

Tatieli Dagostim Paim

**O TELEFONE COMO MÍDIA PARA DISSEMINAÇÃO DO
CONHECIMENTO EM UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO
CONTRA O CÂNCER DE PRÓSTATA**

Dissertação submetida ao Programa de Engenharia e Gestão do Conhecimento da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Engenharia e Gestão do Conhecimento. Área de Concentração: Mídia do Conhecimento.

Orientador: Prof. Dr. Silvio Serafim da Luz Filho. Co-orientadora: Profa.Dra Maria José Baldessar.

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Paim, Tatieli Dagostim

O TELEFONE COMO MÍDIA PARA DISSEMINAÇÃO DO CONHECIMENTO EM UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO CONTRA O CÂNCER DE PRÓSTATA / Tatieli Dagostim Paim ; orientador, Silvio Serafim da Luz Filho ; coorientadora, Maria José Baldessar. - Florianópolis, SC, 2015.

105 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico. Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento.

Inclui referências

1. Engenharia e Gestão do Conhecimento. 2. Prevenção. 3. Câncer de Próstata. 4. Telefone. 5. Mídia do Conhecimento. I. Filho, Silvio Serafim da Luz. II. Baldessar, Maria José. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento. IV. Título.

Tatieli Dagostim Paim

**O TELEFONE COMO MÍDIA PARA DISSEMINAÇÃO DO
CONHECIMENTO EM UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO
CONTRA O CÂNCER DE PRÓSTATA**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Engenharia e Gestão do Conhecimento”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento na Universidade Federal de Santa Catarina. Área de Concentração: Mídia do Conhecimento.

Florianópolis, 15 de setembro de 2015.

Prof. Roberto Carlos dos Santos Pacheco, Dr.
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof. Silvio Serafim da Luz Filho, Dr.
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof. João Bosco da Motta, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof. João Remor, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Prof. Juarez Bento, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (Vídeo Conferência)

Aos meus pais: Hélio e Cecília, os
maiores precursores da minha carreira
discente.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da vida, por me manter firme nos tortuosos caminhos desta jornada, pela coragem para acreditar, força para não desistir e proteção para me amparar.

Aos meus pais, Hélio e Cecília pela dedicação nesses 2 e meio anos, pela paciência, pelo amor e pela confiança que sempre depositaram em mim; meus pais que tanto amo OBRIGADA por me fazer o que sou hoje e pelo presente mais maravilhoso que vocês me proporcionaram, a vida. Ao meu irmão Márcio pelo orgulho de ver sua “mana” ingressar no mestrado.

Ao Vânio, amigo e companheiro, pela força, paciência e que sempre me impulsionou para alcançar as vitórias nos meus desafios.

Ao meu Orientador Professor Dr. Silvio Serafim, pela confiança, pela oportunidade de trabalhar ao seu lado e por ser um dos incentivadores na superação de meus limites.

À minha co-orientadora Professora Dra. Maria José Baldessar pela disponibilidade, por todos os ensinamentos e pela condução neste trabalho.

Ao Professor Dr. João Bosco pela sua colaboração inestimável e sua alegria contagiante.

À Dra. Thatiana Dal Toé, principal estimuladora da minha paixão pela saúde coletiva e os programas de prevenção em saúde. Pelo seu apoio incondicional, seus ensinamentos e pelo seu carinho.

A Marta amiga e colega do EGC, que me incentivou a ingressar no programa, companheira de pesquisa e de estrada literalmente. Lembranças marcaram nossas vidas como o “Diário das Egípcias”, que talvez um dia sairá do papel.

Ao meu amigo, modelo de clareza, objetividade e olhar carinhoso, Thiago, que sempre esteve pronto à me ouvir, a esclarecer minhas dúvidas e me acolher quando precisava de refúgio. O meu muito Obrigado.

A Gerente Juliana e a Irmã Terezinha responsáveis pelo local de pesquisa deste trabalho, que autorizaram a realização de toda a pesquisa e que me apoiaram nas minhas ausências em busca de mais conhecimento.

À Lize Búrigo pelo seu acolhimento e disponibilidade.

Às minhas companheiras Cristine Nunes, Patricia Lima, Joaninha, Laura, Carla, Suelen, Ane, Grasi que me ajudaram a dividir os problemas, e a dar boas risadas nos momentos difíceis desta jornada.

O meu Obrigado a Todos que fizeram parte deste percurso.

“Se alguém varre as ruas para viver, deve varrê-las como Michelângelo pintava, como Beethoven compunha, como Shakespeare escrevia”.

(Martin Lutter King)

RESUMO

As estratégias de comunicação voltadas à saúde masculina devem ser desenvolvidas por profissionais com conhecimento na área da saúde masculina e com capacitação na área preventiva com ênfase comunicacional. A pesquisa caracteriza-se por um estudo de caso em uma empresa de prestação de serviço em saúde, com abordagem mista, quantitativa e qualitativa. Os instrumentos utilizados nesta pesquisa foram o telefone como mídia para disseminação de conhecimento aos beneficiários do plano de saúde sobre o câncer de próstata e as entrevistas presenciais com questões estruturadas e abertas sobre a clareza na comunicação em saúde e as estratégias comunicacionais. Os resultados demonstraram que dos 235 homens abordados via contato telefônico, 60,40% destes aderiram ao programa de prevenção contra o câncer de próstata. Quanto à intercomunicação, 24 entrevistados foram abordados após a adesão ao programa, todos estes entenderam as informações sobre o câncer de próstata, não ficaram com dúvidas na realização do exame de sangue e não se sentiram constrangidos com a ligação. Em relação às estratégias de comunicação abordadas, a maioria considerou o telefone como a mais acessível e a *internet* como a menos utilizada. Conclui-se que a estratégia de comunicação objeto deste estudo foi eficaz.

Palavras-chave: prevenção, câncer de próstata, telefone, mídia do conhecimento.

ABSTRACT

Communication strategies aimed at men's health must be developed by professionals with knowledge in male health and training in the preventive area with communication emphasis. The research is characterized by a case study in the provision of health service company, with mixed quantitative and qualitative approach. The instruments used in this research were the phone as media to disseminate knowledge to the beneficiaries of the health plan about prostate cancer and in-person interviews with structured and open questions about the clarity in health communication and communication strategies. The results showed that of the 235 men approached via telephone contact, 60.40% of those enrolled in the prevention of prostate cancer program. As for intercom, 24 respondents were approached after joining the program, all of these understood the information on prostate cancer, were not in doubt in the examination of blood and did not feel uncomfortable with the connection. Regarding addressed communication strategies, most considered the phone as the most accessible and the Internet as the least used. We conclude that the object communication strategy of this study was effective.

Keywords: prevention, prostate cancer, telephone, knowledge media.

LISTA DE FIGURAS

GRÁFICO I: Taxa de adesão dos beneficiários após contato telefônico	76
GRÁFICO II: Percentual de pessoas que utilizaram a Internet por faixa etária e sexo.....	85
GRÁFICO III: Percentual de pessoas que tinha telefone móvel por faixa etária.	86

LISTA DE QUADROS

QUADRO I: Análise da Entrevistas Presenciais	78
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIPC - *International Agency for Research on Cancer* (Sigla Inglesa) traduzida para o Português Agência Internacional para Pesquisa do Câncer

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

CaP – Câncer de Próstata.

DE- Disfunção Erétil.

E - Entrevistado

HPB – Hiperplasia Benigna de Próstata.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional de Câncer

MS – Ministério da Saúde.

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAISH - Política Nacional Integral de Saúde do homem.

PSA – *Prostatic Specific Antigen* (Sigla Inglesa) traduzida para o Português – Antígeno Específico Prostático.

RCBP – Registro de Câncer Brasileiro Populacional

SBU – Sociedade Brasileira de Urologia.

SMS - *Short Messaging System* (mensagens de texto)

SUS – Sistema Único de Saúde

UFSC- Universidade Federal de Santa Catarina

VIGITEL - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito telefônico.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
1.1 JUSTIFICATIVA	27
1.2 ADERÊNCIA À PESQUISA E INTERDISCIPLINARIEDADE.....	29
1.3 OBJETIVOS.....	29
1.3.1 Objetivo Geral	29
1.3.2 Objetivos Específicos	30
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	32
2.1 CÂNCER DE PRÓSTATA	32
2.1.1 Morbi-mortalidade Masculina	32
2.1.2 Conceito e Patologia	34
2.1.3 Prevenção	35
2.1.4 Diagnóstico, Prognóstico e Tratamento	37
2.2 POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM (PNAISH).....	41
2.3 PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	43
2.3.1 Promoção de Saúde	43
2.3.2 Prevenção de Doenças	45
2.3.3 Programas de Prevenção em Planos de Saúde Privados	47
2.4 SUBJETIVIDADE MASCULINA	50
2.4.1 Gênero	54
2.4.2 Sexualidade	56
2.5 MÍDIA DO CONHECIMENTO.....	57
2.6 ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO	59
2.6.1 Telefone	66
2.7 DIFUSÃO E DISSEMINAÇÃO DO CONHECIMENTO	69
3 MÉTODO	71
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	71
3.2 LOCAL E AMOSTRA	73
3.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA	74

3.4 CONTEXTO DA PESQUISA E PROCEDIMENTOS.....	74
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	75
5 CONCLUSÃO	87
APÊNDICE A – Termo de Autorização.....	102
APÊNDICE B – Termo de Consentimento	103
APÊNDICE C – Questionário aberto e estruturado	105

1 INTRODUÇÃO

O tema desta pesquisa foi escolhido a partir da rotina de trabalho da pesquisadora, profissional responsável pelos programas de prevenção e promoção a saúde em um plano de saúde privado. Como participante ativa desses programas, o interesse por pesquisar a saúde masculina surge devido às informações observadas nos relatórios de internações dos beneficiários homens, no pronto atendimento e emergências. Os dados apontam internações prolongadas por patologias que poderiam ser evitadas por meio dos exames preventivos anuais.

Essas observações são justificadas por dois motivos, um dos primeiros motivos para se pesquisar sobre saúde masculina é o fato dos homens adoecerem e falecerem mais que as mulheres em todas as faixas etárias e mais cedo (BRAZ, 2005; FIGUEIREDO, 2005; CARRARA et al., 2009; SEPARAVICH & CANESQUI; GOUGH, 2013; EVANS, 2011). Outro motivo é a construção da subjetividade que ocorre desde a concepção do indivíduo até a vida adulta viril, perpassando pelos fatores psicológicos, sociais, biológicos, físicos e culturais (BRAZ, 2005; SMITH, 2007). Os aspectos que influenciam na subjetividade são o sexo (fator biológico determinado) e o gênero (fator comportamental variável) (EVANS, 2011). Esta subjetividade masculina favorece a falta de equidade nos serviços direcionados a saúde, e isso é observado pela visão social de que o homem não se cuida.

A ausência masculina nos serviços de saúde pode ser justificada também por outros dois fatores, as barreiras institucionais, que são as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, e as barreiras socioculturais, quando o homem considera-se invulnerável as doenças, pois, ficar doente para ele demonstra fragilidade masculina (FIGUEIREDO, 2005; CARRARA et al., 2009).

A falta de consistência nos dados relacionados à saúde do homem e a ausência de programas preventivos específicos a essa população também foram observadas pela pesquisadora. Os meios de comunicação voltados à saúde utilizados pelo governo por meio de *folders*, cartazes e mídias televisivas abordam com frequência à saúde feminina, e apenas em 2008 foi criada, a primeira edição da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) (FIGUEIREDO, 2005; SEPARAVICH & CANESQUI, 2013). Neste contexto, os meios de comunicação ainda não demonstraram-se tão efetivos e essa constatação pode ser justificada pelo índice de mortalidade masculina que indica o câncer de próstata no segundo lugar de neoplasias, e perde apenas para o câncer de pele não melanoma (BRAZ, 2005).

É importante que toda população, em especial a masculina, tenha conhecimento desta patologia, compreenda o conceito, as causas, tratamentos e as maneiras de se prevenir a fim de transformar coletivamente a visão de mundo da população. A mudança deve ser realizada tanto para o conhecimento por parte dos profissionais da saúde e dos homens, quanto para as adequações da realidade masculina nos serviços de saúde, para conquistar a equidade em todos os segmentos e almejar a transformação da sua subjetividade na atenção voltada à saúde masculina (BRAZ, 2005; FIGUEIREDO, 2005).

As campanhas de prevenção usufruem de estratégias de comunicação como *folders*, cartazes e propagandas televisivas. Durante a rotina de trabalho da pesquisadora, foi constatado, por meio do programa de prevenção relacionado à saúde da mulher, a alta adesão a realização dos exames preventivos com o uso do telefone como meio de comunicação. Segundo Segri (2009), os inquéritos telefônicos vêm sendo usados, deste 2003, na área da saúde para análise do perfil de saúde da população, e deixam de lado os inquéritos domiciliares que são mais dispendiosos. Por isso, o meio de comunicação usado para o programa de prevenção contra o câncer de próstata, foi o telefone, justificado pela eficácia no programa de prevenção relacionado à saúde da mulher.

Para abordar a saúde masculina as estratégias de comunicação devem ser efetivas para disseminar o conhecimento entre todos os actantes (interlocutora e beneficiários do plano de saúde) para favorecer a promoção e a prevenção da saúde masculina, por meio do entendimento e importância quanto à realização e ao diagnóstico do câncer de próstata

Assim sendo, tem-se a seguinte problemática:

Qual a eficácia da estratégia de comunicação para um programa de prevenção contra o câncer de próstata num plano de saúde no município de Criciúma, no Sul de Santa Catarina?

De acordo com dados do IBGE (2012), Criciúma possui uma população residente de 94.607 homens e 97.701 mulheres. O município foi colonizado, de acordo com dados oficiais da prefeitura, em meados do século 19 pela imigração européia do século XIX, principalmente com a vinda de famílias das regiões de Veneza e Treviso, na Itália. A economia era baseada na agricultura.

Atualmente, o IBGE (2012) indica que o valor do rendimento médio mensal dos domicílios particulares permanentes na área rural no ano de 2012 foi de R\$ 3.037,36 e na área urbana foi de R\$ 3.304,40. Dados do Governo catarinense também apontam que a cobertura por plano de saúde no município em 2013 chegava a 26,13% do total de habitantes, cerca de 200 mil.

Como delineamento, esta pesquisa caracteriza-se por um estudo de caso em uma empresa de prestação de serviço em saúde, através de uma amostra não probabilística e intencional, homens na faixa etária de 50-60 anos beneficiários da operadora de saúde em questão. O estudo é uma pesquisa analítica e exploratória e com abordagem mista, quantitativa e qualitativa. A pesquisa irá mensurar a participação dos beneficiários submetidos à estratégia de comunicação utilizada no programa de prevenção contra o câncer de próstata, o telefone, na realização de um exame de sangue específico, o PSA (Antígeno Específico Prostático). A característica qualitativa se faz presente porque será realizada uma análise da linguagem e da inteperssoalidade usada por meio de entrevista com os beneficiários que aderiram ao programa.

O trabalho contempla três capítulos, sendo que no primeiro encontra-se a Fundamentação Teórica, que se subdivide em Câncer de Próstata, Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, Programas de Prevenção e Promoção de Saúde, Subjetividade Masculina, Mídia do Conhecimento, Estratégias de Comunicação e Difusão e Disseminação do Conhecimento. No capítulo segundo são apresentados os Materiais e Métodos que se subdividem em: Método e Paradigma/Abordagem da pesquisa; Contexto da Pesquisa e Procedimentos; Instituição a ser Pesquisada; População e Amostra; Técnicas e Instrumentos de Pesquisa e Recursos. Já no terceiro discute-se a Análise e Interpretação dos dados quantitativos e qualitativas e, para concluir, as Considerações Finais.

1.1 JUSTIFICATIVA

Segundo o INCA (2014) para os anos de 2014 e 2015 a estimativa do câncer de próstata no Brasil é de 69 mil casos. Esse câncer é o mais comum entre os homens em todas as regiões, perdendo apenas para o câncer de pele não melanoma, um risco calculado para 70,42 novos casos para cada 100 mil homens. Entre as regiões mais afetadas a Sul apresenta maior incidência com 91,24 casos de câncer de próstata para cada 100 mil homens.

Outro dado importante é citado por Gomes (2010) na pesquisa para análise da falta de procura dos homens nos serviços de saúde, realizada no Rio de Janeiro, cuja verificação apontou que tanto os homens sem ou com plano de saúde apresentam a mesma defasagem na procura desses serviços. Um dos fatores encontrados para esta ausência é o fato da socialização de gênero imposta pela sociedade. As mulheres costumam ter mais interesse pela saúde e são educadas a cuidar da família e de si mesmas. Outros fatores encontrados pelo mesmo autor abordam o contexto da masculinidade hegemônica, de que o homem é invulnerável às doenças, a ausência no trabalho, já que o sucesso profissional os impede ou atrapalha a busca pelo cuidado a saúde e o medo de encontrar alguma patologia.

Apesar das elevadas taxas de morbi-mortalidade masculina citadas e de todo contexto subjetivo do “ser homem”, a atenção à saúde masculina é datada como política integral em 2008. Embora algumas revistas especializadas nesta população surgissem em 2006, como Men’s Health (“Saúde do Homem” – tradução para o português) (SEPARAVICH & CANESQUI, 2013, GOMES, 2010). Entretanto, segundo Gomes (2010), a revista não aborda de fato a saúde do homem, deixa de lado os assuntos envolvidos com a faixa etária e classes econômicas, com foco específico a um grupo de homens, brancos e com músculos torneados.

Nas campanhas nacionais observa-se, grande ênfase no câncer de mama, com o chamado “outubro rosa”, entretanto o câncer de próstata ficou escondido por muito tempo até surgir em 2013, a campanha “novembro azul”, embora menos divulgada (PLANO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). As estratégias de comunicação utilizadas não demonstram grande eficiência, e isso pode ser analisado pelos dados estáticos do INCA (2014) citados anteriormente, onde a mortalidade para o câncer de próstata tem estimativa de aumento a cada ano.

Segundo Gálan et al (2005) o meio de comunicação utilizado com eficiência para análise do perfil de saúde da população de Madri (Espanha) em 1995 foi o telefone. O mesmo meio de comunicação é usado em 27 capitais brasileiras desde 2007 pelo VIGITEL (Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito telefônico). Um dos tópicos abordados por este sistema é a realização do câncer de mama em determinada faixa etária, mulheres de 50 a 69 anos (VIACAVAL; SOUZA-JÚNIOR; MOREIRA, 2009). Segundo o IBGE (2005), o uso da internet em homens com faixa etária de 50 anos ou mais foi de 9,5%, tendo o seu pico de uso na faixa etária de 15 a 17 anos em ambos os sexos, em comparação ao uso de telefone

móvel (celular) 38,0% dos homens da faixa etária de 50 à 59 anos faziam seu uso. Tais dados justificam o uso do telefone como estratégia de comunicação para a faixa etária do grupo pesquisado, homens com idade entre 50 a 60 anos e explicam a realização do uso do telefone como mídia para auxiliar na disseminação do conhecimento em relação ao câncer de próstata, que se diagnosticado precocemente apresenta elevadas taxas de sobrevivência.

1.2 ADERÊNCIA À PESQUISA E INTERDISCIPLINARIEDADE

A pesquisa abordada apresenta interdisciplinariedade com as áreas de Fisioterapia, na saúde coletiva e atenção primária para promoção e prevenção de doenças, com a Psicologia, pois, tenta encontrar estratégias para compreender e atingir a subjetividade masculina quanto à procura de meios preventivos à saúde; com a Antropologia e Sociologia nas questões comportamentais do gênero masculino; com a Gestão do Conhecimento observada pela organização de serviço e suas estratégias abordadas e com a Mídia do conhecimento em sua análise para eficácia do meio de comunicação utilizado no estudo em questão.

O tema proposto tem um expressivo apelo para políticas públicas de acesso ao conhecimento, enquanto utiliza instrumentos apropriados para gerar impacto na saúde coletiva masculina. Neste contexto, a dissertação realizada está inserida na linha de Pesquisa do Programa de Mestrado da Engenharia e Gestão do Conhecimento: Mídia e Disseminação do Conhecimento, pois “trata da captação, produção e difusão da informação baseada em meios tecnológicos. Realiza uma reflexão e análise das implicações sociais da crescente dependência da sociedade em meios tecnológicos de comunicação” (EGC, 2013).

1.3 OBJETIVOS

Os objetivos que envolvem esta pesquisa são abordados a seguir.

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar a eficácia da estratégia de comunicação utilizada em um programa de prevenção contra o câncer de próstata num plano de saúde no município de Criciúma, no Sul de Santa Catarina.

1.3.2 Objetivos Específicos

- a) Problematizar a dificuldade da população masculina na realização de exames periódicos contra o câncer de próstata;
- b) Contextualizar o câncer de próstata e os programas de prevenção relacionados a esta patologia na realidade brasileira;
- c) Descrever a estratégia de comunicação utilizada em um programa de prevenção contra o câncer de próstata em plano de saúde do município de Criciúma.
- d) Examinar como a estratégia de comunicação utilizada contribuiu para a adesão ao programa de prevenção contra o câncer de próstata em plano de saúde de Criciúma.
- e) Avaliar a intercomunicação entre o plano de saúde e os beneficiários selecionados para o programa de prevenção contra o câncer de próstata num plano de saúde em Criciúma.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CÂNCER DE PRÓSTATA

A patologia abordada nesta pesquisa é o câncer de próstata. Para justificar essa abordagem é necessário apresentar as taxas de morbimortalidade na população masculina e, conseqüentemente, compreender o seu conceito, fisiopatologia, medidas preventivas, diagnósticas e de tratamento.

2.1.1 Morbi-mortalidade Masculina

Os homens morrem mais que as mulheres em todas as faixas etárias e mais cedo (BRAZ, 2005; FIGUEIREDO, 2005; CARRARA et al., 2009; SEPARAVICH & CANESQUI; GOUGH, 2013; EVANS, 2011). A mulher sempre apresentou maior sobrevida com uma média de 7,8 anos a mais do que o homem. Essa mortalidade masculina nos jovens e adultos jovens é justificada pelas identidades comportamentais caracterizadas como violentas e com um estilo de vida de alto risco (álcool, cigarro, estresse, trabalho) e pela sua identidade masculina hegemônica de invulnerabilidade há doenças (BRAZ, 2005; FIGUEIREDO, 2005; CARRARA et al., 2009; GOUGH, 2013; EVANS, 2011).

A Tábua de Mortalidade do Brasil, projetada para o ano de 2010, indicava uma esperança de vida ao nascer, em ambos os sexos de 73,48 anos, ou seja, 73 anos, 5 meses e 24 dias. Em 2000 este indicador correspondeu a três anos e 10 dias. Ao ultrapassar os riscos de morte e de sobrevida, por exemplo, até os 40 anos de idade em 2010, o brasileiro tinha, em média, mais 37,74 anos, podendo atingir uma vida média de 77,74 anos. Ao considerar o sexo masculino e feminino, as vidas médias aos 40 anos seriam de 75,15 e 80,22 anos, respectivamente (IBGE, 2010).

Estudos mostram que ser do sexo masculino é fator de risco determinante de morte prematura (INCA, 2014; BRAZ, 2005), a faixa etária de aumento da mortalidade neste gênero é durante os 20 anos e após os 60 anos (BRAZ, 2005; EVANS, 2011). A mortalidade masculina é 50% maior do que a feminina (SEPARAVICH & CANESQUI, 2013). Os fatores externos são os mais comuns para a mortalidade, acidentes em transportes, as lesões autoprovocadas, as agressões e homicídios, foram responsáveis por 78% de mortes em 2005 no Brasil (SEPARAVICH & CANESQUI, 2013; FIGUEIREDO, 2005).

Além dos fatores externos, outra justificativa para grande mortalidade neste gênero é o fato da ausência dos homens em atendimentos preventivos como consultas em postos de saúde. Eles procuram atendimentos em emergências e farmácias quando estão com problemas graves e dores insuportáveis que impedem de trabalhar e realizar suas atividades (BRAZ, 2005; CARRARA et al., 2009) e quando precisam de internação hospitalar estão com patologias graves e necessitam permanecer longos períodos internados (BRAZ, 2005).

Em relação à morbidade, as internações principais são por tumores e causas externas, nos casos de neoplasias é observado o câncer do aparelho respiratório, digestivo e urinário, todavia o câncer de próstata sobressai aos demais, uma variação de 195,3% e 502% de custos ao Sistema Único de Saúde (SUS) (CARRARA et al., 2009). Segundo o Plano Nacional de Saúde (2012) a mortalidade entre os homens, tem como primeira causa o câncer de traqueia, brônquios e pulmões (15%), em segundo lugar o câncer de próstata (13,4%) e em terceiro o de estômago (9,8%).

O INCA, órgão responsável pela política de prevenção e controle do câncer em geral, realiza a cada dois anos com base nos registros de câncer populacional (RCBP), a estimativa nacional e regional de câncer. Em 2012 a OMS (Organização Mundial da Saúde) e a Globocan da AIPC (*International Agency for Research on Cancer*) verificou 14,4 milhões de casos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes prematuras, sendo que no homem o câncer mais comum foi o de próstata, pulmão e colon e reto, ressalta-se que parte desses novos casos de câncer foram detectados nos países desenvolvidos como a Nova Zelândia, Austrália, Europa Ocidental e América do Norte, justificados pelo aumento no reflexo das novas práticas de rastreamento, como o exame de sangue PSA (Antígeno Prostático Específico) (INCA, 2014).

A estimativa do INCA (2014) para 2014-2015 é de 576 mil casos, inserindo o câncer de pele não melanoma, correspondente à 182 mil casos, que será o mais incidente no Brasil, seguido pelo de próstata (69 mil casos), mama (57 mil casos), cólon e reto (33 mil casos), pulmão (27 mil casos), estômago (20 mil casos) e colo de útero (15 mil casos). O câncer de próstata é o mais comum entre os homens no Brasil em todas as regiões, excluindo o câncer de pele não melanoma, em 2014 serão 68,800 mil casos, um risco estimado de 70,42 casos novos para cada 100 mil homens. A estatística por região realizada pelo INCA em 2014 apresenta a Região Sul como de maior incidência 91,24 casos para cada 100 mil homens, segue a região sudeste 88,09/100 mil, Centro-Oeste

62,55/100 mil homens, Nordeste 47,46/100 mil homens e Norte 30,16/100 mil homens.

O aumento da expectativa de vida, a evolução dos métodos diagnósticos e melhora na qualidade dos sistemas de informação do país podem justificar o aumento das taxas de incidência ao longo dos anos no Brasil, entretanto com o crescimento da expectativa de vida mundial, é esperado que o número de casos novos de câncer de próstata aumente cerca de 60% até o ano de 2015 (INCA, 2014).

A maioria dos casos de mortalidade masculina poderia ser evitada com atitudes e práticas controladas pela sociedade, através de campanhas preventivas e educativas (FIGUEIREDO, 2005; GOMES, 2003). Segundo o INCA (2014) para evitar o câncer de próstata é importante usufruir de medidas preventivas, como o toque retal, o exame de sangue para análise do antígeno prostático específico (PSA), ultrassom de próstata e a procura anual de um médico especialista, o urologista. Carrara et al, 2009 ainda ressalta que os exames preventivos poderiam descobrir essas enfermidades precocemente e com o diagnóstico precoce, o prognóstico seria muito melhor, com aumento considerável de cura.

Inúmeros exemplos foram citados para revelar essas taxas de morbidade e mortalidade masculina, principalmente no âmbito do câncer de próstata, patologia mais comum entre os homens e com prognóstico de cura alto se diagnosticado precocemente. Por isso, o conhecimento sobre a doença é fundamental, para promover a realização de exames periódicos, entender as medidas preventivas, prognósticas e de tratamento.

2.1.2 Conceito e Patologia

Segundo o INCA (2014), o câncer é um conjunto de 100 tipos distintos de patologias que apresentam em comum o crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo e de origem multifatorial, esses fatores atuam em conjunto para promover ou iniciar a carcinogênese (câncer). Guyton e Hall (2006) corroboram afirmando que o câncer é causado, na maioria dos casos, por mutações de genes celulares que regulam o crescimento e a mitose celular, os genes mutantes são denominados de oncogenes e normalmente dois ou mais estão presentes em uma célula mesmo antes de ela ficar cancerosa.

O crescimento desordenado pode ocorrer em diferentes órgãos dos sistemas humanos, neste caso à glândula prostática, a glândula apresenta dimensões mínimas, se localiza na região pélvica entre o reto

(parte final do intestino) e a bexiga (SROUGI, 2014; MIOTTO, 2014). A próstata apresenta como funções a produção do fluido prostático, sêmen ejaculado e auxilia na sua expulsão, sendo a uretra o canal único para passagem da urina e sêmen, que passa por dentro da próstata (MIOTTO, 2014). Existem dois processos diferentes na glândula prostática, o primeiro é o crescimento benigno, chamado de hiperplasia benigna de próstata, a próstata tem seu peso normal de 20 gramas, que têm incidência de quase 90% dos homens após os 40 anos e tem como principal sintoma a dificuldade para a eliminação da urina (SROUGI, 2014; MIOTTO, 2014; RODRIGUES et al, 2010); e o segundo processo é o câncer da próstata, que surge, associado ou não, ao crescimento benigno, e tem seu início normalmente após os 50 anos de idade, sem sintomas inicialmente (SROUGI, 2014).

Estudiosos afirmam que todo homem nasce com a probabilidade de ter câncer de próstata, isso é justificado pelo código genético proto-oncogenes que todos os homens carregam, este código regula a ordem para que uma célula normal se transforme em outra maligna, tal fato não ocorre bruscamente devido a esse código genético poder ser neutralizado por genes protetores, os supressores (SROUGI, 2014; MIOTTO, 2014; CAFÉ, 2014; GOMES et al, 2008); assim, esses genes contribuem para a morte das células quando essas sofrem um processo de degeneração maligna, a apoptose celular (SROUGI, 2014; CAFÉ, 2014; GOMES et al, 2008).

O câncer de próstata inicia devido a inúmeras divisões celulares que acompanham de discretas fragmentações dos cromossomos, com perda crescente dos genes supressores, dessa maneira eles deixam de inibir a atividade dos proto-oncogenes e permitem a degeneração das células da próstata (SROUGI, 2014; CAFÉ, 2014). Há inúmeros tipos de câncer de próstata, entretanto o mais comum é denominado adenocarcinoma, representando 95% de todas as neoplasias da próstata (MIOTTO, 2014).

O código genético pode ser minimizado por medidas preventivas que retardam ou abanam o processo de mutação, assim as medidas de prevenção merecem atenção e são abordadas a seguir.

2.1.3 Prevenção

Segundo Gomes et al (2008), a prevenção do câncer de próstata necessita da compreensão de alguns conteúdos como: a ausência de um conhecimento sólido, os fatores de risco, a adoção de hábitos saudáveis, o uso de drogas e o poder da informação. Quanto à ausência de um

conhecimento sólido o autor explica que as informações propagadas apontam para o desconhecimento de medidas preventivas específicas, ou demonstram que o conhecimento sobre o tema deve ser mais aprofundado por meio de estudos, pois muitos estudos sobre as causas e os fatores de risco estão em andamento nas pesquisas internacionais.

Dos estudos pesquisados sobre os fatores de risco, mostram que o câncer de próstata apresenta fatores que em sua maioria são desconhecidos e inevitáveis (GOMES et al, 2008), todavia, dos fatores de risco encontrados citam-se dois que referem ao aumento do risco de desenvolver o câncer de próstata, a idade e a história familiar (SROUGI, 2014; MIOTTO, 2014; CAFÉ, 2014; GOMES et al, 2008; RODRIGUES, 2010; BRASIL, 2002; SANTOS-FILHO et al, 2008), Leonardo et al (2012) cita ainda outro fator de risco, a etnia.

O Ministério da Saúde corrobora explicitando que “a idade é um marcador de risco importante”, pois o aumento tanto de sua incidência como mortalidade aumentam após os 50 anos (RODRIGUES, 2010; BRASIL, 2002; GOMES et al, 2008; LEONARDO et al, 2012). Gomes et al (2008) ressalta ainda que a história familiar de pai ou irmão com câncer de próstata aumenta significativamente o risco de adquirir a patologia.

“Os riscos aumentam de 2,2 vezes quando um parente de 1º grau (pai ou irmão) é acometido pelo problema, de 4,9 vezes quando dois parentes de 1º grau são portadores do tumor e de 10,9 vezes quando três parentes de 1º grau têm a doença. Nos casos hereditários, o câncer se manifesta mais precocemente, muitas vezes antes dos 50 anos. Por isto, os homens com história familiar devem realizar exames preventivos a partir dos 40 anos e não dos 50 anos, como se recomenda habitualmente” (SROUGI, 2014, s/p).

Outros fatores de risco podem ser considerados como os alimentares e ambientais, esses fatores podem justificar a incidência em culturas e países diferentes (MIOTTO, 2014), Gomes et al (2008) cita que estudos mostraram uma incidência maior de câncer de próstata na raça negra comparado com a raça branca. “Os afro-americanos têm incidências de 10 a 40 vezes maiores que os asiáticos” (LEONARDO et al, 2012).

Quanto à adoção de hábitos saudáveis, estudos mostram uma diminuição na incidência do câncer de próstata, entretanto segundo o Ministério da Saúde, essa adoção ainda é incerta, contudo já é comprovado que uma dieta baseada em frutas, verduras, legumes, grãos

e cereais integrais, e com menos gordura, especialmente as de origem animal, auxiliam não apenas a diminuir o risco de câncer, mas reduzir o hormônio principal da neoplasia, a testosterona, além de minimizar outras doenças (SROUGI, 2014; MIOTTO, 2014; CAFÉ, 2014; GOMES et al, 2008; RODRIGUES, 2010; BRASIL, 2002; SANTOS-FILHO et al, 2008). Srougi (2014) em um estudo realizado na Universidade de Harvard mostrou que a ingestão abundante de tomate parece diminuir os riscos de câncer de próstata, devido ao licopeno, um b-caroteno que é precursor da vitamina A.

Outros componentes naturais auxiliam a redução do câncer como as vitaminas (A, D e E) e minerais (selênio), que desempenham um papel protetor, todavia outras substâncias liberadas no preparo de alguns alimentos, como as aminas heterocíclicas e hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, apresentam componentes da dieta que poderiam aumentar o risco de câncer da próstata (BRASIL, 2002; GOMES et al, 2008).

Quanto ao uso de drogas, Gomes et (2008) explana que poucos estudos são direcionados a tal conteúdo, entretanto, estudos demonstraram que o uso de antiinflamatórios reduziu significativamente a incidência de câncer, e como citado anteriormente medicamentos que inibem a testosterona, principal combustível para propagação do câncer de próstata estão sendo utilizados, como a finasterida.

Em relação ao poder da informação é necessário que as campanhas educativas e preventivas sobre o câncer de próstata propaguem conhecimento para a população, a sociedade como um todo deve compreender o conceito, a fisiopatologia, os diagnósticos e tratamentos da doença, sem conhecimento não há entendimento, e como consequência a baixa procura de medidas preventivas (GOMES et al, 2008). Nesse tocante, o Ministério da Saúde ressalta que a detecção precoce do câncer da próstata reduziria os custos elevados provenientes do tratamento do câncer nos estados avançados da doença, e justifica que a falta de conhecimento sobre a história natural do câncer é o principal desafio para o rastreamento da patologia (BRASIL, 2002).

Assim, a importância do diagnóstico precoce do câncer de próstata aumenta as taxas de cura e o seu tratamento se torna menos agressivo.

2.1.4 Diagnóstico, Prognóstico e Tratamento

Ao abordar a prevenção secundária relacionada ao câncer de próstata deve-se relacionar o diagnóstico para sua detecção. Esse

diagnóstico deve ser realizado precocemente devido a patologia não apresentar sintomas nas fases iniciais, nos estágios intermediários e avançados pode surgir os sintomas como dificuldade para expelir a urina, jato urinário fraco ou aumento do número de micções, tais sintomas são frequentes nos casos de hiperplasia benigna da próstata, assim não indica precisamente a existência do câncer de próstata (SROUGI, 2014; MIOTTO, 2014; CAFÉ, 2014; GOMES et al, 2008; RODRIGUES, 2010; BRASIL, 2002).

O público alvo para diagnóstico precoce apresenta controvérsias quanto à faixa etária, que varia entre homens com história familiar e etnia (GOMES et al, 2008). No Brasil, o rastreamento é preconizado a partir dos 45 anos de idade em homens com história familiar para a doença ou partir dos 50 anos de idade (DORNAS, et al 2008; ANS, 2014; DIRETRIZES DE CÂNCER DE PRÓSTATA, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2003). Nesse sentido a pesquisa realizada aborda a faixa etária respectiva aos estudos citados acima, faixa etária de 50 a 60 anos.

“A *American Cancer Society* recomenda que homens recebam as informações sobre rastreamento e tomem a decisão de fazê-lo sempre que apresentarem uma expectativa de vida de pelo menos 10 anos, iniciando a partir dos 50 anos, exceto em homens da raça negra ou com parentes de primeiro grau (pai ou irmão) diagnosticados com CaP, os quais deveriam começar aos 45 anos” (DIRETRIZES DE CÂNCER DE PRÓSTATA, 2011 pág. 12).

Assim inúmeros estudos apresentam controvérsias e afirmativas quanto aos exames que devem ser utilizados para o seu rastreamento, todavia em todos os estudos as abordagens diagnósticas orientam para dicotomia de dois exames, o toque retal e o PSA (exame de sangue para análise do Antígeno Prostático Específico) associados (GOMES et al, 2008; PAIVA; MOTTA; GRIEP, 2010).

Segundo Srougi (2014), os homens têm conhecimento de que o toque retal é importante para diagnosticar o câncer de próstata, pois nesses casos a glândula prostática se torna irregular e endurecida, pode ser uma questão preconceituosa, entretanto os homens que realizam o exame aceitam repeti-lo, talvez a barreira não seja cultural, mas pelo receio de possível dor. O toque retal pode ser caracterizado como desconfortável e um obstáculo para população, tem importância para o diagnóstico do câncer, entretanto ele pode ser subjetivo devido a

variabilidade dos examinadores (DIRETRIZES DE CÂNCER DE PRÓSTATA, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) o toque é o teste mais usado, apesar de suas limitações, pois as porções posteriores e laterais da próstata somente podem ser palpadas, deixando 40% a 50% dos tumores fora do seu alcance, sendo que a sensibilidade varia entre 55% e 68% e o valor preditivo positivo é estimado entre 25% e 28%.

Além do toque retal, um exame não invasivo surgiu com grande ênfase, devido a sua facilidade na realização, o exame de sangue PSA (da sigla inglesa *ProstaticSpecificAntigen*) (GOMES et al, 2008), este exame é o teste utilizado nesta pesquisa para quantificar a adesão da amostra pesquisada.

Srougi (2014) cita que o PSA, é uma proteína que é produzida pela próstata, essa proteína se eleva significativamente nos casos de câncer, mas pode aumentar por infecção ou com crescimento benigno exacerbado da glândula, assim elevações do PSA exigem uma atenção médica, mas não indicam necessariamente a presença de câncer na próstata. O PSA (Antígeno Prostático Específico) surgiu como teste para diagnóstico precoce do câncer, entretanto sua relação custo-benefício deve ser avaliada cuidadosamente, a avaliação da sensibilidade considera um ponto de corte em 4,0 ng/ml, a sensibilidade estimada varia de 35% a 71% e a especificidade de 63% a 91% (BRASIL, 2002). Desde o surgimento do PSA, o valor de rastreamento abaixo de 4,0 ng/ml foi aceito como normal, o valor de corte significa a tentativa de garantir um diagnóstico mais preciso (DIRETRIZES DE CÂNCER DE PRÓSTATA, 2011).

Cansino et al (2011) cita que o PSA avalia a progressão do câncer de próstata, é um marcador específico para o órgão, com elevada sensibilidade e baixa especificidade existindo situações que não esta relacionadas com o tumor, por exemplo a hiperplasia benigna, o exame de sangue é um bom indicador para evolução da enfermidade. As Diretrizes de Câncer de Próstata (2011) corroboram afirmando que o PSA não é o “câncer específico”, ou seja, ele pode elevar-se em outras doenças de próstata como as prostatites, isquemia e infarto prostático, na faixa etária do rastreamento para o câncer de próstata acima de 50 anos, em torno de 20% dos pacientes com hiperplasia benigna de próstata têm PSA acima de 4ng/ml.

Assim sendo, observa-se que exames mais utilizados para análise diagnóstica do câncer de próstata é o toque retal e o PSA. O toque falha em 30% a 40% dos casos, o PSA falha em 20%, mas a execução conjunta dos dois exames deixa de identificar o câncer em menos de 5%

dos pacientes (SROUGI, 2014). Outros exames podem ser realizados e isso irá depender da avaliação clínica e de cada paciente como, por exemplo, a ultrassonografia pélvica: externamente ou internamente, neste caso internamente ou transretal, e a biópsia prostática transretal, no qual é retirada uma amostra de tecido de inúmeras partes da próstata para confirmação da doença e seu estágio (INCA, 2014; RODRIGUES, 2010).

Os exames diagnósticos apresentam controvérsias como citados anteriormente, entretanto utilizando um ou mais testes para diagnóstico, o importante é sua detecção precoce, o exame preventivo anual sempre identificará um tumor ainda dentro da próstata e potencialmente curável (SROUGI, 2014). Quando mais cedo o diagnóstico do câncer de próstata maior percentual de cura (GOMES et al, 2008; BRASIL, 2002; DIRETRIZES DE CÂNCER DE PRÓSTATA, 2011).

O tratamento para o câncer de próstata dependerá do estágio clínico na doença localizada. Os tratamentos podem variar de uma cirurgia, radioterapia e até uma observação vigilante, na doença avançada, a radioterapia ou cirurgia em combinação com tratamento hormonal e na doença metastática, o tratamento é hormonioterapia (RODRIGUES et al, 2010).

Srougi (2014) cita que como o crescimento das células malignas da próstata é promovido pela testosterona, hormônio produzido pelos testículos, qualquer medida que possa reduzir essa substância fará retroceder o câncer, por isso o uso de medicamentos que bloqueiam este hormônio podem ser usados. Em todos os tratamentos realizados um sinal frequente e mais incômodo no tratamento do câncer é a impotência sexual, que surge na maioria dos casos, é difícil de ser contornada e o paciente perde as ereções e o desejo sexual¹.

Nesse sentido, o câncer de próstata ganha uma grande repercussão, principalmente pelas questões subjetivas do “ser homem” e pelas altas taxas de mortalidade, ao mesmo tempo que ele minimiza a expectativa de vida do homem, reduz a qualidade de vida masculina e, assim as instituições de saúde buscam trabalhar de forma a minimizar essa patologia, para sensibilizar a população masculina por meio da promoção e prevenção da doença a respeito deste tema que muitas vezes não vai ao encontro da hegemonia masculina (LEONARDO, 2012).

¹**Diretrizes de Câncer de Próstata**/ Marco F. Dall'Oglio (Coord.); Alexandre Crippa, ElineyFerreira Faria, Gustavo Franco Cavalhal, et al. - Rio de Janeiro : SBU - Sociedade Brasileira de Urologia, 2011.

Diante disso, será abordada a inserção da política nacional de atenção integral à saúde do homem e como consequência os programas de prevenção e promoção da saúde masculina.

2.2 POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)

As diferenças de saúde entre homens e mulheres são temáticas nos estudos científicos em relação às taxas de morbi-mortalidade e a ausência dos homens nos serviços de saúde (DA SILVA et al, 2013). Carrara; Russo e Faro (2009 pág. 669) ressaltam que a entrada dos homens no sistema de saúde “Se daria principalmente pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidades, configurando um perfil que favorece o agravamento da morbidade pela busca tardia ao atendimento”.

Gomes et al (2008) cita que devido as variáveis culturais e ambientais a saúde passou por mudanças quanto a dicotomia mulher e saúde, para gênero e saúde, afim de promover a saúde como direito de todos. Todavia, mesmo com todos os indícios sobre as taxas de mortalidade e morbidade elevados e o fator de risco “homem” ser preponderante, a sociedade e as políticas públicas demoraram quase 25 anos para implantar uma política de saúde direcionada a esta população. Em relação ao homem no contexto histórico de procura aos serviços de saúde, a mulher prevalece quanto ao foco na atenção à saúde (FIGUEIREDO, 2005).

No Brasil, em 1930, as medidas especiais à saúde das mulheres já eram nítidas com a dicotomia materno-infantil. O PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) foi implantado em todos os serviços de saúde do país em 1983 pelos movimentos femininos e o pelo Ministério da Saúde por meio de dinâmicas e *workshops*, com objetivo de direcionar as mulheres a compreender o seu corpo em destaque na sua singularidade pertinente a sua vida sexual e reprodutiva (FIGUEIREDO, 2005; SEPARAVICH & CANESQUI, 2013; CARRARA; RUSSO; FARO, 2009; MARTINS; MALAMUT, 2013).

José Gomes Temporão, médico sanitário e Ministro da Saúde, em 2007, 25 anos depois da implantação do programa direcionado a saúde feminina, sugere a criação de uma política nacional para atender as necessidades de saúde do homem (FIGUEIREDO, 2005; CARRARA; RUSSO; FARO, 2009). Em 2008 foi criada a primeira edição da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da

Secretaria de Atenção à Saúde, a Área Técnica de Saúde do Homem, o Brasil tornou o segundo país da América a apresentar um setor exclusivo para o homem, com o Canadá o pioneiro neste setor, excluindo os Estados Unidos da América (FIGUEIREDO, 2005; MARTINS; MALAMUT, 2013).

A primeira estratégia realizada pela PNAISH foi a Campanha Nacional de Esclarecimento da Saúde do Homem, que a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) promoveu com apoio do Ministério da Saúde, entre julho e setembro de 2008, com o tema: a disfunção erétil (DE), justificada principalmente pelos dados do Ministério da Saúde, quanto à procura preventiva de médico especialista, segundo os quais, em 2007, 16,7 milhões de mulheres consultaram-se com um ginecologista, ao passo que apenas 2,7 milhões de homens se consultaram com um urologista (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

No ano de posse do ministro da Saúde, José Gomes Temporão, ao mesmo tempo da criação da primeira edição da PNAISH, duas propostas referentes à criação e institucionalização de programas e políticas públicas de saúde direcionadas ao público masculino foram aprovadas na XII Conferência Nacional de Saúde. Uma das propostas se referiu ao planejamento familiar, inclusive com a esterilização cirúrgica masculina e outra voltada para a realização de exames preventivos, em especial à detecção de câncer de próstata (exame PSA), exame realizado nesta pesquisa (BRASIL, 2008; MARTINS; MALAMUT, 2013).

O texto base de construção para PNAISH foi submetido a uma consulta pública virtual, nos dias 09 a 29 de setembro de 2008 (Brasil, 2008). O texto foi revisado e a política instituída pelo Sistema Único Brasileiro (SUS) no dia 27 de agosto de 2009 e lançada oficialmente dia 27 de setembro de 2009, em cerimônia na capital Brasília – Distrito Federal (FIGUEIREDO, 2005; MARTINS; MALAMUT, 2013; CARRARA; RUSSO; FARO, 2009; LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012).

A criação desta política tem como um dos objetivos a promoção da assistência ao homem no Sistema Único de Saúde (SUS) e a redução das taxas de morbi-mortalidade masculina (DA SILVA et al, 2013; FIGUEIREDO, 2005; SEPARAVICH & CANESQUI, 2013). Alvarenga et al (2012) ressalta que a PNAISH objetiva aumentar e facilitar o acesso dos homens nos serviços de atenção primária, isto é, foca na prevenção de doenças, suas complicações e a na promoção da saúde para população masculina.

Nas diretrizes do Ministério da Saúde o objetivo da PNAISH é:

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2009. s/p)

Com a implantação da política pública direcionada a saúde dos homens, além das mídias veiculadas na imprensa, a saúde coletiva foi abordada não apenas para sexualidade masculina, mas voltada para as contribuições da perspectiva de gênero e subjetividades com o compromisso de desenvolver inovações em serviços e compreender as necessidades para os programas e ações de saúde (ROBINSON & ROBERTSON, 2010).

No documento apresentado pelo Ministério da Saúde sobre a PNAISH, afirma que a identidade masculina faz com que os homens sejam vítimas de sua própria identidade, isto é, suas crenças e valores que caracterizam suas barreiras socioculturais, contribuindo a sua não medicalização (BRASIL, 2008). Assim o objetivo central dessa política é atenuar a resistência masculina à medicina de um modo geral, ou seja, tornar o homem consciente de sua vulnerabilidade, a fim de buscarem medidas preventivas para promover sua saúde e prevenir as possíveis doenças (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009). Diante dos fatos, a saúde preventiva direcionada ao público masculino adquiriu forte presença nos estudos de saúde coletiva, para promover campanhas no âmbito da saúde pública e privada. Esta pesquisa apresenta uma campanha específica em um plano de saúde privado.

2.3 PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE

2.3.1 Promoção de Saúde

Em 1920, o médico francês Henry Sigerist e, em 1945, o médico Charles-Edward Winslow usaram pela primeira vez o termo “promoção de saúde” e definiram as tarefas principais à Medicina como a promoção de saúde e a prevenção de patologias (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003; VERDI; CAPONI, 2005; ANS, 2011). No Dia Mundial da Saúde, 7 de abril de 1948, a Organização Mundial da Saúde consolida a saúde como direito e obrigação do estado, e conceitua saúde “*um estado do mais completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade*” (SCLIAR, 2007 pág. 37).

Em 1986, na 1ª Conferência Internacional de Promoção de Saúde ocorre a publicação da Carta de Ottawa para conceituar a promoção de saúde como um amontoado de ações envolvidas para prevenir as patologias e fatores de risco individuais (AERTS et. al, 2004; CZERESNIA, 1999; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Nessa carta são elencados cinco campos de abrangência para promover à saúde na coletividade são citados, ambientes de suporte à saúde, estilo de vida apropriado, construção de políticas públicas saudáveis, fortalecimentos de ações comunitárias, desenvolvimento de habilidades pessoais e orientação aos serviços de saúde para prevenção e promoção de saúde por meio de profissionais capacitados para gerenciar e atender a demanda neste campo (AERTS et. al, 2004; CARVALHO, 2004; BUSS, 2000; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Com a Carta de Ottawa, conferências e encontros foram realizados para discussão, formulação e resolução do direito a promoção de saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Sícoli e Nascimento (2003) citam que o conceito principal da promoção de saúde abrange fatores gerais para determinação de saúde, como biológicos, ambientais e os voltados aos estilos de vida. A saúde é um direito fundamental à vida e é conservada por todos os fóruns mundiais e pela sociedade, esta alinhada com os direitos garantidos pela Declaração Universal dos Direitos humanos de 1948 que foca na liberdade, segurança, educação, alimentação e nacionalidade (RODRIGUES; ALVES, 2008).

A promoção da saúde esta ligada com a vigilância à saúde e a medicalização do setor, não apenas a ausência da doença (SCILIAR, 2007), entretanto é capaz de determinar os aspectos que sucedem aos indivíduos: a educação, moradia, salário, alimentação, meio ambiente, lazer e o acesso aos bens e serviços de saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). O conceito de saúde é abordado largamente como à noção da vida e envolve diversas dimensões a nível do estado geral e da subjetividade de cada indivíduo (CZERESNIA, 1999).

A definição de saúde como aspecto central para a vida tem seu início nas últimas décadas, por meio de conquistas sociais e o aumento da expectativa de vida da população, essas conquistas contribuíram para os contextos de qualidade de vida e bem estar, desarticulando-se para as preocupações centrais de tratamento e prevenção de doenças, a fim de delimitar a intensidade entre doença e saúde (CHOR; FAERSTEIN, 2000). Existem três níveis distintos de prevenção com ações preventivas, o nível primário; o nível secundário com as promoções de saúde e proteção específica e o nível terciário com ações de reabilitação (VERDI; CAPONI, 2005).

Promover à saúde é mediar através de estratégias a “*mudança das condições de vida das pessoas e de trabalho*” (CZERSNIA, 1999 s/p). O objetivo da promoção está relacionado com o fortalecimento das capacidades individuais e de trabalho, que vai além das técnicas e normas até o reconhecimento da fisiologia e os mecanismos das doenças. Em conjunto com a ação de educadores e profissionais da saúde, a meta de alcançar uma saúde plena e global a todos os indivíduos é priorizar com responsabilidade os estímulos subjetivos na transformação dos comportamentos como o tabagismo, o uso de bebidas alcoólicas, o sedentarismo e a desnutrição. Assim, as decisões não são apenas individuais, mas precisam de mudanças nos valores sociais para contribuir com as novas políticas que transformem os padrões de comportamentos da sociedade (CHOR; FAERSTEIN, 2000).

Verifica-se que a promoção da saúde auxilia a saúde pública, a participação da sociedade para incorporar as premissas e estratégias que o Sistema Único de Saúde (SUS) e outras seguradoras privadas apresentam (CARVALHO, 2004). Com isso, auxiliam a igualdade de gênero na saúde, os bens de serviço, o acesso e produção de indivíduos autônomos e responsáveis socialmente, para contribuir com o poder político democratizado (CARVALHO, 2004; GOMES et al, 2008).

2.3.2 Prevenção de Doenças

As mudanças na vida e as relações interpessoais e mundiais dos indivíduos promovem transformações sociais, culturais e econômicas no mundo pessoal e no trabalho, que são fatores predominantes no processo de saúde e doença e nas empresas para as práticas de saúde (SILVA, 2010). A globalização propõe um ritmo rápido de produção tecnológica e transforma as relações ligadas ao trabalho e assim provoca a queda crescente na qualidade de vida e saúde da população trabalhadora (ROCHA & FERNANDES, 2008).

A saúde do indivíduo não é mais caracterizada especificamente pelo seu fator orgânico, mas esta inserida ao ambiente social e político (RODRIGUES; ALVES, 2008). Os efeitos individuais do comportamento humano para a saúde são gerados e pesquisados largamente nas últimas décadas, entretanto apesar das justificativas positivas ligadas à atividade física e o estilo de vida, uma parte da sociedade não alcança o estilo de vida esperado e o sedentarismo ainda é o fator principal nas causas de morte por doenças crônicas degenerativas (AÑES; REIS; PETROSKI, 2008).

As medidas saudáveis promovem além da prevenção de doenças cardiovasculares, o tratamento precoce destas (SANTOS; ABREU-LIMA, 2009). Diante disso, muitos órgãos e empresas iniciaram seus programas para gerenciar a prevenção de doença como forma de melhorar a qualidade de vida de seus beneficiários e clientes (GOMES et al, 2003). O comportamento preventivo, atualmente vinculado como a saúde primária nos inúmeros planos de assistência à saúde, é responsável pela promoção da saúde e demonstra que uma vida saudável é o aspecto principal para alcançar a longevidade ou a sobrevida e para diminuir as complicações que podem limitar futuramente (GIORDANI, 2011).

Czeresnia (1999, s/n) afirma que as ações preventivas são conceituadas como “*intervenções direcionadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações*”. Estas ações são usadas para o controle de doenças infecciosas e para diminuir os riscos de patologias degenerativas e específicas, assim os programas de prevenção na saúde e educação são criados para disseminação do conhecimento científico e para padrões de recomendações com o objetivo de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 1999).

Segundo a ANS (2011) algumas intervenções para controlar e evitar as doenças crônicas não transmissíveis inclui o aumento nos impostos e valores nos produtos de tabaco, a proteção dos não usuários de tabagismo e a proibição em ambientes públicos, as ameaças, a regulamentação da propaganda e promoção quanto ao uso de cigarros, a restrição de vendas de bebidas alcoólicas, a diminuição do consumo de sal e o esclarecimento para toda a sociedade quanto ao estilo de vida adequado com atividade física, alimentação equilibrada, comportamento preventivo e diminuição nos níveis de estresse.

A promoção da saúde e a prevenção de doenças são termos discutidos no âmbito da saúde pública, para que não ocorram prejuízos para os serviços e políticas de saúde em todos os níveis de atenção, observa-se a necessidade de regulamentação dos planos públicos e privados para assistência a saúde em todos os níveis, especialmente no nível de prevenção (MARCONDES, 2004). Na sequência a discussão será relacionada aos planos privados de assistência à saúde.

2.3.3 Programas de Prevenção em Planos de Saúde Privados

A Saúde Suplementar é conceituada como todo atendimento privado de saúde realizado ou não por meio de um convênio com um plano de saúde, estão presentes no cenário brasileiro, o governo representado pelo Ministério da Saúde (MS), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) além dos seus componentes: operadoras de planos privados, seguradoras, prestadores de serviços de assistência a saúde e beneficiários (FBH, 2013; Abelha et al., 2013). Essas operadoras surgiram como alternativa assistencial para os trabalhadores especializados na região sudeste a se firmarem no mercado pela ausência efetiva de determinação política, criou-se então um mercado peculiar, multifacetado, com vínculo dos interesses econômicos e arriscadamente afastado das políticas de saúde e de medida para a qualidade da assistência prestada surgindo à necessidade da criação e regulação da ANS (Farias, 2003).

O marco regulamentador no setor da saúde é a Lei nº 9.656/98 modificada pela Medida Provisória 2.177-44 de 24/08/2001 e pela Lei nº 9.961/00 de 28 de janeiro de 2000 que construiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para regulamentar, organizar e fiscalizar o funcionamento geral do setor, os conteúdos e modelos assistenciais para definir o plano de referência e as garantias ao beneficiário (SANTOS; MALTA; MERHY, 2008).

O setor de saúde complementar deve analisar a acessibilidade e cobertura da população observando os perfis de cada componente inserido, as operadoras, os prestadores de serviço e os beneficiários (PINTO; SORANZ, 2004). A lei também menciona como ênfase as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, o ato de priorizar a utilização de sistemas de informação para melhor monitoramento do setor regulado e a exigência de contratos mais transparentes (SALVATORI; VENTURA, 2012). Malta et al. (2009) reafirma que a promoção a saúde e a prevenção de patologias para a sociedade, assim como a garantia aos bens de acesso a saúde são responsabilidade dos sistemas de serviços a saúde.

A assistência de saúde suplementar é muito ampla atingindo desde planos específicos para atendimentos odontológicos como para patologias diversas, deixando arestas quanto à promoção da saúde e a prevenção de doenças para seus beneficiários, assim é necessário o desenvolvimento dos modelos assistenciais no sistema de saúde para

promover a melhoria da qualidade de vida para seus beneficiários e população, e racionalizar os custos das operadoras (ANS, 2011).

Assim na cartilha da ANS, as operadoras recebem instruções para desenvolver os programas de prevenção de doenças e promoção de saúde, assim sugerem: capacitação profissional e qualificação da equipe atuante; definição de métodos de identificação para o programa; regras para participação do programa; indicadores para monitorar e avaliar as ações do programa; projetos terapêuticos, resultados, relação do custo e efeito dos procedimentos e adesão dos beneficiários; definição da cobertura e as metas do programa; protocolos clínicos; sistema de informação para gestão do programa; fortalecimento das estratégias da informação; inserção do programa nas prestadoras de serviços; interdisciplinaridade; produção de materiais didáticos e o acompanhamento de um profissional de saúde como responsável pelo acompanhamento e continuidade do programa (ANS, 2011).

No Manual Técnico da Agência Nacional de Saúde (2011) é verificado também as orientações para elaboração e planejamento dos programas relacionados à prevenção e promoção da saúde pelos planos de saúde: a identificação da carteira de seus usuários como os dados epidemiológicos e demográficos; e a partir dessa identificação planejar as estratégias que devem ser implantadas; elaborar a justificativa para esta implantação; estabelecer os objetivos e definir a população que será alvo do programa; definir a cobertura do programa; estabelecer a captação dos beneficiários incluídos; estabelecer o local que deverá ser inserido o programa; as atividades a serem desenvolvidas e realizar a absorção e a capacitação permanente de profissionais qualificados; o período que estes usuários utilizarão o programa; o período que será realizado essas atividades; as metas; a avaliação e as referências que deverão ser usadas e inseridas no programa.

A ANS (2011) cita ainda que o programa de promoção da saúde e prevenção de fatores de risco e patologias pode ser caracterizado como um emaranhado ligado às estratégias e ações integradas que tem por objetivo promover a saúde, evitar os riscos e patologias, entender a morbidade, reduzir o tempo perdido devido as incapacidades e promover em especial a qualidade de vida dos indivíduos bem como da sociedade.

Assim, os programas de prevenção e promoção de Saúde devem inicialmente conhecer o público alvo que irão atingir, neste contexto o programa de prevenção contra o câncer de próstata realizado nessa pesquisa analisou o âmbito sócio histórico em que os homens estão inseridos e suas relação com os serviços de saúde (GOMES et al, 2008). Observou-se então a falta de igualdade nos serviços voltados a saúde

observada pela visão sociocultural de que o homem não se cuida, assim, a mulher é considerada frágil e o homem invulnerável às doenças com a presença de serviços de saúde abundantes para mulheres e crianças e o fortalecimento das ausências desses serviços para a população masculina (BRAZ, 2005; GOMES, 2003; FIGUEIREDO, 2005; CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

A hegemônica masculina, embora esteja se modificando, ainda prevalece no âmbito da saúde na perspectiva relacional do gênero devido à identidade masculina característica, como forte e viril (CARRARA et al., 2009). Os homens procuram os serviços quando estão doentes, com alguma dor, devido as suas ausências no trabalho, medo de perder o emprego, demora no atendimento público, receio que suas informações de saúde sejam passadas para outras pessoas, que não o médico (NÄSLINDH-YLISPANGAR et al., 2008; NOONE & STEPHENS, 2008; CRAWSHAW, 2007; KRAHN & OUTRAM, 2012; ROBINSON & ROBERTSON, 2010).

Eles não tomam medidas preventivas pela falta de tempo ou por não apresentarem nenhum sintoma, se sentirem saudáveis e até mesmo preguiça, não querem ser dependentes de outros homens e mulheres para ajudá-los e não procuram serviços de saúde porque não querem igualdade com as mulheres (NÄSLINDH-YLISPANGAR et al., 2008; NOONE & STEPHENS, 2008; CRAWSHAW, 2007; KRAHN & OUTRAM, 2012; ROBINSON & ROBERTSON, 2010).

A mudança da saúde ligada a perspectiva de gênero ocorrerá quando houver uma modificação na mentalidade da sociedade como um todo, homens, mulheres, mas especialmente os profissionais e administradores destes serviços de saúde (BRAZ, 2005) para compreenderem os sentidos simbólicos envolvidos (GOMES, 2003).

As relações entre os profissionais de saúde e os pacientes homens devem ocorrer de maneira detalhada para compreender seus significados diante do processo saúde-doença (GOMES, 2003). A maioria dos homens apresenta medo em procurar instituições de saúde por receio de encontrarem alguma doença e pelo posicionamento “neutro” do profissional em atendê-lo, estes pacientes não têm assiduidade nos serviços, então quando o buscam, apresentam várias dúvidas e necessidades que os afligem, portanto esperam que os profissionais saneiem suas interrogativas dentro de sua identidade masculina (SCHRAIBER et al., 2010). Assim, justifica-se a formação mais social desses profissionais de saúde no gerenciamento de programas de prevenção e promoção de saúde para atender as premissas que foram

deixadas para trás por estes indivíduos em toda a sua existência histórica, cultural e social (BRAZ, 2005).

Os profissionais de saúde consideram os homens como curativos, pois só procuram os serviços quando apresentam doenças graves, entretanto, esta construção cultural do adoecimento e cuidado, é atribuída não só aos homens, mas aos profissionais que operam os mesmos às reduções biomédicas. O problema é que os profissionais não entendem o homem quanto a sua complexidade e sim como patologias anatômicas e fisiológicas (SEPARAVICH & CANESQUI, 2013).

Assim, é importante compreender a subjetividade relacionada a saúde masculina e suas facetas, em relação aos programas de prevenção e promoção de saúde, tanto no posicionamento dos profissionais de saúde e administradores dos serviços de saúde, como no entendimento do processo de mediação destes programas. Isto é, a melhor maneira de atingir essa população é conhecer os aspectos de sua subjetividade, suas singularidades e particularidades.

2.4 SUBJETIVIDADE MASCULINA

O processo de construção da subjetividade masculina tem início a partir do nascimento do indivíduo até sua vida adulta, passando pelos fatores culturais, psicológicos, sociais, biológicos e físicos (BRAZ, 2005; SMITH, 2007). Neste processo, a masculinidade, ou seja, a identidade masculina está relacionada tanto com a perspectiva de gênero, caráter sócio comportamental variável, quanto à perspectiva sexual, caráter biológico determinado (BRAZ, 2005).

Braz (2005) ressalta que a masculinidade é percebida com uma construção de determinadas culturas e que esta pode variar segundo diferentes sociedades ou em diferentes períodos históricos. As sociedades fabricam identidades e representações, promovem relações de poder em cada momento histórico e cultural, a fim de criar uma identidade única, entretanto não definitiva e nem universal. As identidades culturais são características de cada período histórico, não estão nos sujeitos, é o processo de representação do grupo que o indivíduo está inserido (SABATH, 2001).

No final da década de 60, os movimentos feministas fomentaram a crise da masculinidade, alguns homens na tentativa de descreverem suas subjetividades, buscaram um novo modelo que conseguisse atingir suas expectativas (SILVA, 2006). Gomes (2003) afirma que o masculino não está em crise, porque ele por si só, é um gênero que permanece em crise e endemia na sociedade patriarcal.

A masculinidade não é algo entregue, mas sim conquistado, e o movimento feminismo apenas tornou mais visível a crise masculina existente (GOMES, 2003). Na literatura masculina percebe-se a essência da identidade igualitária a todos os homens, não apenas biológico e físico, mas sexual e comportamental como verdade única e exclusiva do gênero (SILVA, 2006).

Foucault apresenta grande influência na medicina social e na saúde coletiva, e busca sempre conversar com esse personalismo do sujeito homem na história, e centraliza a importância das categorias como gênero e sexualidade para buscar novas realidades e desfragmentar a realidade imposta pela sociedade (LACAZ, 2001). Ressalta ainda que falar atualmente de um novo homem e uma mulher tornou-se mais confuso ordenar uma questão tão latente e conservadora (GOMES, 2003).

Os homens demonstram a masculinidade através do comportamento e de corpo. Eles são criados para serem fortes, protetores e viris; treinados a suportar as dores físicas e emocionais, já que a dor os iguala as mulheres, e direcionam fortes padrões de comportamentos como a prática de esportes violentos com o objetivo de diferenciar-se delas (BRAZ, 2005; GOMES, 2003). Neste modelo tradicional, os autores ressaltam a ideia de que o homem de verdade é solitário e reservado, superficial e prático, é direcionado a agir e realizar atividades, e também deve compreender as expectativas emocionais de suas parceiras e filhos sendo sensíveis (SCHRAIBER et al, 2010; GOMES, 2003; SEPARAVICH & CANESQUI, 2013).

A identidade masculina foi empregada na sociedade por meio da translação “ser homem de verdade é...” um indivíduo reservado no âmbito pessoal, solitário, prático, objetivo e caso constitua uma família ser seu guardião herói. Eles se adequam aos modelos tradicionais hegemônicos da sociedade como agressivos e expressam medo quando questionados de suas masculinidades ao agirem por estereótipos, e como consequência deixam sua identidade pessoal pela de gênero e justificam a pressão social imposta (GOMES, 2003; SCHRAIBER et al., 2010; CARRARA et al., 2009; SEPARAVICH & CANESQUI, 2013; GOUGH, 2013; CRAWSHAW, 2007; FILHO et al., 2012; ROBINSON & ROBERTSON, 2010).

Silva (2006) cita ainda que os modelos tradicionais da hegemonia masculina, ainda sugerem outros predicativos: como machista viril e heterossexual; um homem similar aos modelos do cavaleiro medieval e dos grandes soldados. A identidade masculina é observada pelos jovens, como provedores, heterossexuais e dominadores, uma complexa

subjetividade decretada por amigos, família, mas principalmente pela sociedade (NASCI MENTO, GOMES 2008). A construção da masculinidade é progressiva e direcionada, pelas imposições da sociedade, onde as relações comportamentais estão fundamentadas, os homens aparecem como fortes e violentos, e as mulheres como frágeis (HARDY; JIMÉNEZ, 2001).

A sociedade considera o homem como sexo forte, mas na realidade, deveria ser o sexo frágil devido suas inúmeras vulnerabilidades, os meninos desde pequenos aprendem que não podem chorar que devem praticar esportes violentos, condutas varonis que contribuem para a hegemonia do “ser homem” e impedem a sua autoconservação, ou seja, cuidar-se de si mesmo (BRAZ, 2005). São orientados a serem protetores e provedores, no imaginário feminino o homem quando adocece, é frágil, aguenta menos ou tem comportamento infantil, entretanto, o homem por sua subjetividade “heroica” aprende a pedir auxílio apenas quando não suporta mais, desaba diante das patologias (BRAZ, 2005, GOMES, 2003).

A justificativa da vulnerabilidade física dos homens esta relacionada com sua questão psíquica, o homem apresenta um grande esforço durante toda sua vida pra construir-se como tal, nasce de uma mulher e deve se diferenciar dela, ele deve mostrar aos outros que não é uma mulher, uma criança ou um homossexual (BRAZ, 2005).

Gomes (2003) corrobora com Braz (2005), e cita que as inseguranças do “ser homem”, provocam pressões psicológicas no âmbito de sua sexualidade como o medo do homossexualismo e da impotência, o desejo de não corresponder as demandas sociais e a referencia constante do padrão comum a todos os homens quanto ao comportamento sexual masculino (iniciação sexual com prostitutas e poligamia).

A subjetividade masculina é influenciada pelas identidades hegemônicas e neste ponto são percebidas como práticas de gênero socialmente aceitas num sentido ideológico marxista. Então firma-se uma hegemonia tradicional: ser branco, heterossexual, classe média, traços de assertividade, dominação, controle, força psicológica e restrição emocional (EVANS, 2011, LOHAN, 2007). Todavia apesar desses padrões institucionalizados o ser humano se difere em suas masculinidades entre as sociedades e na mesma sociedade em períodos históricos distintos (SEPARAVICH & CANESQUI, 2013).

Numa leitura Junguiana, os homens buscam se autoafirmar e se sobressair sobre as mulheres, vendo como natural serem agressivos, provedores e competitivos. A questão não é apenas da cultura, é como o

homem se insere nela, suas questões sociais e históricas, para isso o entendimento de gênero se demonstra efetivo, pois, se deve compreender que cada ser é singular e merece ser tratado individualmente (NÄSLINDH-YLISPANGAR et al., 2008; GRIFFITH, 2012).

A hegemonia masculina esta passando por outros códigos de representação, quando o termo é utilizado não significa dizer que tem apenas uma forma correta de ser homem, mas que há um padrão tradicional construído que envolve inúmeros tipos comportamentais, sentimentais e de interesses; são significantes que constituirão determinados momentos históricos (SABATH, 2001).

As sociedades e as culturas de massa descrevem o sujeito por meio de modelos tradicionais “normativos” (sexual e de gênero) e deixam de lado a construção individual de cada sujeito (SILVA, 2006). Tanto o homem quanto a mulher devem ser vistos individualmente e em cada cultura, a saúde atualmente propõe uma mudança na dicotomia usada antigamente, mulher e saúde, para gênero e saúde (BRAZ, 2005, GOMES, 2003). Prioriza a saúde para atender as necessidades humanas em geral, e assim promover uma equidade na saúde dos homens e mulheres sem desconsiderar as características de cada gênero (BRAZ, 2005).

A crise da masculinidade representou uma quebra no cinismo com relação à existência de uma identidade masculina verdadeira, na qual todo homem é socializado. Para não permanecer um modelo hegemônico de masculinidade apoiado na virilidade, força e poder, mas promover o entendimento do sujeito como ser único, para promover reflexos no campo da saúde, em especial na promoção de medidas preventivas (GOMES, 2003).

A compreensão da subjetividade masculina auxilia no entendimento de que existem muitos modelos presentes e estes devem ser vistos social e historicamente durante a realização de promoções e serviços de saúde, tanto para os profissionais de saúde quanto para os homens (EVANS, 2011; GOMES, 2003).

Os aspectos que influenciam na subjetividade são o sexo (fator biológico determinado) e o gênero (fator comportamental variável) (EVANS, 2011). A maneira como o sujeito conhece a si mesmo é mutável e incontrolável, todavia isso não significa dizer que não deve haver reflexão sobre si mesmo, as identidades de gênero e sexuais são utilizadas na visão dos estudos culturais e pós-estruturalistas como aspectos importantes para subjetividade do indivíduo, aceitam deslizamentos e discordam da exclusividade de um único aspecto

(LOURO, 2007). Gênero e sexualidade constituem características e práticas dos sujeitos, e para compreender melhor a subjetividade masculina os seus aspectos de influencia serão abordados a seguir.

2.4.1 Gênero

Um dos principais aspectos que influenciam a subjetividade masculina é o gênero, fator de comportamento mutável. Para iniciar o entendimento dessa perspectiva é necessário compreender a origem do seu signo e suas significantes.

Em 1983, Donna Haraway redigiu o termo “gênero” para o dicionário marxista, frente aos novos movimentos sociais. E ciente da importância que o termo tomaria e das narrativas femininas da história lançou-se as lutas femininas e como resultado publicou o livro “*Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de lanaturaleza*” (LOURO, 2007). Haraway considera o signo gênero como um conceito promovido para contestar a naturalidade das diferenças sexuais em várias lutas, e neste processo de construção o conceito ganhou significado tanto para o feminino quanto para o masculino (LOURO, 2007).

Os estudos feministas abordavam as perspectivas desde a teoria marxista até a perspectiva pós-estruturalista, os estudos não apresentam nenhum marco teórico único de onde essas discussões de gênero partem (SABATH, 2001). Cada movimento feminista apresentava uma posição teórica ou política diferente, assim suas estratégias de luta e direcionamentos eram distintas (LOURO, 2007). Todavia, o termo gênero surgiu de maneira uniforme a estes grupos para referir-se ao masculino e feminino, de maneira oposta ao que se compreendia do sexo, para traduzir as inúmeras maneiras de interação humana, para construir e legitimar as relações sociais (SABATH, 2001; GOMES, 2003; LOURO, 2007).

Louro (2007) ressalta que as feministas embora tentassem se afastar do determinismo biológico, (corrente que supõe que as vidas são determinadas por características dos próprios corpos) mantiveram a perspectiva de que a edificação social se faz a partir ou sobre um corpo. Assim, o aspecto relacional entre os homens e mulheres, rejeita o determinismo biológico e envolve os valores sociais que não envolvem exclusivamente as mulheres, mas ao feminino e masculino (SABATH, 2001; LOURO, 2007). Essa nova abordagem permitiu uma análise do gênero inserido num campo sócio histórico, a partir da exclusão do aspecto exclusivamente biológico do sexo (SABATH, 2001).

É importante compreender que este processo de deslizamento ocorreu para que as características físicas tomassem o sentido da origem das distinções e não somente um sinal ou manifestação destas distinções (LOURO, 2007). A perspectiva relacional e o movimento feminista que o termo gênero indicou promoveram deslocamentos no campo dos papéis masculinos (GOMES, 2003).

A expressão gênero é entendida como um construto social diferente do termo sexual, em um sentido relacional entre homens e mulheres, a partir dos valores e vivências cotidianas (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011; SEPARAVICH & CANESQUI, 2013; GOMES, 2003). Com esses valores, homens e mulheres apresentam comportamentos e atitudes diferentes e determinantes, os papéis sociais, que entendem serem mais adequadas às expectativas sociais que atendam o conceito de homem ou de mulher (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011).

Silva (2006) acrescenta que a identidade de gênero é um aglomerado de características estabelecidas nos campos sociais e culturais em uma determinada sociedade, que definem os gestos, comportamentos, atitudes, modos de se vestir, falar e agir de forma similar para homens e mulheres. O gênero ao contrário do sexo biológico, não é uma estrutura fixa, esta se renovando continuamente, moldando-se a cada momento de outras maneiras, mudando um “padrão” comum a todos os sujeitos (SILVA, 2006).

O gênero é um elemento característico das relações sociais, demonstra as diferenças sócio comportamentais desenvolvidas entre homens e mulheres, e os significados de poder entre eles. Na perspectiva de gênero, observa-se que a característica masculina contribui para alta exposição a riscos e a falta de cuidados em saúde (FIGUEIREDO, 2005; SEPARAVICH & CANESQUI, 2013; NÄSLINDH-YLISPANGAR et al., 2008; EVANS, 2011; LOHAN, 2007).

Braz (2005) cita que os estudos de gênero mostram a dificuldade na construção do homem, diferente da mulher, pelas pressões e demandas que o gênero masculino perpassa na construção de sua identidade e subjetividade, desde seu nascimento até a vida adulta viril. As dificuldades estão presentes em suas características biológicas, físicas, psicológicas e socioculturais (BRAZ, 2005). A abordagem de gênero deve ser incorporada em todas as estratégias e políticas de saúde, a fim de corrigir a falta de equidade entre os homens e mulheres (GÓMEZ, 2002).

A dificuldade em equilibrar a saúde e o bem estar acontece devido a um forte padrão institucionalizado de masculinidade, visto que, muitos

homens justificam suas falhas na sua identidade de gênero e esquecem sua identidade pessoal (BRAZ, 2005; GOUGH, 2013). A constante categoria de gênero que transcorre os hábitos masculinos e suas condutas produzem não apenas estilos de vida, mas modos de falecer e adoecer (BRAZ, 2005). A Antropologia promove entre a cultura e a biologia, pela teoria feminista a partir dos anos 60, a divisão em síntese entre gênero e sexualidade (SILVA, 2006). Assim a sexualidade é abordada a seguir.

2.4.2 Sexualidade

O outro aspecto que influencia na subjetividade é o sexo, fator biológico determinado ou a sexualidade de determinismo biológico. O construcionismo, isto é, a teoria relacionada a construção do sujeito pelo comportamento social é contrária a essa visão biológica determinada, entretanto, a ótica da sexualidade na biologia normalmente é mais resistente do que a perspectiva de gênero (LOURO, 2007).

Foucault, na obra “História da sexualidade”, refere-se à sexualidade como dispositivo histórico e que não pode-se compreender a ideia de que é imposta pela natureza, ou que gradativamente o obscuro tentaria desvendar (LOURO, 2007). Louro (2007) cita ainda que assim como a relação de gênero, a sexualidade é uma construção histórica, produzida pela cultura, multiplicidade, instabilidade e provisoriade, é a historia individual de cada sujeito, pelas suas oportunidades e encontros pessoais.

O termo sexualidade surgiu no século XIX pertencente as sociedades modernas e pós-modernas, a ideia dominante considerava o pensamento anatômico como a mulher sendo um homem invertido, essa concepção permaneceu por dois milênios, a mulher seria menos desenvolvida na escala de perfeição (SILVA, 2000; LOURO, 2007, SILVA, 2006).

Na concepção da anatomia humana, existem dois tipos biofísicos diferentes quanto à genitália e o corpo, para estabelecer o meio sociocultural, para deixar claro a imagem do feminino e do masculino como realidade única possível (SILVA, 2006). Nesse sentido, a anatomia, portanto, o corpo torna-se parte da construção da identidade sexual (SILVA, 2006).

Após o surgimento do termo “sexualidade”, o sexo torna-se político-ideológico para ordenar as diferenças morais e comportamentais femininas e masculinas de acordo com as novas imposições das

sociedades e ocorre a implantação do termo nos países europeus seguindo por todo o mundo (SILVA, 2000).

Os estudiosos consideram a sexualidade uma implicação mais do que corpos, um complexo de emoções envolvidas como as fantasias, valores, comportamentos, representações e rituais para expressar os desejos e prazeres (LOURO, 2007). O aspecto mais comum relacionado as identidades sexuais é caracterizá-lo como natural, mas a sexualidade é adquirida, tal fato é relacionado ao discurso de heteronormatividade. Assim as condutas sexuais que saem da heterossexualidade são consideradas distúrbios clínicos (SABATH, 2001)

Em contrapartida, a medicalização da sexualidade confere às identidades sexuais um caráter natural, dividido de fatores culturais presentes na sociedade (SABATH, 2001). As identidades sexuais apresentam diferentes práticas sociais e culturais que são construídas por meio dos discursos produzidos na sociedade e pelos seus processos de representação (SABATH, 2001).

Na ótica da sexualidade masculina, três aspectos devem ser questionados, primeiro, a existência de certo padrão de comportamento sexual como a pratica sexual com inúmeras parceiras associada a um concepção de impulsividade sexual, que caracteriza a identidade masculina como heterossexual impulsiva. Segundo a oposição à homossexualidade, e finalmente o medo de não manter as relações sexuais adequadamente em relação ao seu órgão sexual, devido principalmente a incapacidade de ereção (FIGUEIREDO;SCHRAIBER, 2011).

Gomes (2003) pondera que os sentidos atribuídos à sexualidade masculina, geram representações na área da saúde, demonstram barreiras no que se refere às medidas de promoção preventivas. O masculino pelos seus aspectos relacionais de gênero e sexual, é considerado um fator de morbi-mortalidade principalmente pela alta exposição a riscos comportamentais e a falta de cuidados preventivos e de promoção em saúde (FIGUEIREDO, 2005; SEPARAVICH & CANESQUI, 2013; EVANS, 2011).

Após a compreensão da subjetividade masculina, as estratégias de comunicação são delimitadas, dessa maneira é necessário o entendimento do termo “Mídia do Conhecimento” e suas estratégias de comunicação para alcançar à difusão e a disseminação do conhecimento analisado para a população desejada, os homens.

2.5 MÍDIA DO CONHECIMENTO

Com a globalização, os cuidados em saúde mereceram atenção especial, assim o uso das mídias surge para ultrapassar as barreiras de distância e tempo através da utilização do telefone, da internet, do rádio e da televisão, para permitir aos profissionais da saúde a troca de conhecimentos e habilidades com os pacientes de patologias crônicas e seus familiares, com o objetivo de disseminar a informação para melhorar o nível de conhecimento da população leiga e proporcionar mudanças de comportamentos e estilos de vida favoráveis para promover à saúde e prevenir as doenças (CÁRDENAS-CORREDOR, 2010).

Assim, antes de iniciar o tópico das estratégias de comunicação relacionadas à saúde, é necessário compreender o conceito do termo “mídia”, mídia é um substantivo plural que significa vários meios de comunicação, quando a referência é apenas uma forma de mídia usa-se o termo “meio” para comunicar algum tipo de mensagem (GILES, 2010).

Giles (2010) aborda que os tipos de mensagens são diferentes em determinadas épocas e para diferentes pessoas, assim cada meio de comunicação pode expressar uma mensagem, ou seja, uma música escutada pelo rádio ou assistida em um vídeo na televisão passa mensagens diferentes. Morin (2003) corrobora com Giles e afirma que a mídia é sempre um meio, pois ela não pode ser realizada por uma intencionalidade simples, emissor e receptor, a eficácia desta tem que vir do emissor, porque sempre existe um receptor com capacidade intelectual e inteligência, e não apenas uma esfera no processo comunicacional.

Marshall McLuhan é o mais famoso escritor da história da mídia (GILES, 2010) em 1964 afirmou que o meio pode provocar modificação nas coisas humanas, independente de sua escala, entretanto não é a tecnologia o fator de mudança e sim o que se faz com ela que contribuirá para o seu significado ou mensagem (SCHIAVONI, 2007). Primo (2007) corrobora com Giles e cita que Mc Luhan em 1969 reafirmou que o meio afeta o receptor de acordo com as características que apresenta e diferencia os meios de acordo com a percepção humana, em frios como o telefone e televisão e em quentes como a fotografia e o rádio. Os meios quentes são admirados apenas pelo que se ouve e pelo que se visualiza, enquanto os meios frios necessitam de complementaridade, devido suas funções de interação e participação (Primo, 2007).

Um conceito importante é caracterizar a mídia como “extensão do homem”, McLuhan cita dois exemplos de meios importantes que surgiram, o carro e a energia elétrica, novas possibilidades para

atividade humana, o objetivo do escritor é mostrar que o ser humano é adaptável e criativo, e precisa explorar cada vez mais os novos meios encontrados e ajustá-los as necessidades humanas (GILES, 2010).

As novas mídias foram baseadas nas antigas mídias e a emergência e acesso elevado destas gera o que McLuhan aponta como a “cegueira da mídia”, uma confusão entre a experiência vivida (cotidiano) e a experiência mediada (influenciada pela mídia), ou seja, a influência “despercebida” da mídia no dia a dia dos indivíduos (GILES, 2010).

A mídia não determina papel essencial na vida das pessoas, pesquisas mostram que ela pode influenciar nos seus cotidianos, mas isto dependerá dos fatores sócio culturais que estes estão inseridos, o ponto não é entender o que ela fará pelas pessoas e sim o que as pessoas utilizarão dela (MORIN, 2003). Elas influenciam nos ambientes de repasse da informação, para alavancar mudanças na criação de mensagens, informações e conhecimentos compartilhados socialmente; essa disseminação de informações permite o acesso à informação e à produção do conhecimento de forma estratégica, para entender as possibilidades de interações comunicacionais cada vez mais eficazes (JORENTE; SANTOS, 2014).

As mídias são ferramentas auxiliaadoras para verificar e apoiar a gestão do conhecimento na disseminação das informações para os programas de prevenção a doenças e promoção à saúde, assim é indispensável conhecer as estratégias de comunicação, pois elas tendem a facilitar essas diretrizes em saúde e propor mudanças para melhorar a articulação das necessidades básicas dos usuários com os serviços em saúde.

2.6 ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO

As diretrizes à saúde priorizam ações para promoção, proteção e prevenção da saúde aos beneficiários ou usuários dos serviços de saúde, como o objetivo de promover uma ação diferenciada com enfoque nos contextos de vida nos diferentes grupos e não apenas nas doenças relacionadas a estes (MARTINS, 2009). Para facilitar a consolidação dessas diretrizes, um dos instrumentos utilizados são as estratégias de comunicação para as ações propostas, uma prática que contribui para melhor articulação e reflexão das principais indigências dos indivíduos, e para auxiliar na apropriação dos direitos por parte deles (MARTINS, 2009; TEIXEIRA, 2004).

O termo estratégia é usado como um facilitador nos processos de transferências de informações e/ou conhecimentos para os indivíduos,

percebe-se que as estratégias relacionadas a saúde possibilitam informações constantes as doenças que a população pode contrair, suas causas, exercícios e hábitos que evitam possibilidades de adoecer, entretanto além de repassar essas informações é necessário auxiliá-los em seu contexto histórico social, entender que o indivíduo é um ser histórico e, portanto precisa estar adequado dentro dos seus conhecimentos (MORAES, 2008).

A estratégia de comunicação é realizada pelo diálogo e escuta com outras pessoas, a fim de proporcionar maior conhecimento e ampla adesão dos usuários aos tratamentos propostos, além de favorecer a forma de ver e estar nos serviços de saúde; a comunicação demonstra elo fundamental entre os profissionais da área da saúde e a comunidade de apoio, porque facilita o diálogo pautado com o usuário e contribui para que ele seja notado como um ser social, pois é nesta interação que o indivíduo é entendido a partir de suas singularidades e diversidades no tempo e espaço característico a ele (MARTINS, 2009).

As estratégias de comunicação podem ser orais, escritas, visuais e tecnológicas ou não, o interesse e a necessidade são elementos facilitadores neste processo, pois se a informação não é desejada ou não se mostra adequada, dificilmente conseguirá chamar a atenção do receptor; quanto maior a identificação da informação pelos receptores, maior é a chance do interesse e assimilação da informação (MORAES, 2008). Como facilitadores das estratégias de comunicação pode-se citar o idioma, a estrutura lógica, a narrativa e o vocabulário e como barreiras ou maneiras de aperfeiçoar a informação existe a persuasão, pois a maior dificuldade observada neste processo é a falta de compreensão da informação recebida, assim além dos facilitadores citados, usa-se a persuasão relacionando ao contexto histórico, cultura, econômico e político do grupo que se almeja a mudança social (MORAES, 2008).

Dessa maneira, a informação assimilada torna-se um instrumento atuante nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, porque o valor percebido pelo indivíduo favorece o recebimento da informação, e esse valor esta relacionado com suas preferências e com a competência do indivíduo em compreendê-la; é importante verificar que a informação agrega o saber e o saber é um instrumento de poder, assim transferir a informação a outras pessoas é dar poder a elas, pois o indivíduo sem informação se torna um excluído social e fica em desvantagem na sociedade, a transmissão de informação contribui com sua inclusão social além de gerar mudanças em seu estilo de vida e como consequência o aumento da sua expectativa de vida (MORAES, 2008; TEIXEIRA, 2004).

As estratégias informacionais dividem-se em estratégias de comunicação que atuam no momento da transferência de informações do emissor para o receptor da informação, um dos tipos de estratégia mais usados é a persuasão que visa à mudança do comportamento humano; estratégias discursivas por meio da intencionalidade (que vai desde a intenção de estabelecer contato com o espectador até a de compartilhar opiniões ou a de provocar ações no indivíduo) e coerência (que oferece a possibilidade de estabelecimento de sentido ao conteúdo do produto informacional por parte do indivíduo), estratégias cognitivas, como a percepção, de acordo com a teoria cognitivista baseada no construtivismo, é uma construção elaborada a partir de esquemas mentais com dados obtidos pelos órgãos dos sentidos baseadas no saber, nos sentimentos e nas crenças do indivíduo que, por sua vez, tem uma ligação com uma classe social, época ou cultura, estratégias socioculturais, esse tipo de estratégia atua a partir do conhecimento da realidade, da vida cotidiana do indivíduo, de suas necessidades, comportamento, interação e expectativa social, auxiliando a transferência da informação, estratégia de poder, estabelecidas a partir do lugar de fala de quem transfere a informação, estratégias educacionais, munem o indivíduo com informações, proporcionando-lhe senso crítico e desenvolvendo capacidades para resolver problemas, aprender significa saber como agir (MORAES, 2008). As estratégias informacionais citadas acima são utilizadas nesta pesquisa, entretanto sua ênfase se dará no âmbito das estratégias de comunicação em saúde.

A comunicação em saúde é o estudo e utilização de estratégias de comunicação para transmitir conhecimentos e estimular as decisões nos indivíduos e nas comunidades no sentido principal de promover atenção à saúde (MARTINS, 2009). Este conceito é muito amplo, mas as funções das estratégias de comunicação são proporcionar mensagens específicas para área da saúde tais como: promover e educar para a saúde, evitar riscos e ajudar a lidar com as ameaças para a vida, prevenir doenças, sugerir e recomendar mudanças de comportamento, recomendar exames de rastreio, informar sobre a saúde e sobre as doenças, informar sobre exames médicos e sobre seus resultados e recomendar medidas preventivas e atividades de auto-cuidados em indivíduos patológicos (TEIXEIRA, 2004; RIBEIRO, s/a).

A estratégia de comunicação não abrange apenas o processo cognitivo, mas aspectos éticos, políticos e sociais, tendo como objetivo diminuir o abismo que existe entre uma parte da sociedade que conhece e outra que não conhece; assim o emissor da informação transfere para o indivíduo ou para o grupo social e considera-se que ele tenha um

conhecimento sobre o assunto, este conhecimento pode ser o interesse pela informação ou a ausência dela dentro do grupo ou do indivíduo, por isso a ligação entre o emissor e o receptor esta na transferência dessa informação onde a intenção e a compreensão estão juntas e se deve usar de crenças, costumes, religião, nível educacional e poder ajustados com os indivíduos receptores da informação (MORAES, 2008).

Os processos de comunicação na área da saúde têm importância quanto ao seu caráter transversal, porque abordam áreas e contextos diferentes de saúde como serviços de saúde e comunidade, central, em relação aos técnicos de saúde e seus usuários, e estratégico, ligado à satisfação dos seus usuários (TEIXEIRA, 2004). Nesta pesquisa os processos de comunicação usados são de caráter transversal e estratégico, pois englobam os usuários de um sistema privado de serviço de saúde e sua satisfação com o serviço prestado.

Durante o processo de comunicação com o usuário pode ocorrer dificuldades na compreensão plena do usuário quanto às informações recebidas. Por isso, é necessário formular estratégias de comunicação para que a assimilação dos conhecimentos recebidos aumente. A relação do usuário e receptor com a narrativa realizada por meio de sua forma, estrutura, discurso, idioma e vocabulário demonstra a capacidade de persuasão da fonte em transmitir ao usuário respostas diferenciadas. Um discurso adequado, claro e objetivo facilita a estratégia de comunicação e favorece os objetivos a serem alcançados (MORAES, 2008). Assim, justifica-se a necessidade de entender o público alvo, suas características e suas individualidades além de observar outro fator importante neste processo, o interesse, os indivíduos entendem o que é transmitido quando apresentam vontade em aprender e as estratégias podem utilizar desse fator para conquistar o seu foco (MORAES, 2008; ARAÚJO, 2012; MARTINS, 2009; TEIXEIRA, 2004).

Estudos demonstram que a comunicação é usada de maneira limitada pelos profissionais da área da saúde no atendimento primário a população. Esse fato pode ser justificado pela alta demanda e rotatividade nesses setores, além da falta de capacitação profissional devido a currículos acadêmicos cada vez mais objetivos, menos dialógicos e reflexivos, sem contextualizar a inserção social destes, suas ansiedades e sem utilizar estratégias leves de comunicação como o diálogo (MORAES, 2008; MARTINS, 2009; TEIXEIRA, 2004). Por isso, é necessário atentar ao contexto medicalizado e focar numa abordagem integral e nas práticas de comunicação para a promoção da saúde é importante entender que o diálogo apresenta uma riqueza de vantagens e pode auxiliar os indivíduos a tornarem-se cientes de suas

necessidades e de si mesmo, através de suas reflexões e transformações para perspectiva saúde/doença (MARTINS, 2009).

A comunicação não existe sozinha, está ligada com outros problemas, para usufruir da linguagem atualmente, a comunicação exige a interface de outras áreas do conhecimento, quanto mais desenvolvidos os meios de comunicação. Há pouca compreensão entre os indivíduos, o entendimento não está mantido pela materialidade da comunicação, mas ligado pelo existencial e sócio-político (MORIN, 2003). Morin (2003) cita ainda que a relação subjetiva com o “Outro” define a compreensão humana, talvez pela identificação, simpatia e projeção com o outrem, assim a comunicação não substitui a compreensão, isto é, a compreensão pode ser auxiliada ou perdida pela comunicação técnica (telefone) ou pelo domínio do código (língua), ela irá depender do meio que será utilizado.

Os seres humanos pela sua natureza apresentam necessidade de comunicar-se e é através da externalização de suas ideias e pensamentos sobre os mais diferentes assuntos que os homens se comunicam, a evolução da comunicação é um grande avanço e este foi auxiliado especialmente pelas tecnologias de informação e comunicação (CRUZ, 2009). A comunicação ocorre a partir de culturas, ruídos e pessoas diferentes, é complexa, realizada entre emissores e receptores (MORIN, 2003).

“A comunicação é sempre produto de três condições: a organização econômica do sistema de mídia, isto é, como se relacionam as diferentes mídias em termos de transmissão e produção de conteúdos, das diferentes matrizes de mídia e das nossas dietas de mídia, ou práticas com as mídias” (CARDOSO, 2007 p. 1340).

Quanto ao processo de comunicação envolve dois mecanismos que processam as informações, o ambiente físico e as representações que se encontram localizadas neste ambiente; assim, são exemplos destas modificações para o ambiente físico, a imagem, o som e os símbolos. A comunicação oral é uma transformação acústica do ambiente do ouvinte gerada pelo falante, com o intuito do ouvinte agregar pensamentos semelhantes ao interlocutor (SPERBER & WILSON, 2001).

A comunicação ocorre com o objetivo de influenciar diretamente o outro, assim a mensagem passada deve ser clara e apropriada para expressar este propósito (MORAES, 2008). A fonte utilizada se

comunica para que o ouvinte fique sabendo de alguma coisa e aceite sua mensagem (CRUZ, 2009). O contexto cultural de um povo depende da comunicação que se propaga, pois sem ela as crenças, as habilidades, e os acontecimentos não seriam perpassados. É preciso estruturar a comunicação, organizá-la de acordo com cada perfil selecionado. (CRUZ, 2009).

O modelo tradicional da comunicação – mensagem, emissor e receptor – esta superado, porque um elemento fundamental deve ser acrescentado: a significação, ou seja, a cognição humana, a emoção faz parte de toda ação do ser humano (MEDITSCH, 1997). Para a informação ser relevante é necessário que o individuo identifique suas necessidades, cada ser reage, observa e percebe de maneira única, a relevância desta comunicação esta ligada com as informações anteriores e atuais, que criam uma necessidade ou um sentimento provocado por essa nova informação e pela interpessoalidade do ouvinte com o receptor (CRUZ, 2009; MORAES, 2008).

Interpessoal não é sinônimo de presencial, uma conversa telefônica e uma troca de email são processos interpessoais, apesar da falta de coincidência de espaço e tempo; o contexto interpessoal é sim um problema da comunicação Social - Emissor-mensagem-meio-receptor, pois o usuário é aquele que usa algo, não alguém e interagi (realiza a ação) com os usuários no seu encontro (PRIMO, 2007). Primo (2007) aborda que Bertold Brecht, nos anos 30, já defendia a interação entre os actentes, e que o ouvinte não deveria se limitar a escutar, mas também falar, não estar isolado,

Schiavoni (2007) cita que interatividade é a capacidade de um interlocutor relacionar-se materialmente com o conteúdo ou na forma de uma mensagem, para alterar o seu curso. Alex Primo (2001, p. 118) caracteriza a interatividade por “relações interdependentes e processos de negociação, no qual cada interagente participa da construção inventiva da interação, afetando-se mutuamente”.

Araújo (2012) ressalta ainda que a comunicação interpessoal é caracterizada como um complexo processo ligado a percepção, compreensão e transmissão de mensagens na interação entre os profissionais de saúde e os pacientes; nesse processo duas dimensões são observadas: a verbal, realizada por meio da expressão de palavras faladas ou escritas e a não verbal, pelo jeito e tom de voz com que as palavras são ditas, gestos que acompanham o discurso, olhares e expressões faciais, postura corporal e distância física que as pessoas mantêm umas das outras (ARAÚJO, 2012).

Diante disso a comunicação eficaz tem influência tanto no nível individual, quando o ser humano toma consciência dos riscos para a saúde e reforça atitudes comportamentais protetoras, quanto comunitário, quando as mudanças ocorrem em toda a sociedade, transformações sociais positivas para melhorar o espaço físico, acessibilidade e o meio ambiente (TEIXEIRA, 2004).

Dentre as estratégias promovidas no âmbito da saúde estão o diálogo e o contato constante; a forma de comunicação disposta à população usuária implica em consequências negativas, pois ela não possibilita a mesma interpretação pelos usuários, por isso o profissional deve estar ciente do contexto histórico no qual estes estão inseridos (TEIXEIRA, 2004; (RIBEIRO, s/a). A comunicação em saúde deve ser entendida de forma sistêmica, é necessário entender o sujeito na sua totalidade, suas dificuldades, seus anseios, e não meramente como o repasse de informações rebuscadas com o uso de termos técnico, eles precisam ser os protagonistas, capazes de compreender a dinâmica do sistema de saúde, e que o mesmo possa usufruir destas informações de forma a viabilizar o acesso e a efetivação dos seus direitos (RIBEIRO, s/a).

Estudos mostram que o fator responsável pela insatisfação dos usuários com os profissionais da saúde é a falta de comunicação, eles gostariam de ter mais informações sobre suas doenças e sobre os serviços relacionados a elas, sentem-se frustrados e leigos em sua própria patologia, ou seja, a informação pode ser insuficiente, excessivamente técnica e o tempo dedicado a repassar as informações é muito curto (TEIXEIRA, 2004). Assim, na transmissão de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde é necessário compreender o contexto sócio-histórico que o individuo se insere para abordá-lo individualmente, cada ser humano é diferente e precisa ser entendido distintamente (MORAES, 2008; ARAÚJO, 2012).

Durante a interação com os beneficiários é necessário ouvir mais do que falar, deixar claro as informações passadas e dar pausas para os seus questionamentos, suas preocupações e expectativas; não se deve usar a comunicação perito/leigo, o diálogo deve ser exercido de maneira amigável, de cooperação a fim de entender as atitudes e crenças de seus usuários (TEIXEIRA, 2004).

A formação dos profissionais deve ser enfatizada para a área da comunicação para usufruir de técnicas facilitadoras, treinos assertivos, escuta ativa, perguntas abertas, os profissionais devem capacitar-se para tornarem-se melhores comunicadores e utilizadores das tecnologias da informação (TEIXEIRA, 2004). As habilidades de comunicação não são

adquiridas com o tempo e sim com adequada capacitação, por isso se faz necessário a educação dos profissionais na utilização de estratégias de comunicação para a interação e inter-relação com seus pacientes (ARAÚJO, 2012).

Diante do exposto, verificou-se que a estratégia de comunicação de melhor articulação com o grupo pesquisado devido ao sexo, faixa etária e suas subjetividades, foi o telefone, um meio atual que apresenta interatividade com os indivíduos, e que estatisticamente atende a demanda do grupo escolhido.

2.6.1 Telefone

Os avanços das tecnologias da informação auxiliaram no cotidiano das pessoas e atualmente ninguém imaginaria a vida sem um telefone ainda mais com o advento das mensagens de texto e da internet (GILES, 2010). Thompson (1998) argumenta o potencial dialógico dos meios tradicionais, pois cada meio apresenta uma particularidade, como as interações mediadas por cartas ou telefone, por exemplo, o dialogo ocorre, mas restrito ao espaço/tempo, eles utilizam um meio técnico, ocorre um estreitamento das deixas simbólicas, ou seja, as palavras não chegam com gestos ou piscadelas, e ficam acentuadas as deixas particulares da escrita ou voz.

Primo (2007) cita que existem três tipos de interatividade na comunicação, o humano-humano (face a face), humano-meio-humano (comunicação de massa, telecomunicações, comunicação mediada pelo computador) e humano-meio (homem-computador). O telefone se enquadra como interatividade do tipo humano-meio-humano e mesmo na interação mediada pelo telefone, onde as deixas simbólicas são mais restritas que na interação face a face, as indicações verbais como “sim” e “um-hum” demonstram que a pessoa com que se fala esta acompanhando a argumentação (PRIMO, 2007).

Os resultados alcançados com as estratégias de comunicação por consultas individuais e comunitárias são satisfatórios, entretanto atualmente a literatura apresenta o uso de novas tecnologias como o telefone, a internet, as mensagens de celular (Short Messaging System - SMS) e as videoconferências, a fim de demonstrar a necessidade de abordagens diferenciadas (VASCONCELOS, 2013).

Neste contexto, percebe-se que os inquéritos populacionais de saúde realizados por contato telefônico são desenvolvidos nos países industrializados desde 1960 e usados como instrumentos para formulação e avaliação das políticas públicas como uma estratégia de

intervenção para a realização de triagens, para acompanhamento de pacientes com patologias crônicas ou para o rastreamento de doenças e aconselhamentos à saúde (VASCONCELOS, 2013; SEGRI, 2009, MOURA, 2011; MONTEIRO, 2005, CECATTI, 2011). Existem inúmeros instrumentos que podem ser utilizados, mas o mais comum é a partir de questionário aplicado às pessoas sorteadas ou seu representante que respondem às perguntas em sua própria residência, via telefone (SEGRI, 2009).

Em países com elevada cobertura de telefonia fixa são comuns os inquéritos por telefone. No Brasil, em 2003, iniciaram-se inúmeros trabalhos científicos e populares para a área da saúde com este recurso tecnológico e em 2006 o Ministério da Saúde adotou os inquéritos telefônicos, sendo o mais conhecido o VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas) (SEGRI, 2011).

Segundo o IBGE (2012) o uso do telefone no Brasil é de 92,52% (53,21% apenas o telefone móvel), no Sul 96,03% (52,66% apenas telefone móvel) e em SC 95,87% (48,91% apenas telefone móvel) comparado ao uso da internet no Brasil, no Sul e em SC, a porcentagem encontrada foi de 42,21%, 48,41% e 51,98%. Em uma estatística realizada pelo IBGE (2005) por faixa etária e sexo observou-se que o uso da internet em homens com faixa etária de 50 anos ou mais foi de 9,5%, tendo o seu pico de uso na faixa etária de 15 a 17 anos em ambos os sexos, em comparação ao uso de telefone móvel (celular) 38,0% dos homens da faixa etária de 50 à 59 anos faziam seu uso. Tais dados justificam o uso do telefone como estratégia de comunicação para a faixa etária do grupo pesquisado, homens com idade entre 50 à 60 anos.

O telefone apresenta inúmeras vantagens se comparado a outras estratégias de comunicação. Embora a internet seja uma alavanca tecnológica eficaz, uma de suas limitações para a faixa etária da pesquisa é a ausência por parte da população em ter uma conta de internet (CÁRDENAS-CORREDOR, 2010), em especial na faixa etária abordada. A justificativa pode ser encontrada nos dados apresentados pelo IBGE em 2005 e em 2012, e pela prática da pesquisadora com o campo preventivo para essa população.

As vantagens da utilização do telefone como estratégia de comunicação para disseminar o conhecimento aos usuários de serviços de saúde são inúmeras, como a velocidade de acesso do usuário ao profissional de saúde, a diminuição no tempo de espera para a consulta, a redução do tempo e do custo na locomoção dos pacientes, bem como a possibilidade de aumentar a frequência e a aproximação dos contatos

entre os actentes e de facilitar o retorno do paciente (VASCONCELOS, 2013).

Segri (2009) ressalta que uma das principais vantagens é a oportunidade de se monitorar e controlar a qualidade dos dados à medida que são coletados, além de gerar resultados rápidos pela velocidade de obtenção e processamento dos dados. O mesmo autor cita que as vantagens da utilização do telefone comparado aos inquéritos por visitas domiciliares são a maior rapidez, menor custo, maior possibilidade de coleta periódica de informações e o contato direto com a população, pois seu uso é uma importante ferramenta estratégica para nortear o planejamento de políticas de promoção da saúde e prevenção de doenças no país. (SEGRI, 2011).

Além do contexto tecnológico, o uso do telefone minimiza a ansiedade, pois o paciente não está frente a frente (cara a cara) e isso pode promover apoio emocional mais acessível, informação com sensibilidade cultural e poder para manter a conexão humana, a fé e a esperança (CÁRDENAS-CORREDOR, 2010). O autor ressalta que o uso do telefone como meio para disseminar as informações permite ainda a expressão de sentimentos positivos e negativos, a proteção e o apoio em aspectos da saúde física, emocional, espiritual e social, e contribui para redução de gastos para contratação de inúmeros profissionais para a assistência em saúde nas campanhas preventivas.

Uma das desvantagens citadas por Segri (2009) foi detectada na década de 90, à inexistência de telefones fixos por parte da população devido ao alto custo de manter uma linha fixa, entretanto com o avanço da tecnologia este ponto fraco foi resolvido, com o aumento do uso de celular pela população brasileira. O aumento da sua utilização ocorreu especialmente por razões econômicas. Isto é observado nos últimos anos, muitos moradores optaram pela troca de sua linha fixa residencial pelo telefone móvel (celular), e no Brasil a população com baixo perfil socioeconômico já adquire o celular com menor custo e muitas facilidades (SEGRI, 2009).

Para a área da saúde, o telefone contribui para o cuidado integral e representa uma evolução aos cuidados tradicionais de saúde. Os profissionais envolvidos nessa estratégia de comunicação desempenham além de suas atividades tradicionais, a realização, supervisão e treinamento de outros profissionais nos contatos telefônicos (VASCONCELOS, 2013). Assim, o telefone surge como uma alternativa eficaz para a promoção da saúde e para favorecer a qualidade de vida e minimizar os riscos de complicações nos indivíduos selecionados (VASCONCELOS, 2013). Nos estudos que abordam o

contato telefônico como estratégia de comunicação, percebeu-se a importância do contato não automatizado, o profissional deve apresentar uma interação que possa compreender o usuário dentro de suas singularidades e assim demonstrar apoio e entendimento de seus medos e expectativas (MORAES, 2008)

Monteiro (2005) em sua pesquisa que adotou o sistema de monitoramento por entrevistas telefônicas em saúde demonstrou a partir da representatividade e confiabilidade das estimativas obtidas e do custo por entrevista realizada, o uso do telefone como adequado e de modo geral, superior a sistemas equivalentes existentes em países desenvolvidos. O uso do telefone nesta pesquisa proporciona o entendimento do homem no seu contexto sócio-histórico e auxilia o diálogo amigável com suas subjetividades para alcançar o resultado final, a disseminação da informação sobre o câncer de próstata, Schiavoni(2007) ressalta que o meio possibilita o contato com a matéria-prima do conhecimento, a informação, de maneira ágil e não dispendiosa.

Assim as informações perpassadas aos indivíduos podem ser transformadas em conhecimento e disseminadas para sociedade, devido a mudanças de comportamentos e estilos de vida, tendo seu início através da realização dos exames preventivos de rastreamento para a patologia selecionada, o câncer de próstata.

2.7 DIFUSÃO E DISSEMINAÇÃO DO CONHECIMENTO

Os conhecimentos passados para sociedade são algo que toda população pode e deve ter acesso para que cada indivíduo atinja seu desenvolvimento pessoal pleno; é importante compreender que informação não é sinônimo de conhecimento, para que as informações tornem-se conhecimento é necessário integrá-las dentro da mente, ou seja, essa integração dependerá da significância da informação, pois assim ela será associada (SCHIAVONI, 2007). Essa significância dependerá do ambiente cultural que o indivíduo está inserido devido às dimensões da percepção para agregar o valor à informação recebida (SCHIAVONI, 2007).

Muitos autores abordam que a sociedade inserida, era da informação e comunicação, e hoje do conhecimento, refuta Morin (2003) que a sociedade é de informação, comunicação e de conhecimento, pois, no olhar físico da informação, as tecnologias digitais (televisão digital etc.) são direcionadas a informação; informação não é conhecimento é resultado da estruturação da

informação, atualmente, há excesso de informação, pouca organização (estrutura) e carência de conhecimento (MORIN, 2003).

As informações são fundamentais, pois, sem elas os seres humanos ficam desorientados com dificuldades tanto na vida pessoal quanto profissional, é importante que as informações recebidas estejam sempre atualizadas e em grande quantidade para ocorrer interação do homem com a sociedade do conhecimento (LAGE, 2001). A sociedade têm grande acesso as informações devido á demanda de meios de comunicação, como a internet, TV, rádio, CDs, livros. Entretanto, essas mídias não podem ser consideradas passivas, pois cada indivíduo interpreta suas mensagens por meio dos valores apreendidos em outros locais socializadores (SETTON, 2010).

Segundo Moraes (2008), as ações comuns de intervenção social para promover a saúde e prevenir doenças promovem a disseminação do conhecimento em saúde à população para gerar mudanças de comportamentos e para proporcionar a transferência dessas informações. A utilização da informação de forma estratégica em saúde tem base no poder, no saber e na ética, ela é usada nessas estratégias para contribuir com as mudanças na estrutura cognitiva individual e comunitária, essas estratégias foram criadas a partir dos conceitos de inúmeras áreas, como da Comunicação, Linguística, Cognição, Sociologia, Educação e Antropologia (MORAES, 2008).

Elas atuam no processo de transferência de informações, possibilitam uma maior percepção do indivíduo, contextualizam a informação e atuam na formação do indivíduo pela informação, a informação recebida é percebida pela capacidade cognitiva do indivíduo tornando-se conhecimento, o conhecimento é um importante elo entre a comunidade e os profissionais de saúde, pois se a comunidade compreende as patologias mais comuns e as maneiras de prevenção destas, se tornam mais conscientes e menos negligentes com a vida (MORAES, 2008). Assim, nesta pesquisa, a gestão do conhecimento por meio das estratégias de comunicação, neste caso o telefone, possibilita a transmissão e difusão do conhecimento pelo interlocutor aos beneficiários do plano de saúde, sobre a importância dos cuidados quanto à saúde masculina, a realização e o diagnóstico do câncer de próstata.

3 MÉTODO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Este estudo é caracterizado como uma pesquisa teórica e empírica. Teórica devido ao levantamento bibliográfico com os elementos que são a base e complementos para os resultados do processo de coleta de dados, que, por sua vez, colaboraram significativamente com o trabalho. É empírica pela busca, por meio do levantamento dos dados quantitativos e qualitativos, para capturar a realidade dos atores envolvidos no programa de prevenção direcionado a saúde do homem em um plano de saúde privado, que se manifestaram por meio de entrevistas.

Antes de iniciar a abordagem desta pesquisa é importante conceituar o que vem a ser uma pesquisa. Segundo Gil (2005, pg. 17) “Pode-se definir pesquisa como o procedimento racional e sistemático que tem por objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos”.

Para realizar uma pesquisa é mister direcionar os meios, isto é, os métodos que serão usados para realização da mesma. Assim, Costa, (2006, pág. 21) conceitua como métodos eficazes de uma pesquisa “... um conjunto de abordagens, técnicas e processos utilizados pela ciência para formular e resolver problemas de aquisição objetiva do conhecimento, de uma maneira sistemática”.

Como delineamento desta pesquisa, segundo Lakatos e Marconi (1991) este estudo caracteriza-se por ser um de caso múltiplo, intrínseco e instrumental, avaliativo, educacional e de ação, através de uma amostra não probabilística e intencional. É um trabalho de levantamento de dados, analítico e exploratório e tem como abordagem, uma pesquisa mista, quantitativa e qualitativa.

Estudo de caso é definido por Gil (2005) como um estudo em profundidade e exaustivo, utilizado com frequência na pesquisa social pela sua relativa simplicidade e economia, pois pode ser feito por apenas um investigador ou um grupo pequeno, geralmente de natureza pessoal, envolve a avaliação sobre o comportamento de um indivíduo ou grupo de indivíduos em uma determinada situação e um período de tempo selecionado, este tipo de estudo é observado nas pesquisas exploratórias. Já segundo Yin (2005), o estudo de caso aborda uma pesquisa investigativa de fenômenos atuais dentro de seu contexto real, isto é, em situações em que as barreiras entre o fenômeno e o contexto não estão claramente formados.

Yin (2005) considera que o estudo de caso pode apresentar diferentes tipos de abordagem. O estudo pode ser único; múltiplo; ou um relatório escrito que trata tanto de um caso único, quanto de casos múltiplos. Neste estudo é usado, segundo a classificação de Yin (2005), o estudo de caso múltiplos”, devido as várias narrativas que são apresentadas nos capítulos ou seções separadas; consta um capítulo ou uma seção que apresenta a análise e os resultados de casos cruzados. Intrínseco, pois a pesquisadora tem interesse na pesquisa em particular, devido sua área de trabalho e instrumental, pelo interesse da pesquisadora em ajudar o caso a se resolver (ANDRE, 2005).

André (2005) cita que existem quatro grandes grupos em um estudo de caso, o etnográfico (quando o caso é estudado em profundidade pela observação participante); avaliativo (é estudado de forma profunda com a meta de prover aos atores educacionais informações que os auxiliem a estimar interesses e valores para as políticas, programas ou instituições); educacional (quando o pesquisador está aflito com a compreensão da ação educativa); e ação (procura auxiliar no desenvolvimento do caso através de *feedback*). Este estudo de caso conforme a classificação deste autor se enquadra como um estudo avaliativo, educacional e de ação.

Esta pesquisa se caracteriza por ser de levantamento de dados, do tipo bibliográfico, definido como um apanhado geral sobre os aspectos centrais de trabalhos já realizados e revestidos de importância, sendo capazes de fornecer dados atuais e de relevância com o tema. Pois esse tipo de pesquisa favorece a aquisição do conhecimento sobre a realidade atual das estratégias de comunicação e da saúde do homem (LAKATOS; MARCONI, 1991). É exploratória devido ao seu objetivo de estabelecer questões ou problemas com a finalidade de desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com o ambiente e modificar e/ou classificar conceitos; empregando procedimentos sistemáticos para análise de dados, observações empíricas ou ambos. (LAKATOS; MARCONI, 1991).

A abordagem é mista, quantitativa e qualitativa. É quantitativa pois consiste em uma investigação prática que tem sua principal finalidade o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas ou o isolamento de variáveis principais; objetiva a coleta de dados sobre populações, ou amostras, utilizando varias técnicas como entrevistas, questionários, formulários e empregam procedimentos da amostragem (LAKATOS; MARCONI, 1991).

E qualitativa devido a preocupação em avaliar e interpretar os aspectos com profundidade, com delineamento do complexo comportamento humano, fornece detalhes sobre os hábitos, atitudes e tendências que envolvem os atores estudados. Pelo seu relativo caráter subjetivo, pode-se entender que um dos objetivos desta pesquisa é o comportamento social (LAKATOS; MARCONI, 1991). Trivínõs (1987) corrobora e ressalta que a pesquisa qualitativa não adota um encadeamento tão rígido das fases definidas para o desenvolvimento da pesquisa quantitativa.

A abordagem é quantitativa, pois, mensurou a participação dos beneficiários submetidos a estratégia de comunicação no programa de prevenção contra o câncer de próstata, ou seja, a quantidade de beneficiários que realizaram o exame de sangue PSA após o contato telefônico, este exame foi selecionado por apresenta-se não invasivo e possibilitar um diagnóstico preciso. A eficácia da amostra foi avaliada a partir da meta da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), os exames realizados anualmente que atingirem o valor igual ou maior à 60% demonstrarão a eficácia da estratégia de comunicação utilizada no programa de prevenção contra o câncer de próstata num plano de saúde no município de Criciúma, no Sul de Santa Catarina.

E qualitativa, porque após a realização desta abordagem comunicacional, 10% dos usuários que aderiram ao programa de prevenção a partir da realização do exame de sangue, foram selecionados para uma entrevista direcionada realizada por um actente/observador no plano de saúde a fim de analisar a interação entre o plano e os beneficiários selecionados e se a linguagem usada foi clara e favoreceu a disseminação do conhecimento quanto ao câncer de próstata.

3.2 LOCAL E AMOSTRA

A amostra pesquisada corresponde às orientações da ANS e do Ministério da Saúde, ou seja, homens na faixa etária de 50-60 anos que não realizarão o exame de sangue para o antígeno específico prostático (PSA) no ano anterior. Pelo banco de dados do plano de saúde privado em questão a amostra totalizou 235 homens no período de janeiro a dezembro de 2013 e 24 entrevistados no período de março a setembro de 2014.

Estão incluídos na amostra os beneficiários homens, independente da raça e com faixa etária estabelecida, 50 a 60 anos. Foram excluídos beneficiários que não apresentassem a faixa etária selecionada e os que

se negaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Os instrumentos desta pesquisa foram o telefone no contato com os 235 beneficiários homens na pesquisa quantitativa para examinar a aderência destes ao programa de prevenção contra o câncer de próstata e o outro instrumento utilizado foi uma entrevista presencial com 24 beneficiários (10% da amostra), com perguntas elaboradas pela pesquisadora, questões estruturadas abertas (APÊNDICE C), que tiveram como base as pesquisas de Teixeira (2004), Moraes (2008), Araújo; Silva (2012) e Martins et al (2009) que abordam como a comunicação em saúde deve ser realizada para apresentar eficácia. Esta deve envolver como fatores principais: a clareza e o dinamismo, além de oferecer um diálogo amigável e sem termos técnicos, a fim de favorecer o entendimento ao receptor.

3.4 CONTEXTO DA PESQUISA E PROCEDIMENTOS

Para iniciar a pesquisa foi solicitada à autorização do plano de saúde privado de Criciúma - SC, este ofício foi elaborado pela própria pesquisadora (APÊNDICE A).

A pesquisa iniciou com a coleta de dados quantitativos, que se deu por meio do contato telefônico com os beneficiários para a realização do exame de sangue PSA, após essa intervenção, 10% da amostra que aderiu ao exame, foi selecionada para realizar uma entrevista presencial. No contato direto com os beneficiários, no seu local de trabalho, a pesquisadora fez sua apresentação pessoal, comentou sobre a pesquisa e fez a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) no qual consta o relato sobre os objetivos e etapas da pesquisa, bem como a garantia de gratuidade e não recebimento de gratificação.

O sigilo dos dados de identificação; da não exposição a riscos ou prejuízos à saúde; e que os possíveis benefícios serão a contribuição para dados atualizados sobre a realidade da qualidade de vida dos docentes do ensino médio das redes públicas estaduais contribuindo para ações de saúde coletivas mais efetivas. Sendo que o participante pode retirar seu consentimento de participação em qualquer momento sem que isso lhe causasse prejuízos. O beneficiário tendo aceitado participar da entrevista, assinou o termo ficando de posse de uma das

duas vias. Os custos da execução da pesquisa correram por conta da pesquisadora.

E com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) assinado, os beneficiários responderam as perguntas realizadas pela pesquisadora, por se tratar de uma entrevista direcionada, com questões estruturadas abertas (APÊNDICE C)

Após o levantamento de dados por meio do banco de dados da instituição pesquisada, um plano de saúde privado em Criciúma, e pelo contato telefônico, os dados obtidos foram organizados e agrupados. Sendo tratados por estatística simples, tabulados, organizados em figuras, observados, analisados, apresentados e discutidos junto à literatura científica atualizada sobre o assunto. As entrevistas são expostas associadas aos dados estatísticos por meio da análise discursiva.

Este trabalho será defendido como dissertação para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento (EGC), pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), pela acadêmica pesquisadora.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

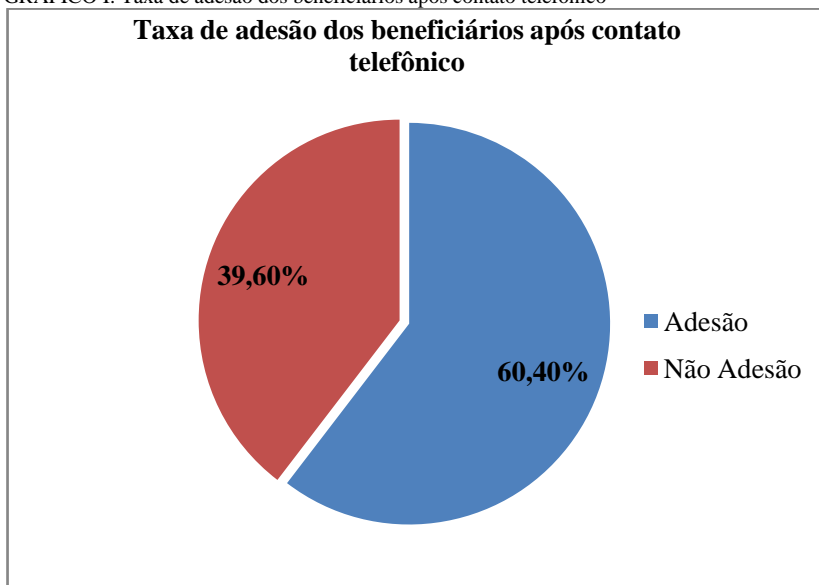
A população-alvo da pesquisa envolveu 390 (trezentos e noventa) beneficiários de um plano de saúde privado de Criciúma, no Sul catarinense. Este banco de dados quantitativos correspondia ao relatório de homens com faixa etária de 50 a 60 anos que não realizaram o exame de sangue (PSA) no ano anterior a pesquisa (2012), feito pelo sistema computacional de relatórios “Tasy”. Deste total, após contato telefônico e atualização de cada indivíduo pelo cadastro eletrônico, 44 beneficiários já tinham realizado o exame de sangue pelo plano, ou seja, houve falha no sistema computacional dos relatórios, tal falha foi percebida após a abertura do dossiê dos beneficiários onde as autorizações dos exames de sangue já haviam sido liberadas, 47 estavam inadimplentes ou desligados do plano, isto também não foi avaliado pelo relatório computacional mesmo solicitado apenas os beneficiários ativos do plano de saúde, 34 não possuíam número telefônico no cadastro eletrônico e 30 realizaram o exame pelo SUS ou particular, tal fato foi analisado durante intervenção telefônica, assim a amostra totalizou 235 (duzentos e trinta e cinco) beneficiários.

Obtendo-se o total de 235 beneficiários, houve o contato telefônica, via telefone fixo ou telefone móvel (celular) extraído do cadastro eletrônico do plano de saúde. Neste contato, a pesquisadora

pode passar informações sobre o câncer de próstata, a não realização do exame do PSA no ano anterior, a facilidade para realizar o exame, sem necessidade da guia autorizada pelo plano e da requisição médica, a análise do resultado do exame pelo profissional médico do plano, o repasse do diagnóstico via telefone pela responsável do programa de prevenção e o agendamento de um médico especialista (urologista) caso o exame viesse alterado, alterado neste caso significa o valor acima de 4,0 ng/ml.

Após o contato telefônico e o repasse de todas as informações citadas anteriormente, aos 235 sujeitos, 142 (60,40%) beneficiários aderiram ao programa de prevenção contra o câncer de próstata, isto é, realizaram o exame de sangue para análise do Antígeno Específico Prostático (PSA) e 93 (39,58%) beneficiários não aderiram ao programa de prevenção contra o câncer de próstata, isto é, não realizaram o exame de sangue (PSA). O gráfico abaixo demonstra os resultados obtidos após a mediação telefônica, ou seja, a taxa de adesão dos beneficiários homens ao programa de prevenção contra o câncer de próstata em um plano de saúde privado de Criciúma - SC (GRÁFICO I).

GRÁFICO I: Taxa de adesão dos beneficiários após contato telefônico



Segundo a ANS (2011) o programa de prevenção para o câncer de próstata é considerado efetivo se alcançar um percentual maior ou igual a 60%, nesta pesquisa o programa de prevenção contra o câncer de próstata ultrapassou a meta da ANS, 60,40% (GRÁFICO I) esse dado pode ter sido auxiliado pelos meios obtidos nas pesquisas de Viacava; Souza-Júnior; Moreira (2009) e Gomes (2010), e isto demonstra que a pesquisa foi efetiva.

Após o levantamento dos dados quantitativos, 24 (10%) beneficiários homens que realizaram o exame para análise do antígeno prostático (PSA) foram selecionados aleatoriamente para participar da análise qualitativa desta pesquisa. O instrumento usado para esta análise foi uma entrevista presencial, elaborada pela pesquisadora com questões estruturadas e abertas baseadas nas pesquisas de Teixeira (2004), Moraes (2008), Araújo e Silva (2012) e Martins et al (2009), e o tempo médio para cada entrevista foi de 4 minutos.

Foram formuladas seis (6) questões que abordavam a clareza na comunicação: constrangimentos e dúvidas, a escolha por uma estratégia de comunicação mais acessível, o uso da *internet* e o meio de comunicação mais utilizado pelos entrevistados (QUADRO I), percebeu-se que todas as perguntas foram entendidas e respondidas sem questionamentos, embora as perguntas envolvessem o tema constrangimentos, os beneficiários não se sentiram constrangidos, entretanto no início da entrevista estavam um pouco nervosos, mas responderam todas as questões sem dificuldades aparentes.

Com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido os beneficiários foram entrevistados pessoalmente pela pesquisadora. A abordagem ocorreu tranquilamente. Os beneficiários foram receptivos e disponíveis no auxílio a pesquisa. Alguns entrevistados elogiaram a iniciativa, a preocupação com a população masculina e solicitaram mais atenção às doenças relacionadas a eles.

As entrevistas ocorreram na entrega dos resultados dos exames de sangue (PSA) e foram realizadas na sede no plano de saúde privado em questão. O quadro abaixo demonstra o percentual obtido na análise das entrevistas pessoais aos 24 beneficiários selecionados, ele auxilia na tabulação das perguntas elaboradas pela pesquisadora durante a entrevista e facilita a discussão das respostas junto à literatura científica pertinente ao assunto selecionado (QUADRO I).

No início, apesar da receptividade para participar das entrevistas, os beneficiários estavam receosos com as perguntas. Isto foi percebido pelo tipo de resposta monossilábica encontrada na maioria dos

entrevistados, “sim” ou “não”. Entretanto, após a primeira questão, grande parte destes se sentiu mais à vontade e respondeu as questões com bastante dinamismo, em contrapartida, a minoria manteve-se objetiva.

QUADRO I: Análise da Entrevistas Presenciais

Perguntas	SIM TV e Rádio	TANTO FAZ Telefone	NÃO Internet
1. Na sua ligação os questionamentos foram claros? O senhor entendeu tudo que foi passado sobre o câncer de próstata e os exames para diagnóstico?	24 (100%)		
2. O senhor ficou com alguma dúvida, em relação a realizar o exame de sangue?			24 (100%)
3. O senhor se sentiu constrangido com a ligação?			24 (100%)
4. O senhor considera o telefone como uma estratégia de comunicação mais acessível? Ou preferia receber um folder explicativo em sua casa?	18 (75%)	5 (20,83%)	1 (4,17%)
5. O senhor usa <i>internet, e-mail ou facebook</i> ?	7 (29,2%)	1 (4,2%)	16 (66,6%)
6. Qual o meio de comunicação que você mais utiliza?	2 (8,33%)	20 (83,34%)	2 (8,33%)

Fonte: Dados da Pesquisadora (2014).

A primeira questão abordada relacionou-se à clareza da comunicação, se todas as informações passadas pela interlocutora aos beneficiários foram claras e compreendidas na sua totalidade, quanto ao câncer de próstata e a realização de seus exames de rastreamento.

Segundo Teixeira (2004) comunicar-se é informar e influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promover a sua saúde, esta comunicação têm influência significativa na avaliação que os beneficiários fazem da qualidade dos cuidados em saúde, suas adaptações psicológicas à doença, seus comportamentos de adesão medicamentosa e de exames de rastreio. A avaliação da qualidade dos cuidados em saúde dependerá da competência comunicacional do interlocutor com seus beneficiários, de fato nesta interação e/ou inter-relação é possível entender as singularidades e diversidades de cada um, dentro de seu espaço (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Neste tópico, todos os entrevistados responderam “sim” para a clareza da comunicação: “Sim, entendi perfeitamente, foi bem legal. Porque não precisa ir ao médico consultar, pediu para ir lá e beleza, encurto o caminho” (E 5).

A informação em saúde necessita ser clara, compreensível e consistente ao longo do tempo, baseada na evidência e personificação, ou seja, personalizada de acordo com as necessidades de informação dos receptores naquele momento, adaptada ao nível cultural e cognitivo do indivíduo (TEIXEIRA, 2004). As informações objetivas tornam-se subjetivas para cada sujeito, a absorção da informação pela estrutura do conhecimento pode gerar não uma simples soma, mas algum ajuste na estrutura, uma condição de mudança nas relações entre os conceitos já existentes e recebidos (MORAES, 2008).

A comunicação envolve a percepção, a compreensão e a transmissão das mensagens entre os profissionais dos serviços de saúde e seus usuários, é um processo que envolve a dimensão verbal, através de palavras escritas ou faladas, e a dimensão não verbal, por meio de gestos, pelo jeito de abordar e o tom de voz com que as palavras são pronunciadas (ARAÚJO; SILVA, 2012). Assim, a comunicação enquanto estratégia de interação, pelo diálogo e escuta do outro, ofereceu uma gama maior de conhecimento aos beneficiários, facilitou a adesão destes aos programas de prevenção e proporcionou clareza no repasse das informações, porque entendeu o seu usuário enquanto um ser social e histórico.

Na segunda pergunta os entrevistados ainda são questionados sobre a clareza da comunicação, em relação ao entendimento no processo de realização do exame. Todos os participantes responderam que “não”, que não apresentaram dúvidas para realizar o exame. Teixeira (2004) cita que a maior dificuldade no repasse da informação, é a escassez de dados, informação insuficiente, imprecisa ou duvidosa sobre os comportamentos de saúde que podem levar os sujeitos a não se

adequarem nos comportamentos desejados ou provocar atitudes equivocadas.

O entendimento por parte de todos os entrevistados pode ser avaliado pelas respostas: “Não, o plano se interessou pelo homem em alguma coisa, isso é muito bom” (E 2); “Não, eu achei bem bom, porque as vezes a gente relaxa e demora para fazer. Ai vocês já deixam tudo certo e a gente vai” (E 11).

Martins et al (2009) cita que é necessário perceber que o diálogo é rico em vantagens, e contribui para tornar o indivíduo ciente de suas necessidades, pois favorece a reflexão sobre o processo de saúde/doença. Moraes (2008) corrobora com Martins et al (2009) e afirma que a informação altera a estrutura cognitiva dos sujeitos e gera inúmeras ações, uma delas a mudança de comportamento. Tal mudança foi verificada pela adesão por parte dos 60,47% de beneficiários que após a intervenção telefônica tiveram uma pequena mudança comportamental, mas de grande valia para o rastreamento diagnóstico do câncer de próstata, realizaram o exame de PSA.

Teixeira (2004) aborda um problema comum na comunicação em saúde, pois há indivíduos que necessitam de mais informação que outros, pela personalização de cada sujeito, pois cada ser apresenta um contexto sócio-histórico diferente, suas subjetividades e particularidades. Isto justifica a ação do interlocutor ser diferenciada para cada ouvinte. Ele deve ouvir mais as necessidades e expectativas dos seus beneficiários a fim de usar uma abordagem adequada com mais ou menos objetividade.

Esta dificuldade pode ser observada na resposta de um entrevistado “...eu queria um médico que me explicasse as coisas direito que falasse comigo assim como foi falado comigo pelo telefone, o último que eu fui me mandava tirar a roupa e não falava nada, só fazia o toque retal” (E 1). Os pacientes gostariam de ter mais tempo para falar, para fazer perguntas, ter maiores informações sobre os exames, o que é preciso realizar e os seus possíveis resultados, necessitam de mais informação sobre o diagnóstico da doença, seu tratamento, reabilitação, assim como uma maior sensibilidade para os seus medos e aflições devido aos seus constrangimentos (TEIXEIRA, 2004).

Diante disso, os constrangimentos são abordados na terceira pergunta, devido à masculinidade hegemônica, muitos homens podem se sentir constrangidos sendo abordados por um interlocutor, especialmente se este for do sexo feminino, como foi nesta pesquisa. Todavia, nesta pesquisa a interlocutora analisou que todos os entrevistados não se

sentiram constrangidos com a ligação. Este fato foi observado pela resposta negativa por todos os entrevistados para esta pergunta.

Segundo Teixeira (2004) a referência para as interações é dominada pelo modelo biomédico que valoriza demasiadamente as técnicas diagnósticas e de tratamento e desvaloriza o sofrimento, constrangimentos, que provoca a desumanização por parte de alguns profissionais. Além da falta de humanização, o diálogo ocorre muitas vezes do tipo perito e leigo, com excessivos termos técnicos, por isso a comunicação deve ser persuasiva, pautada em um modelo de cooperação que tenha em mente as atitudes, crenças e expectativas dos sujeitos (TEIXEIRA, 2004).

Os entrevistados ressaltaram: “Não, normal estamos vivendo uma era que já foi” (E 5) “Não, sem problema nenhum, a parte da saúde tem que ser jogo aberto” (E 12). Para Moraes (2008) o papel de compreensão do indivíduo em sua totalidade, como um ser histórico e social minimiza esses entraves informacionais. Pois todos os indivíduos precisam de mais do que cuidados físicos, necessitam de atenção ao seu bem-estar psicológico, aflições específicas e ansiedades relacionadas com saúde e doenças, exames de rastreio e tratamentos (TEIXEIRA, 2004).

Outras respostas corroboram para justificar a ausência de constrangimentos nesta amostra: “De maneira alguma. Eu acho uma coisa certa, a gente vai relaxando e não faz, e quando a gente sente o problema acaba sendo tarde” (E 3); “Não, fiquei muito grato por ter me lembrado disso, inclusive elogiei o plano para varias pessoas” (E 10); “Não, ao contrário até fiquei impressionado de fazer essa prevenção, nunca tinham me ligado, gostei bastante” (E 21).

Moraes (2008) afirma que o valor atribuído à informação pelo indivíduo fortalece a sua transferência, tal valor relaciona-se à preferência de uma informação em detrimento de outra e a aptidão do indivíduo para compreendê-la. Também é importante analisar que a informação, que agrega o saber, é medida como um instrumento de poder, mas é importante verificar que a informação é que forma o saber, logo, se informação é poder, transferi-la é dar poder a alguém (MORAES, 2008).

Assim o poder da informação por meio de uma comunicação efetiva contribui para o nível individual, pois ajuda o sujeito a tomar consciência das ameaças para a saúde e pode influenciar na motivação para a mudança que visa reduzir os riscos das doenças, e para o nível da comunidade a fim de promover mudanças positivas nos ambientes socioeconômicos e físicos (TEIXEIRA, 2004). Essas mudanças podem

ocorrer através de competências básicas, cita o autor, tais como: escuta ativa, perguntas abertas, técnicas facilitadoras e treino assertivo, por isso os profissionais da saúde com ênfase na comunicação devem tornar-se cada vez mais, melhores comunicadores e utilizadores das mídias do conhecimento para garantir eficácia no repasse e na clareza das informações.

A escuta ativa e as perguntas abertas foram utilizadas pela interlocutora durante a mediação telefônica e percebeu-se que as possíveis barreiras masculinas foram tranquilamente perpassadas e os beneficiários trataram com naturalidade o tema. As respostas negativas obtidas na pergunta 3 mostram que o processo comunicacional realizado não promoveu constrangimentos, ao contrário, promoveu interesse pois a maioria realizou os exames de sangue, e disseminou o conhecimento a outros usuários, pois alguns mesmo não estando no relatório computacional, entravam em contato com o plano porque queriam realizar o exame difundido pelos colegas abordados no relatório.

Deste modo, os profissionais em saúde devem usufruir de meios de comunicação facilitadores que consigam almejar toda a população desejada, disseminando conhecimentos que se transformem em mudanças comportamentais nas questões que envolvem a saúde, e é neste âmbito que os entrevistados foram abordados na quarta pergunta, sobre a estratégia de comunicação que considerassem mais acessíveis, como o telefone ou uma cartilha (*folder*) explicativa. Dos participantes, 18 pessoas consideraram o uso do telefone como meio de comunicação mais acessível, cinco pessoas consideraram os dois meios acessíveis e 1 pessoa preferiu o *folder* explicativo.

Os 18 entrevistados que preferiram o telefone citaram sua importância pela facilidade e objetividade no repasse das informações. “O telefone, é mais fácil de me encontrar, e quando vocês mandam boletos ou papéis demora por causa do correio, eu até leio, mas fica mais fácil entender, fico sem dúvidas pelo telefone” (E 1); “Telefone, é objetivo e esclarecedor. Tanto é que no outro dia eu fiz o exame”(E 4); “O telefone é tranquilo, o laboratório que faz isso ai, nada de medo” (E 18); Acho que o telefone é mais prático, porque tu entra direto em contato com a pessoa e no *folder* não, tu lê e se não entendeu alguma coisa não tem como tira as dúvidas” (E 19); “O telefone é beleza, comunicação é na hora” (E 23).

Segri (2011) cita que o telefone em comparação a outros meios de comunicação apresenta maior rapidez, menor custo e maior possibilidade de coleta das informações pelo contato direto com o ouvinte, além de ser considerado uma estratégia importante para

direcionar o planejamento das políticas para programas de prevenção e promoção de saúde no Brasil. Cárdenas-Corredor (2010) aborda ainda que o uso do telefone possibilita menor receio e ansiedade por parte do beneficiário, pois ele não está frente a frente, e assim facilita o contato sem constrangimentos por parte do ouvinte e até mesmo do interlocutor.

Vasconcelos (2013) ainda afirma que a utilização do telefone como estratégia de comunicação para compartilhar e disseminar o conhecimento aos beneficiários de planos de saúde apresenta muitas vantagens, como a velocidade ao acesso as informações, a possibilidade de aumentar o contato de aproximação com seus usuários gerando um atendimento mais amigável e pode facilitar na manutenção destes usuários dos serviços de saúde pelo tratamento diferenciado de seu plano de saúde.

Os cinco participantes que consideraram indiferença quanto ao acesso do telefone ou *folder*, justificaram suas respostas, “Indiferente, mas o telefone é uma boa, é usado direto ultimamente” (E 2); “É por um lado é bem mais fácil o telefone, mas se recebesse um *folder* também, o telefone pode ser uma pegadinha, pode ser trote, e aí o *folder* pode parecer mais certo” (E 1); “Pra mim pode ser o telefone mesmo, o *folder* também é bom porque já fala tudo certo para gente, porque a ligação as vezes cai, falha ou a gente não escuta direito” (E 14).

Quanto ao participante que preferiu o *folder*, o entrevistado 20 justificou o apoio da esposa para realização e a compreensão do exame “O *folder* seria melhor, ia ser melhor pra ficar mais atento, aí a esposa poderia participar junto, apesar de ser pra saúde do homem a esposa poderia compartilhar também”. Grippo; Facolli (2008) abordam que as cartilhas ou *folders* (folhetos) em saúde são instrumentos facilitadores na educação em saúde, devido à facilidade no seu repasse e no acesso ao instrumento quando o indivíduo apresenta alguma dúvida.

Santos; Rosenberg (2005); Freitas, Rezende-Filho (2011) corroboram e afirmam que os meios impressos são raramente abordados pelo segmento do público que será aplicado, pois o produtor destes meios discute simultaneamente outros temas, com enfoque em sua própria perspectiva, informam o processo de saúde-doença e como promover a sua saúde, entretanto apresentam conhecimentos de forma unilinear, vertical e definido pela impessoalidade, restritos a discursos de modelos sanitários e biomédicos, são considerados meros consumidores de termos científicos, onde a linguagem tratada é um instrumento de “tradução” entre o científico e o popular. Entretanto, os impressos permitem facilidade no manuseio dos indivíduos e garantem mais compactação das informações pelo fácil acesso e menor

investimento financeiro para sua produção (SANTOS; ROSEMBERG, 2005).

A predominância deste modelo linear parece limitar a ação de disseminação de conhecimento com o uso desses impressos, cita Freitas, Rezende-Filho (2011), todavia tal modelo pode ser ampliado e valorizado como um instrumento adequado para a educação em saúde se o texto explicativo for executado por profissionais qualificados na área da saúde e que apresentem conhecimento na área comunicacional para facilitar a leitura aos sujeitos e oferecer melhor entendimento (GRIPPO; FACOLLI, 2008), pois se isto não ocorrer os impressos tornam-se meios utilizados apenas como um fim, e não um meio de atingir os indivíduos a promover mudanças em seus hábitos de vida, e geram sobretudo a distância entre os interlocutores e receptores no processo comunicativo mediado (SANTOS; ROSEMBERG, 2005), o que não acontece com o uso de outro meio tradicional como o telefone.

Portanto, não é o meio o responsável pela disseminação do conhecimento e sim o *design* do processo, tanto o telefone como as cartilhas ou *folders* explicativos devem exigir profissionais com competências na área da saúde e da comunicação para alcançar o público desejado.

Quanto ao uso da *internet, facebook ou e-mail* abordado na quinta pergunta, 16 pessoas não faziam uso *da internet, facebook ou e-mail*, sete pessoas faziam uso, e um entrevistado disse que usava pouco a *internet*.

Os 16 entrevistados que não faziam o uso da *internet* justificaram o fato por apresentarem dificuldade no manuseio dessas tecnologias, “Eu não sei mexer nessa *internet*, meu filho que tem e meche, mas não tenho nada dessas coisas” (E 1); “Não, sou meio lerdo nisso aí, meus filhos que procura as coisas, a minha geração de mais velhos nem sabe mexer nisso, eu sou igual a galinha procurando milho” (E 9); “Não uso nada disso, meus filhos tem, mas eu para ser sincero nem sei meche” (E 14).

Os sete participantes que faziam uso, apresentaram justificativas quanto a modernidade atual. “Uso, até porque se não usar fica fora do mercado, tanto faz, normal” (E 5). Quanto ao entrevistado que utiliza esses meios de vez em quando ele afirmou “Uso de vez em quando a do meu guri” (E 17).

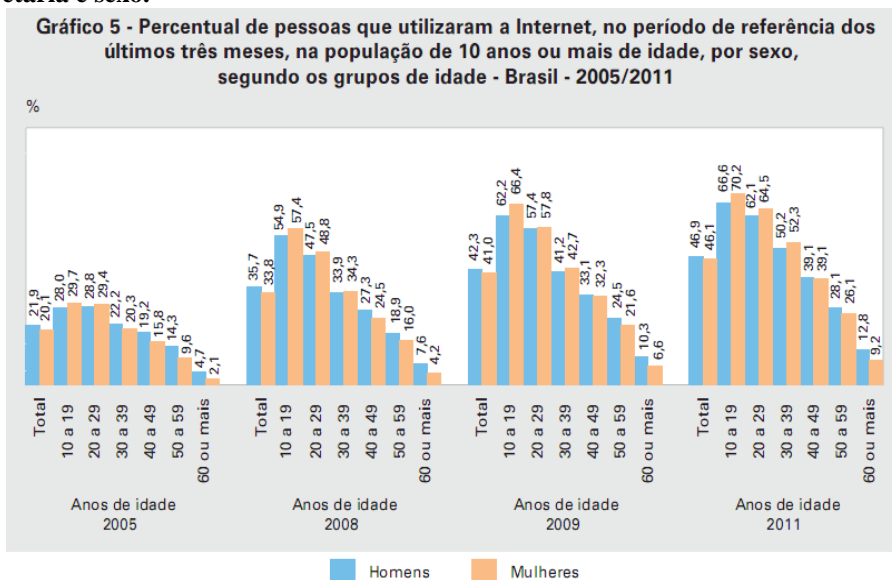
Em relação aos meios de comunicação mais utilizados pelos entrevistados na sexta pergunta, 20 pessoas responderam que o meio mais utilizado por eles é o telefone, “Celular, fica 24 horas comigo” (E 15), 2 pessoas responderam que utilizam mais a *internet* “Uso *e-mail*,

facebook” (E 5), 2 pessoas responderam utilizar mais a televisão e o rádio, “Eu vejo mais televisão e depois o rádio para ouvir o Padre Marcelo” (E 2).

Tais dados podem ser justificados pelo uso da *internet* na faixa etária pesquisada, 50 a 60 anos, observada pela pesquisa realizada pelo IBGE (2011) que mostra o percentual do uso da *internet* desde 2005 a 2011, por faixa etária e sexo. O percentual encontrado de utilização da *internet* pelos homens no ano de 2005 e 2011 aumentou de 14,3% para 28,1%, respectivamente.

É notado que o uso da *internet* é maior na faixa etária de 10 a 29 anos com uma porcentagem de 66,6% (10-19 anos) e 62,1%, (20-29 anos) no ano de 2011 (GRÁFICO II).

GRÁFICO II: Percentual de pessoas que utilizaram a Internet por faixa etária e sexo.

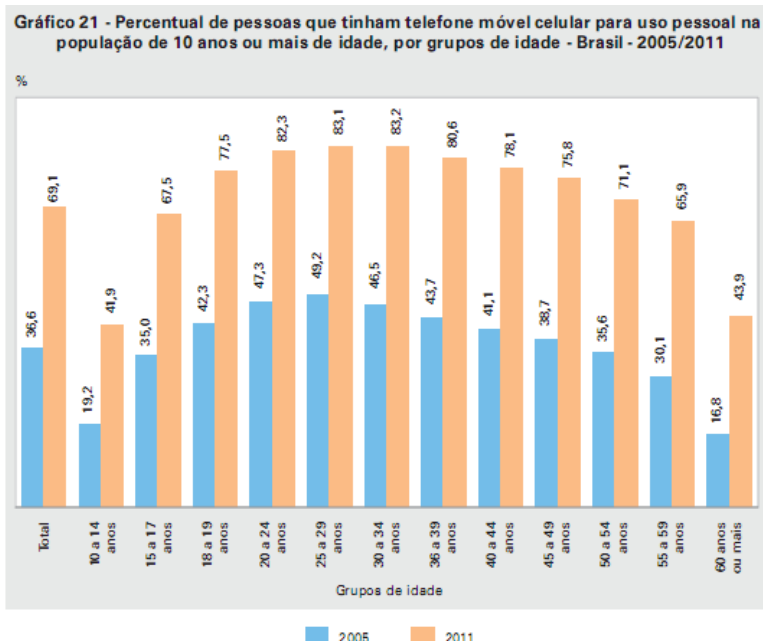


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2005/2011).

Quanto ao uso do telefone móvel celular para uso pessoal nesta mesma pesquisa, realizada pelo IBGE (2011) não houve classificação por sexo apenas por faixa etária, entretanto o uso do telefone móvel celular na faixa etária pesquisada, 50 a 60 anos, no ano de 2011, apresentou um percentual de 71,1% (50-54 anos) e 65,9% (55-59 anos)

(GRÁFICO III). O uso do telefone é significativamente maior do que a utilização da internet na faixa etária desta pesquisa.

GRÁFICO III: Percentual de pessoas que tinha telefone móvel por faixa etária.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2005/2011).

Esses dados podem auxiliar na justificativa dos entrevistados em não usufruírem das novas tecnologias, e demonstram que apesar do telefone ser uma mídia tradicional, ele apresenta grande demanda de utilização da faixa etária pesquisada, além desde dado pode se considerar nesta pesquisa, sua localização, ou seja, a cidade do estudo não é considerada um grande centro urbano ou uma capital. O local da pesquisa e a faixa etária são fatores que podem justificar o uso do telefone como principal mídia de comunicação nesta pesquisa.

5 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo analisar a eficácia da estratégia de comunicação utilizada em um programa de prevenção contra o câncer de próstata num plano de saúde no município de Criciúma, no Sul catarinense, partir dos conhecimentos sobre a população masculina e as estratégias de comunicação na área da saúde.

Entre as ferramentas utilizadas nesta pesquisa utilizou-se o telefone, como mídia tradicional, para verificar a adesão da população masculina ao programa de prevenção contra o câncer de próstata e uma entrevista presencial com questões estruturadas e abertas para analisar a clareza da comunicação realizada pela interlocutora aos beneficiários do plano de saúde, e as estratégias e meios de comunicação mais acessíveis e utilizados pelos entrevistados.

Com o uso do telefone, o intuito da pesquisadora era verificar se a estratégia de comunicação utilizada em um programa de prevenção contra o câncer de próstata num plano de saúde em Criciúma foi eficaz. Verificou-se que o percentual encontrado após o levantamento de dados via contato telefônico foi de 60,40% de homens que aderiram ao programa de prevenção contra o câncer de próstata, ou seja, 142 homens realizaram o exame de sangue para Análise do Antígeno Prostático (PSA) após a ligação da pesquisadora. Grippo; Fracolli (2008) citam que o grande desafio dos profissionais da área da saúde é encontrar instrumentos que facilitem a aproximação com o cliente de acordo com sua faixa etária e seus contextos sociais, sendo necessário encontrar tecnologias complexas que usufruam de habilidades, técnicas, mas que envolvam principalmente o conhecimento.

O resultado obtido foi ao encontro do percentual exigido pela ANS, e demonstrou que a estratégia de comunicação utilizada nesta pesquisa foi eficaz, o instrumento utilizado neste estudo usufruiu de uma tecnologia tradicional, porém favoreceu a aproximação com o beneficiário de acordo com a faixa etária estabelecida, 50-60 anos.

Quanto aos objetivos específicos, ou seja, os meios realizados para atingir o problema central desta pesquisa, todos foram abordados. Foi problematizada a dificuldade da população masculina para realizar os exames periódicos contra o câncer de próstata, primeiro objetivo específico. Através da revisão de literatura foi demonstrada uma negligência por parte desta população devido à hegemonia masculina presente deste a infância até a vida adulta e pelos homens se considerarem invulneráveis as doenças. Contextualizou-se por meio de bibliografias, atuais e relevantes, o conceito do câncer de próstata e os

programas de prevenção relacionados a esta patologia na realidade brasileira, segundo objetivo específico, a partir dos índices de morbimortalidade, os exames de rastreio e os tratamentos preventivos, medicamentosos ou cirúrgicos.

As estratégias de comunicação utilizadas no plano de saúde em questão também foram descritas, através da revisão de literatura, terceiro objetivo específico. Abordou-se as estratégias de comunicação mais utilizadas na área da saúde, assim como a importância do profissional em saúde ter conhecimento na área da comunicação para que o repasse das informações seja claro e sem constrangimentos.

Examinou-se também a contribuição da estratégia de comunicação utilizada na adesão dos beneficiários ao programa de prevenção contra o câncer de próstata, o uso do telefone como mídia para disseminação deste conhecimento, ou seja, a realização do exame de rastreio (PSA) após a intervenção telefônica, para responder o quarto objetivo específico.

E, por fim, o quinto objetivo específico avaliou a intercomunicação entre o plano de saúde e os beneficiários por meio de uma entrevista presencial, esta entrevista apresentou seis perguntas com o tema: clareza na comunicação e estratégias de comunicação. Segundo Freire (2001), a comunicação é um processo de produção construída histórica, social e culturalmente, assim o dinamismo entre os interlocutores no processo comunicativo devem apresentar capacidade crítica e resolutiva de problemas pra contribuir na transformação da realidade em que vivem. Freitas; Rezende-Filho (2011) contribuem e ressaltam que a comunicação deve ocorrer de maneira dialógica, recíproca, horizontal e especialmente humana.

Quanto à comunicação utilizada neste estudo todos os beneficiários responderam que não apresentaram dúvidas quanto ao repasse das informações sobre o câncer de próstata e seus exames de rastreio, não tiveram imprecisões para realizar o exame de sangue (PSA) e não se sentiram constrangidos com a ligação, neste sentido a comunicação realizada pela pesquisadora aos beneficiários do plano de saúde foi ao encontro das orientações propostas por Freire (2001) e Freitas; Rezende-Filho (2011).

Em relação às estratégias mais acessíveis, 18 beneficiários consideraram o uso do telefone uma estratégia mais acessível comparado ao uso de cartilhas ou *folders* explicativos, cinco foram indiferentes quanto as estratégias e um preferiu o *folder*. Na abordagem do uso de *internet, facebook, ou e-mail*, 16 beneficiários não faziam uso, 1 pessoa usava de vez em quando, e 7 faziam uso da *internet*. Quanto ao

meio de comunicação mais utilizado, 20 beneficiários responderam o telefone como principal meio, duas pessoas responderam a internet, e duas a televisão e o rádio. Nestas questões, observa-se que a estratégia de comunicação usada neste estudo contemplou as respostas encontradas, pois o telefone apesar de ser uma tecnologia tradicional, é o mais utilizado e aceito na faixa etária do estudo.

A educação em saúde representa um recurso de compartilhamento do conhecimento cientificamente produzido no campo científico por meio de profissionais interdisciplinares com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e promover mudanças em seus hábitos alimentares ou comportamentais (GRIPPO; FRACOLLI, 2008). A atenção à saúde primária em um plano de saúde privado apresenta privilégio no desenvolvimento das trocas de conhecimento entre os profissionais e seus beneficiários devido à facilidade de contato sejam pessoais ou através do meio telefônico.

O poder da transferência de informação e da disseminação de conhecimento requer dos programas de prevenção, grande reconhecimento de que a saúde e seus significados não podem ser separados e que, tanto a prevenção quanto a promoção a saúde, devem problematizar e entender criticamente e claramente a relação com os valores e as tomadas de decisões dos sujeitos dentro de seus contextos socioculturais distintos (ROZEMBER; SILVA; SILVA, 2002).

Esta pesquisa demonstrou que apesar de todo contexto histórico, social e cultural vivenciado pelos homens, quando abordados e informados sobre a patologia e a necessidade de diagnóstico, eles realizam os exames com mais facilidade do que as mulheres. Tal fato é observado pela experiência da pesquisadora nos programas de prevenção realizados por ela, para saúde feminina e masculina. Destaca-se que durante este estudo, muitos beneficiários homens que não faziam parte da faixa etária e/ou que não constavam no relatório, entraram em contato com a operadora para realizar o exame preventivo contra o câncer de próstata, a partir da comunicação de um amigo ou familiar que realizou o exame pelo programa. Isto demonstra que a disseminação do conhecimento ocorreu além da amostra pesquisada.

No ano de 2014, a campanha “novembro azul” teve grande ênfase comparada ao ano anterior. Neste ano, a pesquisadora realizou palestras em empresas credenciadas pelo plano de saúde que atua, com o tema “Homem que é Homem se cuida”. Neste contexto, ela pode observar grande interesse por parte dessa população sobre o câncer de próstata, patologia específica da campanha, e a sexualidade masculina. Muitas dúvidas puderam ser respondidas, como a relação da próstata com o ato

sexual, por exemplo. Também surgiram críticas construtivas para fortalecer as estratégias de comunicação nas campanhas de prevenção. Este tema também foi abordado em jornadas científicas e alguns estudos foram publicados em periódicos científicos.

Assim, como estratégias de comunicação para campanhas preventivas para saúde masculina, além do telefone, método efetivo e um grande aliado neste estudo, outras estratégias podem ser usadas para disseminar e compartilhar o conhecimento à população em geral. Mais especificamente, como exemplo, em um plano de saúde privado, como a realização de parcerias com as empresas credenciadas para distribuição de *folders* ou cartilhas explicativas, criados por profissionais urologistas capacitados, palestras com profissionais da área e brindes de incentivo para realização dos exames de rastreio.

Diante de todo exposto, considera-se que houve eficácia na estratégia de comunicação utilizada, pois o telefone, instrumento principal desta pesquisa, promoveu habilidades e gerou potenciais aos indivíduos, tal fato foi percebido pela realização dos exames de rastreio. Neste estudo, pode-se considerar que o uso do telefone foi considerado um instrumento facilitador no processo de aprendizado com o enfoque em saúde.

REFERÊNCIAS

ABELHA, M. C.; GONÇALVES, A. A.; PITASSI, C. Estratégia de Operações de Serviços de Saúde: Estudo de Caso das Operadoras de Planos de Saúde Suplementar. **XVI Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais (SIMPOI)**. Unidade Berrini da FGV. São Paulo-SP: 28, 29 e 30 de Agosto de 2013.

ALVARENGA, Willyane Andrade; SILVA, Simone Santos e; SILVA, Maria Enoia Dantas da Costa; BARBOSA, Liana Dantas da Costa e Silva; ROCHA, Silvana Santiago da. Política de saúde do homem: perspectivas de enfermeiras para sua implementação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, nov-dez; 65(6): 929-35, 2012.

ANDRÉ, M. E. D. A. **Estudo de Caso em Pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

ARAÚJO, Monica Martins trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Rev Esc Enferm USP** 46(3):626-32, 2012. www.ee.usp.br/reeusp/

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev. **Câncer da próstata: consenso** - Rio de Janeiro: INCA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Consulta Pública, nº 09, de setembro de 2008. **Consulta sobre a Construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b.

Brasil. Ministério Da Saúde (MS). Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento De Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Documento apresentado à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) com as contribuições do Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde. Brasília: MS; 2009.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência saúde coletiva** 10(1): 97-104, 2005, Março.

CAFÉ, Eduardo. **CÂNCER DE PROSTATA, EXAME DA PRÓSTATA E DOSAGEM DO “PSA”, HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA E TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)**. [texto na Internet] 2014 [acessado 2014 maio 01], Médico Urologista - CRM BA-11407.

CÁRDENAS-CORREDOR, Diana Carolina; MELENGE-DIAZ, Brigitte; PINILLA, Johanna; CARRILLO-GONZÁLEZ, Gloria Mabel; CHAPARRO-DIAS, Lorena. Soporte social con el uso de las TIC para cuidadores de personas con enfermedad crónica: un estado del arte. AÑO 10 - VOL. 10 N° 3 - **AQUICHAN**, CHÍA, COLOMBIA - DICIEMBRE - 204-213, 2010 1.

Criciúma (SC). Prefeitura. 2014. Disponível em: <http://www.criciuma.sc.gov.br>. Acesso em: dez. 2014.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: Os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**, 19(3), 659-678, 2009.

CECATTI, Jose Guilherme; CAMARGO; Rodrigo P. S.; PACAGNELLA, Rodolfo Carvalho; GIAVAROTTI, Thaís; SOUZA, João Paulo; PARPINELLI, Mary Angela; OSIS, Maria José Duarte. Computer-assisted telephone interviewing (CATI): using the telephone for obtaining information on reproductive health. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(9):1801-1808, set, 2011.

COSTA, Arlindo. **Metodologia Científica/ Prof. Arlindo Costa**. Mafra-SC, edição 2006.

DA SILVA, Patrick Leonardo Nogueira; MACIEL, Mauro Moreira; CARFESAN, Carolina Saiberth; SANTOS, Silas; DE SOUZA, Jacqueline Ribeiro. Política de atención a la Salud del hombre en Brasil y los retos de su implantación: una revisión integrativa. **Enfermería Global** N°32 Octubre 2013.

Diretrizes de Câncer de Próstata/ Marco F. Dall'Oglio (Coord.); Alexandre Crippa, Eliney Ferreira Faria, Gustavo Franco Cavalhal, et al. - Rio de Janeiro : SBU - Sociedade Brasileira de Urologia, 2011.

EVANS, J.; FRANK, B., OLIFFE, J. L.; GREGORY, D. Health, illness, men and masculinities (HIMM): A theoretical framework for understanding men and their health. **Journal of Men's Health**, 8(1), 7-15, 2011.

FBH – Federação Brasileira de Hospitais. **O que é Saúde Suplementar?** Disponível em <<http://fbh.com.br/homeinstitucional/o-que-e-saude-suplementar/>>. Acesso em Outubro de 2013;

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1): 105-109, 2005.

FIGUEIREDO, Wagner dos Santos Figueiredo; SCHRAIBER, Lilia Blima. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):935-944, 2011.

FILHO, E. P. S.; NETO, M. L. R.; TEIXEIRA, S. A. Masculine subjectivity as a challenge for men's health. **Health. MED**, 6(7), 2435-2437, 2012.

FREIRE P. 2001. **Extensão ou comunicação?** Ed . Paz e Terra , Rio de Janeiro.

FREITAS, Fernanda Valéria de; REZENDE FILHO, Luiz Augusto. Communication models and use of printed materials in healthcare education: a bibliographic survey. **Interface - Comunic.,Saude, Educ.**, v.15, n.36, p.243-55, jan./mar. 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa/Antonio Carlos Gil**. 4º Ed. São Paulo: Atlas 2005.

Giles, D.C. (2010). **Psychology of the media**. Basingstoke: Palgrave.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência saúde coletiva**, 8(3): p. 825-829, 2003.

GOMES, Romeu; LEAL, Andréa Fachel; KNAUTH, Daniela; SILVA, Geórgia Sibebe Nogueira da. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(10):2589-2596, 2012.

GOMES, Romeu; REBELLO, Lúcia Emilia Figueiredo de Sousa Rebello; ARAÚJO, Fábio Carvalho de; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(1):235-246, 2008.

GÓMEZ, Elsa Gómez. Equidad, género y salud: retos para la acción. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 11(5/6), 2002.

GOUGH, B. The psychology of men's health: Maximizing masculine capital. **Health Psychology**, 32(1), p. 1-4, 2013.

GRIFFITH, D. M. An intersectional approach to men's health. **Journal of Men's Health**, 9(2), p. 106-112, 2012.

GRIPPO, Monica Lilia Vigna Silva; FRACOLLI, Lislaíne Aparecida. Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2008, 43(3), 430-6.

HARDY, Ellen; JIMÉNEZ, Ana Luisa. MASCULINIDAD Y GÉNERO. **Rev Cubana Salud Pública**, 27(2): 77-88, 2001.

IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS (dados coletados diretamente com o Gerente do Instituto do IBGE/Criciúma-SC por e-mail)
ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativas_2014_TCU.pdf Data de Referência 1 de Julho de 2014.

IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS
<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=420460&idtema=134&search=santacatarina|criciuma|produto-interno-brutos-municipios-2012>

JORENTE, Maria José Vicentini; SANTOS, Plácida Leopoldina Ventura Amorim da Costa. Mídias de informação e comunicação e Ciência da Informação. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v.19, n.1, p.190-206, jan./mar 2014.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3ªed. Editora Atlas S. A São Paulo –SP 1991.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. O sujeito n(d)a saúde coletiva e pós-modernismo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(1):233-242, 2001.

LEAL, Andréa Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; NOGUEIRA-DA-SILVA, Geórgia Sibebe. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(10):2607-2616, 2012.

LEONARDO, Patrick; SILVA, Nogueira da Silva; MACEDO, Ludmila Pereira Macedo; FONSECA, José Ronivon; EVANGELISTA, Christiane Borges Evangelista; FONSECA, Robson Leite Fonseca. Aspectos epidemiológicos associados aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de próstata: uma revisão bibliográfica. **EFDeportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires - Año 17 - Nº 169 - Junio de 2012. <http://www.efdeportes.com/>

LOHAN, M. How might we understand men's health better? integrating explanations from critical studies on men and inequalities in health. **Social Science and Medicine**, 65(3), p. 493-504, 2007.

LOURO, Guacira Lopes. Gênero, sexualidade e educação: das afinidades políticas às tensões teórico-metodológicas. **Educação em Revista**. Belo Horizonte. n. 46. p. 201-218. dez. 2007.

MARTINS, Alberto Mesaque; MALAMUT, Bernardo Salles. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Saúde Soc. São Paulo**, v.22, n.2, p.429-440, 2013.

MARTINS, Cláudia Cristiane Filgueira; SOUZA, Greice Kelly Gurgel de; MEDIEIROS, Suzane Gomes de; NUNES, Tatiana de Paiva; MORAIS, Fátima Raquel Rosado. **A COMUNICAÇÃO COMO**

ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIO PARA A ENFERMAGEM. Portal de Eventos da ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem. 2º Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde. (Re) construção de cenários na atenção básica em saúde. 20,21 e 22 de agosto de 2009, Recife – PE. Disponível em: www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id18r0.pdf Acesso 23 de março de 2014.

MIOTTO, André. **Câncer da próstata** [texto na Internet] 2014 [acessado 2014 maio 01] [cerca de 4 p.] UNIFESP-EPM. Disponível em: <http://www.unifesp.br>.

MONTEIRO, Carlos Augusto; MOURAB, Erly Catarina de; JAIME, Patrícia Constante; LUCCA, Alessandra; FLORIND, Alex Antonio; FIGUEIREDO, Iramaia Campos Ribeiro; BERNAL, Regina; SILVA, Nilza Nunes da. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Revista de Saúde Pública**, 39 (1), 47-57, 2005.

MORAES, Alice Ferry de. Informação estratégica para as ações de intervenção social na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup 2):2041-2048, 2008.

MORIN, Edgar. A comunicação pelo meio (teoria complexa da comunicação). **Revista FAMECOS**, Porto Alegre, nº 20, quadrimestral, dossiê França, abril 2003.

MOURA, Erly Catarina; CLARO, Rafael Moreira; BERNAL, Regina; RIBEIRO, Juliano; MALTA, Deborah Carvalho; NETO, Otaliba Morais Neto. A feasibility study of cell phone and landline phone interviews for monitoring of risk and protection factors for chronic diseases in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(2):277-286, fev, 2011.

NASCIMENTO, Elaine Ferreira do Nascimento; GOMES, Romeu. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(7):1556-1564, jul, 2008.

NÄSLINDH-YLISPANGAR, A.; SIHVONEN, M.; KEKKI, P. Health, utilisation of health services, 'core' information, and reasons for non-

participation: A triangulation study amongst non-respondents. **Journal of Clinical Nursing**, 17(22), p. 2972-2978, 2008.

PRIMO, Alex (2007). **Interação Mediada por computador** – comunicação, cibercultura, cognição. Porto Alegre: Sulina, 240 p.

RIBEIRO, Camila Beatriz Ribeiro; CRUZ, Ana Paula Correia Neves da; MARÍNGOLO, Aline Cristina do Prado. **COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS E ESTRATÉGIAS, RUMO À EFETIVAÇÃO DE DIREITOS SOCIAIS**. III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, BH – Belo Horizonte, 7 à 9 de junho.

ROBINSON, M.; ROBERTSON, S. The application of social marketing to promoting men's health: A brief critique. **International Journal of Men's Health**, 9(1), p. 50-61, 2010.

RODRIGUES, Caroline Carvalho; PEREIRA, Gabriele de Menezes Pereira; FROTA, Wanderly dos Santos Novaes; LOPES, Yasmin Cruz; ALMEIDA, Luíz Fernando Souza. **CÂNCER DE PRÓSTATA: NÍVEL DE CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO MASCULINA COM FAIXA ETÁRIA ACIMA DE 40 ANOS, DA FEIRA LIVRE DO MUNICÍPIO DE BARREIRAS – BA**. III JORNADA Científica e Tecnológica do OESTE BAIANO, Semana Nacional de Ciência e Tecnologia 19 a 22 de outubro de 2010, Barreiras – Bahia.

SABATH, Ruth. Pedagogia cultural, gênero e sexualidade. **ESTUDOS FEMINISTAS**, ANO 9, 2º SEMESTRE 2001.

SANTOS, Adriana Kelly; ROZEMBERG, Brani. Comunicação por impressos na saúde do trabalhador: a perspectiva das instâncias públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (4) 929-928, 2005.

SANTOS-FILHO, Sebastião; MISSAILIDS, Sotiris; FONSECA, Adenilson de Souza da; BERNARDO-FILHO, Mario. Treatment Modalities and Complications: An Evaluation of the Scientific Literature. **Braz. arch. biol. technol.** v.51 n. special: pp.51-56, Dec. 2008.

SCHIAVONI, Jaqueline E. Mídia: o papel das novas tecnologias na sociedade do conhecimento. In Cardoso, Clodoaldo M (Org). **Diversidade e Igualdade na Comunicação** – coletânea de textos do

fórum da Diversidade e Igualdade: cultura, educação e mídia.
Bauru:FAAC/Unesp,SESC,SMC, 2007.

SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W.; GOMES, R.; COUTO, M. T.;
PINHEIRO, T. F.; MACHIN, R.; VALENÇA, O. Necessidades de
saúde e masculinidades: Atenção primária no cuidado aos homens.
Cadernos De Saúde Pública 26(5), p. 961-970, 2010.

SEGRI, Neuber José; CESAR, Chester Luiz Galvão; BARROS;
Marilisa Berti de Azevedo; ALVES; Maria Cecília Goi Porto;
CARANDINA, Luana; GOLDBAUM, Moisés. Inquérito de saúde:
comparação dos entrevistados segundo posse de linha telefônica
residencial. **Rev Saúde Pública**, 2009.

SEGRI, Neuber José; FRANCISCO, Priscila Maria S. Bergamo;
ALVES, Maria Cecília Goi Porto; BARROS, Marilisa Berti de
Azevedo; CESAR, Chester Luiz Galvão; GOLGBAUM, Moises;
MALTA, Deborah Carvalho. Práticas preventivas de detecção de câncer
em mulheres: comparação das estimativas dos inquéritos de saúde (ISA
– Capital) e vigilância de fatores de risco e proteção para doenças
crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL – São Paulo). **Rev Bras
Epidemiol**, 14(1) Supl.: 31-43, 2011.

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 e Sociedade**, 22(2), p. 108-
120, 2013.

SILVA, Sergio Gomes da. A crise da Masculinidade: Uma Crítica à
Identidade de Gênero e à Literatura Masculinista. **PSICOLOGIA
CIÊNCIA E PROFISSÃO**, 26 (1), 118-131, 2006.

SILVA, Sergio Gomes da. Masculinidade na história: a construção
cultural da diferença entre os sexo. **Psicol. cienc.
prof.** vol.20 no.3 Brasília Sept. 2000.

SMITH, J. A.; BRAUNACK-MAYER, A., WITTERT, G.; WARIN, M.
"I've been independent for so damn long!": Independence, masculinity
and aging in a help seeking context. **Journal of Aging Studies**, 21(4), p.
325-335, 2007.

SROUGI M. **Câncer da próstata: uma opinião médica.** [texto na Internet] 2014 [acessado 2014 maio 01] [cerca de 9 p.]. Disponível em: <http://www.unifesp.br>.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utentes. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v.22, n 3, set. 2004. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctespt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087082312004000300021&ing=pt&nrm_iso Acesso 23 de maio de 2014.

THOMPSON, Jonh B (1998). **A mídia e a modernidade:** uma teoria social da mídia. Petrópolis: Vozes, 261 p.

TRIVINÕS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa m educação. 1. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, Hérica Cristina Alves de; FREITAS, Roberto Wagner Júnior Freire de; MARINHO, Niciane Bandeira Pessoa; DAMASCENO, Marta Maria Coelho; ARAÚJO, Thelma Leite de; LIMA, Francisca Elisângela Teixeira. EFICÁCIA DE INTERVENÇÕES QUE UTILIZAM O TELEFONE COMO ESTRATÉGIA PARA O CONTROLE GLICÊMICO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jan-Mar; 22(1): 239-46, 2013.

VIACAVA F, SOUZA-JUNIOR PRB, MOREIRA RS. Estimativas da cobertura de mamografia segundo inquéritos de saúde no Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2009;43 Suppl 2:117-125.

YIN, Robert K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bokman, 2005.

APÊNDICE A – Termo de Autorização

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA E GESTÃO DO CONHECIMENTO

Prezadas (os),

Venho por meio deste solicitar que seja concedida a autorização à acadêmica Tatieli Dagostim Paim do Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento - UFSC, para utilizar o banco de dados do programa de prevenção contra o câncer de próstata e desenvolver uma entrevista junto aos beneficiários do Plano de Saúde São José que participarem deste programa. Estes dados serão o objeto do estudo de sua dissertação intitulada como "O uso do telefone para disseminação do conhecimento em um programa de prevenção contra o câncer de próstata num plano de saúde em Criciúma-SC". Esta monografia esta sob orientação do Professor Silvio Serafim da Luz Filho.

Atenciosamente,
Tatieli Dagostim Paim.

Assinatura da Gerente responsável

Criciúma, ___/___/___.

Fonte: Desenvolvido pelo autor (2014).

APÊNDICE B – Termo de Consentimento

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a) em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável. Caso não aceite, você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título: “O uso do telefone para disseminação do conhecimento em um programa de prevenção contra o câncer de próstata num plano de saúde em Criciúma-SC”.

Acadêmica Responsável: Tatieli Dagostim Paim

Orientador Responsável: Prof.Dr. Silvio Serafim da Luz Filho

Telefone para contato:9909-1083

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento

Você está sendo convidado (a) para participar

O objetivo deste estudo é analisar a eficácia da estratégia de comunicação utilizada em um programa de prevenção contra o câncer de próstata num plano de saúde em Criciúma – SC. Os avanços na área da saúde preventiva e da mídia do conhecimento ocorrem através de estudos como este, por isso sua participação é importante.

Ao responder esta pesquisa você terá a garantia do sigilo dos dados de identificação; da não exposição a riscos ou prejuízos à saúde; e que os possíveis benefícios possibilitarão a atualização dos dados sobre as estratégias de comunicação para a saúde masculina e sua contribuição para ações de saúde coletivas mais efetivas.

Você poderá ter todas as informações que quiser e retirar seu consentimento em qualquer momento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____,
RG/CPF número _____ abaixo assinado, concordo em participar do estudo *“O uso do telefone para disseminação do conhecimento em um programa de prevenção contra o câncer de próstata num plano de saúde em Criciúma-SC”*, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Tatieli Dagostim Paim sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos assim como os riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade na sua pesquisa.

Criciúma __/__/__.

Nome e Assinatura:

Obrigado pela participação.

APÊNDICE C – Questionário aberto e estruturado

1. Na sua ligação os questionamentos foram claros? O senhor entendeu tudo que foi passado sobre o câncer de próstata e os exames para diagnóstico?
2. O senhor ficou com alguma dúvida para realizar o exame de sangue?
3. O senhor se sentiu constrangido com a ligação?
4. O senhor considera o telefone como uma estratégia de comunicação mais acessível? Ou preferia receber um folder, uma cartilha explicativa em sua casa?
5. O senhor usa internet, e-mail ou facebook?
6. Qual o meio de comunicação que você mais utiliza?