Edu. Saúde**, v. 9, n. 2, p. 21-26, abr-jun., 2019. Disponível em: <<https://www.editoraverde.org/gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/6384/5589>>. Acesso em: 19 de fevereiro de 2020.

VERAS, L.; MOREIRA, V. A morte na visão do sertanejo nordestino em tratamento oncológico. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 2, p. 291-298, mai-ago., /2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n2/13.pdf>>. Acesso em: 05 de dezembro de 2020.

VIEIRA, C. G.; ARAÚJO, W. S.; VARGAS, D. R. M. O homem e o câncer de próstata: prováveis reações diante de um possível diagnóstico. **Revista Científica do IITPAC**, Araguaína, v. 5, n.1, jan, 2012. Disponível em: <<http://www.itpac.br/hotsite/revista/artigos/51/3.pdf>> Acesso em: 15 de maio de 2019.

VIEIRA, L. J. E. S et al. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. **Nursing**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan./feb., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100019>. Acesso em: 09 de dezembro de 2019.

WÜNSCH FILHO, Victor; MONCAU, José Eduardo. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48, n. 3, p. 250-257, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v48n3/11825.pdf>>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: “ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA NA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO NA SAÚDE DO HOMEM”.

Pesquisador Executante: Daniel Tavares da Silva

Pesquisador Responsável: Dra. Silvia Regina Viodres Inoue

Eu, Daniel Tavares da Silva, enfermeiro e estudante do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos – UNISANTOS, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre “Itinerários Terapêuticos para Tratamento do Câncer de Próstata na Atenção Básica: Estratégias de Promoção na Saúde do Homem”. Esta pesquisa pretende analisar itinerários terapêuticos para tratamento do câncer de próstata no município de Carrapateira-Paraíba e identificar conhecimentos acerca das estratégias de promoção na saúde do homem na Atenção Básica. Ou seja, queremos compreender como os homens lidam após receberem diagnóstico do câncer de próstata, e como estão sendo cuidados na atenção primária. Assim, gostaria de sua colaboração para responder uma entrevista na qual serão feitas perguntas, como sua idade, escolaridade e outras questões sobre como você lida com seu diagnóstico, o que significa essa doença para você e sobre o acompanhamento médico. A entrevista será gravada em arquivo de áudio, se você autorizar, e será realizada em um ambiente reservado. Seu nome e outras informações que permitam identificar você não serão divulgadas. Você não terá nenhum prejuízo individual ou coletivo se não participar desta pesquisa, e, caso participe, não será remunerado por isso. Em caso de dúvidas, ou denúncias referentes à ética, você poderá me contatar pelo telefone (83) 99990-1169 e com a orientadora do estudo a professora doutora Silvia Regina Viodres Inoue, pelo telefone (13) 3228-1200, ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos pelo telefone (13) 3205-5555, ramal 1261. Este termo é feito em duas vias, uma será entregue a você e a outra ficará arquivada junto aos pesquisadores responsáveis.

Daniel Tavares da Silva
Pesquisador Responsável

Conforme me foi explicado, este projeto tem o objetivo de analisar itinerários terapêuticos para tratamento do câncer de próstata no município de Carrapateira-Paraíba e identificar conhecimentos acerca das estratégias de promoção na saúde do homem na Atenção Básica. Ou seja, queremos compreender como os homens lidam após receberem diagnóstico do câncer de próstata, e como estão sendo cuidados na atenção primária. Para isso, minha participação é de extrema importância, pois ao responder a entrevista realizada pelo entrevistador, contribuirei com informações importantes no conhecimento na repercussão do diagnóstico do Câncer de Próstata no homem. Estou ciente de que esta entrevista possui perguntas de caráter íntimo e pessoal, como, por exemplo, idade, escolaridade, estado civil, residência, atividades ocupacionais, a vivência do câncer em fase avançada e o acompanhamento médico. Fui informado que não serei exposto a nenhum tipo de procedimento que ofereça risco a minha saúde e que tenho direito garantido a:

1. Responder as perguntas em local reservado e na presença apenas do entrevistador;
2. Receber respostas a qualquer pergunta e esclarecimento que por mim for solicitado sobre esta pesquisa;
3. Recusar-me a responder a alguma pergunta e retirar meu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo;
4. Não ser identificado e ter mantido o caráter confidencial das informações por mim respondidas;
5. Falar sobre o meu diagnóstico e tratamento pode provocar alguma sensação de desconforto, tristeza, ansiedade ou tensão, e caso isso venha ocorrer, poderei encerrar a entrevista e ser encaminhado de forma imediata pelo entrevistador (Daniel Tavares da Silva) para acompanhamento com o psicólogo que atende semanalmente na Unidade de Saúde da Família de Carrapateira-PB;
6. Procurar esclarecimentos com a pesquisador executante através do telefone (13) 99765-5324, com o pesquisador responsável (83) 99990-1169, ou entrar em contato com o Comitê de em Pesquisa da Universidade Católica de Santos pelo telefone (13) 3205-5555, ramal 1261

Portanto, declaro estar ciente do exposto e confirmo que desejo participar da entrevista do projeto.

Carrapateira-PB, ____ de _____ de 2019.

Nome do participante: _____

Eu, Daniel Tavares da Silva, declaro que forneci todas as informações referentes a esta pesquisa ao participante declarado acima.

Data ____/____/____

Assinatura da Participante

Pesquisador Responsável

APÊNDICE B- Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Responsável

Eu, **Daniel Tavares da Silva**, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “Itinerários Terapêuticos para Tratamento do Câncer de Próstata na Atenção Básica: Estratégias de Promoção na Saúde do Homem”, comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº. 510/16 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos. Comprometo-me, também, a não iniciar a coleta de dados antes da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISANTOS.

Carrapateira, ____/____/ de 2019.

Daniel Tavares da Silva
Orientando

APÊNDICE C- Instrumento de coleta de dados

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
NOME: ESTADO CIVIL: ENDEREÇO: IDADE: _____ ☐ 30 a 49 ANOS ☐ 50 a 69 ANOS ☐ 70 a 89 ANOS ☐ 90 a 100 ANOS	
RELIGIÃO: ☐ CATÓLICA ☐ EVANGÉLICA ☐ OUTRAS _____ É PRATICANTE? ☐ SIM ☐ NÃO	
COR: ☐ BRANCA ☐ PARDA ☐ PRETA ☐ OUTROS	
GRAU DE ESCOLARIDADE: ATÉ QUE ANO ESTUDOU? _____ ☐ NÃO ALFABETIZADO ☐ 1 GRAU INCOMPLETO ☐ 1 GRAU INCOMPLETO ☐ 2 GRAU COMPLETO ☐ 1 GRAU COMPLETO ☐ SUPERIOR INCOMPLETO ☐ SUPERIOR COMPLETO	
RENDIA FAMILIAR BRUTA: ☐ PROGRAMAS DO GOVERNO FEDERAL ☐ APOSENTADORIA ☐ AUXILIO DOENÇA ☐ 1 SALÁRIO MÍNIMO ☐ MENOS DE UM SALÁRIO MÍNIMO ☐ MAIS DE UM SALÁRIO MÍNIMO	
RENDIA MENSAL INDIVIDUAL: ☐ PROGRAMAS DO GOVERNO FEDERAL ☐ APOSENTADORIA ☐ AUXILIO DOENÇA ☐ 1 SALÁRIO MÍNIMO ☐ MENOS DE UM SALÁRIO MÍNIMO _____	

☐ () MAIS DE UM SALÁRIO MÍNIMO _____
COM QUEM RESIDE? TOTAL DE PESSOAS CONTANDO COM ELE: _____ ☐ () CONJUGUE e/ou COMPANHEIRA ☐ () PAIS ☐ () FILHOS ☐ () FAMILIARES ☐ () OUTROS
ENTREVISTA
COMO SE DEU O ENCAMINHAMENTO DO SRº, APÓS REALIZAR O EXAME PSA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CARRAPATEIRA?
QUAIS ORIENTAÇÕES FORAM LHE DADAS APÓS O RESULTADO POSITIVO DO EXAME PSA TOTAL? QUERIA LHE PEDIR PARA ME CONTAR OS LUGARES E SERVIÇOS QUE O SR PASSOU POR CONTA DO CA. (PODE INCLUIR TRATAMENTO ESPIRITUAL, BENZEDEIRA, CHÁS, SERVIÇOS PÚBLICOS) A QUAL SERVIÇO DE SAÚDE FOI ENCAMINADO? RECEBEU ACOMPANHAMENTO DE ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE OU NÃO?
O SR. RECEBEU VISITAS EM CASA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, APÓS O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE PRÓSTATA? EX.: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, ENTRE OUTROS.
COMO O SRº SE SENTE E/OU SE SENTIU APÓS O DIAGNÓSTICO DO CA DE PRÓSTATA? INTERFERIU NA SUA VIDA COTIDIANA?
OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DÃO O SUPORTE NECESSÁRIO NO SEU DIA A DIA? ORIENTAM SOBRE O TRATAMENTO?
O SRº TEM ACOMPANHAMENTO SEMANAL COM PROFISSIONAL PSICÓLOGO NA UBS?
O SRº SABERIA IDENTIFICAR ALGUMA AÇÃO PREVENTIVA QUE A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FORNECE PARA OS HOMENS MENSALMENTE? (GRUPO DE IDOSOS; RODAS DE CONVERSA; ENCONTROS; PALESTRAS; ENTREGA DE PLANFETOS)?

O SRº JÁ PARTICIPOU DE ALGUM EVENTO INTITULADO “NOVEMBRO AZUL” NO MUNÍCIPIO OU SOBRE O CÂNCER DE PRÓSTATA?

**O SR SENTE-SE ACOLHIDO QUANDO BUSCA O SERVIÇO DE SAÚDE LOCAL?
DE QUE MANEIRA?**

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

PESQUISADOR : _____

APÊNDICE D- Entrevistas Piloto

ENTREVISTA PILOTO 01

PARTICIPANTE: M.L

1. COMO SE DEU O ENCAMINHAMENTO DO SRº, APÓS REALIZAR O EXAME PSA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CARRAPATEIRA?

Após a realização do exame de Próstata na Unidade Básica de Saúde, fui orientado pelo Agente Comunitário de Saúde a retornar no dia seguinte para receber o resultado. Antes da entrega do laudo, o Biomédico informou que o exame sinalizou alteração hormonal, e que estaria me encaminhado ao médico da Estratégia de Saúde da Família para avaliar o resultado e realizar novas solicitações de exames. Ao entregar o exame ao médico, o mesmo informou que necessitaria de outros exames de sangue, e uma consulta especializada com o urologista, porém, de imediato disse que não poderia ter um diagnóstico fechado de um provável CA sem os exames e sem a consulta com o especialista, me deixando bem a vontade para tirar as dúvidas, deixando claro todo o apoio que teria para realização do tratamento pela equipe multidisciplinar da ESF, ao final da consulta me entregou requisições de encaminhamento, e me direcionou para a sala da psicóloga, que fica bem ao lado da sua.

2. QUAIS ORIENTAÇÕES FORAM LHE DADAS APÓS O RESULTADO POSITIVO DO EXAME PSA TOTAL?

QUERIA LHE PEDIR PARA ME CONTAR OS LUGARES E SERVIÇOS QUE O SR PASSOU POR CONTA DO CA. (PODE INCLUIR TRATAMENTO ESPIRITUAL, BENZEDEIRA, CHÁS, SERVIÇOS PÚBLICOS)

A QUAL SERVIÇO DE SAÚDE FOI ENCAMINADO?

RECEBEU ACOMPANHAMENTO DE ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE OU NÃO?

Durante a conversa que tive com a Dra. Vanja, pude compartilhar meu sentimento de angústia e medo. Quando estive com o médico tentei me manter tranquilo, me posicionando como um homem forte, porém devastado por dentro. A conversa durou em torno de 40 min, nesse período me senti bastante orientado, e a Dra se despôs a ir comigo até a central de regulação de exames do município, onde fui bem recebido, e já sai com a consulta e os exames marcados para uma espera de menos de cinco dias na Políclínica que fica localizada na cidade de Cajazeiras-PB. Durante os dias de espera, a psicóloga agendou uma visita na minha casa, e foi a partir dessas consultas que me senti mais aliviado, e mais preparado para receber o diagnóstico do CA, se fosse o caso. Um dia antes da data de marcação da consulta em Cajazeiras, recebi as orientações do ACS do meu bairro, informando a documentação necessária que deveria apresentar. No dia da consulta com o urologista em Cajazeiras, fiquei bastante nervoso, mas a interação do médico era muita boa, e no final da consulta já estava bem a vontade. Assim como o médico da Unidade de Saúde do meu município havia orientado, após o urologista ver o laudo, fez o exame de toque retal e uma USG de Próstata, informando que realmente tinha alteração hormonal e que deveria realizar a biopsia. Nesse momento o mundo desabou, pois mesmo com todo apoio que estava tendo, não esperava uma biopsia e um provável CA. Naquele mesmo dia realizei o a biopsia em um laboratório particular, pois não queria esperar pelo tempo do SUS. Retornando para o meu município, recebi novamente a visita da psicóloga no dia seguinte em minha casa, que conversou bastante comigo, pedindo para que não ficasse desanimado, e que tudo ficaria bem, estando ela e a equipe pronta para ajudar no que fosse necessário, conseguindo agendar o retorno com o médico para um dia após a chegada do exame. Esperei 08 (oito) dias para o resultado da Biopsia, e essa espera foi desconfortável, passei noites sem dormir. Quando o exame chegou, vi que tinha dado umas alterações, mas não entendi bem, e preferi esperar para

a consulta no dia seguinte. Retornando ao médico em Cajazeiras, o mesmo confirmou que tinha CA de Próstata e que deveria realizar o tratamento com urgência, e me entregou os encaminhamentos para ir na secretária de saúde do meu município. Nesse dia que recebi o diagnóstico fiquei muito aflito e sem forças para continuar, procurei novamente a psicóloga, para que me ajudasse durante as próximas etapas de tratamento. Fui encaminhado para o hospital de referência em João Pessoa, onde realizei os exames, fiz a cirurgia e estou ainda tomando a medicação (quimioterapia).

3. O SR. RECEBEU VISITAS EM CASA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, APÓS O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE PRÓSTATA? EX.: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, ENTRE OUTROS.

Nesse período, desde a realização do exame até o diagnóstico, recebi todo o apoio dos profissionais de saúde, recebi visitas da equipe da ESF e do NASF, inclusive me convidaram a participar do Grupo de Idosos todas as sextas-feiras na Unidade de Saúde, me ajudou muito, pois lá encontrei homens que também estavam realizando o tratamento. O grupo é divertido, a gente pratica umas atividades com meditação, artesanato, e tem um nutricionista que utiliza até plantas das nossas “roças” para ensinar a gente a fazer chá, usar para enfermidades, já ensinei muita coisa a minha esposa, é muito bom mesmo, as horas passam voando, não falto nenhum encontro quando estou em casa, pois é lá que esqueço um pouco da minha doença e das “dores”, acredita que quando estou em João Pessoa sinto muita falta. O Agente de Saúde do meu bairro também me acompanha com maior frequência, e vez o outro o médico e a enfermeira do postinho chegam na minha casa. Sim, uma coisa que me chamou atenção, assim que recebi o diagnóstico que estava com CA, a dentista me convidou para fazer um tratamento, e até prótese dentária fizeram para mim, acredita!

4. COMO O SRº SE SENTE E/OU SE SENTIU APÓS O DIAGNÓSTICO DO CA DE PRÓSTATA? INTERFERIU NA SUA VIDA COTIDIANA?

Depois que me envolvi nas ações de saúde para o homem, desenvolvida pela equipe do meu município, me sinto melhor, amparado, amado, uma complementação de amor junto com a minha família.

5. OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DÃO O SUPORTE NECESSÁRIO NO SEU DIA A DIA? ORIENTAM SOBRE O TRATAMENTO?

O SRº TEM ACOMPANHAMENTO SEMANAL COM PROFISSIONAL PSICÓLOGO NA UBS?

O SRº JÁ PARTICIPOU DE ALGUM EVENTO INTITULADO “NOVEMBRO AZUL” NO MUNICÍPIO OU SOBRE O CÂNCER DE PRÓSTATA?

O SR SENTE-SE ACOLHIDO QUANDO BUSCA O SERVIÇO DE SAÚDE LOCAL? DE QUE MANEIRA?

No último encontro no grupo de idosos, no final fui surpreendido com um convite da equipe do NASF para participar do momento de abertura das ações “Novembro Azul”, e me falaram que vou até conversar um pouco com os meus amigos conterrâneos, fiquei bastante surpreso, pensei até em não aceitar por ser muito tímido, mas depois concordei e dei minha palavra, já me sinto outro homem, desde que passei a participar e ser acompanhado por todos eles, antes tinha pavor e medo de coisas da saúde, hoje sei da importância e quero partilhar, não vejo a hora de chegar o dia. Você me questiona se me sinto acolhido? No meu relato já deve ter percebido, como me sinto bem e acolhido no grupo, com a equipe da ESF e do NASF, principalmente a psicóloga, que se tornou uma grande amiga. Quero continuar o meu tratamento até o fim, crendo que Deus vai me ajudar a vencer essa doença.

ENTREVISTA PILOTO 02
PARTICIPANTE: G.L.

1. COMO SE DEU O ENCAMINHAMENTO DO SRº, APÓS REALIZAR O EXAME PSA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CARRAPATEIRA?

Estava sentado na calçada minha casa com uns amigos, quando escutei em um programa da rádio comunitária a fala de alguns profissionais da saúde, sobre a importância da realização do exame de câncer de próstata, e no final convidam os homens a realizarem o exame, que estava sendo ofertado na Unidade de Saúde do município, fato que despertou em mim o interesse de também realizar. Fiz o exame de sangue no dia do mutirão e me informaram que estaria recebendo o resultado no outro dia. Ao chegar no postinho para receber o laudo, me informaram que teria que realizar novamente, mas antes disso, deveria ficar em repouso e não praticar atividades laborais intensas. Fiquei bastante assustado, com medo de ter dado algo ruim, mas o médico que realizou o exame me informou que deveria ficar tranquilo, e que após repetir a coleta, estaria liberando o laudo até o final da tarde. No dia seguinte, quando recebi o resultado, fui direcionado para uma consulta com o médico do postinho, e após entrega-lo o exame confirmou a alteração hormonal, me deu orientações e me encaminhou para o médico urologista do SUS em Cajazeiras-PB, e a partir dessa consulta fiz todos os exames necessários e a biopsia, confirmando assim o diagnóstico de CA.

2. QUAIS ORIENTAÇÕES FORAM LHE DADAS APÓS O RESULTADO POSITIVO DO EXAME PSA TOTAL?

QUERIA LHE PEDIR PARA ME CONTAR OS LUGARES E SERVIÇOS QUE O SR PASSOU POR CONTA DO CA. (PODE INCLUIR TRATAMENTO ESPIRITUAL, BENZEDEIRA, CHÁS, SERVIÇOS PÚBLICOS)

A QUAL SERVIÇO DE SAÚDE FOI ENCAMINADO?

RECEBEU ACOMPANHAMENTO DE ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE OU NÃO?

No momento que recebi o diagnóstico, fiquei muito desesperado, temendo muito a morte, e com vontade de antecipá-la. Procurei outras alternativas, uma benzedeira que residia próximo a minha residência, me aconselhou a tomar uns chás que seria bom para tratamento da próstata. Próximo a localidade da minha residência na beira de um açude, peguei as sementes de uma planta chamada “jurubeba” e ingeri, diante disso fiquei muitos dias sem fazer coco e urinar, não estava aguentando as dores. Decidi voltar para a Unidade de Saúde, para iniciar o meu tratamento, porque tentei esconder de todas as formas possível da minha família e dos profissionais de saúde do meu município. Pedi a minha amiga que é benzedeira, bem conhecida na cidade, que realizasse alguns rituais. Nos dias em que ia nela, ficava bem melhor e confiante, mas no dia seguinte sentia dores como se estivessem arrancado a minha região das nádegas e dos testículos, com um peso de 100 (cem) kg nessas regiões.

Quando passei no médico, pediu para não faltar nenhuma consulta de rotina, porque estava ausente há alguns meses, o mesmo solicitou consulta com urologista, logo depois tive uma resposta positiva para essa consulta, e nesse momento recebi a notícia que estava com CA de próstata, onde fui encaminhado para o serviço de saúde, habilitado na alta complexidade em oncologia. É muito distante do meu município a referência, foi muito sofrimento até chegar lá, quando fui a primeira vez não queria mais voltar, pensei em desistir, ceifar minha vida, ou fazer algo que me aliviasse o sofrimento, chegando a querer deixar de lado o sofrimento.

Quando vi aquelas pessoas para receberem tratamento, meu mundo desabou, não queria ser mais um naquela história, já que tinha no meu pensamento que o câncer era acompanhado da morte.

3. O SR. RECEBEU VISITAS EM CASA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, APÓS O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE PRÓSTATA? EX.: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, ENTRE OUTROS.

Sim! Recebi acompanhamento de alguns profissionais, por ser uma cidade pequena, achava que iria morrer sem assistência. Na secretaria de saúde do meu município, a funcionária que trabalha no setor de marcação, me encaminhou para grupos de NASF, terapeuta ocupacional, nutricionista e psicólogo. Recebi visitas do ACS, equipe do NASF-AB/3, o médico do posto de saúde, a médica cubana e a psicólogo, sendo esse último o que mais realiza visita na minha residência.

4. COMO O SRº SE SENTE E/OU SE SENTIU APÓS O DIAGNÓSTICO DO CA DE PRÓSTATA? INTERFERIU NA SUA VIDA COTIDIANA?

O mundo desabou, foi a pior notícia da minha vida, chorei muito nos primeiros meses, fiquei muito depressivo e ansioso, interferiu bastante no meu trabalho da agricultura, e não conseguia realizar as atividades laborais de antes, fiquei muito indisposto e não conseguia fazer relação sexual com minha companheira há alguns meses, na cama estava um “fracasso”.

5. OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DÃO O SUPORTE NECESSÁRIO NO SEU DIA A DIA? ORIENTAM SOBRE O TRATAMENTO?

O SRº TEM ACOMPANHAMENTO SEMANAL COM PROFISSIONAL PSICÓLOGO NA UBS?

O SRº JÁ PARTICIPOU DE ALGUM EVENTO INTITULADO “NOVEMBRO AZUL” NO MUNICÍPIO OU SOBRE O CÂNCER DE PRÓSTATA?

O SR SENTE-SE ACOLHIDO QUANDO BUSCA O SERVIÇO DE SAÚDE LOCAL? DE QUE MANEIRA?

Os profissionais de saúde me deram todo suporte necessário, me encaminharam para acompanhamento com outros profissionais, me orientaram em relação ao tratamento, no que devo estar fazendo e no que não devo. A fisioterapeuta me instruiu quanto a realização de exercícios físicos para melhoria da minha qualidade de vida, a nutricionista para me instruir quanto a adotar uma dieta balanceada, onde pode ser rica em proteínas, sais minerais, para regular as taxas de colesterol, triglicerídeos, açúcar.

O meu acompanhamento com o psicólogo é realizado semanalmente, quando não consigo vir na semana, venho quinzenalmente. Na Unidade Básica de Saúde, tem grupos de homem, que realizam atividades mensalmente e depois sempre passamos na sala da psicólogo, para termos uma breve conversa. Também temos encontros no terço dos homens às terças-feiras do mês na Paroquia Santo Afonso. A equipe fala sobre ações de prevenção para a saúde do homem, principalmente o câncer de próstata, câncer de pênis, vacinação e infecções sexuais.

Realizam entrega de panfletos, assistimos vídeos, escutamos músicas, dançamos, fazemos relaxamento com a fisioterapeuta e a psicóloga conversa no grupo com todos nós.

O “novembro azul” eles trabalham muito com informações sobre o câncer de próstata, inclusive, foi numa ação que tive a oportunidade de realizar o exame e ser diagnosticado.

O acolhimento é feito em uma sala com a enfermeira que a gente sempre encontra antes de começar os atendimentos, verifica a minha pressão e glicemia, meu peso, pergunta como está o tratamento, se estou me sentindo bem nos últimos dias, minhas queixas, se os profissionais estão atendendo minhas expectativas quanto ao serviço, e me encaminha para os demais profissionais, e realizam agendas para as próximas consultas.

ENTREVISTA PILOTO 03

PARTICIPANTE:

1. COMO SE DEU O ENCAMINHAMENTO DO SRº, APÓS REALIZAR O EXAME PSA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CARRAPATEIRA?

Depois que foi feito o exame do PSA na unidade básica de saúde de carrapateira eu recebi o resultado e fui procurar um médico especialista em João Pessoa o Dr. Juarez e fui diagnosticado que tinha um cisto entre a bexiga e a próstata, ele me pediu uma biopsia e foi constatado que o cisto era cancerígeno e que era preciso retirar.

2. QUAIS ORIENTAÇÕES FORAM LHE DADAS APÓS O RESULTADO POSITIVO DO EXAME PSA TOTAL?

QUERIA LHE PEDIR PARA ME CONTAR OS LUGARES E SERVIÇOS QUE O SR PASSOU POR CONTA DO CA. (PODE INCLUIR TRATAMENTO ESPIRITUAL, BENZEDEIRA, CHÁS, SERVIÇOS PÚBLICOS)

A QUAL SERVIÇO DE SAÚDE FOI ENCAMINADO?

RECEBEU ACOMPANHAMENTO DE ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE OU NÃO?

A equipe do posto após receber o resultado me aconselhou a procurar um especialista para ter um diagnóstico perfeito, passei também no médico dos municípios e ele suspeitou que poderia ser somente uma inflamação na próstata e tomei alguns medicamentos, e depois, como não teve o efeito correto pra ficar curado ele me orientou a procurar um especialista que no caso um médico de próstata e foi constatado que era câncer de próstata.

Tomei um chá indicado pelas pessoas por uns dias, chá de graviola, falavam de desinflamava a próstata mais no meu caso não foi resolvido, tomei ainda por uns dez dias, achei que não surtiu nem um efeito e adquiri no período que estava tomando chá umas mancha na pele e acho que pode ter sido causado pelo chá ou pelo excesso que eu estava tomando, tomava de três a quatro vezes por dia.

Depois que o médico particular diagnosticou o câncer e era necessário fazer a cirurgia falou que ia ficar em torno de doze mil reais e como eu não tinha condições falei pra ele que ia tentar procurar um médico pelo sus, no caso o Hospital Laureano porque não tinha condições de pagar a cirurgia, aí passei no hospital Laureano e foi constatado a mesma coisa que o médico particular disse.

Procurei algumas pessoas para me ajudar a encarar o problema de frente, não baixei a minha cabeça pra esse problema não, vou encarar de frente e se Deus quiser vou vencer. Todo o meu procedimento vai ser todo no Hospital Laureano agora, fui encaminhado pelo médico do município para procurar um urologista, um especialista na área, por que o médico me falou que o problema podia ser mais sério do que ele pensava.

3. O SR. RECEBEU VISITAS EM CASA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, APÓS O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE PRÓSTATA? EX.: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, ENTRE OUTROS.

Meus amigos e minha família sabem do meu problema e como estou sendo acompanhado pelo médico e os sintomas não são agressivos não achei necessário procurar a Unidade Básica de Saúde.

4. COMO O SRº SE SENTE E/OU SE SENTIU APÓS O DIAGNÓSTICO DO CA DE PRÓSTATA? INTERFERIU NA SUA VIDA COTIDIANA?

Quando recebi a notícia que estava com câncer de próstata fiquei meio caído mais depois fui pensando que temos que passar por tudo que Deus nos permite, eu vou passar por isso de frente

e se Deus quiser eu irei vencer, com a ajuda do Senhor dos amigos e da medicina eu irei passar por isso, até porque o médico falou pra mim que eu tenho 90% de chance de cura, é claro que vai ter algumas sequelas do período cirúrgico mais ai é outra parte que eu irei enfrentar, mais que ainda não pensei como irei enfrentar.

No meu trabalho interferiu muito, principalmente porque eu sinto dores muscular, no começo sentia só dor de urina, dor no pé da barriga, sentia muita fígada na própria próstata que era do cisto, mais essas dores muscular que eu tenho, principalmente quando me abaixo se não tiver alguma coisa pra se segurar é difícil de levantar, então interferiu no trabalho sim é tanto que estou procurando dar entrada no auxílio doença porque trabalhar na roça eu não tenho mais condições.

5. OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DÃO O SUPORTE NECESSÁRIO NO SEU DIA A DIA? ORIENTAM SOBRE O TRATAMENTO?

O SRº TEM ACOMPANHAMENTO SEMANAL COM PROFISSIONAL PSICÓLOGO NA UBS?

O SRº JÁ PARTICIPOU DE ALGUM EVENTO INTITULADO “NOVEMBRO AZUL” NO MUNICÍPIO OU SOBRE O CÂNCER DE PRÓSTATA?

O SR SENTE-SE ACOLHIDO QUANDO BUSCA O SERVIÇO DE SAÚDE LOCAL? DE QUE MANEIRA?

Ainda não achei necessário o acompanhamento da psicóloga, até porque ainda estou em processo de habilitar a cirurgia, estou fazendo a bateria de exames que o médico pediu e após esses exames que eu fizer pra marcar a cirurgia, e após a cirurgia que eu vou precisar passar com a psicóloga porque com certeza vai ficar algumas sequelas.

Sobre o câncer de próstata nunca fui a nem um evento realizado pela unidade básica de saúde, fui até chamado mais a gente sempre pensa que nunca vai acontecer com a gente, infelizmente nunca acompanhei nem uma palestra sobre essas doenças, me sinto bem acolhido pelo pessoal do posto de saúde, geralmente passo primeiro pela recepção, depois passo na enfermaria onde eles medem minha pressão e depois o médico, sou bem atendido por todos.

ENTREVISTA PILOTO 04

PARTICIPANTE:

1. COMO SE DEU O ENCAMINHAMENTO DO SRº, APÓS REALIZAR O EXAME PSA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CARRAPATEIRA?

Primeiro comecei pelo posto de saúde da cidade depois teve o encaminhamento para cajazeiras para o médico Paulo Gonçalves, fiz alguns exames com ele e ele achou um pouco alterado, e hoje estou fazendo um acompanhamento em João Pessoa na clínica do Dr. João Dornelas, os dois são urologistas, para tratar a minha próstata, que eles falaram que tinha nódulos, uns caroços nela.

Depois do resultado fui para Cajazeiras, estava fazendo o tratamento e fiquei meio nervoso e procurei em João Pessoa um centro de saúde mais avançado, mais não reprovou cajazeiras também não o médico de lá é muito bom também, Dr. Paulo Gonçalves ele ágil da forma correta.

Procurei também o pessoal do posto de saúde, enfermeiro, biomédico, todos eles ficaram me acompanhando recebi também visita na minha casa do agente de saúde, biomédico, técnico de enfermagem, todos eles estavam me ajudando, me sinto bem fisicamente, os médicos estão acompanhando meu caso e estou trabalhando normalmente. Essa foi minha sorte, fui bem assistido.

2. QUAIS ORIENTAÇÕES FORAM LHE DADAS APÓS O RESULTADO POSITIVO DO EXAME PSA TOTAL?

QUERIA LHE PEDIR PARA ME CONTAR OS LUGARES E SERVIÇOS QUE O SR PASSOU POR CONTA DO CA. (PODE INCLUIR TRATAMENTO ESPIRITUAL, BENZEDEIRA, CHÁS, SERVIÇOS PÚBLICOS)

A QUAL SERVIÇO DE SAÚDE FOI ENCAMINADO?

RECEBEU ACOMPANHAMENTO DE ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE OU NÃO?

O pessoal do posto de saúde sempre me orienta, me fazem visitas e a hora que eu precisar eles estão aqui e sempre que eu procuro o posto de saúde, eles não demoram a me atender, caso eu necessite alguma coisa é só ligar que eles vem, apesar de ser ensinado a fazer as visitas ao psicólogo do posto de saúde, eu achei que não era necessário, por que os médicos me falaram que essa alteração não era nada que me preocupe. Depois que ele começou a pedir exames e medicamentos é que comecei a desconfiar que estava com uma doença ruim.

Na unidade de saúde eles dão palestras, rodas de conversas, encontros e eventos, inclusive essa alteração na próstata foi descoberta em uma das palestras oferecidas pelo posto de saúde, daí teve o encaminhamento do posto de saúde para um médico especialista da área, foi graças a palestra que eu descobri, porque antes dela o que eu sentia achava que era normal, sentia uma ardência na urina e dor nas nádegas e outras coisas, porém achava que não tinha nem uma alteração na próstata.

3. O SR. RECEBEU VISITAS EM CASA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, APÓS O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE PRÓSTATA? EX.: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, ENTRE OUTROS.

Os profissionais de saúde fizeram algumas reuniões explicando sobre a alteração do exame da próstata, participei de dois eventos do novembro azul eu achei bem proveitoso é tanto que foi aí que foi notificado a alteração do meu caso, talvez se não fosse essa campanha eu não teria descoberto nada e depois que teve esses eventos no posto de saúde a população começou a se cuidar mais, procurar mais a unidade de saúde e eu achei um avanço muito grande para a saúde

daqui, recebi orientação o pessoal do posto de saúde mostrou o que tinha que ser feito, como procurar os profissionais adequados.

4. COMO O SRº SE SENTE E/OU SE SENTIU APÓS O DIAGNÓSTICO DO CA DE PRÓSTATA? INTERFERIU NA SUA VIDA COTIDIANA?

Quando recebi a notícia que estava com câncer, por Deus, fiquei depressivo, não saía de casa, não me relacionava com minha esposa e nem fazia amor, já fazia meses que não conseguia, foi desesperador. Já frequentava a igreja assembleia de Deus, mas abandonei, me sentia envergonhado, era muitas perguntas dos irmãos, na igreja que frequentava. Até que um dia o pastor foi na minha casa, já muito debilitado, fazendo tratamento para câncer, nem gosto de falar esse nome! Se soubesse tinha procurado antes o tratamento, mais o medo de descobrir a doença era maior. Me batizei na igreja, e tive uma grande melhora, a minha fé tem me ajudado bastante. Alguns amigos do grupo dos homens me chamam pra ir para um bezendor que é até conhecido da gente, mas não acredito, mas eles vão e isso não me importa, mais diziam que minha bisavó era, e dizia que funciona. A minha fé, é maior do que esse mal. Tomei muito suco de tomate, para desinflamar a próstata no começo do tratamento.

5. OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DÃO O SUPORTE NECESSÁRIO NO SEU DIA A DIA? ORIENTAM SOBRE O TRATAMENTO?

O SRº TEM ACOMPANHAMENTO SEMANAL COM PROFISSIONAL PSICÓLOGO NA UBS?

O SRº JÁ PARTICIPOU DE ALGUM EVENTO INTITULADO “NOVEMBRO AZUL” NO MUNÍCIPIO OU SOBRE O CÂNCER DE PRÓSTATA?

O SR SENTE-SE ACOLHIDO QUANDO BUSCA O SERVIÇO DE SAÚDE LOCAL? DE QUE MANEIRA?

Me senti acolhido quando procuro a unidade básica de saúde, eles estão sempre de portas abertas e atendem a gente muito bem, sempre que eu preciso para qualquer coisa eles estão prontos a me atender até além do meu caso como pra verificar pressão e outras coisas, sempre que eu chego lá tem sempre um profissional disponível pra me atender. La todos os profissionais me acolhem bem, tanto pra verificar pressão como pra exame de glicemia e outros.

ENTREVISTA 5

PARTICIPANTE: M.S.N

1. COMO SE DEU O ENCAMINHAMENTO DO SRº, APÓS REALIZAR O EXAME PSA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CARRAPATEIRA?

Eu fui para o posto num evento que teve lá do novembro azul, o Biomédico fez meu exame e depois ele me chamou lá de novo me disse que tinha dado uma alteração e perguntou se podia fazer o exame outra vez e eu disse pode sim meu véi, passou um pedaço e ele me chamou na sala do médico tava ele e o enfermeiro.

2. QUAIS ORIENTAÇÕES FORAM LHE DADAS APÓS O RESULTADO POSITIVO DO EXAME PSA TOTAL?

QUERIA LHE PEDIR PARA ME CONTAR OS LUGARES E SERVIÇOS QUE O SR PASSOU POR CONTA DO CA. (PODE INCLUIR TRATAMENTO ESPIRITUAL, BENZEDEIRA, CHÁS, SERVIÇOS PÚBLICOS)

A QUAL SERVIÇO DE SAÚDE FOI ENCAMINADO?

RECEBEU ACOMPANHAMENTO DE ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE OU NÃO?

O médico perguntou se eu tava sentido alguma coisas nos últimos dias ai eu disse a ele que tava com muita dor de urina e quando ia urinar saia só uns pingos e ardia muito e que também tava com umas dores no pé da barriga ai ele disse que eu tinha uma alteração e que eu ia ter que procurar um especialista em próstata ele me deu uma requisição e mandou eu ir lá na menina que marca as consultas eu fui lá, entreguei o papel a ela ai foi ela me disse que quando marcasse mandava o agente de saúde me avisar na outra semana a menina mandou um recado que tinha marcado minha consulta pra segunda feira, de manhã, logo fui pra Cajazeiras e levei o resultado do exame o médico pediu o exame pra ver e eu entreguei a ele ai ele me disse que eu tinha CA de próstata

3. O SR. RECEBEU VISITAS EM CASA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, APÓS O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE PRÓSTATA? EX.: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, ENTRE OUTROS.

4. COMO O SRº SE SENTE E/OU SE SENTIU APÓS O DIAGNÓSTICO DO CA DE PRÓSTATA? INTERFERIU NA SUA VIDA COTIDIANA?

Na hora eu fiquei muito assustado por que uma doença ruim, uma dessa ninguém nunca espera, eu já pensei que ia morrer minha mulher começou logo a chorar e eu falei tenha calma mulher tudo e como Deus quer ai o médico me disse pra eu ficar tranquilo que tinha tratamento e que ia ficar bom me deu outro papel e me mandou voltar lá para o postinho quando cheguei de Cajazeiras já fui direto pro posto e disse pra minha mulher pra não dizer a ninguém eu tava com vergonha do povo sabe e ficar dizendo que eu não era mais homem e que não ia dar mais conta da mulher o povo fica falando que essas doenças deixa o homem frio e logo eu pegar uma doença dessa não me conformava.

5. OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DÃO O SUPORTE NECESSÁRIO NO SEU DIA A DIA? ORIENTAM SOBRE O TRATAMENTO?

O SRº TEM ACOMPANHAMENTO SEMANAL COM PROFISSIONAL PSICÓLOGO NA UBS?

O SRº JÁ PARTICIPOU DE ALGUM EVENTO INTITULADO “NOVEMBRO AZUL” NO MUNÍCIPIO OU SOBRE O CÂNCER DE PRÓSTATA?

O SR SENTE-SE ACOLHIDO QUANDO BUSCA O SERVIÇO DE SAÚDE LOCAL? DE QUE MANEIRA?

Entreguei os papel que o médico mandou aos meninos ai foi me disseram que ei ser encaminhado para o Lauriano em João Pessoa chega senti meu sangue fugir, eu disse o menino agora tô morto mesmo, esse hospital só vai gente que tá pra morrer me deu um mal de chorar eu me tremia todinho ai o enfermeiro me disse pra ter calma me levou pra falar com a psicóloga, ai me acalmei mas e fui pra casa ai peguei e fui lá na casa do pastor mas minha mulher que e crente pedir pra ele orar por mim eu fiz uma promessa que se eu ficasse bom ia passar pra lei dos crentes, meu fi eu tomei tanto remédio dos matos que me ensinaram chá de quebra pedra água de ruma que disseram que era boa a pra desinflamar até pra um doutor que enfia umas agulhas no corpo da gente eu fui, que é um dia de acunpunturista. Aí uma dia fui num culto mas minha mulher tinha uma pastor de fora que orava e o povo era curado eu tinha certeza que ele ia me curar mas ei meu vei só quem cura e Deus. Aí fiquei em casa em quanto marcava a cirurgia quando sentia dor ia pro posto ele me dava injeção e passava mas a dor. Toda semana a psicóloga vinha aqui em casa o medico e a enfermeira também ai toda vez ele diziam qualquer coisa o senhor nos procura, e quando me senti mal as vezes eu ligava pra menina de Piu ela vinha aqui, tirava minha pressão media minha diabete o povo do posto foi muito bom pra mim não me faltou nada direto, tinha gente do posto aqui. Aqui em carrapateira tem mas gente com essa doença ai uma vez por mês agente vai la pro posto tem uma sala nós fica tudo lá aí tem dia que o médico que vem falar com nois outra vez e a psicóloga mas o dia que eu mas gosto e quando tem a fisioterapeuta faz uns exercícios bom nós senta tudo nuns coxão no chão pense como eu gosto.

Tem sido o doloroso o caminho que tenho percorrido, mais Deus é o meu sustento. Tomei alguns chás de quebra-pedra, até que eu achava que era pedra nos rins. Era uma dor forte que sentia, a urina queimava, achava que ia passar, tomei muitos dipironas e anador. Tinha que me cuidar e não aguentava mais o sofrimento.

Vocês aí do posto me ajudaram muito nem sei o que eu tinha feito se não fosse eles viu se não fosse aquele evento do novembro azul eu tinha morrido porque quando fosse descobrir já era muito tarde.

ENTREVISTA 6

PARTICIPANTE:

1. COMO SE DEU O ENCAMINHAMENTO DO SRº, APÓS REALIZAR O EXAME PSA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CARRAPATEIRA?

Eu sentia umas coisa na hora que ia mijar, aí eu falei com a ACS e ela me disse que era pra passar no médico. Então eu fui no médico morrendo de medo de ser uma coisa ruim. Quando cheguei lá o médico pediu exames e quando eu fiz, tinha dado alteração no exame da próstata. A equipe da unidade básica de saúde me encaminhou pra um médico especialista lá em João Pessoa no hospital Laureano.

2. QUAIS ORIENTAÇÕES FORAM LHE DADAS APÓS O RESULTADO POSITIVO DO EXAME PSA TOTAL?

QUERIA LHE PEDIR PARA ME CONTAR OS LUGARES E SERVIÇOS QUE O SR PASSOU POR CONTA DO CA. (PODE INCLUIR TRATAMENTO ESPIRITUAL, BENZEDEIRA, CHÁS, SERVIÇOS PÚBLICOS)

A QUAL SERVIÇO DE SAÚDE FOI ENCAMINADO?

RECEBEU ACOMPANHAMENTO DE ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE OU NÃO?

Depois do resultado do exame, fui encaminhando pra o hospital Laureano em João Pessoa, Eu fiquei com tanto medo, nunca tinha saído da minha cidade, não sabia o que esperar de lá, se escaparia e conseguiria viver depois disso. Lá na cidade grande foi pedido novos exames e uma biopsia. Foi tão constrangedor tudo isso, tive tanto medo que morreria e deixaria toda a minha família.

Quando eu soube o que eu tinha eu comecei a tomar um chá que iria desinflamar a próstata, fui na benzedeira Maria lá no sítio riacho Cachoeira, tomava banho com ervas, clamava a Deus por uma cura e pedindo pra não me deixar morrer. Me tornei uma pessoa cheia de fé e esperança para enfrentar esse problema danado.

Fui encaminhado ao serviço de saúde em Cajazeiras, para um médico da próstata. Chegando lá o médico avaliou o exame que tinha dado alterado, fez o exame do dedo, e me pediu para procurar a secretaria de saúde do município para marcar outros exames, e quando recebesse os exames voltasse pra lá, que ele queria avaliar. Depois que fiz os exames, me mandaram pra ele novamente, foi quando ele disse que eu tinha que fazer uma biopsia, pra saber se era câncer. Nesse momento fiquei com muito medo, tive vontade de sair correndo, desesperado. Quando recebi a biopsia, fui encaminhado para fazer o tratamento em João Pessoa, no hospital que trata o câncer. Procurei também outros meios pra me curar, um curandeiro de uma cidade perto de Carrapateira, ele fica em uma pedra, para atender o povo que tem enfermidade, tomei chá de babosa que minha avó ensinava.

Sim. Eu fui acompanhado pela minha agente de saúde, pelo médico, pela enfermeira e a psicóloga. Todos me ajudaram a enfrentar minha doença. Tudo era muito novo e difícil pra mim. Eu só pensava que ia morrer, mais eles iam me dando força pra enfrentar essas dificuldades.

3. O SR. RECEBEU VISITAS EM CASA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, APÓS O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE PRÓSTATA? EX.: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, ENTRE OUTROS.

Recebia sempre as visitas da equipe de saúde na minha casa, eles são anjos enviados por Deus para ajudar as pessoas com câncer como eu, nos momentos mais difíceis é que encontramos forças uns nos outros pra viver cada dia de uma vez, temos dias difíceis e dias bom.

4. COMO O SRº SE SENTE E/OU SE SENTIU APÓS O DIAGNÓSTICO DO CA DE PRÓSTATA? INTERFERIU NA SUA VIDA COTIDIANA?

Eu me senti horrível, só pensava que ia morrer, que ia deixar minha família, meus filhos, que não veria meus netos crescer, nossa foi uma sensação horrível, um desespero sem tamanho. O ca afetou minha vida de uma forma que não sei descrever, no começo eu me isolei das pessoas, da família pensando no pior, que se eu me afastasse deles quando eu morresse ia ser mais fácil pra eles viverem sem mim, já não sentava pra conversar com os amigos, não tinha mais animo pra viver. Com o passar dos dias, com a ajuda dos profissionais da equipe eu fui tendo esperança que ia viver, foi onde procurei outras forma de me curar, tendo fé em Deus, nos médicos, na benzedeira e nas ervas.

5. OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DÃO O SUPORTE NECESSÁRIO NO SEU DIA A DIA? ORIENTAM SOBRE O TRATAMENTO?

O SRº TEM ACOMPANHAMENTO SEMANAL COM PROFISSIONAL PSICÓLOGO NA UBS?

O SRº JÁ PARTICIPOU DE ALGUM EVENTO INTITULADO “NOVEMBRO AZUL” NO MUNÍCIOPIO OU SOBRE O CÂNCER DE PRÓSTATA?

O SR SENTE-SE ACOLHIDO QUANDO BUSCA O SERVIÇO DE SAÚDE LOCAL? DE QUE MANEIRA?

Sim. Eles estão sempre orientando, tirando dúvidas, passando esperança pra gente. Temos o grupo de apoio onde conversamos, compartilhamos experiências e apoiando uns aos outros.

Sim. A psicóloga está sempre presente nos encontros do grupo de apoio, temos conversas individuais com ela para tirarmos dúvidas, medos e anseios. Ela tem muita paciência com a gente.

Todos os meses a unidade de saúde desenvolve atividades para os homens, fazem palestras com entrega de panfletos, rodas de conversa para compartilhar experiências e vivências do dia a dia, temos também o grupo de idosos e o grupo de apoio aos pacientes com câncer, esses grupos nos ajudam a ter esperança de que dias melhores acontecem e que juntos podemos enfrentar esse problema.

Sim. Todos os anos a secretaria de saúde faz o novembro azul, com palestras, exames da prostata, panfletagem e uma roda de conversas onde a gente divide experiências. É um dia muito importante pra gente.

Me sinto muito acolhido, todos me recebem com muito amor e carinho, a equipe da unidade sempre nos recebe com muita atenção, procurando saber como estou, o que preciso, qual o serviço que estou procurando hoje.

ENTREVISTA 7

PARTICIPANTE:

1. COMO SE DEU O ENCAMINHAMENTO DO SRº, APÓS REALIZAR O EXAME PSA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CARRAPATEIRA?

Eu não sentia nada, vivia aqui brocando, Cuidando das minhas vaquinhas, dos meus cabritos, vivendo aqui na luta, trabalhando muito e achei que nunca ia adoecer, comecei sentir umas dores aqui na barriga, forte, me alimentar mal, e a minha mulher achou melhor eu ir no posto de saúde lá da cidade, fui lá e fui muito bem atendido, por Daniel, Secretário de saúde do nosso município, o povo lá, as enfermeiras, psicólogo, dentista, todos me acolheram, me atenderam. Eu não estava mais aguentando, achei que ia morrer. Me acolheram lá, me avisaram umas perguntas, uns exames, e disseram que eu tinha que passar no médico lá em Cajazeiras, pra mim aquilo já foi o mundo caindo em cima de mim, porque eu achei que nunca precisasse sair de Carrapateira, pra ir pra Cajazeiras, pra um médico, numa cidade longe, não gosto de viajar, gosto mais do meu lugar aqui e mesmo assim eu achei que eu tinha que realmente atender o pedido do povo do posto de saúde, pra mim ir tratar da minha luta, da minha roça, que é onde eu vivo feliz com a minha família. Trabalhando já 58 anos, sempre trabalhei aqui, na agricultura, plantando, meus familiares, meu pai que já morreu, minha mãe, e graças a Deus sempre dando certo e fui muito bem atendido no posto de saúde, orientado a ir pra cajazeiras e lá foi marcada uma consulta e foi diagnosticado um problema serio e achei que ia morrer, fiquei desesperado. Não dormia mais, não se alimentava mais, muitos dias sem dormir, mas Deus deu a luz e a gente passou a ir mais pra igreja. Fui na igreja, a mulher rezadeira lá, aquelas que ficam lá na frente com o padre, depois me acolheram lá, me orientaram rezar pra mim, fizeram uma Missa de ação de graças pela minha saúde, pela minha recuperação e me deram muita esperança.

DAN – Depois que o senhor recebeu o resultado do exame de próstata, quem lhe encaminhou? Os profissionais da nossa equipe de saúde falaram alguma coisa?

Lá em Cajazeiras o médico disse que eu tinha que voltar pro posto de saúde pra fazer o meu encaminhamento, fazer minha preparação, para eu ir pra João Pessoa, para passar no médico que trata desses problemas de saúde que a gente sabe que muita gente, tem muitos homens, me disseram que eu ia ficar bom.

DAN – O resultado positivo saiu aqui no posto de saúde em Carrapateira, num foi?

Foi, foi feito um exame e depois, uns dois, três dias eu voltei com minha mulher e a enfermeira, o enfermeiro e o médico me deu o diagnóstico, problema de câncer de próstata e eu chorei muito esses dias, fiquei desesperado, achei que não ia sobreviver.

DAN – O senhor passou em quais lugares depois que descobriu o câncer de próstata? O senhor foi pra algum lugar, alguma casa espiritual? Alguma benzedeira? Tomou algum chá? Procurou outro serviço público além do de Carrapateira e de Cajazeiras?

Procurei sim, tem uma rezadeira aqui na nossa comunidade, e depois disso, na cidade de Sousa tem um homem que vive lá sobre uma montanha de pedra, um homem que cura todo problema de saúde, é um homem que tem muita fé em Deus, e eu fui convidado pra ir nesse homem, juntamos um monte de gente da nossa comunidade e partimos lá pra esse homem chamado “Zé das pedras”, um rezador, um homem com muita fé e fui pra lá e graças a Deus saí de lá com o peito cheio de esperança que ia ficar muito bom, ia ficar bem, ia voltar a brocar, a cuidar das minhas vaquinhas, dos cabritos que tenho aqui na propriedade e graças a Deus, o Senhor nos ajuda, da igreja, do rezador, meus amigos aqui da comunidade, as pessoas que viveram comigo

muito tempo, tem me dado muito concelho pra mim acreditar, ter fé em Deus e graças a Deus está dando tudo certo.

DAN – o senhor tomou algum chá?

Muito chá, chá de pau-ferro, chá de angico, de arueira, de mororó, mororó que é um pau forte, entendeu? Chá de casca de cajueiro.

DAN – O senhor tomava por que? Alguém informava alguma coisa?

É uma coisa que vem dos meus avós, meus avós sempre faziam chá, iam buscar raízes no mato, casca de pau, de tudo quanto é diversidade, de arueira, de umburana, de mororó, chá de capim verde, de erva cidreira, chá de emo e por aí eu fui tomando esses remédios e tem a esperança que me ajudou muito com as rezas com o rezador de Sousa, tem me ajudado muito.

DAN – o que me chamou atenção na historia do senhor foi o senhor contar sobre a historia desse curandeiro, o senhor pode me informar como o senhor soube? Onde é o lugar que ele atende lá?

Esse curandeiro fica lá perto de Sousa, do lado de aparecida, entre Sousa e Aparecida. Tem uma história já de muito tempo que eu até num acreditava que esse homem era tão importante, que acreditava muito em Deus, homem de fé, e já de muito tempo tem historia desse homem lá que as pessoas vão quando tem problema de saúde, quando tem algum pedido a Deus, algum problema que a família tem e eles buscam nesse homem aí, orientação, né? E eu fui lá porque há muito tempo tem história desse homem na região de Sousa e Aparecida que faz a cura das doenças, dos problemas de saúde do nosso povo, e de outros problemas. Eu fui pra lá através dessas informações, informação do povo da nossa região, não só da comunidade, mas dá cidade, de amigos que moram em São José de Piranhas, em Nazarezinho, que me davam informação que tinha esse homem na região de Sousa e Aparecida.

1. QUAL O SERVIÇO QUE O SENHOR FOI ENCAMINHADO DEPOIS DE DIAGNOSTICAR O CÂNCER DE PRÓSTATA AQUI NO MUNICÍPIO DE CARRAPATEIRA, DE TER DADO ALTERAÇÃO NO SEU EXAME NO POSTO DE SAÚDE?

Foi dada essa alteração no meu exame, uma notícia muito ruim, que eu tava com alteração na próstata, com a próstata adoecida, não gosto nem de falar nesse câncer. Eu fui orientado pela equipe de saúde e a prefeita me deu o carro pra eu ir pra João Pessoa e lá tem o hospital Laureano que as pessoas tem esses problemas câncer de próstata e outros problemas de saúde, e lá tem a casa de apoio do município que acolhe as famílias, que recebe as famílias e a gente pode dormir lá, porque se não fosse eu não tinha condições, um agricultor pra ir pra capital, eu não tenha condições de jeito nenhum de fazer esse tratamento, e lá fui para a casa de apoio, e a prefeita colocou o motorista que já conhece o hospital, e no outro dia fui pra lá, tinha muita gente, fiquei com a cabeça quente nesse dia, me desesperei, mais minha mulher e o motorista pediram para que eu ficasse calmo, pois eu ficaria bom, iria encontrar a cura, e uma fila enorme, do documento, depois pra conversar com uma mulher e depois passar no médico, foi bem umas duas horas ou mais pra ser atendido, isso o ano passado, e graças a Deus o médico disse que eu tinha que fazer uma cirurgia, como eu fiz nesse hospital, e depois tinha que fazer umas cremação, tomar umas medicações que só lá no hospital tem, nem poder comprar a gente pode comprar. Se num fosse assim, eu ia morrer mesmo porque não tinha dinheiro para comprar esse remédio, pois é muito caro. Recebi todo o tratamento, o município me apoiou e minha família venderam umas vacas para ajudar nas despesas lá.

O SENHOR RECEBEU ACOMPANHAMENTO DE ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE OU NÃO?

Recebi sim, a prefeita mandou uma enfermeira, primeira vez que fomos pra lá, foi a enfermeira que foi com a gente, acompanhada na ambulância com o motorista, e depois foi marcada outra data que foi só o motorista que foi comigo.

O SENHOR RECEBEU ALGUMA VISITA DE ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE NA SUA CASA, APÓS O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER?

Depois que eu voltei pra casa, além do povo da saúde, do posto de saúde, do município, todo dia eu tinha visita e todo dia vinha enfermeira, as vezes um enfermeiro que me atendia aqui, que fazia minha pressão, colocava um termômetro pra saber se eu estava com febre, trazia um remédio pra dor e assim eu fui muito bem atendido, todo dia com esse povo lá da cidade, do posto de saúde vindo na minha casa, procurar saber como é que eu estava, se que estava me recuperando, graças a Deus achei que ia morrer, mas estou vivo e sã, novamente pegando no cabo da foice, colocando minha broquinha, cuidando da minha criação e da minha família.

DAN – o agente comunitário de saúde também fazia sua visita?

O agente comunitário já vivia por aqui colocando o remédio na agua pra nós beber, pra num dar dor de barriga, e foi a primeira pessoa que eu tive o contato aqui no município sempre tá por aqui pela comunidade, olhando as aguas, olhando se tem mosquito que morde e a gente pode pegar doença.

COMO O SENHOR SE SENTIU APÓS O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE PRÓSTATA, INTERFERIU NA SUA VIDA, NO SEU DIA A DIA?

Acabou minha vida, meu filho, no começo tava tudo acabado, não existia mais nada, nem mulher podia fazer nada, achei que o mundo tinha se acabado pra eu, não conseguia mais fazer nada, não podia trabalhar que é o que eu mais gosto de fazer, cuidar da minha luta, fazer as cercas, plantar as minhas batatinhas quando o açude vai secando.

DAN – nesse período o senhor parou de trabalhar? Se sentia muito fraco? Não conseguia trabalhar, nem fazer relação sexual com sua companheira? Como é, ficou do mesmo jeito? O senhor conseguia manter a relação com sua companheira, o senhor conseguia se envolver?

Fiquei mais de ano, meu filho, sem mexer na mulher, sem saber o que era uma mulher, sem poder trabalhar, uma pessoa que não prestava mais pra nada, mais foi aos poucos, conversando com os amigos, com outras pessoas que já tiveram esse problema de saúde, que visitavam minha casa e me dizia “Sr. Severino, tenha fé que eu já passei, já vivi esse problema que o senhor tá vivendo, passando, o senhor vai superar, vai ficar bom e vai voltar a fazer tudo o que o senhor fazia, cuidar da luta, ter a sua vida normal com a mulher”

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, DA UNIDADE DE SAÚDE DÃO O SUPORTE NECESSÁRIO NO SEU DIA A DIA, ORIENTARAM SOBRE O TRATAMENTO, QUE O SENHOR IA SENTIR DOR QUE ELES ESTAVAM AQUI PRA LHE AJUDAR, COMO FOI? OS PROFISSIONAIS LHE ENSINAVAM, CONVERSAVAM?

Foi a sorte porque se não eu tinha morrido muito cedo, já tinham me enterrado lá na cidade, já tava lá com Deus a muito tempo, porque foi esse povo que me ajudou muito, que vinha aqui todo dia, chegava uma ambulância aqui, outra hora chegava outro carro e sempre tava aqui em casa orientando minha mulher, meus filhos. Meus filhos também ficaram desesperados em ver o pai deles doente, e foi a minha salvação, foi esse povo lá da cidade, do posto de saúde. A Andressa, Daniel que é o secretário de saúde do município, foi quem mais me ajudou, que teve aqui, e até me ajudou com dinheiro quando eu precisava, minha renda sempre foi pobre da roça,

e pobre da roça não tem praticamente nada, duas vaquinhas quando tem pra tirar o leite, aí vende os bezerros logo quando nasce pra pagar uma conta, fica com uma vaca e aí de repente tem que vender as vacas, eu não vendi minhas últimas vacas porque Daniel me ajudou muito, com a prefeita, sempre me ajudando. De repente chegava aqui com uma feira, me dá dinheiro pra eu ir pra João Pessoa, se não fosse esse povo eu já tinha me acabado, já estava lá com Deus.

DAN – Quer dizer que o senhor recebia né o atendimento no dia a dia, a equipe conseguia vim, sempre vinha profissionais na sua casa, né isso?

Todo dia, meu filho, as vezes de manhã e de noite.

DAN – Quando sentia dor vinha alguém pra medicar o senhor? Fazer o tratamento?

Quando eu sentia dor, as vezes que eu chegava aqui de manhãzinha, minha mulher mandava meu menino ir lá na cidade chamar o povo da unidade de saúde, que eu tava sentindo muita dor, então geralmente vinha de manhã e de noite e me dava remédio.

DAN – Recebia alguma medicação no posto? Injeção? Quando o senhor estava pior?

Quando eu senti muita dor, tinha que ir pra injeção, aí passava, com 10 minutos já não estava sentindo mais nada. Chegava em casa sempre sentindo dor, mas aos poucos fui melhorando com o tratamento de João Pessoa, voltei pra fazer consulta com o médico que me operou. Graças a Deus estou me recuperando, daqui uns dias quero voltar a cuidar das minhas vacas, cabritos, e a vida vai voltar como era antes, se Deus quiser.

DAN - O senhor tem acompanhamento semanal com psicólogo na unidade de saúde?

Tem uma mulher que me dá uns concelhos, conversa comigo, a psicóloga. E eu muito feliz, com as perguntas, com as conversas, por isso que é bom estudar, ela é uma pessoa que tem muita coisa boa na cabeça, então graças a Deus fui muito bem conversado com aquela mulher no posto de saúde. Graças a Deus estou me dando muito bem com o tratamento.

DAN – O seu tratamento é mensal, semanal?

Vou toda semana no posto de saúde e todo dia vem um enfermeiro aqui na minha casa, e me atende muito bem. E uma vez vou no hospital laureano em João Pessoa. Esse ano a gente tá indo e tá tendo um reboiço danado, parece que tá faltando medicação, o governo parece que não está mais mandando medicação. Inclusive passaram aqui fazendo uma campanha para ajudar o hospital, agora nós sabemos a importância de ajudar aquele hospital.

DAN – O senhor sabe identificar algumas ações preventivas que a unidade básica de saúde fornece para os homens mensalmente? O senhor vai ao grupo de idoso do posto de saúde? Aquelas rodas de conversa? Palestra? O senhor participa disso na unidade de saúde?

Lá no posto de saúde tem uma reunião com os homens da cidade e dos sítios da nossa cidade, e lá tem até bolo com guaraná, é uma festa. E todo mundo é acolhido lá e orientados a fazer exames, a saber se está com problema de saúde. Se eu tivesse andado mais no posto de saúde, tivesse frequentado mais essa reunião que tem todo mês lá, eu com certeza não estaria passando por isso, tinha sabido desse problema de saúde mais cedo, dessa doença que tem me castigado muito, mas agora eu vou lá e tem muitos homens pra lá, e a gente se sente muito bem, é muita conversa boa, muita gente falando do problema que teve e nessa conversa a gente tá aprendendo muita coisa, a gente vai sabendo que esses problemas tem na cidade toda, no estado, no Brasil. Até deputado tem esse problema e não era pra ter porque é rico.

DAN – Vocês gostam das palestras que os profissionais fazem?

Muito boa as palestras, tem um rapaz lá muito conversador, Daniel e um tal de um Auber, neto do meu compadre Boiadeiro, falecido. Esse neto dele, palestrante, fala bonito, tem umas conversas muito boas, faz a gente ate dar risada, orienta nós, tem Andressa, a psicóloga e um médico bom danado.

DAN – O senhor já participou de algum evento intitulado novembro azul no município?

No primeiro ano eu não participei, achei que era uma besteira. Achei que aquele povo estava sendo besta, Daniel que tá acompanhando meu problema e Andressa que vem com ele, e eles andavam aqui com os agente de saúde dizendo que ia ter uma reunião no clube da cidade, que ia conversar com os homens sobre os problemas de saúde, sobre o problema do homem, essa doença da próstata, mas eu achava que era coisa pra gente besta e num fui não. Hoje eu vou, tem ano tem, já passaram aqui dizendo que eu vou ter que participar de novo do novembro azul, que vai conversar com os homens, para dar a orientação certa pra se livrar desse mal, dessa doença, evitar essa doença, porque se eu tivesse acreditado mais neles, na orientação deles, tenho certeza que minha história era diferente.

DAN – O senhor achava que nunca ia adoecer?

Achava, trabalhando na roça todo dia, fazendo cerca, tirando o leite, plantando milho, feijão arroz, batata, mamão, tomate, cuidando de tudo isso com muito sofrimento, muita sede, com a seca que quase acabou com a plantação. Se Deus quiser, depois de me curar dessa doença eu vou voltar a cuidar e vou frequentar mais as palestras que tem lá, todo ano agora, pra mim é uma festa, fico marcando é a data no ano.

DAN – Quem faz as palestras? O psicólogo faz roda de conversa, palestra?

Tem umas conversas lá depois da grande palestra vai o povo da saúde todinho, um monte de gente, tem bem uns 20 a 30 homens e mulheres lá, enfermeiros, médico, a psicóloga, a mulher que eu tenho conversado muito com ela, depois que eles falam lá, fazem as conversas dele no microfone, eles falam muito bonito, eu gostei muito do ano passado, já estava doente.

DAN - Inclusive foi depois do evento do novembro azul que o senhor fez o exame e descobriu, não foi?

Foi, eu e os meus compadres daqui fizemos tudo num dia só o exame. Era um monte de gente, os homens da cidade também.

DAN – Quando o senhor procura a unidade de saúde se sente acolhido? Quando vocês chegam na unidade, quais são os encaminhamentos?

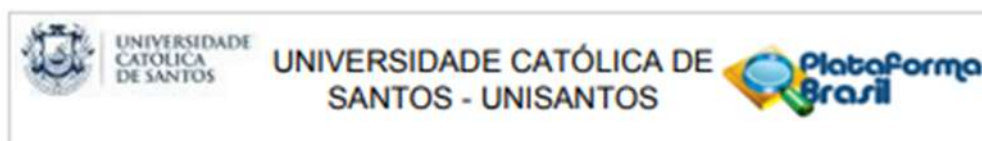
Passa na mulher que nota os nomes e manda pra uma sala com duas enfermeiras que vai medir a pressão arterial, pra saber se está boa. Depois vamos pra outra sala conversar com o médico, depois passa na sala da psicóloga.

DAN - Quanto ao serviço de saúde que o senhor passa, o senhor pode me dizer de que forma o senhor se sente acolhido? Como o senhor se sente quando chega na unidade de saúde? O senhor acha que lá faz bem pro senhor? O senhor tem vontade de ir? De estar sendo recebido pelos profissionais?

Lá pra mim todos são meus filhos e minhas filhas, me acolhem bem, me recebem bem lá, me sinto muito em casa, é a mesma coisa de estar em casa e eu volto pra casa satisfeito.

ANEXOS

ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA NA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO NA SAÚDE DO HOMEM

Pesquisador: DANIEL TAVARES DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14813219.3.0000.5536

Instituição Proponente: Universidade Católica de Santos - UNISANTOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.391.703

Apresentação do Projeto:

"O presente estudo se trata de uma pesquisa de abordagem metodológica qualitativa, o método busca uma compreensão complexa e detalhada, construída através de uma conversa direta entre os sujeitos da pesquisa, levando em consideração o ambiente e o contexto de realização da pesquisa. O estudo será realizado nos semestres de 2019.2. A amostra será composta por homens que realizaram o exame PSA total (Teste Rápido) na Unidade de Saúde da Família de Carrapateira-PB (CNES: 2321947) nos anos de 2009-2019 e que são acompanhados nesta unidade.

Será utilizado uma entrevista e um questionário semiestruturado."

Objetivo da Pesquisa:

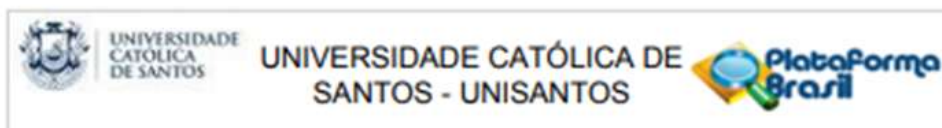
Objetivo Primário:

Analisar itinerários terapêuticos para tratamento do câncer de próstata no município de Carrapateira-Paraíba e identificar conhecimentos acerca das estratégias de promoção na saúde do homem na Atenção Básica.

Objetivo Secundário:

Investigar os itinerários terapêuticos para tratamento do câncer de próstata; Identificar repercussões do diagnóstico na vida cotidiana; Inquirir conhecimentos acerca das Estratégias de promoção na saúde do homem.

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300
Bairro: Vila Mathias **CEP:** 11.015-002
UF: SP **Município:** SANTOS
Telefone: (13)3228-1254 **Fax:** (13)3205-5555 **E-mail:** comet@unisantos.br



Continuação do Parecer: 3.391.703

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

adequadas para o método:

Riscos:

A presente pesquisa oferecerá aos participantes riscos mínimos, podendo estes ser de ordem moral, a exemplo de algum constrangimento desencadeado no ato da entrevista, os quais podem ser minimizados através de um acompanhamento com o profissional psicólogo que atua na UBS (local do estudo). Os participantes serão informados dos riscos, assim como do apoio que poderão receber durante o percurso do estudo, cientes de que poderão deixar de participar a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Benefícios:

Contribuir para produção de conhecimento científico sobre o câncer de próstata, e para os homens haver o benefício de receber informações sobre o estilo de vida saudável após o encerramento da pesquisa."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema relevante para investigação científica e pode trazer um desfecho que será útil para o SUS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Incluir no TCLE referências as resoluções 466 e 510 do CNS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atender ao solicitado nas recomendações.

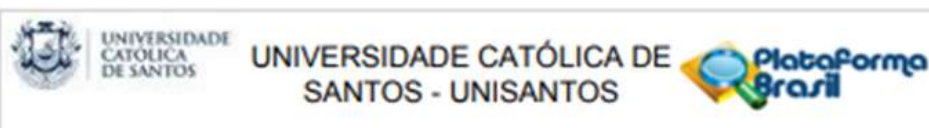
Considerações Finais a critério do CEP:

Cumprindo a Resolução 466/2012 e da 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi analisado por um relator e em Reunião em 11/06/2019 o colegiado do Comitê de Ética da Universidade Católica de Santos considerou o projeto Aprovado. Recomendamos acrescentar ao TCLE a solicitação descrita acima

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P	30/05/2019		Aceito

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300
 Bairro: Vila Mathias CEP: 11.015-002
 UF: SP Município: SANTOS
 Telefone: (13)3228-1254 Fax: (13)3205-5555 E-mail: comet@unisantos.br



Continuação do Parecer: 3.391.703

Básicas do Projeto	ETO_1367060.pdf	13:27:12		Aceito
Parecer Anterior	esclarecimentoparecer.docx	30/05/2019 13:26:40	SILVIA REGINA VIODRES INOUE	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.docx	30/05/2019 13:21:28	SILVIA REGINA VIODRES INOUE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuência.pdf	30/05/2019 12:59:23	SILVIA REGINA VIODRES INOUE	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	30/05/2019 12:59:08	SILVIA REGINA VIODRES INOUE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	28/05/2019 19:39:24	DANIEL TAVARES DA SILVA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	28/05/2019 19:37:48	DANIEL TAVARES DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/05/2019 19:36:09	DANIEL TAVARES DA SILVA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	28/05/2019 19:35:49	DANIEL TAVARES DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTOS, 14 de Junho de 2019

Assinado por:
Cezar Henrique de Azevedo
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300
Bairro: Vila Mathias CEP: 11.015-002
UF: SP Município: SANTOS
Telefone: (13)3228-1254 Fax: (13)3205-5555 E-mail: comet@unisantos.br