



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE**

BRÍGIDA FIGUEIREDO LIMA

SAÚDE DO HOMEM: as barreiras para o autocuidado preventivo contra o câncer de próstata.

**SANTARÉM-PA
2022**

BRÍGIDA FIGUEIREDO LIMA

SAÚDE DO HOME: as barreiras para o autocuidado preventivo contra o câncer de próstata.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Oeste do Pará, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde,

Orientador: Hernane Guimarães dos Santos Junior.

Coorientação: Sílvio Almeida Ferreira.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/UFOPA

L732s Lima, Brígida Figueiredo
Saúde do homem: as barreiras para o autocuidado preventivo contra o câncer de próstata / Brígida Figueiredo Lima – Santarém, 2022.
51 p. : il.
Inclui bibliografias.

Orientador: Hernane Guimarães dos Santos Júnior
Coorientador: Sílvio Almeida Ferreira
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Instituto de Saúde Coletiva, Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

1. saúde do homem. 2. autocuidado. 3. câncer de próstata. 4. prevenção. I. Santos Júnior, Hernane Guimarães, *orient.* II. Ferreira, Sílvio Almeida, *coorient.* III. Título.

CDD: 23 ed. 613.04234

Bibliotecária - Documentalista: Mary Caroline Santos Ribeiro – CRB/2 566



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
COORDENAÇÃO ACADÊMICA

Fone (093) 2101-4933 / Email: coordenacaoacademica.isco@ufopa.edu.br

ATA DE DEFESA DE TCC

Aos vinte e oito dias do mês de junho de 2022, às 14 (quatorze) horas e 35 (trinta e cinco minutos), foi convocada e formada a banca examinadora composta de três professores e/ou autoridades nesta Universidade, abaixo nominados, para o exame do trabalho escrito, apresentação oral do Trabalho de Conclusão de Curso-TCC, elaborado pelo acadêmico Brígida Figueiredo Lima, cujo título é “SAÚDE DO HOMEM: as barreiras para o autocuidado preventivo contra o câncer de próstata.” Foi concedido o tempo máximo de 20 minutos para o acadêmico fazer a exposição oral do trabalho, atribuindo-se outros 30 minutos para arguições. Após a apresentação foram feitas as arguições ao acadêmico, visando a avaliação e crédito na disciplina. Concluídas as arguições, a banca passou à deliberação sobre a avaliação, considerando os seguintes critérios: Qualidade Técnica do Trabalho; Domínio do Conteúdo; Qualidade na Exposição Oral; Clareza e Coerência dos Objetivos da Pesquisa, Problemática, Métodos e Formas de Intervenção; e Referencial Teórico, Resultados e Bibliografia. Após a deliberação, concluída à presente banca de exame de TCC, trabalho foi considerado:

(X) Aprovado (nota \geq 6,0)

() Reprovado (nota $<$ 6,0).

| Professor (a) | Função | Nota (0 a 10) |
|--------------------------------------|---------------|----------------------|
| Profa. Dra. Marina S Celere Meschede | Membro | 9,5 |
| Profa. Dra. Juliana Gagno Lima | Membro | 10,0 |
| | Média | 9,8 |

A entrega da versão final do TCC, com as devidas alterações apontadas pela Banca Examinadora, deverá ocorrer no prazo de 15 (quinze) dias após defesa.

Assinaturas dos membros da banca:

Presidente – Hernane Guimarães dos Santos Junior

Membro 1 – Marina S Celere Meschede

Membro 2 – Juliana Gagno Lima

Discente – Brígida Figueiredo Lima

Santarém, 28 de junho de 2022.

Esta pesquisa é dedicada ao meu pai,
Raimundo Nonato da Silva Lima.

AGRADECIMENTO

Agradeço à Deus, pois sei que sempre e sempre está ao meu lado.

Agradeço à minha família, especialmente ao meu pai Raimundo Nonato, a pessoa que mais amo nessa vida e sem dúvida a mais importante para mim, que trabalhou muito, muito, muito para dar o melhor possível para os filhos.

Agradeço ao meu orientador e Professor Me. Hernane Guimarães dos Santos Junior, por aceitar orientar minha pesquisa, pela compreensão, pela paciência e pelos insights durante todos esses meses.

Agradeço ao meu coorientador Sílvia Almeida Ferreira, por ter sido fundamental na elaboração deste trabalho, pelas inúmeras conversas, pelo tempo, pelo apoio, pelo incentivo, por acreditar em mim, pela dedicação e principalmente pela paciência.

Agradeço a todos os meus professores e professoras pelo conhecimento e experiência adquiridos durante todos esses anos de graduação.

Agradeço ao meu Instituto de Saúde Coletiva e a Universidade Federal do Oeste do Pará por ser uma instituição de ensino extremamente relevante para a nossa região.

Toda honra, toda glória e todo louvor a Ele, te amo Jesus!

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Fluxograma do processo de busca e seleção realizado nas bases de dados | 26 |
| Tabela 1 - Sinopse das principais características dos artigos eleitos | 26 |
| Tabela 2 – Principais resultados encontrados nos artigos desta revisão..... | 28 |
| Tabela 3 – Categorias e suas respectivas temáticas resultantes | 30 |

RESUMO

A saúde do homem é um tema que está conquistando espaço e discussão em diversos campos científicos nos últimos anos no mundo e também no Brasil. O câncer de próstata é o segundo mais comum e o segundo que mais mata homens no Brasil. Os homens morrem mais em comparação às mulheres em decorrência de problemas de saúde evitáveis e que conseqüentemente diminuiria as mortes e o adoecimento da população masculina. O objetivo central do trabalho foi identificar as principais barreiras que causam impactos no autocuidado preventivo contra o câncer de próstata, através de uma revisão integrativa da literatura. Para tanto, buscou-se verificar os fatores que contribuem para a não realização do autocuidado preventivo entre os homens. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura (RIL) com abordagem qualitativa e caracterização descritiva. Sob essa ótica, atitudes do universo masculino referentes ao autocuidado motivadas por barreiras socioculturais e de gênero e barreiras nos serviços de saúde favorecem as altas taxas de incidência e morbimortalidade nessa população. Os resultados apontam que as principais barreiras prejudiciais à prática do autocuidado entre os homens estão pautadas em fatores socioculturais, de gênero e nos serviços de saúde. Algumas prevalentes temáticas emergiram, como a dedicação excessiva ao trabalho para comprovação da masculinidade frente a sociedade e a precariedade de modo geral dos serviços de saúde para o atendimento à população masculina. A falta de autocuidado entre os homens não deve ser reduzida à apenas opinião, birra ou preconceito, mas entender que há uma influência externa negativa que recai sobre os homens e isso impacta nas atitudes e forma de pensar no momento de se cuidar.

Palavras-Chave: Saúde do homem. Autocuidado. Câncer de próstata. Prevenção.

ABSTRACT

Men's health is a topic that is gaining space for discussion in several scientific fields in recent years in the world and in Brazil. Prostate cancer is the second most common and the second that most kills men in Brazil. Men die more compared to women because of preventable health problems, which would consequently reduce deaths and illness in the male population. The main objective of the work was to identify the main barriers that generate impacts on preventive self-care against prostate cancer through an integrative literature review. Therefore, we sought to verify the factors that contribute to the non-performance of preventive self-care among men. An integrative literature review (ILR) was carried out with a qualitative approach and descriptive characterization. From this point of view, attitudes of the male universe regarding self-care motivated by sociocultural and gender barriers and barriers in the health services favor the high rates of incidence and morbidity and mortality in this population. The results indicate that the main harmful barriers to the practice of self-care among men are based on sociocultural factors, gender and health services. Some prevalent themes emerged, such as excessive dedication to work to prove masculinity in society and the general precariousness of health services for male population. The lack of self-care among men should not be reduced to just opinion, tantrums or prejudice, but to understand that there is a negative external influence that falls on men and this impacts their attitudes and way of thinking when taking care of themselves.

Keywords: Men's Health. Self-care. Barriers. Prostate cancer. Prevention.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|--------|--|
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CAP | Câncer de próstata |
| INCA | Instituto Nacional de Câncer |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| PSA | Antígeno Prostático Específico |
| PNAISH | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem |
| RIL | Revisão Integrativa da Literatura |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 11 |
| 2. JUSTIFICATIVA | 12 |
| 3. OBJETIVOS | 15 |
| 3.1 Objetivo Geral | 15 |
| 3.2 Objetivo Específico. | 15 |
| 4. REFERÊNCIAL TEÓRICO | 16 |
| 4.1 A Saúde do Homem | 16 |
| 4.2 O Câncer na Próstata | 17 |
| 4.3 O Autocuidado entre os homens | 22 |
| 5. METODOLOGIA | 24 |
| 6. RESULTADOS | 25 |
| 7. DISCUSSÃO. | 31 |
| 7.1 Barreiras socioculturais e de gênero. | 31 |
| 7.2 Barreiras nos serviços de saúde | 40 |
| 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 44 |
| REFERÊNCIAS | 46 |

1 INTRODUÇÃO

Os estudos sobre a saúde do homem nos últimos anos tem tomado proporções importantes quando se pensa na atenção básica como estratégia importante para prevenção de agravos em saúde. Historicamente o homem apresentou um papel social representado pela força, invulnerabilidade, o principal provedor do lar e distante do autocuidado de forma preventiva e rotineira, tornando-se mais propensos à adoecer e perder a vida mais precocemente. Os serviços de saúde da atenção básica ainda encaram o homem como um ser invisível, que não precisa de cuidados como outros segmentos da população, desse modo, os homens acabam não inclusos no escopo do plano de ações em saúde (LEMOS *et al.*, 2017).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), órgão do Ministério da Saúde responsável pela prevenção e controle do câncer no país, em estimativa mundial, o câncer de próstata aparece como o segundo tipo de câncer mais frequente em homens no mundo. No Brasil, estimam-se 65.840 casos novos de câncer de próstata para cada ano do triênio 2020-2022. Esse valor corresponde a um risco estimado de 62,95 casos novos a cada 100 mil homens. O câncer de próstata ocupa o segundo lugar em todas as regiões brasileiras, com um risco estimado de 29,39/100 mil na Região Norte, ficando atrás apenas do câncer de pele não melanoma. (INCA, 2020).

Sabe-se amplamente que a morbimortalidade entre homens e mulheres é distinta, pois os homens morrem mais cedo, principalmente por causas externas, como por exemplo, acidentes de trânsito e trabalho, violência física e são mais suscetíveis às enfermidades graves e crônicas como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial e neoplasias. Isso deve-se à comportamentos de risco adotados durante a juventude, buscar menos os serviços de saúde e não cuidar da sua saúde preventivamente (MOURA, 2012).

Nessa perspectiva, diante das taxas de morbimortalidade masculina no Brasil, em decorrência de problemas de saúde como o câncer de próstata possível de ser amenizado através da detecção precoce, compreende-se a necessidade de identificar as principais barreiras que geram impactos no autocuidado preventivo contra o câncer de próstata.

Portanto, questiona-se: quais as principais barreiras que motivam os homens a não realizarem a prevenção do câncer de próstata? Tal questionamento, advém do seguinte problema de pesquisa levantado: a maioria dos homens não estão buscando os serviços de saúde para realizarem o autocuidado na prevenção do câncer de próstata.

A hipótese levantada é de que muitos homens não comparecem nos serviços de saúde para realizarem o preventivo do câncer de próstata, devido barreiras socioculturais construídas sob os homens, incapacidade dos serviços de saúde em atendê-los e sentimentos avessos ao exame do toque retal.

Na primeira seção, levantou-se um breve contexto histórico sobre os primeiros estudos relacionados à saúde do homem, bem como o fato de que esse tema ao passar do tempo está ganhando cada vez mais relevância na sociedade, dados estatísticos desfavorecedores para os homens e as principais causas de morbimortalidade masculina.

Na segunda seção, são descritos dados de incidência, morbimortalidade, estimativas do câncer de próstata no mundo e no Brasil e a fisiopatologia do câncer. É ressaltado a importância fundamental da detecção precoce do câncer de próstata através do teste de dosagem do antígeno prostático específico (PSA) e o exame do toque retal (ETR).

Na terceira seção, realizou-se o esclarecimento da importância do cuidado, autocuidado e cuidado de si, também é apresentado os sentimentos dos homens frente ao autocuidado, diferença de cuidados entre homens e mulheres, o que influencia na utilização dos serviços de saúde e consequências da “subvalorização” da prevenção em saúde oferecida na atenção básica.

Ao final, conclui-se que os objetivos foram atingidos e a pergunta respondida com a confirmação da hipótese, identificando barreiras socioculturais e de gênero que recaem sob os homens; tais como: a necessidade de comprovar a sua masculinidade através de atitudes prejudiciais à sua saúde – invulnerabilidade, forte, saúde inabalável, viver para trabalhar, não demonstrar sentimentos, aversão ao feminino, medo e vergonha por causa do exame do toque retal e barreiras nos serviços de saúde em razão da precariedade no atendimento dessa população. Este cenário dificulta profundamente o autocuidado entre os homens, gerando números maiores de morbimortalidade por câncer de próstata no Brasil.

2 JUSTIFICATIVA

Estudos pioneiros realizados na década de 70 nos Estados Unidos, acerca da saúde masculina, apontavam que apesar de serem considerados mais “poderosos” em comparação as mulheres, os homens na verdade estavam em desvantagem em relação as taxas de morbimortalidade, isto é, morriam e adoeciam mais em relação as mulheres. Estes estudos

corroboram com a atual situação de saúde e morte de homens no mundo e no Brasil (SCHWARZ *et al.*, 2012).

No ano de 2016, o Ministério da Saúde afirmou que, no Brasil, os homens viviam em média 7,1 anos menos do que as mulheres, a expectativa de vida da população masculina chegou a 72,2 anos enquanto a feminina atingiu 79,3 anos, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2017).

O câncer de próstata ocupa o segundo lugar em todas as regiões brasileiras, com um risco estimado de 72,35/100 mil na Região Nordeste; de 65,29/100 mil na Região Centro-Oeste; de 63,94/100 mil na Região Sudeste; de 62,00/100 mil na Região Sul; e de 29,39/100 mil na Região Norte, ficando atrás, apenas, do câncer de pele não melanoma (INCA, 2020). Aneoplasia prostática é o segundo tumor que mais mata homens no Brasil, sendo registrados em 2014 cerca de 14 mil óbitos pela doença, representando uma taxa de 14,91 óbitos por 100 mil homens (INCA, 2017).

Em 2016, foram registrados 61.200 novos casos, risco de 61,2 casos novos a cada 100 mil homens (MORAES-ARAÚJO *et al.*, 2019). No ano de 2017, foram 61 mil novos casos, um risco de 61,82 casos novos a cada 100 mil homens (INCA, 2017). Em 2019, morreram 15.983 homens, vítimas do câncer de próstata (INCA, 2019). Em 2020, os números de casos novos chegaram a 65.840 (INCA, 2020).

No estudo de Moura (2012) evidenciou-se que no ano de 2010, a população total no Brasil era um pouco mais de 190 milhões, desses, 48,8% eram homens, demonstrando que a população masculina representa um vasto contingente populacional. Além disso, a faixa etária masculina entre 20 e 59 anos de idade compreendem, aproximadamente, 27% da população, ou seja, mais de 52 milhões de homens. Essa população é alvo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), em virtude dos seguintes condicionantes socioculturais: violências, acidentes de trânsito e de trabalho e doenças crônicas como o câncer de próstata, serem mais incidentes nessa faixa etária.

A idade avançada torna-se o único fator de risco considerado como bem estabelecido para que o câncer de próstata possa se desenvolver. Após os 50 anos de idade as chances de desenvolver o câncer prostático aumentam consideravelmente. Estatísticas mostram que 62 % dos casos de câncer de próstata diagnosticados no mundo, acometeram homens com 65 anos ou mais, ou seja, essa faixa etária corresponde ao público-alvo masculino mais susceptível segundo a PNAISH (BRASIL, 2002; MORAES-ARAÚJO *et al.*, 2019).

Diante disso, os agravos em saúde do sexo masculino constituem um verdadeiro problema de saúde pública ao considerar o alto índice de morbimortalidade desse grupo em comparação com o sexo feminino. Apesar do aumento da expectativa de vida dos homens e das mulheres nos últimos anos, os homens continuam sendo o que mais morre e é mais susceptível a violências, agravos em saúde evitáveis, como por exemplo, o câncer de próstata. A população masculina é mais exposta ao risco de sofrer acidentes de trânsito e trabalho, pois, alguns locais e funções exercidas são perigosos (BRASIL, 2009).

Tais condicionantes, demonstram a ampla necessidade que esse grupo requer no tocante à serviços e cuidados em saúde específicos que atendam mediante a compreensão das realidades singulares intrínsecas aos homens, tornando-se primordial levantar questões de ordem teórica e prática quanto à saúde dos homens (MOURA, 2012).

Ao decorrer da vida acadêmica a autora desta monografia notou dentro do contexto acadêmico local a falta de disciplinas, eventos, abordagens ou discussões em sala de aula mediante obras, artigos ou livros que tratassem do universo Saúde do homem. Soma-se a isto, o interesse e inquietação pessoal sobre o tema, uma vez que a autora vivenciou no seu núcleo familiar uma realidade na qual a falta do autocuidado pôde ser evidenciada.

Além disso, percebe-se que a disseminação do tema na sociedade é ainda mais preocupante em consequência das lacunas na efetivação de práticas no autocuidado preventivo junto à saúde masculina. Os cuidados em saúde da população masculina devem e precisam ter maior atenção das autoridades sanitárias e necessitam de mais avanços na prevenção e promoção da saúde, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos homens.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar na literatura as principais barreiras para o autocuidado preventivo contra o câncer de próstata através.

3.2 Objetivos específicos

Verificar os fatores que contribuem para a não realização do autocuidado preventivo entre os homens.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 A Saúde do Homem

De acordo com Schwarz *et al.* (2012), nos anos de 1970, surgiram nos Estados Unidos, os primeiros estudos sobre saúde dos homens. Esses estudos eram voltados, principalmente, para problemas de saúde, como por exemplo: doenças cardiovasculares, diabetes, pressão alta e outras. Alguns desses estudos apontava que embora os homens fossem considerados mais fortes físico e socialmente, ou seja, mais “poderosos” do que as mulheres, na realidade estavam em desvantagem quanto às taxas de morbimortalidade, isto é, morriam e ficavam mais doentes em comparação as mulheres. Após isso, nos anos 90, a abordagem focou nas singularidades dos homens dentro do processo saúde-doença fundamentada em uma visão diversificada e não apenas nas enfermidades. Já no início do século XXI, a temática saúde do homem passou a ser objeto de vários estudos internacionais.

As pesquisas inerentes à saúde do homem estão sendo cada vez mais divulgadas para o conhecimento da sociedade e a intenção deste movimento é contribuir para que ocorra alterações no fato dos homens acessarem, preferencialmente, os serviços de urgência e emergência, pois acreditam que os serviços em saúde oferecidos nos Hospitais de média complexidade e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) irá resolver seus problemas de saúde, subvalorizando a prevenção rotineira e promoção à saúde trabalhados na atenção básica (SCHRAIBER *et al.*, 2010; DAHER *et al.*, 2017).

No ano de 2016, o Ministério da Saúde, utilizando dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE), declarou que, no Brasil, os homens viviam em média 7,1 anos menos do que as mulheres, a expectativa de vida da população masculina chegou a 72,2 anos enquanto a feminina atingiu 79,3. Esta expectativa de vida dos homens é influenciada pelas principais causas de morbimortalidade, são elas: lesões, envenenamento, algumas causas externas, doenças do aparelho digestivo, do aparelho circulatório, do aparelho respiratório e algumas doenças infecciosas e parasitárias (BRASIL, 2017).

Considerar a saúde do homem como alvo de atuação governamental exige repensar o que há de especial nas suas necessidades em saúde e problematizar as definições de “novas” necessidades de saúde requer uma complexa articulação multissetorial da sociedade para atender essa demanda da população de maneira efetiva (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

A construção de metas é uma condição indispensável para a implantação de qualquer política pública, devendo ser fundamentada nas necessidades da população e ter como

objetivo a alteração positiva da realidade. Existem aspectos favorecendo a implantação da política de saúde do homem, mas há ainda lacunas a serem preenchidas para a sua implantação efetiva e coerente com seus propósitos. Uma dessas lacunas se refere à falta de informação necessária para a construção de indicadores relacionados ao atendimento à saúde do homem (MOURA, 2012). Dessa forma, torna-se primordial o papel das políticas públicas no enfrentamento desta realidade, visto que por muitos anos a saúde do homem não foi devidamente cuidada em detrimento à saúde da mulher (SCHRAIBER *et al.*, 2010; MOURA, 2012).

Neste contexto, urge como desafio para a PNAISH reorientar as possibilidades de cuidado à saúde na concepção da integralidade, ou seja, ter uma visão holística sobre o homem, ir além de um órgão acometido por uma doença, por exemplo, limitá-lo a uma próstata adoecida, mas também incluir ações de educação em saúde, acolhimento e informar sobre as medidas preventivas oferecidas na atenção básica (DAHER *et al.*, 2017). É necessário que “o olhar sobre os homens se amplie, ficando para trás preconceitos tradicionalmente arraigados em nossa cultura, que impedem de vê-los não como grandes ou pequenos homens, mas, mais próximos do que realmente são” (SEPARAVICH, 2011, p. 959).

A institucionalização formal da PNAISH no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) deu-se pela Portaria 1.944 de 27 de agosto de 2009, após ser submetida à consulta pública, a política foi consagrada (BRASIL, 2009). O Ministério da Saúde formulou a política que é embasada nos princípios e diretrizes do SUS assegurados pela Constituição Federal de 1988 como resultado da luta do movimento de reforma sanitária (SCHWARZ *et al.*, 2012).

Problematizar a saúde do homem brasileiro e indicar as diretrizes para inseri-lo no SUS foi preciso criar a PNAISH. “A política tem por finalidade compreender a singularidade masculina nos seus diversos contextos socioculturais, possibilitar aumento na expectativa e na qualidade de vida, reduzindo o índice de morbimortalidade por doenças e causas preveníveis” (DAHER *et al.*, 2017, p. 113).

Segundo a PNAISH, o fato de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada, tem como consequência o agravamento da morbidade pela demora no diagnóstico e maior custo ao estado. Diante disso, deve-se considerar que os serviços públicos de saúde sejam organizados de modo a acolher e fazer com que o homem se sinta incluído e que suas necessidades sejam respeitadas e atendidas. Portanto, mediante esse contexto é necessário fortalecer e qualificar a atenção primária, garantindo a promoção da saúde e a prevenção de problemas que devem e podem ser evitados (BRASIL, 2009).

4.2 O Câncer na Próstata

A presença do câncer na humanidade já é conhecida há milênios. Os primeiros possíveis casos de câncer da história foram registrados por médicos do Egito antigo (3000 a.C.), dadas suas características, provavelmente podiam ser classificadas como câncer. Considerado o Pai da Medicina, Hipócrates (377 a.C.) também descreveu doenças que se pareciam com câncer de estômago, reto, mama, útero, pele e outros órgãos. No entanto, casos de mortes por câncer passaram a ser observados na Europa, apenas, a partir do século XVIII. Até então, observou-se “o aumento constante nas taxas de mortalidade por câncer, que acentuar-se após o século XIX, com a chegada da industrialização” (GARÓFOLO *et al.*, 2004, p. 492).

Câncer é uma expressão que compreende mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas que possuem em comum o crescimento descontrolado, agressivo e rápido de células, podendo invadir tecidos próximos ou órgãos distantes, causando a formação de tumores em várias órgãos do corpo humano. Essa capacidade de invasão é conhecida como metástase. Quando o câncer inicialmente acomete tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são chamados de carcinomas. Se o local acometido são os tecidos conjuntivos, como ossos, músculos ou cartilagens, são chamados de sarcomas (INCA, 2020).

Destaca Bogliolo (2016) que a característica mais importante das células malignas é a sua capacidade de invadir outras partes do corpo, disseminando-se através do sangue e linfa formando metástases em sítios distantes. Apesar dos enormes progressos na abordagem terapêutica do câncer, as metástases continuam sendo a principal causa de mortes entre indivíduos com neoplasias. Em termos biológicos a capacidade de se disseminar e de formar metástases constitui a diferença fundamental entre um tumor benigno e um maligno. A metástase é considerada o carimbo definitivo de malignidade, gravidade e sinal de mau prognóstico.

De acordo com INCA (2019) o câncer surge a partir de uma mutação genética, ou seja, uma alteração no DNA da célula, que passa a receber orientações erradas para realizar suas atividades. As alterações desenrolam-se em genes especiais, chamados de proto-oncogenes, que inicialmente são inativos. Ao serem ativados se tornam proto-oncogenes “ruins”, quando não deveriam ser assim. O processo de formação do câncer é chamado de carcinogênese ou oncogênese e, em geral, acontece lentamente levando vários anos para que uma célula cancerosa dê origem a um tumor visível. A carcinogênese é determinada pela exposição a agentes cancerígenos ou carcinógenos em uma dada frequência, período e pela interação entre eles.

Segundo o INCA (2011, p. 22), os mecanismos básicos de desenvolvimento do câncer (carcinogênese) são composto de estágios, como mostra a seguir:

Esse processo é composto por três estágios: Estágio de iniciação, no qual os genes sofrem ação dos agentes cancerígenos. Estágio de promoção, no qual os agentes oncopromotores atuam na célula já alterada. Estágio de progressão, caracterizado pela multiplicação descontrolada e irreversível da célula. O período de latência varia com a intensidade do estímulo carcinogênico, com a presença ou ausência dos agentes oncoiniciadores, oncopromotores e oncoaceleradores, e com o tipo e localização primária do câncer.

Na fase inicial o câncer de próstata evolui lentamente, com isso, muitos pacientes não apresentam nenhum sintoma ou caso apresentem, são semelhantes aos do crescimento benigno da próstata que são: demora em começar e terminar de urinar, sangue na urina e diminuição do jato urinário, necessidade de urinar várias vezes durante o dia e ainda mais durante a noite (INCA, 2021). Na fase avançada o câncer de próstata pode provocar dor óssea, fratura óssea, sintomas urinários, metástases ósseas, infecção generalizada ou insuficiência renal (MORAES-ARAÚJO *et al.*, 2019).

O INCA (2019, p. 5), explica o que é a próstata:

A próstata é uma glândula que só o homem possui e que se localiza na parte baixa do abdômen. Ela é um órgão pequeno, tem a forma de maçã e se situa abaixo da bexiga e à frente do reto (parte final do intestino grosso). A próstata envolve a porção inicial da uretra, tubo pelo qual a urina armazenada na bexiga é eliminada. A próstata produz parte do sêmen, líquido espesso que contém os espermatozoides, liberados durante o ato sexual.

No Brasil, o câncer de próstata é um grave problema de saúde pública devido às altas taxas de incidência e mortalidade, torna-se o segundo tipo de câncer mais comum entre a população masculina ficando atrás, apenas, do câncer de pele não-melanoma (GOMES, 2003; INCA, 2021). As Regiões Centro-Oeste e Sul apresentam as maiores taxas brutas de incidência do país. Um dos maiores contribuintes dessas taxas, além das doenças, são o aumento da expectativa de vida dos homens, melhoria na qualidade dos registros, maior disponibilidade de métodos diagnósticos e aumento do sobrediagnóstico, o último ocorre quando um tumor prostático que não apresentaria sintomas e não causaria problemas a curto ou a longo prazo é encontrado por meio de exames de rastreamento (INCA, 2017).

Quanto à mortalidade a neoplasia prostática, está em segundo lugar entre os que mais mata homens no Brasil, sendo registrados em 2014 cerca de 14 mil óbitos pela doença, o que corresponde a uma taxa de mortalidade de 14,91 óbitos por 100 mil homens (INCA, 2017). Em 2016, foram registrados 61.200 novos casos, risco de 61,2 casos novos a cada 100 mil

homens (MORAES-ARAÚJO *et al.*, 2019). Já em 2017, a estimativa de novos casos eram de 61 mil, ou seja, um risco estimado de 61,82 casos novos a cada 100 mil homens (INCA, 2017). Em 2019, morreram 15.983 homens, vítimas do câncer de próstata (INCA, 2019). Em 2020, os casos novos chegaram a 65.840 (INCA, 2020).

Segundo o INCA a falta de atividade física, baixo consumo de frutas, legumes e verduras, excesso de peso, consumo de gorduras saturadas, consumo de refrigerantes, baixo consumo de feijão, baixo consumo de fibras, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial, obesidade e diabetes, são os fatores que mais colaboram para o surgimento de doenças crônicas na população. Ao contrário, o consumo de carotenoides como: tomate e a cenoura e leguminosas como: feijões, ervilhas e soja, e as vitaminas (A, D e E) e minerais como o selênio, tem sido associado a um efeito protetor contra o câncer (BRASIL, 2002).

O único fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento do câncer de próstata é a idade, após os 50 anos as chances aumentam consideravelmente. No mundo, 62 % dos casos de câncer de prostático ocorrem em homens com 65 anos ou mais. Homens negros são 1,6 vezes mais propensos a desenvolverem a doença em comparação aos homens brancos. A história familiar é dita como fator de risco, porém a hereditariedade não parece ser fator prognóstico de influência negativa para a mortalidade por câncer de próstata. Fatores comportamentais vistos no universo masculino como a baixa adesão aos serviços de saúde motivados por diversos condicionantes socioculturais e históricos, são fatores de risco (MORAES-ARAÚJO *et al.*, 2019; BIONDO *et al.*, 2019).

O nível de escolaridade não se relaciona no surgimento ou não do câncer de próstata, ou seja, nesse caso não é um fator de proteção, mas o baixo nível de instrução poderá prejudicar o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento, diminuindo as chances de cura, pois quando o indivíduo não entende o quão benéfico é a realização do rastreamento da doença, acabam não aderindo e compreendendo o tratamento do câncer resultando em um péssimo prognóstico, devido as chances de cura diminuir quando diagnosticado tardiamente (PIANTINO *et al.*, 2014).

A detecção precoce do câncer é fundamental para o aumento das chances de cura (GOMES, 2003). Na fase inicial a doença apresenta evolução silenciosa e não chega a dar sinais durante a vida e nem ameaçar a vida do homem (FERNANDES, 2014; INCA, 2019). Em outros casos, pode crescer rapidamente e espalhar-se para outros órgãos e causar a morte (INCA, 2019, p. 6).

A confirmação da doença é feita através da realização de biópsia. A biópsia é indicada caso seja encontrada alguma alteração na dosagem do Antígeno Prostático Específico PSA ou no toque retal. O exame de toque retal permite palpar apenas a parte posterior e lateral da próstata, deixando 40 a 50 % dos tumores fora do alcance do médico (INCA, 2002). De acordo com Ministério da Saúde, o médico avalia o tamanho, forma e textura da próstata, introduzindo o dedo protegido por luva lubrificada no reto (BRASIL, 2020).

O toque retal é considerado uma medida preventiva de baixo custo (GOMES, 2003). O PSA é um exame de sangue que mede a quantidade de uma proteína produzida pela próstata. Níveis altos dessa proteína podem significar câncer, ou doença benigna da próstata como: hiperplasia benigna e prostatite (inflamação da próstata) (INCA, 2017).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia, o rastreamento do câncer de próstata é feito através de basicamente dois exames: sangue (PSA) e do toque retal, e deve ser feito a partir dos 45 anos por todos os homens e a partir dos 40 anos para aqueles da raça negra ou que têm história de câncer de próstata na família (BRASIL, 2021).

Segundo o Ministério da Saúde quanto mais inicialmente a doença for diagnosticada, maiores serão as chances de cura, além de permitir um tratamento menos agressivo e mais efetivo e resultados positivos, poderá reduzir os altos custos decorrentes do tratamento do câncer em estádios avançados ou da doença metastática, trazendo menos sofrimento físico e mental para o paciente e para os familiares. Porém, um dos maiores desafios no tocante à detecção precoce deste câncer é a falta de conhecimentos sobre a doença, ou seja, muitos homens, apenas ouvem falar e não entendem a sua gravidade, subestimando-a e negligenciando sua saúde (BRASIL, 2002).

O câncer de próstata ao ser detectado tardiamente produz problema social, como também um problema econômico, pois o governo gastará muitos recursos financeiros públicos e haverá um desgaste sem precedentes físico e mental desse homem e de sua família. O prognóstico do paciente poderá ser considerado bom se o diagnóstico da doença acontecer precocemente (JURBERG; GOUVEIA; BELISÁRIO, 2006). De acordo com Moraes-Araújo *et al.* (2019, p. 2) “em geral o tratamento é indicado de acordo com a localização e estágio da doença e deve ser individualizada e definida após discutir os riscos e benefícios do tratamento com o médico”.

De acordo com o INCA, entre os registros nacionais observa-se que 45,8% dos casos no país chegam às unidades de tratamento com câncer de próstata localizado. O percentual de casos avançados, em estágio IV, chega a 13,7% na Região Norte. “O tratamento

do câncer de próstata consiste principalmente na cirurgia e radioterapia, nos casos de doença localizada. Nos casos de doença localmente avançada e metastática, a hormonioterapia também pode ser indicada.” (BRASIL, 2017, p. 4-5). A alta mortalidade relaciona-se também aos atuais procedimentos terapêuticos contra o câncer de próstata por serem extremamente agressivos e em alguns casos pioram ainda mais a saúde do paciente, porém se diagnosticado e tratado ainda na fase inicial, as chances de cura do câncer de próstata chegam a 95% (MOURA, 2012).

4.3 O Autocuidado entre os homens

O cuidado é algo desenvolvido mediante situações reais da vida, direcionado a si mesmo ou para regular os fatores que afetam seu próprio desenvolvimento, atividades em benefício da vida, saúde e bem-estar. O autocuidado tem como propósito, o emprego de ações de cuidado, que contribui para o desenvolvimento humano. As ações integrantes do autocuidado são os requisitos universais, de desenvolvimento e os de alterações da saúde. O cuidar de si é a “arte da existência”, ou seja, princípio o qual convém ocupar-se de si mesmo originando-se de necessidades sociais e elaborando saberes coletivos (SILVA *et al.*, 2008).

“O cuidado é um princípio fundamental e extremamente importante para o ser humano antes mesmo que ele se torne uma criança, ou seja, desde o nascimento. Se não receber cuidados o ser humano tende a desorganizar-se e debilitar-se” (GARCIA; CARDOSO; BERNARDI, 2019, p. 21). De acordo com a PNAISH, postergar o autocuidado em saúde promove sofrimento psíquico e físico para o sujeito e seus familiares, devido as complicações irreversíveis de diversos tipos de doenças e não apenas o câncer de próstata (BRASIL, 2009). Defende-se o fato de que os homens são a soma do déficit de autocuidado mais o déficit de conhecimento por parte do campo da saúde (FONTES *et al.*, 2011).

Os homens não procuram, como deveriam, os serviços de atenção básica (PINHEIRO *et al.*, 2002). A baixa procura dos homens pelos serviços de saúde pode significar que eles subvalorizam o autocuidado em saúde. Dessa forma, torna-se necessário uma ideia que abranja integralmente o homem, fazendo que considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e não apenas feminino. O modelo biomédico atualmente é ainda o modelo dominante, principalmente quando falamos da população masculina, onde as práticas de saúde estão focadas no sistema reprodutor e não no cuidado de si (GOMES *et al.*, 2012).

O INCA destaca que a atenção primária é a parte fundamental da rede de atenção no controle do câncer de próstata, através do incentivo a estilos de vida saudável, exames básicos preventivos, controle de doenças crônicas, vacinação, consultas com urologistas, orientações e dentre outros serviços. Destaca-se também a veiculação em diferentes plataformas

mediáticas enfatizando a realização de exames de rotina, é possível que muitos homens se sintam encorajados a procurarem as unidades espontaneamente para realizar o rastreamento do câncer de próstata (BRASIL, 2017).

Os homens não costumam ter suas demandas e necessidades de saúde reconhecidas e acolhidas na atenção básica. Relacionam-se de forma diferenciada com os serviços de saúde, porque não “combinam” com tais espaços. Entendem que os serviços de saúde é algo bom, mas também identificam lacunas em seu atendimento (MACHIN *et al.*, 2011). A possibilidade em ocupar o papel de paciente é uma tarefa difícil para o homem. Além disso, negam em diversos momentos as chances de estarem enfermos e conseqüentemente ter que procurar o médico, mas procurar o médico é só em último caso, pois se sentem passivos, dependentes e frágeis ao comparecer no consultório médico (GOMES *et al.*, 2008).

No estudo Gomes *et al.* (2008, p. 1976) é encontrada a seguinte visão sobre a masculinidade:

A masculinidade, numa perspectiva relacional de gênero, pode ser vista como um espaço simbólico que serve para estruturar a identidade de ser homem, através de prescrições a serem seguidas por aqueles que desejam receber o atestado de masculinidade e não sejam questionados e nem objetos de estigma por parte daqueles que compartilham dessas prescrições.

Os homens, infelizmente, seguem acreditando não faz sentido procurar o médico quando não estão apresentando sinais ou sintomas de que algo eventualmente possa estar errado com sua saúde (GARCIA; CARDOSO; BERNARDI, 2019). O modelo atual de ser masculino é de que o homem não pode revelar a suas vulnerabilidades, ele precisa ser potente, indestrutível e não é permitido chorar ou demonstrar algum outro tipo de emoção distinta como medo e ansiedade (VIANA *et al.*, 2015).

Percebem o autocuidado como atributo feminino (GARCIA; CARDOSO; BERNARDI, 2019). A PNAISH descreve que “os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Além disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso.” (BRASIL, 2009, p. 14).

Contudo, existem relatos de homens com câncer de que nada é mais impactante do que receber esse diagnóstico, o qual costuma ser permeado por sentimentos ligados ao medo, desesperança, angústia e tristeza. Além de arrependimentos, normalmente associados à busca tardia por serviços de saúde (MODENA *et al.*, 2014).

Garcia, Cardoso, Bernardi (2019) afirma que o autocuidado emerge com uma função regulatória, a qual possibilita aos indivíduos desempenharem um papel, de maneira autônoma, promovendo ações direcionadas à preservação da vida, da saúde, e do bem-estar. Sujeitos acometidos de doenças crônicas relatam que o autocuidado é um processo de transformação aos sentimentos relacionados a eles próprios e na retomada de um sentido para suas vidas, fornecendo um motivo para seguir em frente.

A utilização de serviços de saúde pela população é influenciada por diferentes fatores, dentre eles: necessidade e disponibilidade de serviços de saúde, propensão da população em utilizá-los e facilidade de acesso. Nesse aspecto, um importante fator a ser considerado quanto à busca de serviços de saúde pelos homens refere-se à dificuldade de acesso aos serviços assistenciais (GOMES *et al.*, 2007; MOURA, 2012).

Os homens não negam que têm necessidades de saúde e destacam várias dificuldades em procurar os serviços. “Os homens preferem retardar ao máximo a busca por assistência e só o fazem quando não conseguem mais lidar sozinhos com seus sintomas” (SCHRAIBER *et al.*, 2010, p. 963).

5 METODOLOGIA

Esta revisão teve o propósito de identificar as principais barreiras que geram impactos no autocuidado preventivo contra o câncer de próstata. A pesquisa é qualitativa de natureza descritiva e baseada em revisão integrativa da literatura, a qual tem como objetivo reunir e sintetizar resultados de pesquisa sobre um determinado tema ou questão, de forma sistemática e ordenada, aprimorando o conhecimento na determinada área escolhida para pesquisar, permitindo conclusões gerais em relação a uma parte específica do estudo (MARTINATO *et al.*, 2010).

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que representa uma parte profunda das relações, de tudo aquilo que não podem ser reduzidos a equações, medidas e estatísticas (NETO; GOMES; MINAYO, 2002).

O presente estudo foi realizado por meio de uma busca on-line de materiais em bancos de dados científicos nacionais. A aquisição das produções realizou-se por intermédio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), PubMed e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC). Foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da

Saúde (DeCS): Saúde do homem AND autocuidado AND (BVS), Saúde do homem AND próstata (SciELO), Saúde do homem OR próstata (PubMed), Autocuidado OR próstata (PePSIC) e Saúde do homem AND próstata (Lilacs). Os filtros empregados nas bases de dados foram artigos no idioma português e texto completo.

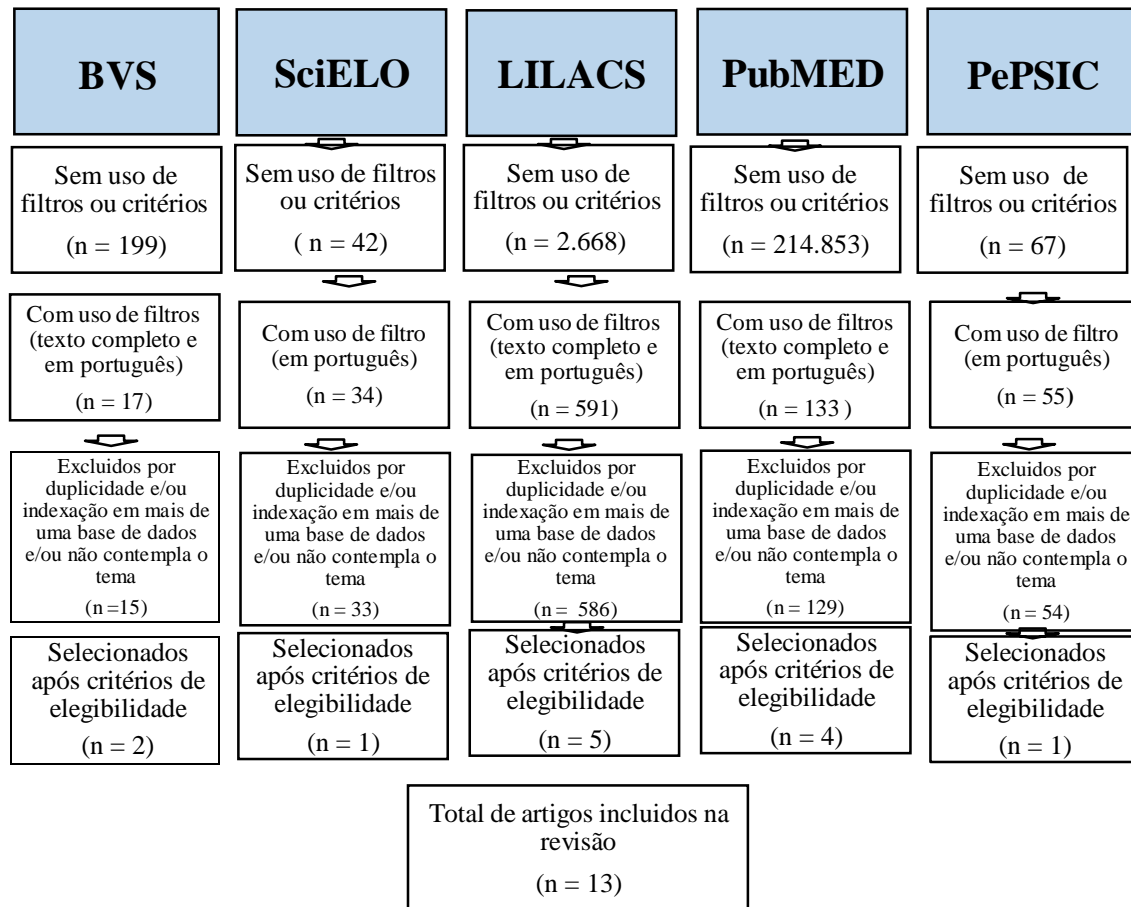
Os critérios de inclusão para seleção de materiais foram: artigos originais, publicados em idioma português, que identificassem as barreiras que impactam o autocuidado entre os homens e que estivessem disponíveis on-line para Download. Não foi estabelecido restrições de tempo das publicações, pois isso possibilita uma varredura mais abrangente na literatura nacional, diversificando ainda mais o conhecimento sobre o tema almejado. Os critérios de exclusão foram: materiais que não retratassem o tema indicado, materiais que não são artigos como teses, monografias, dissertações, livros, capítulos e resumos de livros.

A coleta e interpretação dos dados deu-se utilizando a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), como sendo um conjunto de técnicas de análise de qualquer tipo de mensagem visando obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A aplicação da análise de conteúdo, prevê a utilização de três fases fundamentais: organização ou pré-análise que consiste em realizar a leitura flutuante dos materiais para separar os documentos a serem submetidos aos procedimentos analíticos, seguida pela codificação que se divide em unidade de registro que pode ser uma palavra, tema, documento entre outros e unidade de contexto na qual a unidade de registro está inserida, e a categorização que prevê a junção dos códigos em categorias. Os resultados e discussões alcançados foram tratados com análise qualitativa.

Para a construção do referencial teórico foram utilizadas fontes secundárias como: artigos, livros, resumos de livros e boletins de saúde. Foi utilizado o buscador Google Acadêmico, sítio do câncer como o Instituto Nacional de Câncer (INCA), Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), além do site do Ministério da Saúde para retirar informações pertinentes sobre saúde do homem, câncer de próstata e o autocuidado entre os homens.

6 RESULTADOS

A busca inicial nas bases de dados retornaram um total de 217.829 artigos. Foram empregados critérios de inclusão e exclusão, resultando em 13 produções científicas potenciais para compor os resultados da presente revisão. A Figura 1, apresenta a síntese do levantamento nas bases de dados contendo: número de artigos encontrados em cada base de dados, filtros inseridos, exclusão por duplicidade entre outras etapas.

Figura 1 - Fluxograma do processo de busca e seleção realizado nas bases de dados.

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

Após o processo de seleção e leitura com o intuito de conhecer o objetivo dos estudos e a partir disso estabelecer conexão com o propósito desta revisão, os artigos incluídos são apresentados na tabela 1, com informações especificadas sobre: número do artigo, título do material, ano de publicação, nome dos autores, objetivo do trabalho entre outras informações.

Tabela 1 - Sinopse das principais características dos artigos eleitos.

| Nº | Título do artigo | Autores e Ano | Objetivo do trabalho | Método | Área de estudo | Nº de pág. |
|----|--|------------------------|---|-------------|----------------|------------|
| 1 | Percepções do homem sobre a assistência na atenção primária à saúde. | Freitas et al. (2021). | Identificar a percepção do público masculino acerca da assistência ofertada na atenção primária à saúde às suas necessidades. | Qualitativo | Enfermagem | 20 |

| Nº | Título do artigo | Autores e Ano | Objetivo do trabalho | Método | Área de estudo | Nº de pág. |
|-----------|--|-----------------------------------|---|---------------|-----------------------|-------------------|
| 2 | Câncer de próstata: conhecimentos e interferências na promoção e prevenção da doença. | Oliveira et al. (2019) | Descrever a percepção dos homens sobre o câncer de próstata e os fatores de prevenção relacionados. | Qualitativo | Enfermagem | 12 |
| 3 | Conhecimento, comportamento e práticas em saúde do homem em relação ao Câncer de Próstata. | Menezes et al. (2019) | Descrever o conhecimento, o comportamento e as práticas em relação ao câncer de próstata em adultos. | Quantitativo | Enfermagem | 7 |
| 4 | Hegemonias corporificadas: dilemas morais no adoecimento pelo câncer de próstata. | Araújo, Nascimento e Zago (2018) | Interpretar o significado atribuído à experiência do homem em relação ao seu corpo durante o desenvolvimento do câncer de próstata. | Qualitativo | Enfermagem | 7 |
| 5 | Uma questão masculina: conhecendo possíveis entraves para a realização dos exames de detecção do câncer de próstata. | Moraes, Oliveira e Silva (2017). | Determinar se os homens realizam o exame para detecção do câncer de próstata e, desvelar as dificuldades para realiza-lo. | Qualitativo | Medicina | 6 |
| 6 | Estratégias para a prevenção do câncer de próstata. | Abreu et al. (2013) | Identificar as dificuldades para a prevenção do câncer de próstata e descrever estratégias para a prevenção deste tipo de câncer. | Qualitativa | Enfermagem | 13 |
| 7 | O significado do toque da próstata para o homem: enfermeiro na promoção da saúde. | Costa e Moura (2013). | Identificar o significado para os homens sobre o exame clínico de toque digital da próstata para detecção precoce de câncer, caracterizar a causa do déficit na procura de exame preventivos e serviços de saúde pelos homens e discutir atuação do enfermeiro na promoção da saúde dos homens. | Qualitativo | Enfermagem | 10 |
| 8 | A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. | Knauth, Couto e Figueiredo (2012) | Analisar as concepções que os profissionais da saúde possuem sobre as demandas e os comportamentos específicos da população masculina atendida nos serviços de saúde. | Qualitativo | Medicina | 10 |

| Nº | Título do artigo | Autores e Ano | Objetivo do trabalho | Método | Área de estudo | Nº de pág. |
|----|---|------------------------------------|---|--------------|-------------------|------------|
| 9 | Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. | Alves <i>et al.</i> (2011) | Compreender os fatores que influenciam os homens a procurarem menos que as mulheres os serviços de Atenção Primária à Saúde – APS. | Quantitativa | Psicologia | 15 |
| 10 | Um toque na masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas. | Sousa, Silva e Pinheiro (2011). | Verificar a adesão desses gaúchos tradicionalistas aos exames preventivos de câncer de próstata, analisando, também, quais variáveis influenciam na adesão ao exame de toque. | Quantitativo | Ciências da Saúde | 8 |
| 11 | Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer de próstata. | Paiva, Mota e Griep (2011). | Descrever barreiras sobre rastreamento do câncer de próstata. | Qualitativo | Enfermagem | 8 |
| 12 | As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. | Gomes <i>et al.</i> (2008) | Analisar os sentidos atribuídos ao toque retal, buscando refletir acerca de questões subjacentes a falas masculinas a partir de aspectos do modelo hegemônico de masculinidade. | Qualitativa | Ciências da Saúde | 10 |
| 13 | Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. | Gomes, Nascimento e Araújo (2007). | Analisar as explicações presentes em discursos masculinos para a pouca procura dos homens por serviços de saúde. | Qualitativo | Saúde pública | 10 |

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

De um modo geral, os estudos buscaram identificar as barreiras que desestimula ou retardam a atitude preventiva de autocuidado dos homens brasileiros quanto à prevenção do câncer de próstata, utilizando de diferentes perspectivas como a dos próprios homens, sendo eles sujeitos principais do assunto, e dos profissionais da saúde (enfermeiros e médicos).

Tabela 2 – Principais resultados encontrados nos artigos desta revisão.

| Nº | Resultados |
|----|---|
| 1 | Os homens buscam o serviço quando já adoecidos. Desconhecem ações específicas para eles. Ausência de programas para o público masculino. Buscam ações em saúde de caráter individual e curativo. Não querem saber se tem algum problema de saúde. As ações em saúde |

| Nº | Resultados |
|----|--|
| | são voltadas para o aparelho geniturinário. Existe incompatibilidade de horários com a jornada de trabalho e os papéis culturais e de gênero atribuídos aos homens são obstáculos percebidos. |
| 2 | Os dados evidenciaram que ainda há uma barreira física e social: opinião negativa da família e de amigos próximos, homens carentes de conhecimento sobre a prevenção deste câncer, médicos e enfermeiros pouco qualificados para atender a população masculina e UBS privilegia ações voltadas para a mulher, criança e idoso. |
| 3 | Foi constatado na pesquisa que a maioria dos homens tinha conhecimento sobre o CAP e a sua prevenção, mas a adesão ao ETR e PSA era inferior. A maioria dos homens percebe a susceptibilidade e a severidade do câncer e acredita que é capaz de fazer algo por si mesmo, beneficiando-se com esses cuidados preventivos. Quanto às barreiras 16,9% apresentaram esses comportamentos não preventivos: medo da dor, vergonha e falta de coragem para fazer o exame. |
| 4 | Durante o adoecimento pelo câncer de próstata, os corpos masculinos foram regidos por experiências morais que influenciaram a maneira como os homens guiaram sua relação com a saúde e sua masculinidade multifacetada, defendendo preceitos culturais hegemônicos e dilemas morais de afirmação de sua identidade, os quais foram interpretados com o significado de corporeidade. |
| 5 | Entre os 52 servidores do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, entrevistados no ano de 2017, 75% já realizaram o ETR e/ou PSA. Contudo, foi possível observar aspectos peculiares da masculinidade; 96% acham uma atitude positiva de autocuidado fazer o exame, 2% acham evasivo, 61% diz que não está na idade de fazer o exame, 23% alegam subterfúgios para a marcação do exame, 8% consideram-se relaxados e 8% tem preconceito com o modo que é feito o exame. |
| 6 | Dificuldades políticas organizacionais para a prevenção do câncer de próstata: horário de funcionamento de serviços para atender as demandas dos homens, precariedade dos serviços públicos, o mau atendimento, as filas grandes, quantidade de vagas para as consultas, falta de médicos do sexo masculino, que é preferência dos homens, serviços não são equitativos para os homens. Dificuldades socioculturais para a prevenção do câncer de próstata: nível socioeconômico e escolaridade baixos, medo de perder o dia de trabalho, medo de descobrir algo que vai mal com a sua saúde, medo de expor o corpo, o homem é visto socialmente como um ser forte, invulnerável e que nunca pode adoecer, o autocuidado não é visto como um atributo masculino. |
| 7 | Os significados atribuídos ao toque digital da próstata foram constrangimento, desconforto, estigma e importante. A informação e o acesso estão condicionados aos fatores socioeconômicos dos participantes. |
| 8 | A presença dos homens nos serviços de saúde é ainda bastante limitada, sendo constituída, por dois tipos de clientela: trabalhadores e idosos. As características do comportamento masculino – a pressa, objetividade, medo e resistência -, e a dificuldade dos serviços em acolher esta população, são os principais fatores que afastam os homens dos serviços de saúde. |

| Nº | Resultados |
|----|--|
| 9 | Os resultados mostram as diferenças entre os gêneros masculino e feminino quanto aos cuidados com a saúde. As mulheres são consideradas mais cuidadosas e os homens mais vulneráveis aos aspectos psicossociais, como: o machismo, as dificuldades em assumir a doença no trabalho e a dificuldade à acessibilidade aos serviços de saúde. |
| 10 | Os que fizeram exame preventivo possuíam maior escolaridade, renda e consultavam em instituição particular. Houve menor procura aos exames preventivos por aqueles que moraram a maior parte da sua vida em zona rural. Contudo, não houve relação do local onde residiu o maior tempo com a adesão ao exame de toque retal. |
| 11 | Em relação às crenças sobre a doença, 95% deles acreditam na cura se detectado precocemente, 29,4% referiram possibilidade de vida normal embora doente, 56,3% acreditam que pode ser assintomático, 36,1% concordam/discordam que o tratamento é pior que a doença e 34,4% concordam que o exame afeta a masculinidade e, se estiver bem, não é necessário fazê-lo. Quanto às barreiras, 15% informaram que o médico nunca solicitou, 10,9% não acham importante e 16,9% têm medo de fazer o exame. |
| 12 | A ideia de que o exame do toque retal pode suscitar interdições e violações, podendo ser percebido como algo que compromete o que se entende comumente por ser homem; ou seja, o toque retal não toca apenas a próstata, mas também toca na masculinidade, podendo arranhá-la. |
| 13 | A representação do cuidar como tarefa feminina, as questões relacionadas ao trabalho, a dificuldade de acesso aos serviços e a falta de unidades especificamente voltadas para a saúde do homem são os principais motivos expressos pelos sujeitos para a pouca procura pelos serviços de saúde. Dentre outros aspectos, que o imaginário social que vê o homem como ser invulnerável acaba contribuindo para que ele menos se cuide e mais se exponha a situações de risco. |

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

A partir da leitura completa dos artigos incluídos, com a finalidade de identificar barreiras que afastam os homens da atitude de autocuidado para prevenir o câncer de próstata surgiram duas amplas categorias, cada uma constituída por algumas temáticas específicas. Tais elementos são apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Categoria e suas respectivas temáticas resultantes.

| Categorias | Principais temas |
|--|--|
| 1. Barreiras socioculturais e de gênero. | Trabalho como testificação da masculinidade Baixo nível escolaridade Pouco acesso à informações confiáveis Papéis sociais a serem correspondidos Masculinidade hegemônica Manifestação de sentimentos sobre o ETR |

| | |
|-------------------------------------|--|
| 2. Barreiras nos serviços de saúde. | Tratamento reducionista Precarização dos serviços de saúde Profissionais incapacitados Horário de funcionamento da UBS Demora no atendimento |
|-------------------------------------|--|

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

Em relação as limitações deste estudo, destaca-se, de modo geral, a pouca diversidade de publicações científicas brasileiras para o público masculino, fortalecendo a ideia de invisibilidade dos problemas de saúde dessa população. Tal limitação contribuiu para a dificuldade em encontrar artigos que abordassem o tema, na realidade os artigos selecionados basicamente falam e reforçam a ideia um do outro, demonstrando um consenso na literatura nacional sobre a falta de autocuidado entre os homens, e os motivos que contribuem para que isso ocorra, mesmo baseando-se na discussão de 13 artigos diferentes, acabavam voltando-se para os mesmos pontos centrais de debate e problema.

Após a realização deste trabalho, leitura, análise de artigos e autores, compreende-se de fato que a saúde do homem é um desafio. A falta de autocuidado entre os homens não deve ser reduzida à apenas opinião, birra ou preconceito, mas entender que há uma influência externa negativa que recai sobre os homens e isso impacta nas atitudes e forma de pensar no momento de se cuidar.

Os resultados confirmam hipótese do estudo, respondendo também à pergunta levantada para a orientação da pesquisa, pois os resultados apontam que as principais barreiras prejudiciais à prática do autocuidado entre os homens estão pautadas em fatores socioculturais, de gênero e nos serviços de saúde.

7 DISCUSSÃO

7.1 Categoria 1 - Barreiras socioculturais e de gênero.

Nesta categoria, serão apresentadas as barreiras socioculturais e de gênero que impactam a saúde dos homens. Ao longo da história a influência da cultural nas questões de gênero e construção dos papéis masculinos fez a sociedade enxergar os homens através de uma visão no mínimo equivocada. Em outras palavras, as expectativas construídos em volta dos papéis culturais e de gênero atribuídos ao homem - forte, saudável, ágil, firme e invulnerável - esses estereótipos masculinos contribuem como motivo para que não busquem os serviços de

saúde e cuidado, afastando-os das ações de prevenção e promoção à saúde (FREITAS *et al.*, 2021).

Em um estudo realizada por Menezes *et al.* (2019) sobre conhecimento, comportamentos e práticas em relação ao câncer de próstata, verificou-se que a não adesão às medidas de autocuidado e prevenção por parte do homem, depende das variáveis culturais, ou seja, isso depende dos valores, normas e comportamentos de uma determinada sociedade, pois se veem fortes e com a saúde invulnerável, julgando-se não precisarem de serviços de saúde e que conseguem curar-se sozinho em casa se automedicando. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos na cultura potencializam a ideia que se acredita ser “homem de verdade”, conforme crenças e valores.

Como contribuição, para Abreu *et al.* (2013) os homens se acham superiores e procurar os serviços de saúde pode ser um sinal de fraqueza e exposição do que sente, contrariando a ideia inicial. Se cuidar pode colocar em dúvida a masculinidade e aproximar os homens da feminilização. Os homens desde pequenos são criados para serem fortes e protetores, assim, diferenciando-se das mulheres. A crença em demonstrar invencibilidade, se expor ao risco e o descontrole sexual, são, dentre outras, marcas da construção da masculinidade apontadas por outros estudos socioculturais, considerados causadores de danos à saúde dessa população.

Uma outra questão apontada pelos homens, relativo a não procura pelos serviços de saúde, está associado à sua posição de provedor da casa e do medo que o médico descubra alguma doença latente, ameaçando a sua crença de invulnerável. A doença é vista como sinal de fragilidade e exposição, a qual os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica, contribuindo para que eles cuidem menos de si mesmo e se exponham mais às situações de risco, pois preferem esconder sintomas e procrastinam os cuidados com a própria saúde. Sendo assim, a maneira como a doença é percebida poderá ser uma barreira na condução de uma atitude de autocuidado (MENEZES *et al.*, 2019).

Na vida dos homens o trabalho ocupa um espaço que vai além da sobrevivência, para eles é uma forma de preservação da sua identidade, utilidade e é considerado algo de grande valor, necessário e obrigatório (SANTOS *et al.*, 2017). Para os homens é inadmissível não poder trabalhar, para eles não é uma opção deixar de trabalhar é visto como algo assustador, porque precisam exercer o papel de provedor da família, cumprindo a sua obrigação de homem (GARCIA; CARDOSO; BERNARDI, 2019).

O relato de 28 homens entrevistados para uma pesquisa com a finalidade de avaliar as explicações para a pouca procura por serviços de saúde, sustentam-se nos papéis a serem desempenhados para que se certifique a identidade de ser masculino, pois não adianta ser homem, é preciso provar que é. À vista disso, a procura por serviços de saúde é estimulada por aquilo que se entende ser homem. O estudo evidencia o fato dos homens associarem o ato de cuidar ao âmbito feminino. Dessa forma, ser homem está associado a atitudes de macheza, contrariando a todo custo aquilo que é feminino. Portanto, há dificuldade entre os homens de verbalizar o que sentem, pois falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

A atitude de não buscar a prevenção do câncer de próstata é influenciada por aspectos culturais que refletem na maneira dos homens agirem socialmente, conforme Gomes *et al.* (2008). Com isso, a possível indiferença em relação ao autocuidado por parte dos homens pode ser explicada a partir da perspectiva da construção social. Pois, mulheres e homens pensam e agem de maneira diferenciada porque são influenciados pela construção de uma feminilidade e masculinidade ditada por sua cultura.

A próstata é regulada socialmente por normas e valores culturais, outro revés importante a destacar, isso significa que os homens identificam seus valores a partir de atributos biológicos e sociais, ou seja, a próstata (masculinidade) dita quem é o macho alfa autêntico perante a sociedade. Ao contrário, acabam não se enquadrando no proposto pelo social, devendo agir conforme o meio cultural em que vive. Entende-se por isso, que a próstata tem a função de firmar sua identidade de gênero e sua masculinidade. Dessa forma, a retirada cirúrgica da próstata ou o exame do toque retal finda danificando o seu corpo, sua identidade masculina e a sua moral (ARAÚJO; NASCIMENTO; ZAGO, 2018).

Diante disso, o exame do toque retal é compreendido como se o ato tocasse na masculinidade do homem, manifestando alguns sentimentos que acabam afastando os homens dos cuidados em saúde:

Algo constrangedor e dolorido, comparado com um estupro, uma violação de sua identidade corporal masculina dominante, algo que os levava a se sentirem derrotados, humilhados, torturados e que os envergonhava, pois os colocava em situação contrária à da imagem masculina dominante que incorporavam quando estavam saudáveis. Ao optarem por fazer os exames sentiram-se como um boi indo para o matadouro (ARAÚJO; NASCIMENTO; ZAGO, 2018, p. 3).

Continuando para o mesmo autor, os homens vivenciam um dilema, ou seja, ou cuidam do seu corpo adoecido e se afastam do conceito de masculinidade, ou não cuidam do corpo e mantêm sua moral, e nesse último prejudicando sua qualidade de vida. Isso ocorre porque precisam afirmar por meio de atos que são masculinos. Promover cuidados para a própria saúde é ser um desertor da masculinidade hegemônica (padrão de práticas a ser seguido, uma série de expectativas de papéis sociais). Para os homens, mais impactante do que perder a próstata, foi perder suas funções, símbolos e representações de corpo masculino (ARAÚJO; NASCIMENTO; ZAGO, 2018).

Sabe-se que o momento do exame de próstata, mais precisamente o toque retal, coloca o homem em situação constrangedora (PAIVA; MOTA; GRIEP, 2011). Ficar descontraído a pedido de quem faz o toque, afim de que o processo seja menos evasivo, causa receios, pois o homem acredita que a sua descontração pode ser interpretada como sinal de que o toque nessa parte é algo comum e/ou prazeroso (GOMES *et al.*, 2003). Observa-se assim que o toque retal é visto como um tipo de violação, ou um comprometimento da masculinidade, configurando-se um dos principais motivos alegados pelos homens em diversos estudos sobre a temática para o não comparecimento ao médico afim de prevenir o câncer de próstata (MENEZES *et al.*, 2019).

Em uma pesquisa com o propósito de conhecer os possíveis entraves para a realização dos exames de detecção do câncer de próstata, foram entrevistados 52 servidores do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, no ano de 2017, na qual, 8% disseram ter preconceito com o modo que é feito o exame de toque retal, afirmam ser um pouco constrangedor e temem julgamentos. Enfatiza-se o preconceito, pois entendem que “homem de verdade” não se submete a essa situação, a vergonha de ser examinado por uma médica, expor o corpo, ficar em posição física desfavorável e o medo de descobrir que tem câncer de próstata são os principais motivos para não cuidarem da saúde, considerados como um dos principais fatores impeditivos para a realização do exame (MORAES; OLIVEIRA; SILVA, 2017).

O exame do toque retal afasta inúmeros homens do autocuidado na prevenção precoce do câncer de próstata, esse dado é reforçado por Abreu *et al.* (2013); Gomes *et al.* (2008), pois o exame acaba mexendo com a imaginação do homem, em razão do medo de ser tocado na sua parte interna, o medo da dor associado à violação do corpo e intimidade e o mais temido: medo de uma possível ereção, nesse último caso muitos os homens não conseguem associar ereção a uma reação fisiológica do seu corpo, apenas, surgindo questões psicológicas

por conta do exame do toque retal. Diante disso, a saúde do homem é colocada em risco, pois modelos hegemônicos de masculinidade dificultam a adoção de hábitos saudáveis.

Em estudo de Costa e Moura (2013), com homens acima de 40 anos de idade, tinha o intuito de caracterizar a causa do déficit na procura de exame preventivos e serviços de saúde pelos homens, concluíram que determinados indivíduos referiram o exame de toque da próstata como estigmatizado socialmente, ou seja em torno do exame é criada diversas teorias e deturpações de que o exame deixa o homem menos homem, tais dados corroboram estudos anteriores. Houve constrangimento em 52,9% dos relatos, apesar do mesmo, destacou-se a importância da realização do exame/prevenção de agravos em 47,1% e ausência de preconceito em 41,2%, o estigma atribuído ao toque da próstata foi relatado por 40,2% dos indivíduos e o desconforto físico e mental aparecem em 29,4% das falas analisadas.

Na pesquisa realizada por Sousa, Silva e Pinheiro (2011) com 88 gaúchos tradicionalistas questionados sobre o motivo de nunca realizarem o exame de toque retal, 5,7% relataram que a não realização do exame deveu-se por preconceito, tais achados reforçam a pesquisa de Moraes, Oliveira e Silva (2017). Além disso, procuram menos o serviço de saúde comparado às mulheres, pois se consideram mais saudáveis e, devido a questões culturais, veem o ambiente de saúde como um local feminino, para pessoas frágeis, ferindo, assim, os conceitos de masculinidade.

Segundo Paiva, Mota e Griep (2011), em estudo com 160 homens residentes de uma área adscrita à Estratégia de Saúde da Família no Município de Juiz de fora, MG, o ato de realização do toque retal é delicado para o homem, pois, nesse momento, sua visão da masculinidade pode ser ameaçada, visto essa construída pelo meio social. Tal estudo teve como objetivo descrever as barreiras no rastreamento do câncer prostático.

Seguindo a mesma linha de pensamento a partir de aspectos do modelo hegemônico de masculinidade o ETR pode comprometer a masculinidade e, portanto, o homem se sente humilhado. O toque retal pode simbolicamente ser visto como uma violação da masculinidade, uma vez associado à penetração sexual, expressando constrangimento e resistência, devido à comparação com as relações homossexuais. O toque retal pode suscitar nos sentimentos mais íntimos dos homens a inversão do masculino, ou seja, o feminino. Esse exame não toca apenas na próstata, ele toca em aspectos simbólicos do ser masculino, ou seja, aquilo que fere tais aspectos devem ser evitado a todo custo (GOMES *et al.*, 2008).

A discussão sobre o exame do toque é ainda mais aprofundada por alguns autores, pois além da dor e o medo, o exame envolve penetração e violação. Parte dos entrevistados referiu como barreira o medo de realizar o toque. “Mesmo que o homem não sinta a dor, no mínimo, experimenta o desconforto físico e psicológico de estar sendo tocado, numa parte interdita”. Essa barreira também foi expressa pelos participantes de estudos internacionais como falta de coragem associada ao medo de descobrirem algo de errado com sua saúde, pois o homem precisa “obrigatoriamente” demonstrar força e poder socialmente construídos (PAIVA; MOTA; GRIEP, 2011, p. 7).

Outra situação importante a ser considerada está relacionado as dificuldades socioculturais. De acordo com Abreu *et al.* (2013) em sua pesquisa com a meta de identificar as dificuldades para a prevenção do câncer de próstata, verificou que no tocante as dificuldades socioculturais, homens de baixa situação socioeconômica têm maior dificuldade de acesso ao sistema de saúde, as quais estão mais propícios aos agravos em saúde, sendo o câncer de próstata um deles. O homem nessas circunstâncias ao conseguir algum recurso financeiro, é destinado à sua alimentação e da sua família. O dinheiro e as oportunidades, é algo escasso parahomens em vulnerabilidade social.

Para Menezes *et al.* (2019, p. 1177) “o comportamento em saúde se prende a um processo sequencial: a aquisição de um conhecimento correto leva a uma atitude favorável que, por sua vez, pode conduzir às práticas saudáveis”. Esse processo pode ocorrer de forma positiva ou não, isso significa dizer que se um homem não tem condições financeiras poderá também não ter acesso à educação de qualidade e informações confiáveis quanto a prevenção e tratamento do câncer de próstata, condicionando-os a possíveis atitudes negativas promovendo processos de adoecimento, por causa desses fatores mencionados.

O conhecimento de homens sobre a próstata, o câncer e os exames de prevenção adquirem muitos significados conforme sua cultura e meio social, ou seja, são diferentes para cada homem. Para alguns homens o entendimento acerca da próstata, câncer e exames é algo comum, mas para outros é um assunto complicado e até mesmo desconhecido. Assim sendo, a não realização de exames pode ser determinada frente ao nível de esclarecimento na qual o homem foi apresentado. Dessa forma, o modelo biomédico reducionista não deve tratar a “resistência” dos homens em, apenas, preconceito ou algo bestial (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

A falta de informação e instrução sobre prevenção ou tratamento do câncer de próstata associa-se a baixos níveis de escolaridade, visto que na literatura nacional a falta de conhecimento adequado pode ser um fator determinante para o exame do câncer de próstata,

em particular a adesão ao tratamento do câncer em si, uma vez que a não compreensão dos benefícios do tratamento e de como ele é feito, acarreta desconfiança e insegurança aos pacientes. Mediante isso, é notório que muitos homens são desprovidos de conhecimentos referentes às práticas preventivas do câncer de próstata, corrobora (ABREU *et al.*, 2013).

Em uma investigação com homens acima de 40 anos de idade, de uma instituição pública de ensino superior, entre os entrevistados, 52,9% possuíam ensino superior, (100%) dos 35,3% que realizou ambos os exames de rastreamento, possuíam ensino superior. Os que não conheciam tinham o ensino fundamental, com isso a maior adesão aos exames preventivos está relacionada a maior renda e escolaridade, reafirmando a literatura nacional. Sobre o ETR, alguns homens com menos escolaridade demonstraram desconforto, devido à falta de entendimento. Ainda, 47,1% da amostra considera o ETR necessário e de grande importância para a saúde, 35,3% possuem ensino superior, incluso 23,5% de profissionais e educadores da área da saúde, e 11,8% da amostra apresenta ensino fundamental, isso demonstra o impacto positivo do conhecimento sobre o assunto (COSTA e MOURA, 2013).

Outra dificuldade sociocultural é o baixo nível de escolaridade, a ausência de instrução e a falta de conhecimento correto diminuem as informações verdadeiramente científicas sobre a prevenção ou tratamento do câncer de próstata, atingindo, em maior número, homens com menor nível de escolaridade e poder socioeconômico (ABREU *et al.*, 2013).

Há autores que associam falta de informação sobre a prevenção ou sobre o tratamento do câncer de próstata a baixos níveis de escolaridade. Apontam que a desinformação atinge, mais intensamente, a população masculina com menor nível de escolaridade e poder socioeconômico, o que demanda ações educativas voltadas principalmente para esse grupo. O exame de detecção precoce e o tratamento da doença impacta os homens que acabam criando barreiras contra essas ações. Isso acontece devido a fatores como a falta de informação, o preconceito do toque retal e o medo de procurar o urologista e se expor, a dificuldade de acesso médico especializado e o medo de ficar impotente (PAIVA; MOTA; GRIEP, 2011).

Gomes *et al.* (2008, p. 1979) diz que, “a falta de recursos financeiros para se conseguir um atendimento privado ou para se ter acesso a exames complementares, são alguns dos aspectos que interferem na busca de cuidados de saúde em geral por parte dos homens”. Logo, a falta de recursos deixa os homens de “mãos atadas” sem possuírem meios para correr atrás da sua saúde, pois o dinheiro abre portas proporcionando melhor qualidade de vida.

Possuir maiores recursos financeiros auxilia na busca por atendimento devido à maior facilidade de acesso, e que a escolaridade está associada à maior consciência sobre a saúde. O grupo que realizou o exame de toque retal (52 homens) possuía maior renda e utilizava o serviço de saúde de instituições particulares via convênio ou consulta particular. Quem possuía maior escolaridade tendeu à realização do exame de toque, já que dispõem de melhor discernimento, segundo estudo com 88 homens em Porto Alegre, RS. (SOUSA; SILVA; PINHEIRO, 2011).

Além disso, há outro ponto importante a ser salientado sobre as barreiras que impactam a saúde dos homens. Os homens creditam as causas da pequena procura ao fato de: serem mais acomodados, desleixados, negligentes, cultivarem uma conduta de apenas cuidar da saúde em situações extremas, serem irresponsáveis, encontrarem mais dificuldades nos atendimentos, necessitar agir como um animal, acordar cedo, além de aspectos pessoais ligados a grosseria e ignorância. Dessa forma, as atitudes dos homens se justificam mais pelo caráter cultural do que mesmo pelas questões de falta de tempo de ir ao médico (ALVES *et al.*, 2011).

“O medo de “perder o dia de trabalho” se fez presente, reforçando os papéis históricos atribuídos aos homens de garantir o sustento da casa e a subsistência da família. O modo do homem ver o trabalho é diferente de como vê a saúde” (ABREU *et al.*, 2013, p. 3800). Isso significa que o trabalho é uma atividade prioritária para o homem, pois o trabalho é um modo utilizado para comprovar sua identidade masculina, a sua moral e utilidade social, já a sua saúde pode esperar, e assim, acaba sendo esquecida e procuram cuidados muito tarde.

A presença de receio e medo sentido pelos homens em comunicar no trabalho quando estão doentes, principalmente ao se tratar de uma enfermidade crônica e grave. Os empregadores podem interpretar a situação como desculpa, preguiça, mentira e que um funcionário doente é sinônimo de prejuízo aos lucros da empresa. Com isso, certamente o homem teme ser demitido, e isso é algo impensável para o homem, pois em muitos casos, são eles os principais provedores da casa, muitas pessoas dependem dele. Este fenômeno atua negativamente na conduta masculina quanto à procura pelos serviços de saúde e o encobrimento dos casos de dor. Dessa forma, o medo, timidez e vergonha também contribuem para a baixa procura dos homens (ALVEZ *et al.*, 2011).

Os atestados ou declarações de que o usuário esteve na consulta ou fez exames são pouco úteis para os homens. Além disso, o tempo que os homens precisam despender para agendar a consulta é grande, é diferente do tempo usado com o atendimento propriamente dito,

bem como pode envolver o argumento de carência dos próprios serviços por não possuírem um horário mais amplo (terceiro turno) para o atendimento aos “homens trabalhadores” (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

O homem não foi criado para a prática do cuidar, mas sim para o trabalho. Isso acontece, porque historicamente os homens foram estimulados para o trabalho desde cedo e o sustento e proteção da família é a sua maior responsabilidade, o resto torna-se de menor importância. Por detrás disso tudo, há a negação do homossexualismo, a referência constante a certo padrão de comportamento sexual masculino, o desejo de corresponder às expectativas sociais e ser como macho, são exigências para a afirmação da identidade masculina diante do medo que os homens expressam ao serem confrontados. Nesse sentido, a masculinidade não é algo dado, mas algo que se procura constantemente conquistar e provar (ABREU *et al.*, 2013).

O fato de homens estarem inseridos no mercado de trabalho é apontado como uma das razões da baixa procura pelos serviços de saúde. Pois, em alguns casos mesmo apresentado o atestado, os homens ainda tem receio de serem penalizados por se ausentar para uma consulta médica. O trabalho está dentre os principais fatores elencados por profissionais e usuários da APS, para justificar o não-comparecimento ou dificuldade de ir aos serviços. A referência ao trabalho envolve a justificativa da ordem de gênero que associa homem-trabalho e, assim, desvaloriza o homem que se ausenta do ambiente de trabalho por questões de saúde e dificulta a decisão em buscar os serviços de saúde pelo receio de revelarem fragilidades no seu contexto laboral, podendo assim, serem demitidos (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

As jornadas de trabalho e falta de tempo funcionam não só como empecilhos na procura pelos serviços de APS, como também contribuem para a perspectiva de ser o trabalho em si a única tarefa a ser realizada no cotidiano dos homens. O quadro de negligência com a própria saúde foi justificada pela dedicação excessiva ao trabalho, restando pouco tempo para a prática de outras atividades. Os empecilhos de uma procura médica satisfatória, se articula às questões relacionadas ao trabalho, enfatiza (ALVES *et al.*, 2011).

Para Gomes, Nascimento e Araújo (2007) nos discursos masculinos a poucaprocura por serviços de saúde são justificadas por conta do trabalho, do sustento da casa e da família do que com questões relativas a cuidados de saúde. Pelo fato do trabalho se constituir uma função atribuída socialmente ao homem, a possibilidade de não se conseguir progresso no mercado de trabalho ou a perda do emprego podem gerar tensões não somente econômicas, mas também de identidade.

Para o homem buscar atendimento pode revelar um problema de saúde ocasionando a necessidade de retirar-se para tratamento médico e isso pode prejudicá-los, resultando em perda do posto de trabalho. Já a falta de recursos financeiros e a falta de escolarização e informação dos usuários dificulta absurdamente o processo de autocuidado, indisponibilidade de tempo por causa da dedicação exagerada às horas de trabalho, gera a impossibilidade de realizar outras atividades (ALVES *et al.*, 2011).

O medo é um dos principais fatores que atrapalham o autocuidado por parte da população masculina. Os próprios homens se identificam com este sentimento. A explicação para esse comportamento se liga às exigências do modelo tradicional de masculinidade. Considere-se, contudo, que a associação entre homem-trabalho constitui uma elaboração de gênero sociocultural e historicamente instituída, e que pouco é problematizada pelos profissionais da saúde, pois há uma obrigatoriedade de demonstração de força, poder, segurança e estabilidade socialmente construídas, levando à aparente falta de direito do homem em demonstrar algum tipo de sentimento ou problema de saúde (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

7.2 Categoria 2 - Barreiras nos serviços de saúde.

De acordo com Freitas *et al.* (2021) em um estudo com o objetivo de identificar a percepção do público masculino acerca da assistência ofertada na atenção primária à saúde às suas necessidades descobriu-se que no tocante as barreiras nos serviços de saúde, as ações são reduzidas e centradas ao aparelho geniturinário, isto é, na próstata, reprodução e sexualidade, e não na promoção e prevenção de doenças como a neoplasia da próstata. Neste trabalho os homens pontuaram obstáculos no acesso aos serviços de saúde: demora no atendimento, número de fichas insuficientes para consultas médicas, incompatibilidade de horário com a jornada de trabalho e muita burocracia para agendar consultas e exames.

Seguindo a mesma visão Gomes, Nascimento e Araújo (2007) fortalece a ideia anterior, visto que o horário de funcionamento dos serviços de saúde não atende às demandas dos homens, por coincidir com a carga horária de trabalho. A precarização dos serviços públicos em relação ao atendimento também está presente.

A saúde do homem está sendo reduzida à saúde urológica. Há diferentes dimensões nas quais são produzidas a invisibilidade dos homens nos serviços de saúde: a dimensão das intervenções em saúde onde o privilégio é dado às mulheres, a incapacidade dos profissionais de notarem a presença de alguns homens como usuários nos serviços ou as questões trazidas

por eles, a concepção de que os homens não se cuidam e a consequente expectativa de que não procuram os serviços de saúde, contribuem com as atitudes superficiais dos profissionais em saúde em relação as necessidades dos homens usuários (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO 2012).

As dificuldades políticas e organizacionais para a prevenção do câncer de próstata levantadas no estudo de Abreu *et al.* (2013), como o horário de funcionamento dos serviços não condizerem com o horário livre dos homens; a precariedade dos serviços públicos; o mau atendimento; as filas grandes; e a falta de médicos, principalmente do sexo masculino que é a preferência dos homens. Tais fatos ocasiona a falta de equidade no atendimento às necessidades do homem, existindo mais serviços de saúde voltados à saúde da mulher e da criança. É escasso os serviços de saúde, exceto a emergência que atenda essa população, em horários que eles possam utilizar. Assim, os serviços de saúde demonstram não ser equitativos no atendimento à população masculina.

A ineficácia da rede de encaminhamentos e os critérios adotados para os agendamentos, são identificados pelos homens como a principal dificuldade no atendimento, em função da demanda masculina de objetividade e rapidez. Os profissionais da assistência identificam o homem usuário de forma negativa, por revelar pouca paciência na espera por atendimento. Segundo os profissionais, os homens em geral, quando chegam ao serviço vão direto à fila da farmácia, com o cartão SUS em mãos, entram e saem do serviço o mais rápido possível. Assim, o posicionamento dos homens nestes ambientes denota certo receio, desconfiança, incômodo, o que revela pouca familiaridade com o espaço e a rotina dos serviços (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Segundo Abreu *et al.* (2013) trata-se de duas barreiras para o acesso dos homens aos serviços de saúde: a primeira é a falta de unidades de saúde específicas para o cuidado com o homem, uma vez que com o atendimento exclusivo seria mais fácil expressar os seus problemas de saúde e se expor, pois haveria mais homens do que mulheres, tornando a prática comum e os deixando mais seguros, confiantes e integrados e a segunda é a conduta do mercado de trabalho ao impedir ou dificultar a procura dos homens por serviços de saúde, podendo comprometer a sua saúde. Esse tratamento reducionista que os homens recebem nos serviços de saúde prejudica de forma estereotipada a saúde dos homens, pois o homem é um ser extremamente complexo e, com isso, é preciso aprender a lidar com as necessidades deles.

A percepção dos homens varia sobre o serviço de saúde, e isso depende da resolução ou não de sua demanda. Constatou-se que o vínculo que os homens estabelecem com os

profissionais que lá atuam e a oferta de serviços específicos está relacionado com essa percepção. O acolhimento, a resolubilidade, a visita domiciliar, o trabalho dos ACS, são pontos satisfatórios da assistência. Em contra ponto, o descontentamento com o atendimento de médicos, enfermeiros, técnicos e outros profissionais, ausência de programas específicos para o homem, são citados como pontos negativos (FREITAS *et al.*, 2021).

Em cinco municípios investigados para verificar se haviam ações continuadas voltadas à população masculina na faixa etária 20 a 59 anos, não foi possível identificar ações que contempla-se, de modo efetivo, os principais fatores de morbimortalidade na saúde do homem. As atividades aos homens são pontuais, com pouca articulação com as diretrizes propostas na PNAISH e muitas são voltadas para ações clínico-assistenciais. Apesar da tímida implantação da política, os homens são minoria nos serviços de saúde, no caso, representam no máximo entre 30% e 40% da demanda (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Os autores se complementam, pois, os fatores que influenciam os homens a procurarem menos que as mulheres os serviços de APS; são: a precarização dos serviços de saúde pública; a composição das equipes de saúde, majoritariamente formada por mulheres; entre outros aspectos que também poderiam funcionar como empecilhos a um maior acesso masculino aos serviços de APS. Os homens também relataram que encontram mais dificuldades para ser atendidos. Para tanto, contribuem as falhas na assistência percebidas pelos homens como regalias do público feminino nos atendimentos (ALVES *et al.*, 2011).

Em uma pesquisa os sujeitos foram questionados sobre o motivo de nunca realizarem o exame de toque retal. Entre os 88 homens entrevistados, relataram que a não realização do exame deveu-se ao fato do médico nunca ter solicitado (15,9%), por confiança no exame do PSA (6,8%). Houve dúvida quanto ao principal exame para prevenção do CA de próstata: a maioria (45,3%) citou o exame de toque retal, seguido de 31,4% que consideraram necessários os exames de toque retal e o PSA juntamente, e 23,3% que acreditam ser suficiente apenas o PSA. As divergências quanto as recomendações para a realização do ETR e PSA refletem também, no conhecimento dos profissionais assistenciais e nas orientações fornecidas por esses à população, o que repercute na baixa adesão aos métodos preventivos (SOUSA; SILVA; PINHEIRO, 2011).

Os autores aqui possuem a mesma visão, pois nesse outro estudo o principal motivo alegado pelos homens, que ainda não haviam realizado os exames de rastreamento de câncer de próstata, foi o médico nunca ter solicitado, não conseguir marcar consulta com

especialista, ausência de sintomas, o médico não recomendar, e o médico não informar as causas de estar pedindo o exame (PAIVA; MOTA; GRIEP, 2011).

Em função da visão socialmente construída sobre homens e sua saúde, os serviços e profissionais da saúde não conseguem ver outras demandas trazidas por eles. Ou seja, só conseguem enxergá-los a partir do modelo hegemônico de masculinidade esperado e não muito além disso. Portanto, não são considerados na sua condição masculina integral, mas, apenas, como jovens, velhos, homossexuais (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Há outras questões de ordem mais estrutural que também podem impedir a busca por prevenção, como dificuldades em conciliar o atendimento dos serviços de saúde com as jornadas de trabalho dos homens que necessitam dos serviços públicos, precarização dos serviços públicos em atender às demandas de cuidados em saúde da população em geral. Entretanto, as condições estruturais não podem ofuscar a coexistência de outros problemas, de ordem mais simbólica, que fazem com que os homens não procurem medidas preventivas do câncer prostático nos serviços de saúde (GOMES *et al.*, 2008; ALVES *et al.*, 2011).

A falta de unidades de saúde específicas para o cuidado com o homem também foi apontada como uma barreira para o acesso dos homens aos serviços de saúde. Os serviços públicos costumam ser percebidos como um espaço feminizado, frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres. Os serviços de saúde não são tão amigáveis para os homens, devido a organização no que se refere à (decoração, panfletos, cartazes e outros) serem mais voltados para alertar e receber as mulheres nas unidades, gerando na população masculina uma sensação ou um sentimento de não pertencimento àquele espaço (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

A não resolubilidade do problema no mesmo dia é uma barreira para a não busca por consulta, assim os homens acabam desistindo antes de tentar marcar um atendimento com o médico especialista, já que a própria marcação de consulta vai demandar muito tempo. Houve dúvida quanto ao principal exame para prevenção do CAP, isso acontece pela falta de consenso sobre a prevenção da doença entre os profissionais e as instituições de saúde pública. Pesquisadores ao revisarem a literatura, encontraram polêmica sobre as recomendações entre o público-alvo e o tipo de exame preventivo aconselhado, essa incerteza causa confusão nos homens prejudicando uma tomada de decisão para a prática do autocuidado na prevenção do câncer de próstata (SOUSA; SILVA; PINHEIRO, 2011).

Outros pesquisadores trazem a questão de que experimentar o apoio ou opiniões negativas da família e de amigos próximos pode interferir de forma significativa nos

comportamentos dos homens em relação à manutenção da sua saúde, sendo assim o papel dessas pessoas próximas deve sempre ser levado em consideração durante o planejamento da assistência a ser prestada pelos profissionais de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Os serviços de saúde não estão aptos em absorver a demanda apresentada pelos homens como o acesso e as campanhas de saúde. O aumento desenfreado do câncer de próstata, aparentemente, não desperta o interesse das autoridades e que a falta de um programa voltado para o homem, abordando questões específicas, assim como a maior presença feminina nos serviços de saúde estão relacionados aos fatores culturais e sociais, culminando na baixa procura dos homens aos serviços de saúde. Além disso, os serviços devem priorizar os exames de rastreamento e os homens precisam de mais apoio, informação e educação para tirar as dúvidas e inseguranças sobre os exames, tratamento e o câncer (ABREU *et al.*, 2013).

A problemática em torno da saúde do homem vai além das questões de organização dos serviços para garantir acesso. Além disso sugere-se a sensibilização dos homens e acessibilidade organizacional das unidades de saúde (FREITAS *et al.*, 2021). As ações em saúde para homens devem considerar a heterogeneidade, pois a significação da masculinidade é um processo permanente e construído sócio culturalmente (MENEZES *et al.*, 2019). Portanto, segundo Backes *et al.* (2009) apesar da tentativa de promover a saúde, na realidade, ainda estamos vinculados ao discurso de prevenção, porém centrados na doença.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente a ideia para a realização desta pesquisa nasceu a partir de uma curiosidade da autora, porque havia uma questão a ser investigada relacionada à saúde do homem, mais precisamente sobre as barreiras no autocuidado preventivo contra o câncer de próstata. Um dos pontos principais para que isso ocorresse foi a vivência experimentada, em contexto familiar, pela autora, em relação as consequências irreversíveis do não autocuidado preventivo. Além disso, as estatísticas recentes mostram que dados de morbimortalidade masculina pelo câncer de próstata vem mantendo-se altos, apesar da existência da PNAISH e do alerta ao Novembro Azul¹.

¹ Segundo o Ministério da Saúde o Novembro Azul é o mês mundial de combate ao Câncer de Próstata. O propósito é sensibilizar e conscientizar a população masculina em relação aos cuidados com a saúde e a importância da realização dos exames de prevenção contra o câncer de próstata.

O intuito da pesquisa foi atendido por conseguir verificar que fatores como o excesso de dedicação ao trabalho, medo de descobrir uma doença e ficar impossibilitado de fazer outras atividades que afirmam a sua masculinidade, vergonha do que a sociedade vai pensar, falta de tempo como desculpa, negligência baseada na falsa autopercepção da sua invulnerabilidade física e mental, preconceito com o exame de toque retal e a insatisfação dos homens com os serviços de saúde, pelo fato dos estabelecimentos em saúde serem precários.

Os homens, comumente, adotam e são condicionados a um estilo de vida autodestrutivo. Problemas histórico-culturais como a desqualificação da manifestação do sofrimento masculino e as ideias errôneas de que expor as emoções e buscar auxílio são sinais de fraqueza, estão cada vez mais, distanciando os homens do autocuidado em saúde para a prevenção do câncer prostático. A questão da saúde do homem é uma relação de causa e consequência. É um ciclo vicioso prejudicial.

As barreiras identificadas apresenta-se como oportunidade, oferecendo meios para repensar a formação de profissionais e gestores em saúde e suas práticas no cuidado à saúde do homem e intencionalmente trabalhar em favor dessa população, reduzindo tais barreiras encontradas tanto na atenção à saúde como na estrutura social. É essencial a qualificação e fortalecimento da atenção primária, realização de programas de educação em saúde voltadas para os homens, capacitação adequada de gestores e da equipe multidisciplinar em saúde à realidade dos homens.

Sugere-se que outros pesquisadores continuem a pesquisar sobre o tema, buscando conhecer as outras barreiras existentes e pôr em prática o conhecimento adquirido para minimizar essa problemática. Os resultados desta pesquisa contribuirão com outros estudos e questionamentos, sendo fundamental o debate sobre a saúde do homem, pois os mesmos precisam de políticas voltadas para a promoção e prevenção à saúde que o atendam integralmente. Espera-se que os resultados desta revisão contribua de forma relevante com esse campo do saber e que de alguma forma aproxime os homens dos serviços de saúde, construindo um novo cenário positivo para a saúde masculina.

Portanto, toda a sociedade deve trabalhar para a proteção à saúde do homem. Os homens precisam superar a sua própria mente, superando a si mesmo. Cuidando de si também é cuidado com os outros.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Railda Fernandes *et al.* **Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate.** Psicol. teor. prat. São Paulo, v. 13, n. 3, p. 152-166, dez. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000300012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 19 dez. 2021.
- ABREU Alessandra Silva, *et al.* Estratégias para a prevenção do câncer de próstata. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental online.** DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n2p3795. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1833/pdf_782. Acesso em 5 Jan. 2022.
- ARAÚJO, Jeferson Santos, NASCIMENTO, Lucila Castanheira e ZAGO, Márcia Maria Fontão. Hegemonias corporificadas: dilemas morais no adoecimento pelo câncer de próstata. Extraído da tese: “A experiência do homem com câncer de próstata na perspectiva da antropologia das masculinidades”, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2016. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**. 2019, v. 53, e03494. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027403494>. Epub 14 Out 2019. ISSN 1980-220X. Acesso em 18 dez. 2021.
- BACKES, Marli Terezinha Stein *et al.* Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. enferm. UERJ**, 2009. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v17n1/v17n1a21.pdf>. Acesso em: 17 abril 2022.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2016. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em: 31 Jul. 2021.
- 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. 92 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf. Acesso em: 1 fev. 2021.
- BRASIL. Sociedade Brasileira de Urologia. **Câncer de próstata.** São Paulo, 2021. Disponível em: <https://sbu-sp.org.br/publico/cancer-de-prostata-3/>. Acesso em: 19 jun. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual de Saúde. **Dados de morbimortalidade Masculina no Brasil.** Brasil, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/dados_morbimortalidade_masculina_brasil.pdf. Acesso em: 15 Mai. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. Câncer de Próstata. **Quais os exames feitos para investigar o Câncer de próstata?** Brasil, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/cancer-de-prostata>. Acesso em: 24 Jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso.** - Rio de Janeiro: INCA, p. 10, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_da_prostata.pdf. Acesso em: 19 de jun. 2021.
- BIONDO, Chrisne Santana *et al.* Detecção precoce do câncer de próstata: atuação de equipe de saúde da família. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 38, p. 32-44, 2020. Disponível

em: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n38/1409-4568-enfermeria-38-32.pdf>. Acesso em: 20 Jun. 2021.

BOGLIOLO, Geraldo Brasileiro filho. **Patologia**. – 9. ed. – Rio de Janeiro, Editora: Guanabara Koogan. 2016. Pg. 345.

CARRARA, Sérgio, RUSSO, Jane e FARO, Livia. Política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. 2009, v. 19, n. 3, pp. 659-678. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/c43gm3yRYdDsCMGRZfjLrHM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 Mar. 2021. Epub 12 Jan 2010. ISSN 1809-4481.

COSTA, Taiane Bertoldi da; MOURA, Vera de Freitas. O significado do toque da próstata para o homem: enfermeiro na promoção da saúde. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)** ;5(4): 537-546, out. Dez. 2013. Tab, graf. DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n4p537 Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2121/pdf_920. Acesso em: 10 dez. 2021.

DAHER, Donizete Vago *et al.* A construção do vínculo entre o homem e o serviço de atenção básica de saúde. **Rev. Cubana Enfermeira, Cidade de Havana**, v. 33, n. 1 p. 111-120, março de 2017. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v33n1/enf13117.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2021.

FREITAS, Cilas Viana de *et al.* Percepções do homem sobre a assistência na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM, [S. l.]**, v. 11, p. e48, 2021. DOI: 10.5902/2179769253168. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/53168>. Acesso em: 5 jan. 2022.

FERNANDES, Marina Viana *et al.* **Perfil epidemiológico do homem com câncer de próstata atendido em um hospital universitário**. *Cogitare Enfermagem*, v. 19, n. 2, 2014. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/8aaf/adffe1a971e194682335972756256e7293fa.pdf>. Acesso em: 20 Jun. 2021.

FONTES, Wilma Dias de *et al.* **Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço**. *Acta paulista de enfermagem*, v. 24, p. 430-433, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/xvMjrWJLQddRSt6XdzxrWPz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 Mar. 2021.

GOMES, Romeu, NASCIMENTO, Elaine Ferreira do ARAÚJO, Fábio Carvalho. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior**. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. 2007, v. 23, n. 3, pp. 565-574. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>. Epub 22 Fev. 2007. ISSN 1678-4464. Acesso em 5 Jan. 2022.

GOMES, Romeu. **Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csc/a/t6nWbpXxcWR9rxZL7bXMxxD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 fev. 2021.

GARÓFOLO, Adriana *et al.* Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. **Revista de Nutrição**. 2004, v. 17, n. 4, pp. 491-505. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/9fdjyrnyXmQRt7rzwPMcWVg/?format=pdf&lang=pt>. Epub 17 Fev. 2005. ISSN 1678-9865. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732004000400009>. Acesso em: 19 jun. 2021.

GARCIA, Luís Henrique Costa; CARDOSO, Nicolas de Oliveira; BERNARDI, Cláudia Maria Canestrine do Nascimento. Autocuidado e adoecimento dos homens: uma revisão integrativa nacional. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 3, p. 19-33, dez. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v11n3/v11n3a02.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2021.

GOMES, Romeu *et al.* **Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2012, v. 17, n. 10, pp. 2589-2596. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000008>. Epub 23 Out 2012. ISSN 1678-4561. Acesso em: 2 Fev. 2021.

GOMES, Romeu *et al.* **As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2008, v. 13, n. 6, pp. 1975-1984. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000600033>. Epub 30 Set 2008. ISSN 1678-4561. Acesso em 18 dez. 2021.

GOMES, Romeu *et al.* **A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2011, v. 16, n. 11, pp. 4513-4521. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200024>. Epub 02 Dez 2011. ISSN 1678-4561. Acesso em 18 dez. 2021.

GOMES, Romeu *et al.* **A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2008, v. 13, n. 1, pp. 235-246. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100027>. Epub 15 Jan 2008. ISSN 1678-4561. Acesso em: 12 dez. 2021.

GOMES, Romeu e NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. **A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica.** *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2006, v. 22, n. 5, pp. 901-911. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500003>. Epub 28 Abr. 2006. ISSN 1678-4464. Acesso em 18 dez. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. **Tipos de câncer. Câncer de próstata.** Brasil, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>. Acesso em: 18 Jul. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. **Estimativa 2020.** Síntese de resultados e comentários. Câncer de próstata. Brasil, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios>. Acesso em: 16 Jul. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer.** Rio de Janeiro, p. 22, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf. Acesso em: 19 jun. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Informativo: Detecção precoce. **Monitoramento das Ações de Controle do Câncer de Próstata.** Brasil: Boletim ano 8, nº 2, junho/dezembro 2017. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/informativo-deteccao-precoce-numero2-2017>. Pdf. Acesso em: 15 mar. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. Causas e prevenção. Estatísticas de câncer. **Incidência estimada conforme a localização primária do tumor e sexo.** Brasil, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em: 16 Jul. 2021.

- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. **Câncer de Próstata: vamos falar sobre?** Rio de Janeiro, p. 5, p. 6, 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cartilha_cancer_prostat_a_2017.pdf. Acesso em: 19 jun. 2021.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **O que é Câncer?** Brasil: INCA, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>. Acesso em: 19 jun. 2021.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. **Câncer de próstata. Sinais e Sintomas.** Brasil: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>. Acesso em: 20 jun. 2021.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Como surge o câncer?** Brasil: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/como-surge-o-cancer>. Acesso em: 19 jun. 2021.
- JURBERG, Claudia; GOUVEIA, Maria Emmerick; BELISÁRIO Camila. Na mira do câncer: o papel da mídia brasileira. **Revista Brasileira de Cancerologia.** 2006; 52(2): 139-146. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/artigo3.pdf. Acesso em: 19 jun. 2021.
- KNAUTH, Daniela Riva, COUTO, Márcia Thereza e FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. **A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2012, v. 17, n. 10, pp. 2617-2626. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000011>. Epub 23 Out 2012. ISSN 1678-4561. Acesso em 18 dez. 2021.
- LEMONS, Ana Paula; RIBEIRO, Cristiane; FERNANDES, Jaqueline; BERNARDES, Karina; FERNANDES, Ronald. Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. **Rev. Enferm. UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 11, p. 4645-4652, set. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231205/25206>. Acesso em: 31 Jul. 2021.
- MENEZES, Roberta *et al.* Conhecimento, comportamento e práticas em saúde do homem em relação ao câncer de próstata. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. 1173-1179, 2019. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1173-1179. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7001/pdf_1. Acesso em: 10 dez. 2021.
- MORAES, Maria Cecília leite de; OLIVEIRA, Robson da costa; SILVA, Maria de Jesus. Uma questão masculina: conhecendo possíveis entraves para a realização dos exames de detecção do câncer de próstata. **Rev. Med. Hered, Lima**, v. 28, n. 4, pág. 230-235, outubro 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2017000400003&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 5 Jan. 2022.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Editora Vozes Limitada, 2011. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 14 Jun. 2021.
- MOURA, Erly. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil.** Rio de Janeiro: Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira, 2012. Disponível em:

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Perfil-da-Situa---o-de-Sa--de-do-Homem-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2021.

MARTINATO, Michele Cristiene Nachtigall Barboza *et al.* Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre (RS) 2010 mar;31(1):160-6. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/yywdXcsd9cnjXzqRJPsxMkS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 mai. 2021.

MORAES-ARAÚJO, Mayra *et al.* Caracterização sociodemográfica e clínica de homens com câncer de próstata. **Revista de Saúde Pública: Homens com Câncer de Próstata**, [s. l.], v. 21(3), p. 1-6, 2019. DOI <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n3.70678>. Disponível em:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v21n3/0124-0064-rsap-21-03-e470678.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

MACHIN, Rosana *et al.* **Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 4503-4512, 2011. Disponível em:

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v16n11/a23v16n11.pdf. Acesso em: 17 Fev. 2021.

MODENA, Celina Maria *et al.* **Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico**. *Temas em psicologia*, v. 22, n. 1, p. 67-78, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751527006.pdf>. Acesso em: 21 Jul. 2021.

OLIVEIRA, Pâmela Scarlatt Durães *et al.* **Câncer de próstata: conhecimento e interferência na promoção e prevenção da doença**. *Doente. Glob. Murcia*, v. 18, n. 54, pág. 250-284, 2019. Disponível em:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412019000200009&lng=en&nrm=isso. Epub 14-Out-2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.336781>. Acesso em 19 dez. 2021.

PAIVA, Elenir Pereira de, MOTTA, Maria Catarina Salvador da e GRIEP, Rosane Harter Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer de próstata. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]**. 2011, v. 19, n. 1, pp. 73-80. Available from. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000100011>. Epub 11 Mar 2011. ISSN 1518-8345. Acesso em: 5 Jan. 2022.

PINHEIRO, Rejane Sobrino *et al.* **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002, v. 7, n. 4, pp. 687-707. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39rwjxMH7z7kKRqv9kQGr4L/?lang=pt&format=pdf>. Epub 17 Jul. 2007. ISSN 1678-4561. Acesso em: 22 de jun. 2021.

PIANTINO, Camila Belfort *et al.* **Perfil clínico epidemiológico do câncer de próstata em um hospital de referência em passos, minas gerais**. *Ciência et Praxis*, v. 7, n. 14, p. 35-38, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/brigi/Downloads/praxys-journal-manager-artigo-120.pdf>. Acesso em: 20 Jun. 2021.

SOUZA, Luccas Melo de, SILVA, Michelli Porto e PINHEIRO, Ingrid de Souza. Um toque na masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas. **Revista Gaúcha de Enfermagem [online]**. 2011, v. 32, n. pp. 151-158. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000100020>. Epub 01 Ago. 2011. ISSN 1983-1447. Acesso em 18 dez. 2021.

SCHWARZ, Eduardo *et al.* Política de saúde do homem. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 108-116, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2012.v46suppl1/108-116/>. Acesso em: 6 mar. 2021.

SILVA, Irene de Jesus *et al.* Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2009, v. 43, n. 3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/S6s3fgFMbtMjMRfwncZ7WrP/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 7 fev. 2021.

SEPARAVICH, Marco Antônio. **A saúde do homem em foco**. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2011.v15n38/957-962/pt>. Acesso em: 25 fev. 2021.

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.* **Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens**. Cadernos de Saúde Pública, v. 26, p. 961-970, 2010. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v26n5/18.pdf. Acesso em: 20 Jul. 2021.

SANTOS, Edirlei Machado dos- *et al.* Saúde dos homens nas percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Revista de APS**, v. 20, n. 2, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16058/8304>. Acesso em: 20 Fev. 2021.

VIANA, Maria Elizabete Rodrigues *et al.* O cuidado à saúde da população masculina em tempos de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: o que eles falam. **Cultura de los Cuidados**, v. 19, n. 41, 2015. Disponível em: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46621/1/Cultura-Cuidados_41_16.pdf. Acesso 17 Fev. 2021.