



Eixo: Serviço Social, relações de exploração/opressão de gênero, raça/etnia, sexualidades.

Sub-eixo: Relações patriarcais de gênero e raça.

GÊNERO E MASCULINIDADES: REFLEXÕES SOBRE OS DETERMINANTES DE SAÚDE DO HOMEM COM CÂNCER DE PRÓSTATA

JAQUELINE DOS SANTOS AGUIAR¹

Resumo: A hegemonia da construção das masculinidades pautada no exercício dos papéis tradicionais designados aos homens contribui para uma posição privilegiada a este segmento, porém este reconhecimento torna-se limitado quando abordada a questão de acesso e permanência ao tratamento de saúde. Nesse sentido, o presente artigo tem como objetivo identificar e refletir sobre alguns dos determinantes sociais que participam do acesso dos homens ao tratamento de neoplasia maligna da próstata.

Palavras-chave: Saúde do homem; gênero; masculinidades.

Abstract: The hegemony of the construction of masculinities based on the traditional roles assigned to men contributes to a privileged position to this segment, but this recognition becomes limited when addressing the issue of access and permanence to health treatment. In this sense, the present article aims to identify and reflect on some of the social determinants that participate in the access of men to the treatment of malignant neoplasm of the prostate.

Keywords: Health of man; gender; masculinities.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo origina-se da experiência teórico-prática da residência em Serviço Social na área da Saúde do Adulto de um Hospital Universitário no Estado do Rio de Janeiro, especificamente na subárea da Urologia. A vivência nos atendimentos realizados aos homens em tratamento de câncer de próstata acompanhados pelo serviço e seus relatos sobre seu percurso para acesso à saúde, estão associados ao interesse de estudo pela temática. Percebemos durante a inserção na subárea que o acesso dos homens acompanhados na referida especialidade frequentemente se dá de forma tardia ou emergencial, devendo este fato à percepção que

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. E-mail: <jaquelinesaguiar@yahoo.com.br>

desenvolvem de si e do cuidado com seus corpos a partir da construção de suas masculinidades.

Assim este trabalho tem por objetivo abordar as possíveis questões que participam da construção das masculinidades, e assim os impactos para tratamento de câncer de próstata de alguns homens acompanhados clinicamente na referida unidade de saúde. Procura-se, em síntese, abordar questões relativas à construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009), considerando-a enquanto um importante marco para a alteração da percepção do homem e a atenção à sua saúde, reconhecendo-o enquanto pertencente a um segmento que historicamente demanda por maior inserção nos espaços de saúde.

2. A ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NO SUS

Para compreendermos o objeto deste trabalho, iniciamos o mesmo com uma breve contextualização sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH – pela qual a atenção a Saúde do Homem passou a ter maior visibilidade, em 2009, ano em que o Sistema Único de Saúde (SUS) completou vinte e um anos. Este acontecimento não pode ser concebido como algo estanque. Ao analisar o processo histórico em que se gestou a elaboração da referida política, observa-se que o Ministério da Saúde determinou a atenção integral à saúde do homem, a partir das contribuições viabilizadas pelo diálogo entre gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada², pesquisadores, acadêmicos e outros atores. Esses atores sociais perceberam que a prioridade no acesso e atenção aos segmentos de saúde da mulher, ao público infanto-juvenil e aos idosos não era suficiente para alcançar o ideal de integralidade e acesso universal à saúde, uma vez que grande parte da

²Não é heterogênea, conta com composição de associações, organizações não governamentais, movimentos sociais e outros com interesses compatíveis ou divergentes.

população não estaria contemplada nas diretrizes e objetivos propostos, neste caso a população do sexo masculino, em idade produtiva, entre 20 e 59 anos. Com esta perspectiva, a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH), foi instituída no âmbito do SUS através da Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, tendo como diretriz,

promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão de Estados e Municípios. (BRASIL, 2009).

Apesar deste avanço, de se considerar a assistência à saúde desta população, ainda hoje podem-se elencar diferentes desafios a serem superados, como, por exemplo, o hiato entre a regulamentação e a efetivação desta Política Pública, com proposta de caráter universal em um contexto de grande precarização, sucateamento e desmonte dos serviços públicos. Assim, podemos considerar que a PNAISH evidencia um grande esforço de organização e implicação de atores em diferentes níveis de atenção à saúde, contudo, assim como os demais programas, enfrenta um caminho tortuoso para avançar na sua ampliação e efetivação com qualidade, equidade e garantindo a participação popular através do estímulo a cidadania.

Ao longo do período citado, foi possível observar a importância da atuação do Serviço Social neste espaço por se tratar de um olhar diferenciado sobre a saúde, em uma perspectiva de atenção integral aos pacientes, suas famílias e às questões que os mesmos apresentam enquanto demandas. Por se tratar de uma abordagem junto a uma população que, historicamente, mantém-se ausente dos serviços de saúde ou utiliza-o tardiamente para tratamento de doenças crônicas e avançadas, observa-se a necessidade de uma ampla discussão sobre a influência dos marcadores de gênero, raça e classe social no acesso e adesão a um conceito ampliado de saúde, contemplando questões para além do binômio

saúde-doença, com vistas à prevenção, promoção, universalidade e equidade no acesso. Consideramos pertinente a aproximação com os conceitos de gênero e masculinidades para explorar as particularidades do cotidiano desses usuários bem como os processos percorridos para acesso às unidades de atenção à saúde para compreender a relação entre a procura tardia por tais serviços e a concepção de masculinidade subjacente a isso e também as dificuldades de acesso a serviços organizados – segundo as diretrizes da PNAISH em todos os níveis de atenção do SUS.

O que se observa de forma recorrente nas enfermarias da unidade de saúde, cenário de desenvolvimento deste trabalho, é a grande incidência de homens hipertensos, diabéticos, com neoplasias malignas, dentre elas a da próstata, doenças renais crônicas, tendo seu acesso aos tratamentos médicos através de serviços de emergência, da cidade do Rio de Janeiro, e de outras regiões. Além de ser mais oneroso para o SUS, a necessidade de tratamentos mais invasivos e de maior complexidade, ocasiona perda na expectativa e qualidade de vida desses usuários, além de mudanças bruscas na rotina dos mesmos, com afastamento do trabalho e do convívio familiar. Neste sentido, a busca dos homens por atendimento médico tardio, a partir dos serviços de emergência e da Atenção Quaternária, despertou nosso interesse em pesquisar os condicionantes que participam tanto do processo dos homens lidarem com sua própria saúde ou adoecimento quanto da ausência de ações preventivas direcionadas para este público no SUS. Busca-se neste sentido a compreensão do espaço que o cuidado com a saúde ocupa na construção das masculinidades, e sobre a importância disso para a efetivação do princípio de municipalização e qualificação do atendimento a tal público-alvo, através da capacitação continuada aos profissionais da saúde, conforme previsto constantemente nas disposições regulamentadoras da saúde da PNAISH:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.”(BRASIL, 1990, p. 9).

[...] desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários. (BRASIL, 2004, p. 13).

[...] capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem. (BRASIL, 2009, p. 49).

A relevância do presente estudo está, portanto, em problematizar a desconstrução de práticas que reforçam a manutenção das condições de acesso tardio dos homens, especialmente os que convivem com câncer de próstata, aos serviços de saúde e os estereótipos de gêneros danosos à sociabilidade destes homens.

3. GÊNERO, MASCULINIDADES E SAÚDE

Abordarmos os determinantes do acesso tardio dos homens à saúde, considerando as categorias de gênero e masculinidades requer, primeiramente, o entendimento de que tais conceitos não são homogêneos. Tais categorias são partes fundamentais na construção da cultura e dos papéis sociais chamados a serem desempenhados pelos sexos; porém, por serem categorias em construção, não contam com consenso em sua abordagem. Considerando o exposto, realizamos um breve levantamento sobre as principais discussões em torno dos conceitos de gênero e masculinidades que participam na determinação social do acesso tardio dos homens ao tratamento de câncer de próstata. Para além, busca-se a relação do exposto com a PNAISH, bem como a identificação das potencialidades a serem desenvolvidas no cotidiano para qualificação da atenção aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Identificar os impactos dos determinantes sociais no acesso tardio dos homens ao serviço de saúde, pressupõe a compreensão da atenção à saúde enquanto uma das diferentes dimensões que compõem a reprodução social dos trabalhadores. Em síntese, a abordagem das masculinidades consiste em captar as múltiplas formas de apresentar o ser homem na sociedade.

Observa-se, no campo teórico, que a própria noção de masculinidade defronta-se com diferentes paradigmas de análise. Um deles atribui ao homem um papel hegemônico na sociedade, que se caracteriza pela superioridade cultural, liderança no meio social e pela posição privilegiada nas relações sociais. Outro paradigma de análise - relacionado a uma perspectiva de excepcionalidades - não reduz as masculinidades aos estereótipos sociais do papel masculino, mas as práticas sociais, culturalmente construídas a partir do sexo biológico, porém ultrapassando esta dimensão. O segundo paradigma, rompe, portanto, com a manifestação habitualmente apresentada pelos homens, expressas nas representações de força, proteção, provisão de necessidades, virilidade e outras. Neste sentido, considerando que essas formas de exercício apontam para uma pluralidade das masculinidades, considera-se a existência de múltiplas maneiras de ser homem. Partindo-se de uma abordagem dos processos de construção e reprodução dos seres, identifica-se que eles têm caráter essencialmente dinâmico e mutável, passíveis de intervenção e alteração no campo das relações de gênero, pela ação dos envolvidos.

Os elementos socioculturais contribuem para a reprodução do ideário difundido dos parâmetros para ser homem. Os papéis sociais têm importante contribuição neste processo, ao colaborar para construção e manutenção dos locais designados ao pertencimento dos sexos. Seja no âmbito público (como nos espaços sócio-ocupacionais e na escolha das profissões), seja em âmbito privado (na divisão sexual do trabalho e exercício do trabalho doméstico), se observam as demarcações das diferenças entre características femininas e masculinas. Neste contexto, aponta-se a reprodução de tais concepções ancoradas num determinismo biológico, ou

seja, nas origens biológicas dos homens e mulheres, desconsiderando a construção social dos papéis sexuais. Observamos que tais papéis são construídos desde a gestação dos indivíduos, quando a identificação do sexo biológico do bebê no ventre materno já desencadeia a construção do seu ser, seu espaço, e sociabilidade considerando os padrões culturais de comportamento esperados a cada sexo. É neste contexto que se viabiliza a discussão de hierarquização entre as diferentes formas de expressão das masculinidades, abordadas por Connell (1995) Apud Souza (2009), ao afirmar que

Com relação ao aspecto da subordinação, Connell ressalta a existência de relações de subordinação intragênero, como no grupo de homens, onde os heterossexuais se adequam ao modelo dominante e os homossexuais fazem parte do modelo de subordinação. Mas este não é o exemplo único, já que homens heterossexuais também podem ser excluídos dependendo da posição social e econômica que ocupam. Desse modo, Connell aponta que o simbólico, na masculinidade subordinada, se aprima ao simbólico da feminilidade. (CONNELL, 1995, Apud SOUZA, 2009, p.126).

O reconhecimento dos homens enquanto machos, pautado na necessidade de oposição a qualquer característica e comportamento feminino contribui para a recusa e afastamento destes dos espaços de atenção à saúde, por contribuir para o reconhecimento do sujeito que requer cuidados, que adoece e pode ser tão frágil quanto um ser do sexo feminino. Tal processo expõe o caráter relacional do gênero.

Scott (1989), ao resgatar o histórico dos estudos de gênero, afirma que na gramática, gênero é compreendido como um meio de classificar fenômenos, um sistema de distinções socialmente definido mais do que uma descrição objetiva de traços inerentes aos sexos. Na gênese dos estudos feministas, o termo estava relacionado à rejeição de tal determinismo biológico, o qual pautava as relações no sexo ou diferença sexual. Como exemplificação da percepção hegemônica da categoria de gênero, Scott (1989), contribui ao contextualizar que,

O gênero se torna, aliás, uma maneira de indicar as “construções sociais” – a criação inteiramente social das ideias sobre os papéis próprios aos homens e às mulheres. É uma maneira de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres. O gênero é, segundo essa definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado. (SCOTT, 1989, p.8).

Neste sentido, considera-se gênero enquanto categoria com potencial de análise por problematizar as relações até então concebidas enquanto naturais e limitadas na sua capacidade de transformação.

Tal síntese de conceitos se configura enquanto importante ferramenta para pensar a construção da PNAISH, por terem sido contempladas em sua elaboração, desde o objetivo proposto até estratégias de implementação desta política. Seu embasamento pautado nestas categorias decorre da compreensão que tais questões perpassam a construção social dos seres e, desta maneira, a forma com que estes sujeitos se relacionam, consigo e com a sociedade em todos os âmbitos, incluindo com a sua saúde. Contempla diversas particularidades oriundas tanto da forma de sociabilidade dirigida ao reconhecimento do homem, quanto relativas ao contexto político-social no qual se gestou e vem sendo buscada a sua efetivação enquanto Política Social, em uma conjuntura de desmonte e precarização dos serviços públicos. Busca-se a articulação destas diferentes dimensões para qualificar o debate do acesso do homem à saúde, por compreender a participação tanto do público-alvo desta política, quanto de seus executores, como potencialmente favoráveis à ampliação do acesso e humanização da saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) é então lançada em 2009 visando articulação com as demais políticas de atenção à saúde e serviços que garantam a integralidade das ações, tendo como objetivo democratizar o acesso dos homens ao tratamento de saúde, de acordo com os princípios do SUS, tendo como prioridade o fortalecimento da atenção básica, conforme disposto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB),

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (MS, 2012).

Enquanto estratégia de capilarização de serviços, ações de promoção, prevenção, identificação e condução às terapias pertinentes, entende-se que o fortalecimento da atenção básica contribua para redução dos agravos na saúde do homem, por se considerar que a intervenção preventiva e redução de exposição ao tabagismo, alcoolismo, consumo de alimentos nocivos possa retardar o quadro de adoecimento e evitar seu agravamento. Vale ressaltar que tais agentes configuram-se como importantes colaboradores para o desenvolvimento do câncer incluindo o de próstata e outras partes que compõe o aparelho urinário.

Neste sentido, tratando-se de detecção precoce desta patologia, Dornas, Filho, Carrete, Damião (2015) contribuem ao expor que, nestas práticas avalia-se individualmente os usuários para determinar a condução da investigação do câncer de próstata. O INCA³, define que,

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida. (INCA, S.D).

HowlanderApud, INCA (2017) afirma que, por se tratar de uma neoplasia com bom prognóstico, a probabilidade de sobrevida em cinco anos é encontrada acima de 80%, variando em função de fatores clínicos,

³http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322. Acesso em: 11/05/2018.

genéticos, socioeconômicos e ambientais. No que se refere a abordagem sobre câncer na PNAISH, a mesma expõe diferentes dados sobre incidência e estimativas previstas.

O câncer de próstata é o tipo de câncer mais frequente em homens no Brasil, depois do câncer de pele. A idade avançada é um importante fator de risco para o desenvolvimento da enfermidade. Aproximadamente 62% dos casos diagnosticados ocorrem em homens com 65 anos ou mais. Com o aumento da expectativa de vida mundial, é esperado que o número de casos cresça progressivamente. Uma estimativa realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2017) para o aparecimento de novos casos de cânceres no ano de 2018, aponta o câncer de próstata como sendo um dos mais frequentes, como representado na Tabela 1.

Tabela 1.


Estimativa dos Casos Novos						
Localização Primária Neoplasia Maligna	Homens					
	Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	68.220	66,12	67,82	15.720	70,76	66,31
Mama feminina	-	-	-	-	-	-
Colo do útero	-	-	-	-	-	-
Traquéia, Bronquio e Pulmão	18.740	18,16	16,97	4.520	20,33	21,05
Cólon e Reto	17.380	16,83	20,03	5.630	25,34	25,16
Estômago	13.540	13,11	14,98	3.240	14,55	10,95
Cavidade Oral	11.200	10,86	11,22	2.770	12,38	12,03
Laringe	6.390	6,17	6,31	1.540	6,86	8,44
Bexiga	6.690	6,43	7,79	1.920	8,59	9,2
Esôfago	8.240	7,99	6,73	1.450	6,46	7,04

Fonte: INCA- Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas a incidência por 100 mil habitantes.

Quando observada a distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma,

o câncer de próstata desponta enquanto a neoplasia mais incidente entre o público masculino. Conforme explicitado na figura 1.

Figura 1- Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes.

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

Fonte: INCA - Incidência do câncer no Brasil, estimativa 2018.

Damião, Figueiredo, Dornas (2015) discorrem sobre o tema e afirma que os aspectos étnicos e geográficos também são fatores de risco. O câncer de próstata é aproximadamente duas vezes mais comum em homens negros se comparados aos brancos. Neste sentido, considera-se a intervenção pautada no reconhecimento de tais variáveis como essenciais para intervenção qualificada junto aos usuários seja no tratamento, rastreamento ou prevenção da doença. Além da idade avançada e de certa predisposição étnica, conforme os autores citados, a hereditariedade e determinados hábitos de vida (como o tabagismo e o etilismo) também são fatores importantes no desenvolvimento da doença.

Quanto à detecção, o autor citado, atendendo a recomendações da Sociedade Europeia de Urologia (EAU) desenvolve o processo de rastreio baseado numa estratégia risco-orientada de forma individualizada, utilizando o exame físico e laboratorial para dosagem de PSA⁴,

⁴ Trata-se de uma proteína identificada no líquido seminal, produzido principalmente pelo tecido prostático, não sendo um marcador câncer-específico. Um valor de PSA abaixo de 4,0 ng/mL é aceito como normal. Entretanto, outros fatores podem causar elevação de PSA – como prostatites, isquemias e infartos prostáticos, hiperplasia prostática benigna, manipulação (biópsias prostáticas, RTU de próstata, cistoscopias) – e causar redução de PSA, como medicações (inibidores da 5 alfa redutase e antiandrogênicos). (DORNAS, FILHO, CARRETE, DAMIÃO, 2015, P.81)

O rastreio precoce de antígeno prostático específico (PSA) deverá ser oferecido para homens com elevado risco de CaP, que inclui (NE:2b/GR:A): a) > 50 anos; b) > 45 anos e história familiar de CaP; c) afro-americanos; d) antígeno prostático específico (PSA) > 1 ng/mL aos 40 anos de idade; e) PSA > 2 ng/mL aos 60 anos de idade. A estratégia risco-orientada poderá ser considerada (baseada no PSA inicial), devendo ser realizada a cada dois anos para pacientes sob risco inicialmente ou postergado até oito anos para os sem risco (NE:3/GR:C). (DORNAS, FILHO, CARRETE, DAMIÃO, 2015, 84)

Observa-se que tal protocolo pressupõe a disponibilização do serviço de saúde a um público abrangente, de forma continuada, visando o acompanhamento das taxas indicativas do desenvolvimento da neoplasia maligna da próstata. Para tal, a organização do sistema de saúde precisa estar alinhada às demandas de saúde dos homens, à adaptação de rotinas, qualificação das equipes envolvidas para identificação das particularidades colocadas, seja pela sociabilidade na qual foram gestados, seja pelas características individuais a serem atendidas, para além do alargamento do acesso às especialidades médicas.

A importância do diagnóstico do Câncer de Próstata (CaP), em período hábil para tratamento curativo é garantida aos cidadãos no SUS, através da Lei 13.045/2014, que determina “as unidades integrantes do SUS são obrigadas a realizar exames para detecção precoce do câncer de próstata sempre que, a critério médico, tal procedimento for considerado necessário (BRASIL, 2014, art. 4º). Os sintomas mais frequentes e que levam os homens a procurarem os serviços de emergência são dor ao urinar e presença de sangue na urina e aparecem na doença em estágio avançado ou em metástase, quando os procedimentos terapêuticos são mais invasivos, caros e as chances de cura bastante reduzidas. Desta forma, a prevenção e promoção de saúde tem como objetivo viabilizar o diagnóstico do câncer de próstata em fases iniciais, permitindo tratamento e controle da doença, com menor utilização dos recursos materiais e humanos.

Quando o paciente recebe o diagnóstico de câncer de próstata, é dado início a um processo de investigação e avaliação das condutas

terapêuticas a serem adotadas. Dentre as opções para o tratamento do câncer de próstata, são consideradas não somente condutas para controle oncológico, mas também ações com vistas à manutenção da qualidade de vida. As condutas terapêuticas variam de acordo com as especificidades apresentadas, bem como o grau de comprometimento identificado. Neste sentido,

[...] a primeira opção de tratamento para pacientes com expectativa de vida superior a cinco anos e que não tenham contraindicação cirúrgica é a prostatectomia radical. A depender do risco, pode-se optar por realizar concomitantemente a linfadenectomia pélvica. Nessa cirurgia são retiradas por inteiro a próstata e vesículas seminais. Os principais efeitos colaterais da prostatectomia radical, seja ela por via retropúbica aberta, perineal, laparoscópica ou robótica, são a disfunção erétil e a incontinência urinária. Quanto maior a idade do paciente quando é submetido a prostatectomia radical, maior o índice de complicações miccionais (9-41%) e da função sexual (10-60%). (DORNAS, FILHO, CARRETE, DAMIÃO, 2015, 84).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De fato, é notável a necessidade de acompanhamento que contemple a atenção integral ao usuário para além dos procedimentos cirúrgicos a que será submetido. Estes são de extrema importância para recuperação e/ou manutenção de sua qualidade de vida, porém, os efeitos colaterais a que são expostos poderão gerar necessidade de acompanhamento pela equipe multidisciplinar, visando dotar os usuários e suas famílias de informações pertinentes para redução dos danos causados. Destacamos as ações voltadas ao atendimento psicológico, visando auxiliar a condução do processo de adaptação à nova realidade, bem como as possíveis limitações decorrentes do seu agravamento. Além disso, o atendimento nutricional também é relevante, visando a adequação dos hábitos alimentares às necessidades de saúde, recuperação e fortalecimento para o processo de tratamento. No mesmo sentido, o Serviço Social carrega em si, a capacidade de contribuir neste processo através do acolhimento, escuta qualificada, articulação e orientação sobre acesso à rede de saúde, aos medicamentos,

fraldas, sondas, transporte, direitos sociais específicos aos pacientes com diagnóstico de câncer, entre outros. Deste modo, ao assistente social cabe a ação sobre demandas sociais, a partir de referenciais éticos e que possibilitem responder às necessidades sociais do sujeito.

Apesar de a elaboração de uma PNAISH ser um grande avanço, a sua implementação não veio acompanhada de novas práticas que minimizem as dificuldades de acesso apontadas pelos homens. Não foram criadas estratégias para atendimento das particularidades do público masculino, como horários flexíveis, estendidos, voltados ao acolhimento dos homens trabalhadores, e equipes capacitadas para o atendimento aos mesmos, considerando seus hábitos, e a promoção da redução de danos combatendo o alcoolismo, tabagismo e outros.

Vale salientar, que os limites colocados para a implementação da PNAISH, para além de sua articulação com o processo de construção dos gêneros, suas expressões e impactos na saúde, requer a sua articulação com o contexto em que a mesma é construída e vem sendo implementada. Vivenciamos um contexto em que o movimento de Reforma do Estado⁵ impacta direta e indiretamente, seja na oferta ou seja na qualidade dos serviços prestados no âmbito da saúde.

Mioto e Nogueira (2009), sinalizam que,

“O processo de implementação do Sistema Único de Saúde- SUS- tem sido marcado por intensos debates que refletem a presença de interesses antagônicos em relação a sua consolidação, tanto

⁵ A utilização da expressão “Reforma do Estado”, pode ser entendida como parte da estratégia do neoliberalismo em disseminar suas idéias, na medida em que o termo “reforma” é historicamente associado à ações práticas de melhorias de vida da população. Assim sendo, ao longo dos anos 1990 diante da chamada crise do Estado, a mídia falada e escrita, os meios políticos e intelectuais brasileiros, na busca de consenso e legitimidade, formularam intensas campanhas em torno da chamada “Reforma do Estado” logo, foi criado um clima favorável na sociedade civil (que acreditava que tal reforma traria melhorias das condições de vida e modernidade para o setor público) à implementação da Reforma. Entretanto, como veremos, esta “reforma” configura, na verdade, uma contra-reforma (conservadora e regressiva), na medida em que esvazia diversas conquistas sociais, trabalhistas, políticas e econômicas. (BABILÔNIA, 2013, P.2)

como política pública calcada na universalidade, equidade, integralidade, participação da população e dever do Estado, quanto à dificuldades para construir modelos assistenciais ancorados na concepção ampliada de saúde, que foi a base do processo de proposição do SUS. (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, P.218.)

Assim, observa-se que os padrões universalistas das políticas públicas são historicamente tensionados e permeados por disputas. Destaca-se enquanto importante determinante neste processo, a fragmentação das lutas dos trabalhadores devendo-se este ao fato à crescente precarização das condições de trabalho e acesso à Serviços para reprodução da vida social, porém, supera esta dimensão. Conforme exposto, este movimento está para além da atenção à saúde, como também no direito à educação, trabalho, segurança e outros, sobre os quais também recaem os desdobramentos da precarização do Estado e desmonte das Políticas Públicas. Apesar da preconização da oferta dos direitos a partir de princípios que visam a articulação e integralidade das ações, o que se apresenta de forma objetiva, são ações desarticuladas, insuficientes para o atendimento às necessidades apresentadas pelo conjunto de trabalhadores usuários da saúde e demais serviços geridos pelo Estado. Assim, consideramos que refletir sobre alguns dos determinantes de saúde apresentados neste trabalho, pressupõe o reconhecimento deste processo inserido em um contexto de acirramento da ofensiva neoliberal e seus interesses de precarização, desmonte e privatização dos serviços públicos.

Reconhece-se também, que as desigualdades de gênero, frequentemente vantajosas ao público masculino, alteram-se quando refletimos sobre seu acesso e permanência à saúde. Este quadro é desfavorável para os homens em virtude da cultura de negligência a saúde de si próprios e à concepção de superioridade no que tange ao adoecimento. Embora envolva perdas e outros determinantes e marcos que impactam negativamente no cotidiano dos homens, o modelo tradicional de masculinidades pautado no homem provedor, autoritário e sua hegemonia é perpassado por privilégios. Sendo assim ainda que existam impactos e movimentos que busquem a desconstrução desse modelo hegemônico, o

rompimento com tais padrões- ou o afastamento destes- pressupõe a perda destes privilégios seja de forma objetiva ou simbólica materializado nas relações. Compreende-se então que este processo será permeado de contradições e disputas pela manutenção de um modelo que pressupõe hierarquias e disputa com um modelo de desconstrução e aproximação a uma suposta fragilidade feminina associada à subalternidade.

Assim, consideramos que problematizar a centralidade dos conceitos de gênero e masculinidades e sua potencialidade para explicar o acesso tardio dos homens com câncer de próstata ao tratamento de doença, através da discussão da política pública, como um desafio a ser almejado. Em razão da relevância dos estudos de gênero em saúde para a população, buscamos avançar no reconhecimento da importância da utilização de tais categorias de análise enquanto caminho propício para o afastamento dos padrões e estereótipos que limitam as possibilidades de universalização do SUS, sobretudo em um contexto de desmonte das políticas públicas.

5. REFERÊNCIAS

ALVES, R. F.; SILVA, R. P.; ERNESTO, M. V.; LIMA, A. G. B.; SOUZA, F.M. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicologia: Teoria e Prática**, João Pessoa, v. 13, n. 3, p. 152-166, 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2016. Brasília, 2016.

_____. Lei nº 13.045, de 25 DE Novembro de 2014. Altera as Leis nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que "regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências", e 10.289, de 20 de setembro de 2001, que "institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata", a fim de garantir maior efetividade no combate à doença. Brasília, 25 de novembro de 2014. Brasília, 2014.

_____. 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.

BABILÔNIA, L. L. M. . Reforma do Estado no Brasil e Saúde Pública: a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde na construção da contra-hegemonia. In: CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE SOCIOLOGIA – ALAS, 29., 2013, Santiago, Chile. **Anais...** Santiago - Chile. Acta científica, 2013.

CONNELL, R. W. Políticas da Masculinidade. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p.185-206, jul./dez. 1995.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010.

COUTO M.T.;GOMES R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciênc saúde coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2569-78, 2012. DOI: 10.1590/S1413- 81232012001000002. 8.

DORNAS, Mc, ADR José, FILHO, JRTE, CARRETE, FB, DAMIÃO, R. Câncer de próstata. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 7, n. 1, p. 100-107, 2008.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolesc.Latinoam.**, v.2, n.2, [online]. mar. 2001.

MARTINS, A. M.; MODEMA, C.M.Estereótipos de gênero na assistência ao homem com câncer: desafios para a integridade. **Trab.Educ.Saúde**, Rio de Janeiro,v.14 n.2, p.399-420,maio/ago. 2016.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Desafios Atuais ao Sistema Único de Saúde- SUS e suas exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde** - Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Editora Cortez, 2009.

MOURA, E. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Instituto Fernandes Figueira, 2012.

MÜLLER, R. F.; BIRMAN, J. Negociando saberes e poderes: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e a Sociedade Brasileira de Urologia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, jul.-set. 2016, p.703-717.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI,A.M.Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.22, n.2, p.415-428, 2013.

TRILICO, M. L. C.; OLIVEIRA, G. R.; KIJIMURA, M.; PIROLO, S. M. Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem. **Trab.Educ.Saúde**,Rio de Janeiro,v.13 n.2, p.381-395,maio/ago. 2015.

