



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA-LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ÁDRIA COSTA PEREIRA

**SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA: Análise de usuários
atendidos na UBS Liberdade**

Itaituba - PA

2018

ÁDRIA COSTA PEREIRA

**SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA: Análise de usuários
atendidos na UBS Liberdade**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Enfermeira Especialista Rosangela de
Aguiar Rodrigues.

Itaituba - PA

2018

PEREIRA, Âdria Costa.

SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA: Análise de usuários atendidos na UBS Liberdade/Âdria costa pereira

58f.: il.

Orientadora: Enf. Esp. Rosângela de Aguiar Rodrigues

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Itaituba, 2017.

1. Saúde do Homem. 2. Atenção Básica. I RODRIGUES, Rosângela de Aguiar. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR-PA, 2018.

ÁDRIA COSTA PEREIRA

**SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA: análise de usuários
atendidos na UBS Liberdade**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.
Orientadora: Professora Especialista Rosangela de
Aguilar Rodrigues.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Orientador: _____ Nota: _____

Enfa. Esp. Rosangela de Aguiar Rodrigues

Avaliador: _____ Nota: _____

Resultado: _____ MÉDIA: _____

Itaituba - Pa: ____/____ de 2018

Á Deus que me ajudou a ter ainda mais forças e perseverança para chegar até aqui ,a minha mãe que sempre deu o seu melhor para eu conseguir meu diploma,a minha filha que foi a inspiração para eu seguir em busca mas ainda do meu sonho, meu esposo que sempre me deu forças para eu nunca desistir dos estudos meus irmãos, e amigos, que com muito carinho e apoio, me ajudaram em muito para que eu concluísse mais uma etapa de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecer a Deus, por ter me dado disciplina e saúde para superar as dificuldades, por ter traçado um caminho para que eu chegasse até este momento e me dado sabedoria para sempre seguir em frente,

A minha mãe Nelcina Costa Pereira que sempre batalhou para hoje eu está desfrutando deste momento de vitória não só minha, como para ela também, dedico este momento.

Obrigado pai José Maria Pereira que também me ajudou muito para eu conseguir conquistar meu sonho. Obrigada, meus irmãos André e Adriano, meu esposo Wesley Fontinele agradecer por ta sempre me incentivando, nas vezes que pensei que não iria conseguir me dizia que para conseguir as coisas não é fácil que tudo é questão de esforço e ele sempre ali me incentivando nos estudos.

A minha filha que mesmo com sua chegada não tive desânimo, me fez buscar ainda mais pela minha formação me mostrou que para alcançarmos o que queremos temos que ter força e determinação, podemos sim conseguir, minha princesa que com apenas 2 meses, já me faz a cada dia lutar por todos os meus propósitos.

A todos da minha família, pois cada um me ajudou da maneira que podiam ,sendo uma carona ou uma palavra de conforto.

As minhas duas amigas Adrielle e Deiziane que foram meu alicerce em sala de aula, nas apresentações de trabalho quando eu ficava nervosa me diziam que eu ia conseguir e hoje aqui estou graças a todos vocês a todos os outros colegas com quem compartilhei tantos momentos, sejam eles bons ou ruins, mesmo com as indiferenças já dá até saudades de todos, pois são cinco anos.

Agradeço infinitamente à Rosangela Aguiar, por ter me aceitado como sua orientanda obrigado por sempre ter muita paciência e disposição para ensinar e ajudar quando precisei.

Agradecer a toda instituição FAI, a todos os enfermeiros e professores por toda dedicação que prestam para nós acadêmicos.

*“Em tempos de guerra nunca pare de lutar,
Não baixe a guarda, nunca pare de lutar*

*Em tempos de guerra, Nunca pare de adorar
libera palavra profetiza sem parar*

O escape,o descanso, a cura, recompensa
vem sem demora.”

RESUMO

Os homens em geral só acessam os serviços de saúde por meio da atenção especializada, o que deveriam fazer a procura na atenção básica, onde poderia muitas vezes ter seus agravos evitáveis. O Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela portaria nº 1.944/GM, do Ministério da Saúde, de 27 de agosto de 2009. Neste documento é afirmado que os homens possuem o hábito de procurar a assistência à saúde apenas quando os sintomas das doenças estão aguçados, tornando assim a recuperação demorada e os tratamentos mais intensivos. Nessa perspectiva, essa pesquisa teve como objetivo geral compreender quais os motivos que levam os homens a não procurarem serviços de atenção primária? Trata-se de um estudo de natureza exploratória, do tipo quantitativo, realizada através de pesquisa de campo, os dados foram coletados através de questionários e analisados através de sites científicos como: Bireme, Scielo, Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN), Instituto Brasileiro do Câncer (INCA), Ministério da Saúde e livros. O estudo revelou que o homem tem dificuldades com o cuidado preventivo com sua saúde, atitudes estas observadas na maioria das vezes pelas mulheres; a PNAISH como proposta desafiadora da quebra de paradigma de invulnerabilidade masculina e a conscientização e prática do autocuidado preventivo através da unidade básica de saúde; a atenção básica através da Estratégia de Saúde da Família é a porta de entrada do homem ao cuidado preventivo e à possibilidade da aplicação da política. Portanto, espera-se gerar dentro desse contexto, discussões mais amplas na qual o homem está inserido, e a necessidade da sensibilização de todos envolvidos no processo de saúde do homem, novos conhecimentos direcionados à saúde masculina e principalmente, o aprimoramento das ações que contemplem a saúde do homem através da política de atenção básica.

Palavras - Chave: Saúde do Homem. PNAISH. Enfermeiro.

ABSTRACT

The Ministry of Health implemented the National Policy on Integrated Health Care for Man, established under the Unified Health System (SUS) Ministerial order 1.944/GM, Ministry of Health, of August 27, 2009. In this paper it is stated that men have the habit of seeking health care only when the symptoms of the diseases are sharp, thus making recovery time consuming and treatments more intensive. In this perspective, this research had as a general objective to understand the reasons that lead men not to seek primary care services? This is an exploratory, quantitative-qualitative study conducted through field research, data were collected through questionnaires and analyzed through scientific sites such as: Bireme, Scielo, Brazilian Journal of Nursing (REBEN), Brazilian Institute of Cancer (INCA), Ministry of Health and books. The study revealed that the man has difficulties with the preventive care with his health, attitudes that are observed in the majority of the times by the women; The PNAISH as a challenging proposal of breaking the paradigm of male invulnerability and the awareness and practice of preventive self-care through the basic health unit; The basic care through the Family Health Strategy is the man's entrance door to preventive care and the possibility of applying the policy. Therefore, it is hoped to generate within this context, broader discussions in which man is inserted, and the need to raise awareness among all involved in the human health process, new knowledge directed to male health and, especially, the improvement of the actions that contemplate the health of the man through the policy of basic attention.

Key- Words: Men's Health – National Policy for Integral Attention to Human Health – Nurse.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CFM	CFM Conselho Federal de Medicina
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integrada a Saúde do Homem
SEMSA	Secretaria Municipal de saúde de Itaituba
SESPA	Secretaria Executiva de Saúde Pública do Pará
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Relato dos participantes sobre quantas vezes procuraram os serviços da UBS Liberdade no ultimo ano em Itaituba - Pará.....	39
Gráfico 2	Relato dos participantes sobre os motivos que o levam a procura dos serviços na UBS Liberdade.....	40
Gráfico 3	Relato dos participantes sobre a avaliação do atendimento dos profissionais na UBS Liberdade.....	41
Gráfico 4	Relato dos participantes sobre os serviços de prevenção do atendimento os profissionais na UBS Liberdade.....	42
Gráfico 5	Relato dos participantes sobre os hábitos preventivos de saúde de cada um.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Identificação dos sujeitos da pesquisa.	38
Tabela 2	Identificação dos fatores de risco predisponentes para os participantes.	44

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1	O CONTEXTO DA MORTALIDADE MASCULINA.....	14
2.2	SAUDE DO HOMEM.....	14
2.2.1	Causas do Adoecimento do Homem.....	16
2.3	FATORES CULTURAIS QUE IMPLICAM NA SAUDE DO HOMEM.....	19
2.4	HOMEM INSERIDO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	22
2.5	A ATENÇÃO BÁSICA E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DO HOMEM.....	24
2.6	POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DO HOMEM.....	27
2.7	DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS HOMENS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.....	29
2.8	A ENFERMAGEM NO ÂMBITO DA SAUDE DO HOMEM.....	32
3	METODOLOGIA.....	35
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	35
3.2	LOCAL DE ESTUDO.....	35
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	35
3.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	36
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	36
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	36
3.7	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	36
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
5	CONCLUSÃO.....	46
	APENDICE.....	53
	ANEXO.....	55

1 INTRODUÇÃO

Os homens segundo Brasil (2008), só acessam os serviços de saúde por meio da atenção especializada, que são os serviços de média e alta complexidade, o que deveriam fazer a procura de atenção básica, onde poderia muitas vezes ter seus agravos evitáveis.

Por outro lado, o modo como o sistema de saúde no Brasil vem se organizando, revela que a maior parte de proteção de atenção básica tem beneficiado alguns grupos dentro da sociedade considerados como mais apontados, por meio de atos que são programados e direcionados para a saúde da mulher, da criança e do idoso, quase não colaborando na atenção à saúde do homem. Sendo capaz de analisar essa incoerência quando se avaliam os programas direcionados para prevenção e para o cuidado individual, os quais são encaminhados para grupos de usuários que já foram anteriormente citados (SILVA *et al.*, 2012).

Diante dessas considerações relacionadas ao “homem e saúde”, tornam-se essenciais, entende-se que de acordo com esta literatura, quando se procura refletir acerca da temática geral, os homens são mais acometidos por doenças severas e incuráveis do que as mulheres e passam por estados de aflição, devido às principais causas de morte; sendo que tanto a masculinidade quanto ao seu modo de pensar no âmbito da saúde devem ser vistas a partir da perspectiva relacional de gênero; o desenvolvimento de mostrar agressividade diante o cuidar da sua saúde. Os homens podem desenvolver um “fator de risco”, quando cometem violência e devido à responsabilidade que ele tem, ocupa na identidade do homem como ser provedor, a preocupação com desemprego podem também afetar o bem-estar masculino. (GOMES, 2006).

Reforçando o exposto, Gomes; Nascimento e Araújo (2007) afirmam que os homens, são ensinados a demonstrar diante de toda a sua infância até sua velhice, uma história de que não comprometa a sua masculinidade, com isso, modelo de viris é inventado por meninos e homens, não por eles terem vontade e sim por temer de serem notados como um homem sensível. Relacionado à procura à assistência de saúde de forma primária é visto como um ato, mas feminino

E por conta disso o Ministério da Saúde reconheceu tal problema e implantou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria nº 1.944/GM, do Ministério da Saúde, de 27 de agosto de 2009.

Neste documento, o Ministério da Saúde declara que os homens possuem o hábito de procurar a assistência à saúde apenas quando os sintomas das doenças estão aguçados, tornando assim a recuperação demorada e os tratamentos mais intensivos, e de acordo com o Ministério da Saúde devido a essa ausência na atenção básica os homens são em sua grande maioria clientela do serviço de saúde especializado (média e alta complexidade), elevando as despesas no sistema de saúde (BRASIL, 2008).

Nessa perspectiva, essa pesquisa teve como objetivo geral fazer uma análise na ótica dos homens atendidos na UBS da Liberdade, como compreender as dificuldades enfrentadas para manter uma assistência de saúde segura na atenção básica. Como objetivo específico: avaliar a assistência de enfermagem prestada aos Homens nas Unidades Básicas de Saúde, como também descrever os motivos que os afastam dos serviços da atenção básica, e como perguntas norteadoras: O enfermeiro que prestar assistência a saúde do homem tem conhecimento suficiente de todas as ações preventivas voltada aos agravos dos homens? Os homens tem reconhecido a importância do cuidado e prevenção do seu corpo no âmbito da saúde? E os mesmos têm praticado esses cuidados?

Deste modo, a importância deste trabalho foi demonstrar que conforme algumas pesquisas a saúde do homem não tem o mesmo destaque nas ações das políticas públicas como tem as mulheres, e por essa desassistência aos homens, os mesmos estão morrendo por doenças primárias, devido à falta de informações básicas sobre prevenção e até mesmo higienização pessoal (ROSIQUE, 2013).

É a partir deste constante conflito conceitual que procuramos desenvolver o presente artigo, trazendo uma temática relevante, pois as maiorias dos homens sofrem mais de doenças crônicas que causam prejuízos a sua saúde do que as mulheres e morrem mais do que elas pelas mesmas causas de morte. E mesmo com evidências de que as taxas de morbimortalidade terem um peso significativo a área da saúde em geral, ainda assim, a procura dos homens na atenção primária é menos utilizada do que pelas mulheres (GOMES *et al.*, 2007).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O CONTEXTO DA MORTALIDADE MASCULINA

Segundo Ximenes Neto *et al.*, (2009), ressalta que atenção a saúde masculina foi anexada na relação dos debates no presente e estável nas políticas, devido ao acréscimo dos indicadores de morbidade e mortalidade nos resultados deletérios em poucos recursos, por conta de causas exteriores, podendo ser por acidentes no trânsito, ou acontecimento de agressividade, ou virtude de doenças infectocontagiosas, incuráveis ou degenerativas.

Brasil (2009) mostra-se diante a sociedade brasileira os fatores culturais e sociais são o centro que se responsabiliza pela dificuldade na procura por serviços de saúde na forma de prevenção por parte da masculinidade em comparação às mulheres. Identificando assim uma visão de sanar maioria dos homens que buscam serem prioridades, os benefícios de tratamento e reabilitação das doenças, quanto à prevenção das próprias, a onde se tem um resultado quanto ao aumento estimável de morbimortalidade neste gênero, segundo o Ministério da saúde.

Neste sentido, é de enorme interesse designar o homem como gênero e masculinidade, do princípio do esperado, pois reflete o centro cultural ao que foram inseridas suas condutas. Estas podem desenvolver ou limitar as cautelas do homem com sua própria saúde, por esta razão, a aplicação de ações preventivas e melhoria à saúde do homem na saúde coletiva (GOMES, 2012).

2.2 A SAÚDE DO HOMEM

Para Santos (2010), no que se entende ao conceito econômico das pessoas o homem é o ser patriarcal, visto como o provedor familiar e independente com autonomia distinta, e toda essa responsabilidade a se, dificultam à procura, sendo assim ele ganha argumentos pordanos ao faltar no trabalho, presumível às perdas devido aos afastamentos por causas de enfermidades e despesa elevada na sua saúde.

Gomes; Nascimento e Araújo (2007), os homens, são ensinados a demonstrar diante de toda a sua infância até sua velhice, uma história de que não comprometa a sua masculinidade, com isso, modelo de viris é inventado por meninos e homens, não por eles terem vontade e sim por temer de serem notados como um homem sensível. Relacionado à procura à assistência de saúde de forma primária é visto como um ato, mas feminino.

AssimVieira *et al.*, (2011), afirma que devido aos estereótipos foi criado barreiras para que o homem faça a procura á assistência de saúde, na relação do cuidar as mulheres,o receio de investigar alguma alteração,mexer no que está quieto,constrangimento ao se expor ao profissional tanto homem quanto mulher, tem em sua teoria que os serviços prestados ao público seja um campo feminino, repleto particularmente por mulheres e todo seu grupo composto muitas das vezes por mulheres também.

As mulheres sendo as profissionais de saúde é um fator enfrentado por ocupação de atenção na prevenção, sendo que tem uma junção predominante de modelo no fluxo de acolhimento, nas atividades e nos profissionais inseridos, gerando desconfortos e vergonha por parte que o homem não busque os cuidados de saúde. Devem-se tomar medidas quanto à mudança a ser tomada sobre esse caso. Os painéis das unidades, agendamentos cotidianos, aulas comunitárias produzidas para abraçar também o público masculino, para que se sintam acolhidos (SILVA *et al.*, 2012).

Considera-se necessário o conhecimento da enfermeira quando o assunto chega a ser as necessidades dos homens, a fim de oferecer uma assistência à saúde com qualidade, em especial quando esta embasada em uma idéia.

A enfermeira qualificada tem o conhecimento das dificuldades dos homens, sendo que as atitudes direcionadas e as intervenções prestadas aos homens podem ser facilitadas, pois proporcionar saúde ao homem e atender suas necessidades são direitos garantidos (COSTA, 2008).

O homem difere que tem a oportunidade de quepor meio do trabalho deve, ser visto e respeitado pela sociedade como ser humano justo e de boa moral. Apresenta sua identidade masculina, por isso luta pelo melhor. Mostrando-se que dessa forma, poderá manter seu papel daquele que tem competência de cuidar de todo sustento de que sua família precisa. Com isso, seu posicionamento de ser homem é reafirmado perante a sociedade (NOLASCO, 1995 apud FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011).

O caráter é edificado desde o nascimento e persiste até mesmo ao fim da vida. As desigualdades entre o sexo feminino e masculino são marcadas por ser o gênero, resultado de um projeto de criação. Estas particularidades são notáveis na vida sexual, na distribuição do trabalho por sexo como também socialmente (COSTA, 2008).

O modo como o sistema de saúde no Brasil vem se organizando, revela que a maior parte de proteção de atenção básica tem beneficiado alguns grupos dentro da sociedade considerados como mais apontados, por meio de atos que são programados e direcionados para a saúde da mulher, da criança e do idoso, quase não colaborando na atenção à saúde do homem. Sendo capaz de analisar essa incoerência quando se avaliam os programas direcionados para prevenção e para ocuidado individual, os quais são encaminhados para grupos de usuários que já foram anteriormente citados (SILVA *et al.*, 2012).

Estudos revelam que quando o homem busca por cuidar de sua saúde, já se encontra doente, eles só reconhecem ações que os trará cura, deixando de lado a melhor forma que é prevenir. A prevenção é aliada somente ao público feminino, devido ser vista por eles como frágil, por sempre ter necessidade de se cuidar e até mesmo cuidar deles, sendo assim obrigação exclusivamente por ser mulher (SCHRAIBER *et al.*, 2010).

Sabe-se que as crianças, mulheres e idosos, quanto na procura pelos serviços de saúde tem um crescimento mais elevado. Pois o objetivo é criar uma forma que a outra parte da população, masculina seja impressionada, por que é nela que se concentra maior parte que não usa os serviços básicos de saúde (SILVA *et al.*, 2012).

2.2.1 Causas de Adoecimento do Homem

Em seu artigo Gomes e Nascimento (2006), faz a relação entre o homem e sua saúde, onde os homens sofrem mais das condições graves e crônicas de saúde do que as mulheres, e por consequência vivem menos que elas, “há uma relação entre a construção da masculinidade e o comprometimento da saúde dos homens.

Além do homem não demonstrar tanta preocupação com sua saúde, ainda se expõe a violência, sendo esta a maior causa de mortes entre os homens. Acidentes e as violências são agravos que, pelo seu expressivo impacto na morbimortalidade da população masculina, constituem-se em importante problema de saúde pública, sendo, portanto, objeto prioritário das ações do Sistema Único de Saúde, que, em conjunto com outros segmentos dos serviços públicos e da sociedade civil, deve continuar a buscar formas efetivas para o seu enfrentamento (BRASIL, 2016).

As causas externas - violências e acidentes - exercem grande impacto na qualidade de vida e nas condições de saúde da população, pois atingem um número

muito maior de pessoas do que aquelas que se encontram diretamente envolvidas e seus efeitos ultrapassam o sofrimento individual e coletivo, incidindo na cultura e no modo de viver das pessoas (WHO, 2002).

E dentro das doenças que podem ser prevenidas e ter um diagnóstico precoce está o câncer de próstata, que é o câncer mais frequente nos homens com idade superior a 50 anos (INCA, 2013).

Para tanto o Ministério da Saúde através da lei 10.289 de setembro de 2001 instituiu o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata, criando campanhas institucionais nas redes de comunicação, a fim de prevenir e diagnosticar precocemente o câncer de próstata através de orientações junto a população (EL BAROUKI, 2007).

No entanto, existem várias dificuldades para a prevenção do câncer de próstata, e todas estão relacionadas a falta de informação, crenças e mitos sobre a doença, o preconceito contra o exame para diagnóstico/prevenção e a carência nos serviços para a prevenção do câncer de próstata (SOUZA; SILVA; PINHEIRO, 2011).

As ações e os programas de saúde voltados para a população masculina brasileira ainda se apresentam de forma tímida e escassa de acordo com o que tem sido observado por estudos que mostram as diferenças existentes entre as condições de saúde da população brasileira segundo o sexo. Essa realidade retrata a existência de maior vulnerabilidade dos homens especialmente às doenças crônicas e graves, alcoolismo, tabagismo, violência e, conseqüentemente, mortalidade precoce deste grupo (BONITO; LANDÓ; COSTA, 2010; BRASIL, 2009; GOMES, 2011).

Nesse contexto, considera-se a baixa procura da população masculina pelos serviços de saúde um desafio a ser superado, ora justificado pela ausência de tempo para esperar nas longas filas dos serviços, por ocupar milenarmente a posição de provedor, ora pelo mito da invulnerabilidade masculina, que é refletido na idéia de que homens fortes, viris e imponentes não necessitariam de cuidados (GOMES, 2011).

Assim, se por um lado o medo ou o preconceito, além das condições citadas, resultam na baixa procura dos serviços de saúde pelos homens, especialmente os serviços de atenção básica que incorporam atividades ligadas à prevenção de doenças e promoção da saúde, por outro é gerado aumento de gastos com serviços

de média e alta complexidade que por sua vez funcionam em períodos que não coincidem com o turno de trabalho da maioria dos homens Vale destacar, ainda, a produção de desigualdades sociais baseadas no preconceito e no racismo, que fazem com que homens negros morram mais e precocemente por causas que são previsíveis e evitáveis (BONITO; LANDÓ; COSTA, 2010).

Mediante tudo isso, alguns autores têm relatado a invisibilidade dos homens na atenção primária à saúde (COUTO, 2010; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007), uma vez que estes serviços, historicamente, têm desenvolvido mais ações destinadas à saúde de mulheres, crianças e idosos (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008; FIGUEIREDO, 2005).

Sendo assim, a ausência dos homens nas UBS pode ser explicada porque estas não disponibilizam atividades ou programas direcionados especificamente para este público e os homens preferem utilizar serviços que respondem mais rapidamente e objetivamente às suas demandas, como farmácia e pronto socorro (FIGUEIREDO, 2008).

E de forma preocupante estudos feitos nas USF revelou ainda que os homens apresentaram pouco conhecimento em relação à promoção da saúde e à prevenção de agravos (FONTES; BARBOZA; LEITE, 2011).

A não procura por parte do homem aos serviços de saúde ocasiona os diagnósticos tardios de doenças crônicas não transmissíveis, DST e neoplasias que acometem um número cada vez mais crescente de homens. Tal situação aponta para a urgência da implantação de ações de promoção à saúde do homem em todos os serviços de Atenção Básica dos municípios (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

No entanto, entre os homens, há maior procura por serviços de emergência, maior número de internados em situações graves, além de eles apresentarem maiores taxas de mortalidade causadas por patologias graves (LIMA; LIMA, 2009).

Observa-se reações diferentes nos comportamentos de prevenção, uma prática pouco adotada pelos homens e que é mais observada na maioria das mulheres. Além das dificuldades iniciais de lidar com um tema pouco explorado em ações preventivas brasileiras, que exige pesquisa e discussões sobre a melhor forma de abordagem do público masculino, a dificuldade na orientação de saúde do homem está na falta de sustentabilidade para a efetivação de ações. A própria Política Nacional de Saúde do Homem e a instalação de uma área técnica de Saúde

do Homem no Ministério da Saúde, apesar de representarem um grande avanço como sensibilizadoras e mobilizadoras de atenção para um panorama de morbimortalidade masculinas, na maior parte gerada por causas evitáveis, ainda não definiram protocolos quanto ao papel dos diferentes serviços, categorias profissionais, bem como os tipos de condutas, faixa etária beneficiada ou características do público ao qual devem ser orientados procedimentos (BRASIL, 2009).

Vale ressaltar a importância das ações para sensibilizar a população masculina, a adotar mudanças de atitude ao utilizar seus próprios referenciais de construção masculina como ponto de partida e contrapondo-os a situações reais, incluindo dados que apontam as vulnerabilidades e consequências dessas posturas em sua própria saúde, o que automaticamente reformula, aos poucos, o próprio conceito de masculinidade (BRASIL, 2016).

Gomes e Nascimento (2006) descrevem que o homem sofre mais com doenças crônicas e graves do que as mulheres e por isso vivem menos. E como preconiza a PNAISH o enfermeiro é ator principal na inclusão do homem nas ações de prevenção. De acordo com a Organização Mundial da Saúde trabalhar com prevenção é fundamental e mais ainda quando se trata de doenças causadas pelo estilo de vida, que é fator determinante nos casos de morbimortalidade entre homens.

Fazer a mudança no comportamento do homem é fator determinante para o sucesso da inclusão no programa, pois o homem tem a idéia pré-concebida de que as doenças são coisa para idosos e seu tratamento tardio contribui para a associação de novas doenças, tornando assim dificultoso o ato de curar (BRASIL, 2009).

Segundo Ministro da Saúde em seu discurso: “Eles foram educados para não chorar e para manter a couraça de que são ‘machos” (BRASIL, 2008). Também alegam que são os provedores e têm medo de que se descubram doenças, e não consiga prover o sustento de sua família, mas atualmente as mulheres são tão provedoras quanto eles.

2.3 FATORES CULTURAIS QUE IMPLICAM NA SAÚDE DO HOMEM

Para Machinet al., (2011), na literatura científica, comprova-se que o principal motivo do declínio da procura dos homens por atendimentos á prevenção de sua

saúde, se tem ao machismo, a maneira deles entender de que é obrigação do homem ser sempre resistente. Como provedor e mantedor de sua família, ele não se dá a chance de ter que adoecer ou de si afligir com sua devida saúde, crer que esses são os cuidados relacionados ao mundo feminino e infantil.

A faixa etária se torna um fator de risco essencial não só no câncer de próstata como também em outros cânceres, pelo fato de aumentar gradativamente os casos novos como a mortalidade, mas precisamente após os 50 anos. Havendo casos na família de 41câncer antes dos 60 anos de idade se conceitua outro marcador de importância, pois o histórico familiar representa um aumento de 3 a 10 vezes em relação à população em geral (PAIVA; MOTTA, 2012).

Corroborando com Paiva eMotta (2012), Brasil (2012), enfatiza que a idade é um fator para se apresentar o câncer de próstata, que o diagnóstico no universodessa doença agride pessoas com a faixa etária superior ou equivalente á 65 anos de idade. Além desse motivo, também são apontados fatores como histórico familiar, dieta, vida sedentária, obesidade, e a raça/etnia. Deixando assimuma maior incidência entrehomens negros que em brancos em aproximadamente 1,6 vezes.

No entanto Machinet *al.*,(2011), diz que isso só ocorre de fato por ser umação imatura do pensamento machista, uma vez que ao terem esse tipo de pensamento essa forma os homens é que tendem o menor ponto de vista quando si trata de sua vida, e que estão mas vulneráveis diante de inúmeras patologias,que poderiam ser ignorada mediante as ações educativas e das condutas de prevenção.

Brasil (2009) mostra-se diante a sociedade brasileira os fatores culturais e sociais são o centro que si responsabiliza pela dificuldade na procura por serviços de saúde na forma de prevenção por parte da masculinidade em comparação ás mulheres. Identificando assim uma visão de sanar maioria dos homens que buscam serem prioridades, os benefícios de tratamento e reabilitação das doenças, quanto à prevenção das próprias, a onde si tem um resultado quanto ao aumento estimável de morbimortalidade neste gênero, segundo o Ministério da Saúde.

A hereditariedade vem a ser um risco devido à existência do câncer entre as pessoas da família aumentar os índices de ocorrência desta doença que ao passar da idade atinge os homens. Sendo que pai, irmão ou filho com essa moléstia é uma indicação para fazer o exame preventivo com certa freqüência, uma vez ao ano (PAIVA; MOTTA, 2012).

Os homens si encontram à total disposição da própria insegurança, tomando conta de uma posição que evitam a relação com as áreas da saúde, sejam atenção primária nas unidades de saúde pública, os consultórios médicos. Se juntando à prevenção e ao autocuidado, da mesma forma que seja comum que restringem a procura de atendimento, proporcionando que os casos se agravem e ocasionando maiores enfermidades e custos para o sistema de saúde, interferindo nas partes mais avançadas das doenças (COSTA, 2008);

Dessa forma podemos compreender melhor alguns fatores de exposição do homem a alta morbimortalidade apresentada e a necessidade de realização de atividades para mudar essa realidade. Sendo assim, o distanciamento masculino aos cuidados em saúde, principalmente aos relativos a aspectos preventivos, de adesão ao tratamento e de engajamento em situações de risco, atuam negativamente sobre os índices de mortalidade masculina (VERBRUGGE, 2009; COURTNEY, 2005; DOYAL, 2001; GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO-JORGE, 2004).

O risco de um homem se envolver em um evento fatal, sendo intencional ou não intencional, é maior que o da mulher. Comportamento tido como violentos e danosos tais como o homicídio e suicídio, também ocorrem em maior frequência entre os homens e geralmente, levam à morte ou à hospitalização dos indivíduos envolvidos (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO-JORGE, 2004).

Vale mencionar que o Homem no contexto dos acidentes de trânsito constitui a terceira causa de morte na população em geral, primeira de morte na faixa etária de 1 a 39 anos, o Brasil ocupa o quinto lugar no mundo em mortes provocadas pelo trânsito atrás da Índia, China, Estados Unidos e Rússia e os acidentes de moto respondem por 48% dos óbitos. E nesse quesito o homem é o grande causador de acidentes, e por consequência mortes, internação e aposentadorias precoce, por invalidez, causando grandes impactos negativos nos cofres públicos (BRASIL, 2012).

E a tudo isso se junta às dificuldades de acesso aos serviços de saúde pública. E têm a ver com a estrutura de identidade de gênero: noção de invulnerabilidade, e a valorização do risco, a qual dificultaria a verbalização de suas necessidades de saúde no contexto da assistência. E se baseando em Figueiredo (2008), Gomes; Nascimento e Araújo (2007), os homens entendem que os serviços de atenção básica são destinados a crianças, mulheres e idosos, e sendo

considerado pelos homens como serviços feitos só para mulheres, o que dá a sensação para o homem não pertencer a tal espaço. Já Couto (2010) reforça afirmando que somado a isso, nota-se a feminilização dos ambientes das unidades tanto pelos materiais de educação em saúde como pelos usados na decoração das unidades.

Dessa forma, concepções particulares, influenciadas pelo imaginário de gênero, são visivelmente transportadas para o ambiente público (unidades de saúde) e assim retrocedem a própria mudança de padrão proposta pelo Ministério da Saúde que atualmente inclui referências de gênero, geração e raça/etnia nos materiais de comunicação (COUTO, 2010).

Em seu artigo científico Couto (2010), descrevem a “(in)visibilidade” dos homens nos serviços de saúde na atenção primária, como um produto da estruturação de políticas e serviços de prevenção nas quais os homens não estão inseridos; da incapacidade dos profissionais em notarem os homens que procuram os serviços e acolherem suas demandas; e da polarização baseadas nos estereótipos de gênero: do masculino ao não cuidado e do feminino ao cuidado. A invisibilidade se daria também por meio de um ato falho dos profissionais que os recebem nas unidades de saúde de que os homens não cuidam de si e nem de outras pessoas e por isso não procuram os serviços de saúde.

Aliado a tudo isso, segundo Costa (2014), se junta a má estrutura dos serviços ofertados, acolhimento ruim, a demora para o atendimento e o reconhecimento de que as unidades de saúde são ambientes predominantemente frequentados por mulheres contribuem para a baixa procura dos serviços de saúde pelo homem.

Com um pensamento predominantemente machista, a saúde do homem só piora cada vez mais, uma vez que é o homem que possui a menor expectativa de vida, e é quem se coloca mais vulnerável diante de várias doenças, que poderiam ser evitadas com ações educativas e prevenção (MACHIN, 2011).

2.4 O HOMEN INSERIDO NA ATENÇÃO BÁSICA

Conforme o Ministério da Saúde a atenção básica ou atenção primária em saúde é conhecido como a “porta de entrada” dos usuários nos sistemas de saúde. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores

em complexidade. A atenção básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (BRASIL, 2009).

No Brasil, há diversos programas governamentais relacionados à atenção básica, sendo um deles a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), por exemplo. Consultas, exames, vacinas, e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas UBS's.

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

É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhidos (SILVA et al.2012).

A atenção básica também envolve várias iniciativas, como: as Equipes de Consultórios de Rua, que atendem pessoas em situação de rua; o Programa Melhor em Casa, de atendimento domiciliar; o Programa Brasil Sorridente, de saúde bucal; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que busca alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO 2007).

E dentro da política nacional de atenção básica esta inserida as ações do programa de saúde do homem com intuito de “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).

2.5 A ATENÇÃO BÁSICA E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM

A PNAISH Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem tem a finalidade de nortear o autocuidado e a atenção primária garantindo a promoção à saúde e a desaceleração da morbimortalidade da população masculina. Daí a importância do enfermeiro está inserido e comprometido com a busca ativa dos homens que não frequentam a UBS nas ações de prevenção e promoção à saúde. (BRASIL, 2008).

Schwarz *et al.* (2012), explica que já depois de ser criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), surgiu vários pontos sociais, culturais, políticos e econômicos, onde foi destacando o aumento no ciclo de vida dos indivíduos por parte masculina entre 20 e 59 anos e redução das taxas de morbimortalidade devido a motivos que podem ser evitados e também informados.

Nesse contexto, o programa PNAISH se liga a Atenção Básica à Saúde buscando fortalecer e classificar a atenção primária. Neste sentido, os programas vinculados a ela serão beneficiados, formando uma ligação com diversos setores e a população, colaborando na criação de meios que venham alcançar de forma geral os recursos à saúde e doença, no sentido, que assim, ocorram intervenções antes da instalação da doença (GOMES *et al.* 2012).

É de grande valor destacar que, mesmo com o nascer da política, ainda não se tem muitas modificações no Sistema Único de Saúde (SUS); o enfermeiro deve ter um olhar mais designado e inovador, dando mais suporte de qualidade no cuidado à saúde, para que as doenças venham a ter uma diminuição, nas dificuldades enfrentadas na saúde do homem (SILVA *et al.*, 2012).

Nessas considerações, essa política de socialização é importante para que se tenha além de uma melhor assistência, um melhor amparo aos usuários dos serviços de saúde, sendo que haja uma maior valorização do trabalhador. É preciso reaprender e inovar um modo de administrar e de cuidar (BRASIL, 2010).

Segundo Gomes e outros (2008), as práticas preventivas diminuem ocorrência e a prevalência das enfermidades na sociedade sendo considerados desempenhos dos profissionais do setor da saúde para diminuir o surgimento de

enfermidades. Que envolvem aulas educativas para obter melhoras no estilo de vida, nos hábitos alimentares e ate mesmo nos comportamentais.

Podemos ver a carência de ter programas essenciais voltados para oferecer suporte à saúde do homem e tem como perfil fundamental identificar como um todo em seu âmbito biopsicossocial, observando sua história de vida as individualidade nesta fase da vida nas diferentes inserções sociais. Esse tipo de atendimento tem como seu objetivo principal a promoção da saúde e a prevenção de danos, através de medidas baseadas na atenção primária e secundária (TEIXEIRA *et al.*, 2011).

Um espaço beneficiado para desencadear as ações educativas e a atenção básica, sendo um lugar para o progresso de atividades educativas em saúde. Deixando como destaque as ações preventivas e a promoção da saúde. Ficando interessante destacar a proximidade da comunidade neste cenário o que ajuda a atuação dos profissionais a desenvolver suas atividades (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).

É recomendado providenciar a assistência ao homem de maneira ativa, proporcionando o aumento de saberes associados à assistência e, sendo indispensável um atendimento com eficácia nos cuidados oferecidos. Anteriormente, por ser o homem considerado um membro da família que não tem aquisição à assistência devido ao seu pouco conhecimento, sendo uma particularidade marcante desse grupo, não teve um lugar definido nos programas de saúde (TOFANI; VAZ, 2007).

Segundo Ximenes; Neto *et al.* (2009), diante das atuais práticas de informações, grupos e indivíduos assistidos por enfermeiro, encontra-se os que precisa ter prioridades quanto a atenção individualizada ou por grupos, por homens, são os que mais surpreende as ações assistenciais, reprimida, que apresentarem uma série de precisões, riscos à saúde. Perante este contexto, pode-se identificar a necessidade de informações por artefato dos profissionais enfermeiros a cerco do cuidar restrito a esse grupo e habilidades comum, o mesmo para administrar as suas atividades de modo satisfatório solicitando modificações no contexto igualitário da maneira que essas atividades possam fazer com que o homem busque procura pelos cuidados da sua saúde regulamentee prevenindo mais.

Neto *et al.* (2013), diz que recentemente a atenção à saúde do homem faz artefato de algumas pendências realizados em políticas, cabido aos importantes números de morbimortalidade e das conseqüências eliminatórias apontados agravo,

acarretados por razões externas como acidentes acometido no trânsito, agressão, também por patologias que são contagiosas, degenerativas ou crônicas.

Knauth; Couto e Figueiredo(2012) é vasto o desafio de realizar uma ação para que os homens atinjam a meta ao serviço de saúde antes de ficarem enfermos, uma vez que seria de grande satisfação não só devido á políticas de saúde, mas inclusive quanto ao olhar deste homem. Com sua consciência modificada na adequação a ser invulnerável, e tendo ciência que mulheres, homossexuais, afro descendente, estão todos propícios, fazendo si assim com que esses homens viessem a si importar mais com sua saúde.

Para Duarte; Oliveira e Souza (2012) relatam que por si debater o estímulo moderno, ainda tem muitos profissionais que de modo algum tenham ouvido abordar sobre a temática, de existência do programa voltado ao homem e, sobretudo que cada um pode enfatizar na modificação de uma nova busca do homem ao atendimento de saúde ainda na profilática.

A partir de Gomes *et al.* (2012), no parecer do que se ver fundamental, não só é obtido recursos de ferramentas e colaboradores para o resultado do PAISH, mas, especialmente a procura de recursos humanos habilitados sensíveis á dificuldade com objetivo de desfazer pouco a pouco a concepção enganada de invulnerabilidade devido a pessoas ter realidade de adotar, modificar onde os homens. Os perceberá como é importante fazer á prevenção da patologia e não só pensarna hora detrata lá.

Brasil (2009), declara que a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem leva em conta as diferenças entre os homens, pois as masculinidades são construídas historicamente e sócio-culturalmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação. A seguir são apresentadas as mudanças do foco programático da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) alinhada a Política Nacional de Atenção Básica.

- ✓ A mudança do foco programático, saindo do restrito campo da “adesão a programas assistenciais de saúde”, para uma perspectiva mais ampla que privilegie um novo paradigma baseado na atenção integral, valorizando, fundamentalmente, a promoção da saúde e a qualidade de vida, bem como a Educação como importante estratégia para

promover mudanças comportamentais indispensáveis à consolidação das ações propostas;

- ✓ A mudança do foco programático, saindo do restrito campo da “adesão a programas assistenciais de saúde”, para uma perspectiva mais ampla que privilegie um novo paradigma baseado na atenção integral, valorizando, fundamentalmente, a Promoção da saúde e a qualidade de vida, bem como a Educação como importante estratégia para promover mudanças comportamentais indispensáveis à consolidação das ações propostas;
- ✓ Este documento abre espaço para uma articulação com outras ações governamentais e da sociedade organizada, especialmente aquelas que atuam em locais coletivos de sociabilidade ocupados por homens, tais como: empresas, sindicatos, campos de futebol, estações rodoviárias, metrô, quartéis, escolas etc.;
- ✓ Finalmente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família, evitando assim, a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas.

2.6 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)

Um dos principais objetivos desta Política é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; outro, é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. Este conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2012).

Para isso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - com as estratégias de humanização, e em consonância com os

princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde. (BRASIL, 2008).

Segundo o Brasil (2012), os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. É necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis (BRASIL, 2008).

Os princípios e diretrizes do PNAISH descrito logo abaixo:

A presente política enfatiza a necessidade de mudanças de paradigma no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado a sua saúde e a saúde de sua família. Considera essencial que, além dos aspectos educacionais, entre outras ações, os serviços públicos de saúde sejam organizados de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrado. Como formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas pelo setor saúde, as seguintes diretrizes devem reger a elaboração dos planos, programas, projetos e atividades. Elas foram elaboradas tendo em vista a integralidade, facilitabilidade, coerência e viabilidade, sendo norteadas pela humanização e a qualidade da assistência, princípios que devem permear todas as ações. (BRASIL, 2009, p. 29).

A Política de Atenção Integral à Saúde do Homem leva em conta as diferenças entre os homens. As masculinidades são construídas historicamente e sócio-culturalmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação. “O ser homem, assim como o ser mulher é constituído tanto a partir do masculino como do feminino. Masculino e feminino são modelos culturais de gênero que convivem no imaginário dos homens e das mulheres” (BRASIL, 2008).

A diferença e suas peculiaridades entre os homens é ponto fundamental para a promoção da equidade na atenção a essa população, portanto, deve ser considerada em suas diferenças por idade, condição socioeconômica, étnico-racial, por local de moradia urbano ou rural, pela situação carcerária, pela deficiência física e/ou mental e pelas orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas. (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, destaca os principais fatores de morbimortalidade explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações

sociais sobre a masculinidade vigente comprometem o acesso à atenção integral, bem como a vulnerabilidade dessa população às situações de violência e de risco para a saúde. (BRASIL, 2009).

Portanto, mobilizar a população masculina brasileira pela luta e garantia de seu direito social à saúde é um dos desafios da atenção básica. Ela pretende tornar os homens protagonistas de suas demandas, consolidando seus direitos de cidadania (BRASIL, 2008).

2.7 DIFICULDADES ENFRETTADAS PELOS HOMENS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Notadamente que o homem só procura os serviços de saúde somente quando a doença já está em avançado estado, ou em sua forma crônica. Buscam atendimento nos hospitais, no pronto socorro, ou até mesmo se automedicam por acreditarem que podem curar-se buscando atendimento nas farmácias (BRASIL, 2009).

Invés de procurar atendimento nas unidades de saúde próximas a sua residência buscam atendimento direto com um especialista por acreditarem que a UBS não irá resolver seu problema, e assim engrossando a fila no atendimento especializado na média e alta complexidade (BRASIL, 2008).

A masculinidade com relação à construção social é processada desde o início da vida até a morte. Diferentemente das meninas, os meninos são desprotegidos ao longo dos anos, tornando-se alvos mais fáceis de acidentes e violência na rua (SOUZA; DUARTE; OLIVEIRA, 2012).

Neste contexto, Figueiredo (2005), sugere que o homem sempre foi cobrado pela sociedade por um papel que não lhe permite cuidar de sua saúde, pois é tido como um ser forte, poderoso e invulnerável onde a ideia de necessitar de cuidados significaria fragilidade e perda de poder.

Laurenti; Jorge e Gotlieb (2005), afirmam em seu estudo, "para a análise da saúde do homem, no Brasil, no presente momento, é preciso invocar as transições demográfica e epidemiológica, com o consequente envelhecimento populacional e alterações no panorama das doenças". Estudos epidemiológicos evidenciaram que a diminuição da mortalidade masculina sempre foi menor e mais lenta em relação ao sexo feminino, isso é atualmente observado comparativamente em todas as regiões do Brasil.

Figueiredo (2008), também pontua que o exercício da masculinidade pode representar riscos irreversíveis para a saúde dos homens e os serviços de saúde devem incorporar os referenciais culturais de masculinidade nas práticas de saúde efetivadas. Schraiber; Gomes e Couto (2010), apontam em seus estudos que durante anos os homens foram estudados baseados numa perspectiva essencial, onde a biologia e a igualdade entre eles influenciavam no seu comportamento. Mas à medida que os estudos foram intensificando essa perspectiva foi superada, sendo considerado pelos estudiosos importante distinguir e inter-relacionar a masculinidade às identidades do homem.

E de acordo com Schraiber; Gomes e Couto (2010), a relação entre masculinidade e cuidados com a saúde, onde a percepção dos homens vai de encontro com a necessidade e dificuldade na procura pelos serviços e buscam assistência tardiamente ou quando sozinhos não conseguem lidar com seus sintomas.

A masculinidade hegemônica é um modelo, idealizada culturalmente, onde o homem se faz dominante e a mulher é subordinada e legitimada por uma sociedade patriarcal, como forma de relação de gênero (SILVA, 2009).

Gomes; Nascimento e Araújo (2007), afirmam que o homem é visto como invulnerável forte e viril, sendo essas características abaladas pela procura dos serviços de saúde o que demonstra sinais de fraqueza, medo e insegurança.

Essa pouca demanda masculina na atenção primária contribui para que os homens desenvolvam patologias passíveis de prevenção e tratamento eficiente quando diagnosticadas precocemente, porém com o diagnóstico tardio têm mal prognósticos (COURTENAY, 2005 apud GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

A população masculina geralmente é acometida por condições severas crônicas de saúde, tendo índice de mortalidade pelas mesmas causas maior que as mulheres (LAURENTI, 2005 apud GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007), pois a população masculina não se reconhece como alvo do atendimento de programas de saúde, devido às ações preventivas serem dirigidas quase que exclusivamente para mulheres (SCHARAIBER; GOMES; COUTO, 2010).

E seguindo esta linha de pensamento muitos homens afirmam que as unidades básicas de saúde têm seus serviços destinados quase que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos. Muitas são as suposições e justificativas para a

pouca presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde (FIGUEIREDO, 2005).

Segundo SCHARAIBER; GOMES e COUTO, 2010, a inclusão dos homens em ações de saúde desafiadora, por estes não reconhecerem a importância do cuidado e valorização do corpo no sentido da saúde como questões sociais do homem.

Pesquisas no campo saúde do homem buscam aprofundar o conhecimento das reais necessidades masculinas na saúde, bem como desconstruir o entendimento da forma marginalizada em que o homem cuida de seu corpo. E neste sentido Foucault (2005), afirma que as práticas masculinas de cuidado, são muitas vezes entendidas como cuidado marginal.

E como os debates atuais sobre a saúde do homem faz parte de uma construção histórica de conhecimentos científico e popular, e lembrando que na história da medicina as mulheres sempre foram relacionadas e aproximadas aos cuidados com a saúde de modo que na atualidade o maior envolvimento da mulher com a prevenção e com o cuidar é visto como algo espontâneo de sua natureza (ROHDEN; 2011; COSTA, 2014).

É fato que várias doenças atingem mais aos homens o que reflete maior mortalidade, e quanto à exposição a fatores de risco tais como violência, abuso de álcool e drogas inclusive o uso do fumo, entre outras causas um aumento da morbidade nessa população, outro fator verificado em pesquisas é baixa adesão dos homens à campanhas de promoção e prevenção (BRASIL, 2016).

A pesquisa de Gomes, Nascimento, Araújo (2007) informa sobre a morbidade masculina e mostra que a não sensibilização dos homens e seu perfil de morbimortalidade está fortemente associado aos valores de gênero e cultural assim descrito.

O imaginário do homem pode aprisionar o masculino e as amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de autocuidado, pois à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo a fraqueza, medo e insegurança; portanto, poderia aproximá-lo das representações do universo feminino, o que implicaria possivelmente desconfianças acerca dessa masculinidade socialmente instituída (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

2.8 A ENFERMAGEM NO ÂMBITO DA SAÚDE DO HOMEM

A enfermagem veio conquistando várias áreas no âmbito da saúde, tanto dentro, como fora do Brasil. Vem assumido um processo decisivo quanto à carência de saúde da sociedade, investindo na promoção, proteção dos indivíduos, envolvendo todos os lugares. A atenção com o cuidar de enfermagem tem um grande significado dentro do sistema de saúde da localidade, sendo que suas ações são analisadas nas regiões e também nacionalmente, passando ser motivo para ser discutidas e criar novos significados (BACKES *et al.*, 2012).

Sendo assim, a saúde do homem está inserida dentro desse contexto, pois se observa que a população masculina não procura os serviços de saúde, principalmente o da atenção primária, em que estão inseridas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) responsáveis pela prevenção e promoção da saúde. Esse cenário gera diminuição da expectativa de vida masculina, falta de efetividade na educação em saúde e, conseqüentemente, altos índices de morbimortalidade que poderiam ser prevenidos. Entre os principais motivos para essa afirmação, especialmente quanto a adultos jovens, está a alta incidência de mortalidade por causas externas, tais como homicídios, acidentes de trânsito, suicídios, quedas acidentais, afogamentos, entre outros (BRAZ, 2005).

A diminuta presença dos homens nos serviços de atenção primária à saúde e os indicadores epidemiológicos alarmantes tornam evidente a necessidade de atenção adequada à saúde deles, e a Estratégia Saúde da Família constitui um caminho possível para se avançar nesse cenário (SIQUEIRA *et al.*, 2014)

O enfermeiro o elemento da equipe de saúde que mais tempo interage com o cliente, o seu papel é fundamental na promoção da saúde e na prevenção das doenças e outros agravos à saúde. A sua função deve privilegiar a educação em saúde, a aquisição de hábitos saudáveis, a descoberta de novas motivações e de outros fatores determinantes do comportamento (BRANCO, 2005).

A função da enfermagem em realizar a promoção à saúde do homem, principalmente em ações de caráter preventivo e realizando a busca ativos homens. Porém, para que se consiga fazer a promoção em saúde, é preciso ações (BEZERRA; JUNIOR, 2014).

Podemos também comparar o conceito de promoção com relação à equidade da atenção e à justiça social e segundo Bezerra e Júnior (2014) não há equidade na atenção, pois os homens continuam sendo a minoria dos usuários presentes no

serviço, conseqüentemente não é realizada a justiça social, com a sua visível marginalização nos serviços de saúde.

Conforme estudos realizados no artigo científico de Backs e Kunzler (2014), o enfermeiro é o profissional fundamental no sistema de saúde, se destaca dentre outros profissionais, por desenvolver ações que vão interagir e integrar o cuidado, fazendo com que suas ações repercutam cada vez mais na educação na saúde, no que se refere aos planos traçados para a comunidade e suas famílias. O papel do enfermeiro é notório pela capacidade de entender o indivíduo de maneira geral. Consegue captar as necessidades dos indivíduos, compreendendo as diferenças sociais e promovendo a interação entre o usuário e a equipe, aproximando, identificando e procurando criar vínculo com o usuário, independente de suas condições financeiras, sua cultura, procurando fazer com que haja sucesso nas intervenções na saúde dos indivíduos.

Portanto, o enfermeiro precisa estar inserido neste processo principalmente nas questões da saúde masculina, deste são cobradas noções, agilidades, atitudes corretas e apropriadas para exercer suas ocupações e, acima de tudo, capacidade para que os componentes de sua equipe tenham capacidade para dar cumprimento às tarefas que lhes são designadas (COSTA; MIRANDA, 2008).

Neste contexto, ao retratarmos a saúde do homem, o enfermeiro tem papel fundamental na educação das práticas do autocuidado, no qual segundo Neto (2013) são desvalorizadas pelo homem no serviço de saúde.

A forma como a saúde no Brasil atua, mostra que a maior parte do acolhimento de atenção básica tem privilegiado alguns grupos dentro da população tidos como mais expostos, como a saúde da mulher, da criança e do idoso, quase não contribuindo na atenção à saúde do homem. Pode-se verificar essa incoerência quando se avaliam os programas direcionados para prevenção e para o cuidado individual, os quais são direcionados para grupos de usuários que já foram anteriormente citados (SILVA *et al.*, 2012).

Diante do exposto, nada melhor que fazer educação em saúde. A educação para a saúde, que tem feito parte dos programas de saúde nas escolas, vem caracterizando fundamentalmente pela transmissão didática de informação com temas isolados e geralmente relacionados com enfermidades específicas e com aspectos físicos da saúde referindo-se às tentativas de integração entre as duas áreas na maioria dos casos a escola que tem se tornado um lugar para aplicar

medidas de controle e prevenção de enfermidades, e os professores com frequência se queixam que o setor usa a escola e abusa do tempo disponível com ações isoladas que poderiam ser mais proveitosas com um programa integral (IPPOLITO SHEPHERD, 2003).

A educação em saúde tem um papel muito importante na tentativa de alcançar vários objetivos, pois fornece grandes oportunidades para que resultados interessantes e positivos sejam alcançados. Em todo mundo, um dos pontos-chaves é a participação da escola e da comunidade no controle de qualquer ação que se visa trabalhar e analisar. Para Lima; Zancan (2009), essa estratégia que leva em consideração a participação do grupo em comunidade, tendo como objetivo ensinar as pessoas a assumirem responsabilidades para que possam conseguir saúde alinhando-se nos princípios que regem os modelos sociais.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza teórico empírico, foi feito por uma pesquisa de levantamento, exploratório, e abordagem quantitativa, com coleta de dados através de questionário estruturado, uma vez que se busca-se conhecer na visão dos participantes a caracterização da saúde do homem e as dificuldades enfrentadas pelos mesmo na procura da assistência em saúde.

Gil (2008) diz que o estudo de natureza teórico-empírico trata da pesquisa que é dedicada a reconstruir teoria, conceitos, idéias, ideologias, polêmicas, tendo em vista, em termos imediatos, aprimorar fundamentos teóricos.

A pesquisa de levantamento pode ser de dois tipos: levantamento de uma amostra ou levantamento de uma população, também designada censo (GIL, 2008).

Mozzotti e Gewamdsjder (2001) consideram que a pesquisa exploratória tem por finalidade desenvolver, explicitar e alterar conceitos e ideias. Segundo o autor, estes tipos de pesquisas são os que apresentam menor severidade no planejamento, pois proporcionam visão geral acerca de determinado fato.

A pesquisa quantitativa busca apurar opiniões explícitas e consciente dos entrevistados uma vez que utiliza instrumentos estruturados. Seu objetivo é mensurar e permitir o teste de hipóteses já que os resultados são tangíveis e possuem menor possibilidade de erro (MAZZOTTI, GEWAMDSNJDER, 2001).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada com moradores atendidos na Unidade de Saúde Do Liberdade.O bairro está localizado na região periférica da cidade de Itaituba. (SEMSA, 2015). Nessa UBSé possível receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo do estudo foi composta por 15homens atendidos na UBS do Liberdade da cidade de Itaituba-PA. Período da pesquisa ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2017.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para coletar os dados foi utilizado um questionário com 9 questões fechadas, (APÊNDICE A). Esse tipo de questionário feito para gerar os dados necessários para levantar dados suficientes para atingir os objetivos do projeto,

Baseada em Marconi (2011), o questionário será montado de forma, evidenciar os objetivos da pesquisa e sendo disposto em ordem adequada as questões. O questionário possibilita obter informações de um grande número de pessoas, mesmo que estejam dispersas numa área geográfica extensa.

3.5 ANÁLISES DOS DADOS

Obtidas as informações necessárias na coleta de dados, iniciou o processo de análise do material de campo. Com base em Minayo (2004), existiu quatro finalidades para esta fase: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa, responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural de que faz parte.

Os dados foram quantificados através do método de tabulação de estatística com apresentação em tabelas e gráficos, mediante a utilização do programa Word® e Excel®. A execução do trabalho se deu também por levantamento bibliográfico, sempre tendo como base estudos científicos, tais como os publicados na Biblioteca Virtual de Saúde, SCIELO, Lilacs, entre outros.

3.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A abordagem inclusão deu-se através de entrevistas no momento em que os mesmos se encontravam na sala de espera para algum atendimento com o profissional de saúde da UBS, foi explicado o objetivo e a importância da pesquisa, e a entrevista durou em média de 15 minutos.

Como critério de exclusão foi os que não queriam participar da pesquisa.

3.7 ANÁLISES DE RISCOS

Foram evidenciadas as condições do estudo e diante tal situação ficou claro o objetivo do trabalho, sendo enfatizado que os dados alcançados seriam somente para a análise, e as informações, não trouxe nenhum risco ou prejuízo.

Quanto à identidade dos entrevistados, seus nomes ou os elementos que indiquem as suas participações não foram e nem serão liberados sem permissão. Sendo deste modo assegurado que não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa. A participação no estudo não ocasionou custos ou gerou qualquer tipo de contrapartida financeira adicional.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados levantados sobre análise da saúde do homem foram organizados em forma de quadros, tabelas e gráficos, que sinalizam as dificuldades de acesso do homem à atenção básica. Fez-se necessário o conhecer o perfil dos homens que fazem parte da pesquisa conforme pode ser averiguado na tabela 1.

Tabela 1 – Identificação dos sujeitos da pesquisa.

VARIÁVEIS	N (15)	%
Idade		
20 a 29 anos	12	24%
30a 39 anos	10	20%
40 a 49 anos	15	30%
50 anos	13	26%
TOTAL	50	100%
Estado Civil		
Solteiro	4	8%
Casado	8	16%
União estável	37	74%
Viúvo	1	2%
TOTAL	50	100%
Escolaridade		
Não alfabetizado	4	8%
Fundamental	23	46%
Ensino Médio	21	42%
Superior completo	2	4%
TOTAL	50	100%
Renda familiar		
1 salário mínimo	7	14%
Até 3 salários mínimos	41	82%
Mais que 3 salários mínimos	2	4%
TOTAL	50	100%

Os dados da amostra retratam a caracterização da amostra na qual prevaleceram os seguintes índices: 30% encontram-se na faixa etária de 40 a 49 anos; representando 26% da amostra, encontram-se sujeitos com idade de 50 anos. Em relação à distribuição dos sujeitos pela escolaridade, constata-se que a maioria da amostra (46%) possui Ensino fundamental Completo. A distribuição da amostra por renda demonstra que as frequência maiores são de três salários mínimos. No que se refere ao estado civil dos sujeitos da amostra, a maior frequência apresentada (74%) é de homens que não estão casados oficialmente mas no entanto mantém uma união estável.

Segundo Campos (2013), é de extrema necessidade conhecer o campo de pesquisa, bem como os participantes, com o objetivo de refletir acerca das razões da falta de maior visibilidade por parte das políticas de saúde destinadas ao homem em sua efetividade, simultaneamente à resistência deste aos serviços de prevenção e promoção da saúde, podendo gerar impactos negativos em sua qualidade de vida.

Nesse cenário, os entrevistados foram indagados na pergunta nº1, quantas vezes os mesmos procuraram o atendimento no posto de saúde no último ano. Os dados da pesquisa estão expresso no gráfico 1.

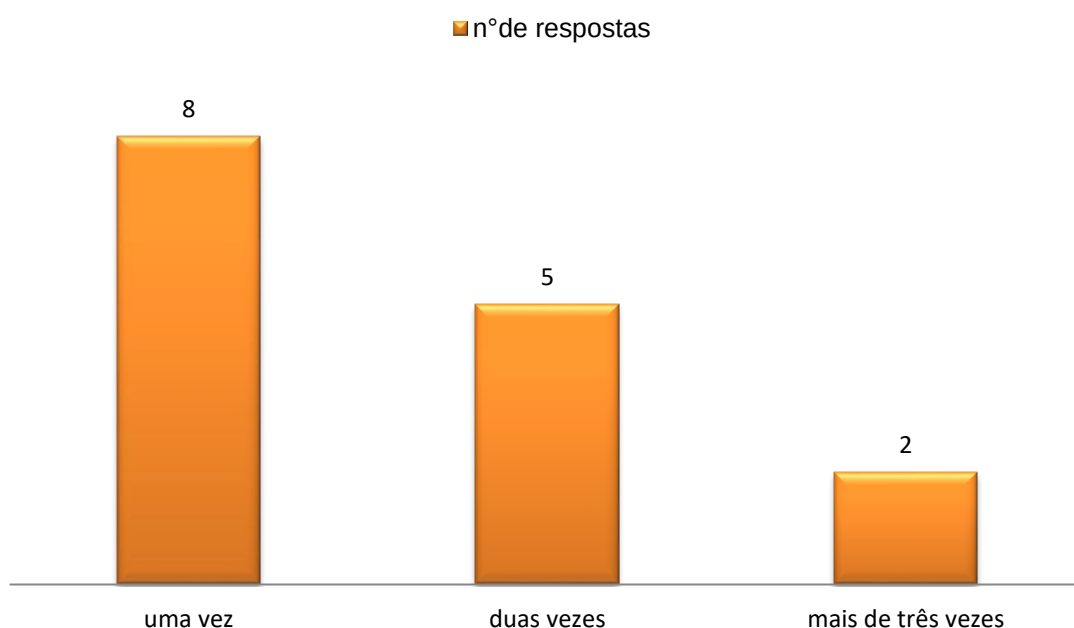


Gráfico 1 – Relato dos participantes sobre quantas vezes procuraram os serviços da UBS Liberdade, no último ano Itaituba-Pa. Fonte: usuários da UBS Liberdade.

Portanto, nos últimos anos os relatos dos participantes nos remetem saber a amostra foi: uma vez (54%), duas vezes (33%) e mais de três vezes (13%).

Nesse sentido, Oliveira (2010), afirma que o homem procura pouco os serviços de saúde e que a maioria, em sua pesquisa, só vai buscar os medicamentos de rotina no grupão. A autora ainda, acrescenta que a diabetes devido estar associado a maiores taxas de hospitalizações, a necessidades de cuidados assistências, a maior das complicações está na incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações não traumáticas de membros inferiores, previne-se que isso representará para os sistemas de saúde dos países latino-americanos, a grande maioria ainda com grandes dificuldades no controle de doenças infecciosas

Nesses termos Rodrigues; Tavares (2002), afirmam que o diagnóstico o mais cedo possível das complicações são informações necessárias para a adequação do controle das complicações crônicas para: precaver as dificuldades, diminuir o número de internações hospitalares e a mortalidade por doenças cardiovasculares, além de diminuir o valor social e a despesa que incorre ao SUS anexo às doenças crônicas.

Na pergunta nº2, foram questionados como os mesmos avaliam o atendimento dos profissionais na referida Unidade Básica de Saúde estudada. Os dados da amostra estão graficamente representados a seguir.

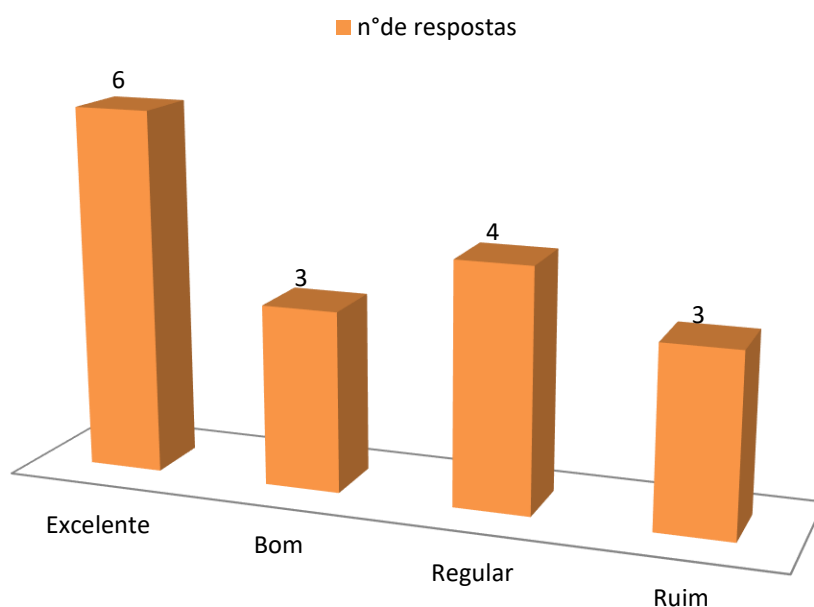


Gráfico 2 – Relato dos participantes sobre a avaliação do atendimento os profissionais na UBS Liberdade, Itaituba-Pa. Fonte: usuários da UBS Liberdade.

Ao analisar os dados podemos concluir que a grande maioria dos homens, 62% do extrato da amostra entre excelente e bom, concordam com o estilo de atendimento dispensado nas unidades de saúde.

O enfermeiro o elemento da equipe de saúde que mais tempo interage com o cliente, o seu papel é fundamental na promoção da saúde e na prevenção das doenças e outros agravos à saúde. A sua função deve privilegiar a educação em saúde, a aquisição de hábitos saudáveis, a descoberta de novas motivações e de outros fatores determinantes do comportamento (BRANCO, 2005).

Nesse contexto, segundo estudos sobre a função do suporte social para gênero masculino sugerem que alguns homens que experimentam algum tipo de suporte a saúde, mudam a visão negativa associadas a saúde do homem (WESTER; CHRISTIANSON; WEI, 2007).

O suporte social à saúde do homem é de extrema importância, e os serviços de saúde precisam garantir-lhe esse direito, nesse pensamento, foi questionado na pergunta nº3, qual é o serviço que os homens em estudo conhecem, que a UBS presta-lhe esse suporte, e as respostas estão demonstradas no gráfico 3 a seguir.

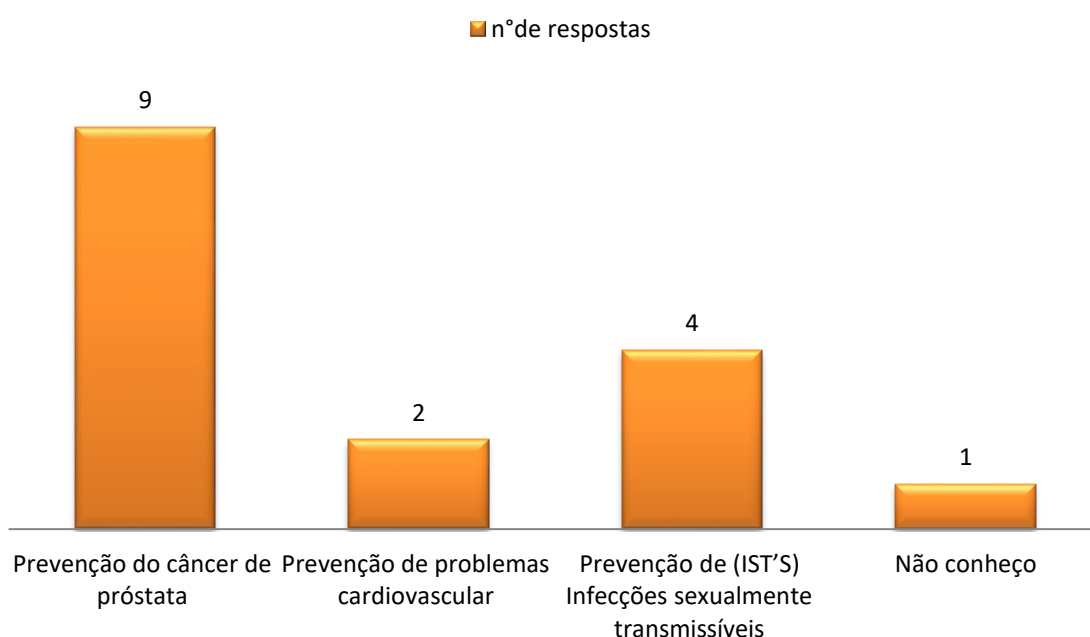


Gráfico 3: Relatos dos participantes sobre os serviços de prevenção do atendimento os profissionais na UBS Liberdade, Itaituba-Pa. Fonte: usuários da UBS Liberdade.

Interessante perceber que 56% dos relatos informam que sabem que a unidade tem serviços que garantam a prevenção do câncer de Próstata, e alguns até relataram as campanhas do “novembro azul”, mas ainda há relatos que conhecem pouco ou desconhecem os serviços de prevenção que a unidade de saúde ou o próprio SUS oferta.

Segundo Brasil (2013), o vilão que acometem, mas os homens é o câncer de próstata, ele já é visto como o incidente a nível mundial quegera como ameaçador o sexo masculino. No Brasil, o câncer de próstata acometem a idade maior a 50 anos, sendo excluído os tumores de pele, a uma grande incidência quanto a essa

doença ,pois espera-se que um aumento de 60 do número de ocorrência até o ano de 2015.

A ocorrência do câncer de próstata teve aumento desde a década de 60, sendo uma enfermidade com maior predominância nos idosos. Estabelecendo assim uma preocupação de saúde, que em classe mundial é um problema, por ser visto na população masculina um tipo câncer comum. Hoje, mundialmente sendo o câncer de próstata considerado uma das incidências de óbito. A incidência no Brasil correspondeu a cada 54 casos novos para cada 100 mil homens, no ano de 2010. Correspondendo ao aumento da expectativa de vida da nação, tem-se uma preocupação elevada com as novas incidências (MOSCHETA; SANTOS, 2012).

Todo esse contexto envolve, portanto, uma prevenção mais adequada para cada indivíduo, e nessa discussão a pergunta nº4, investiga sobre o que cada um, tem feito para melhorar sua qualidade de vida. As amostras estão explicitas no gráfico 4.

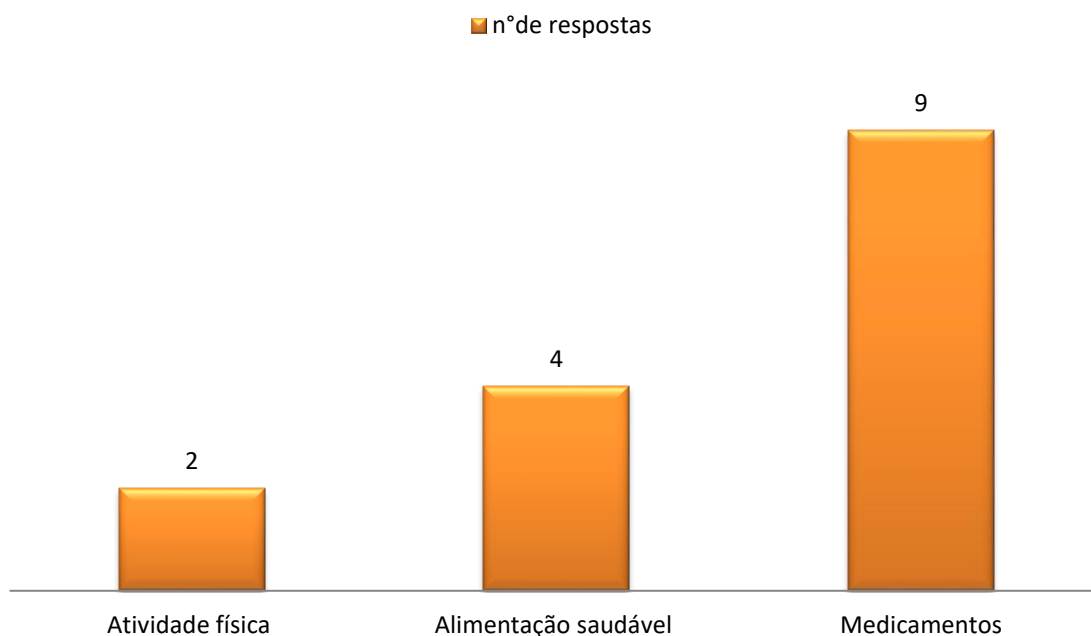


Gráfico 4 – Relatos dos participantes sobre os hábitos preventivos de saúde de cada um. Fonte: usuários da UBS Liberdade.

Como podemos observar no gráfico 5, dos participantes 60% fazem uso de medicamentos para controle problema de saúde já existente, , 27% dieta alimentar e 13% exercício físico.

Diante do apresentado Ferrari, (2005) fala que a importância do tratamento de saúde inclui a educação alimentar, a medicação oral, e exercícios físicos. No entanto Sena, (2007) em algumas patologias como diabetes, existe dois planos básicos que é: 1 - o controle glicêmico (feito através de mudança de estilo de vida e (farmacoterapia), 2- prevenção das complicações agudas e a prevenção das complicações crônicas. O que percebe na pesquisa, é que os participantes não aderem ao tratamento saudável que é mudança de estilos de vida, referência apontada por (OLIVEIRA, 2010).

Pergunta nº5. Aos participantes foi solicitado que citasse qual a principal razão que dificulta a sua ida a unidade de saúde para consultas de rotina, as repostas extraídas estão expressas no Gráfico 5.

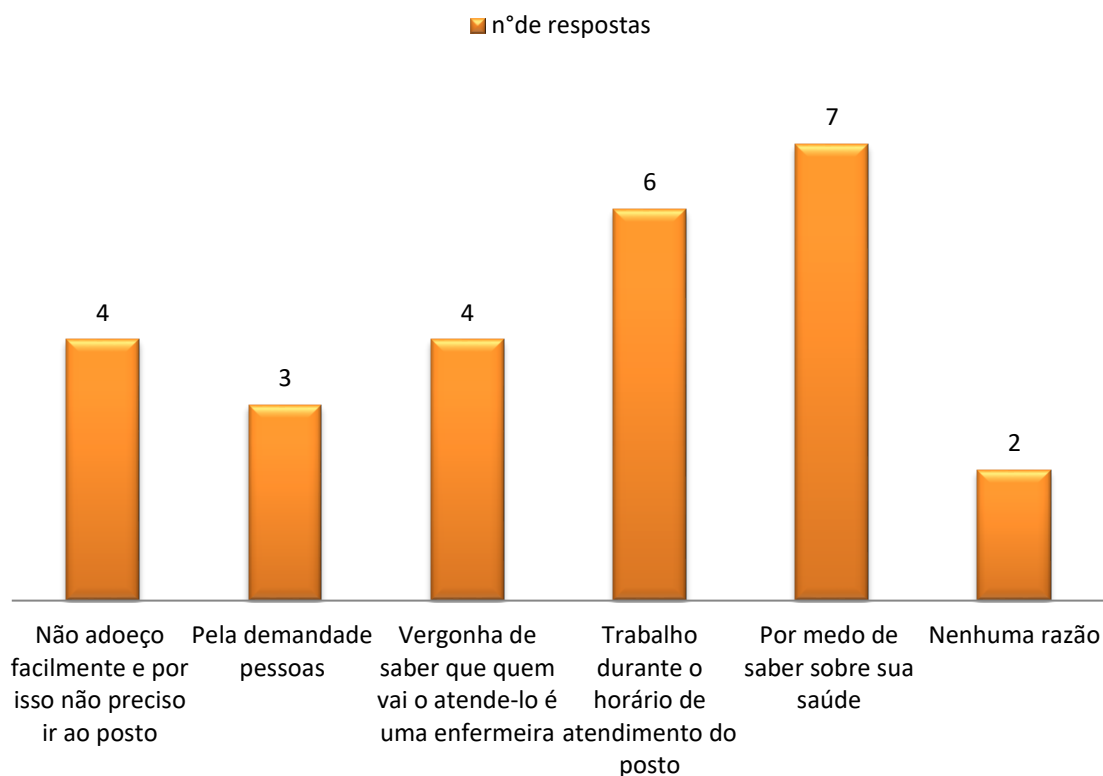


Gráfico 5 – Relatos de múltiplas respostas dos participantes sobre razões que os levam a não irem na UBS Liberdade, Itaituba-Pa. Fonte: usuários da UBS Liberdade.

Os dados relevantes dessas falas, mostram que são diversas dificuldades encontradas pelos homens à não adesão aos serviços de saúde da rede pública, conforme expresso no gráfico 6. Um dado que chama a atenção é: por medo de saber sobre sua doença e que trabalham durante o horário de atendimento.

Corroborando com o exposto, diversas pesquisas mostram que os homens pouco cuidam da sua saúde e poucos procuram os serviços de saúde por vários motivos, todas elas corroboram com a atual pesquisa. Entre eles, destacam-se os seguintes: os cuidados em geral são percebidos como femininos, e não masculinos; os homens costumam ser vistos como fortes e invencíveis e, por isso, só buscam ajuda quando os problemas se agravam, quando não conseguem trabalhar; os serviços de atenção básica costumam ser vistos como lugar de crianças, mulheres e idosos; e as ações de atenção básica voltadas para os segmentos masculinos ainda são tímidas (BRASIL, 2012).

Um ponto bastante observado e exposto pelos homens para a não procura pelos serviços de atenção primária está ligada à sua posição de provedor. Alega-se que os períodos de funcionamento dos serviços de saúde coincidem com o horário do trabalho. Não se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social (BRASIL, 2010).

Diante desta perspectiva, a pergunta nº 6 a 9, investiga se os homens têm algum fator que o predispõe a algum problema de saúde, foi dado para que os mesmos sinalizassem, e as respostas estão apresentadas na tabela 2.

Tabela 2 – Identificação dos fatores de risco predisponentes para os participantes

VARIÁVEIS	N	%
Tem Diabetes		
Sim	9	60%
Não	4	27%
Não sei	2	13%
TOTAL	15	100%
Tem Pressão Alta		
Sim	8	54%
Não	5	33%
Não sei	2	13%
TOTAL	15	100%
Fuma		

Sim	9	60%
Não	6	40%
TOTAL	15	100%
Bebe (etilismo)		
Sim	12	80%
Não	3	20%
TOTAL	15	100%

Dada a amostra, observa-se que os participante já possuem problemas de saúde como diabetes 60%e pressão alta (hipertensão) 50%, alguns não sabem. A maioria fuma e bebe.

É do conhecimento de todos os profissionais de saúde que a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório, responsáveis por mais de um milhão de internações por ano no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2016). E conforme descreve Wolf (2009) neste contexto clínico, os cuidados preventivos envolvem prevenção primária e secundária, mais do que terciária. Prevenção primária refere-se aos esforços sobre pessoas assintomáticas (indivíduos sem sinais ou sintomas da condição-alvo) para prevenir a ocorrência de doença. Exemplos incluem o controle do hábito de fumar, etilismo ou a imunização.

Alguns fatores de risco são responsáveis por grande parte dos anos potenciais de vida perdidos: pressão alta, fumo, baixo peso, excesso de peso, níveis inadequados de colesterol sérico e consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Tais fatores podem ser amenizados com mudanças comportamentais. E dentro da saúde do homem existe a preocupação em reduzir o aumento das doenças crônico degenerativas na população masculina é um dos grandes desafios da atenção básica e é neste espaço que há possibilidade de se encontrar com essa faixa populacional antes do adoecimento (DUNCAN, 2004).

5 CONCLUSÃO

Os resultados gerados nesta pesquisa permitiram reforçar que as questões da masculinidade e suas peculiaridades, uma vez que os mesmos não demonstram tanta preocupação com sua saúde, sendo assim, observou que a baixa procura do homem na unidade básica de saúde e a falta de ações concisas na atenção básica relacionadas a saúde do homem, necessita de uma análise mais profunda sobre as prováveis razões que resultam no alto índice de morbimortalidade masculina.

Outra abordagem evidenciada, na literatura é que a maioria dos homens sofre mais de doenças crônicas de saúde do que as mulheres e morrem mais do que elas pelas mesmas causas de morte. E mesmo com evidências de que as taxas de morbimortalidade terem um peso significativo a área da saúde em geral, ainda assim, a procura dos homens na atenção básica é menos utilizada do que pelas mulheres.

E esse fator, leva a crer que a maioria dos homens só procura os serviços de saúde quando já estão doentes, e essa afirmativa é confirmada, pois em sua grande e esmagadora maioria, desconhecem as políticas de saúde pública voltadas ao seu bem estar, pois concebivelmente é confirmado com as pesquisas que a saúde pública no Brasil tem tradicionalmente priorizado ações voltadas para a criança, a mulher e o idoso, provocando um lapso em relação à assistência ao adulto - o período de vida mais produtivo de uma pessoa, e muitas pesquisas ainda, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às enfermidades graves e crônicas e que morrem mais precocemente do que as mulheres.

Outro ponto que mereceu destaque foram os motivos relatados pelos homens, à principal razão que dificulta à procura dos mesmos à unidade de saúde, para consultas de rotina/prevenção entre outros serviços: os resultados alcançados demonstram que os mesmos se acham invulneráveis aos agravos, sendo adoecer mais feminino, não tem tempo, medo de descobrir alguma doença ou se expor.

Portanto, espera-se que o enfermeiro esteja inserido neste processo principalmente nas questões de educação em saúde para o homem, buscando sensibilizá-los de diferentes maneiras para garantir que o mesmo crie o hábito de utilizar os serviços existentes de forma rotineira, e sempre que possível o enfermeiro realizar estratégias de ações para a busca ativa, pois sua função é ensinar as pessoas a assumirem responsabilidades para que possam conseguir saúde alinhando-se nos princípios que regem os modelos sociais da atenção básica.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. **Atenção primária a saúde e estratégia saúde da família**. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S., AKERMAN M, et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, SP: Hucitec/Fiocruz, 2008. p. 783-836.

ARAÚJO, M. A. L. **Relação Usuária-Profissional de saúde**: Experiência de uma mulher homossexual em uma Unidade de Saúde de referência de Fortaleza. Escola Anna Nery, v.10, n. 2, p. 323-7, ago. 2006.

BACKES, C.; KUNZLER, I. M. Impacto das atividades em grupo para a Saúde do Homem. **Revista de Políticas Públicas**, 2014.

BARBOSA, R. M., FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, suppl2, p. 291-300, 2009.

BEZERRA, E. A. F.; JÚNIOR, J. J. A. O papel do enfermeiro na promoção à saúde do homem: o contexto das unidades básicas de saúde da cidade de Macaíba/RN, **Revista de Políticas Públicas**, 2014.

BONITO, R.F.; LANDÓ, L.; COSTA, D. S. R. Discutindo saúde do homem em Unidades Básicas de Saúde da Família, em Uberlândia, MG. **Rev Em Extensão**; 9 (1):163-172. 2010.

BRANCO. IMBHP. Prevenção do câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas de enfermagem. **Texto Contexto Enferm** 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Saúde do Adulto**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Editora do Ministério da Saúde, 2006.

Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Erly Moura. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS). Editora do Ministério da Saúde, 2012.

Guia de Saúde do Homem. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.

Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília (DF); 2010.

Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2014. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)**: documento a ser apresentado à comissão

Intergestores Tripartite (CTI) com as contribuições do Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM
Princípios e Diretrizes. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.
Área Técnica de Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **CiênciaSaúdeColetânia**. 2005.

CAMPOS, J. N. B. **Qaulis periódicos: conceitos e práticas nas engenharias de biodiversidade**. Brasília – 2013.

CFM, Conselho Federal de Medicina. **A saúde do homem**. Brasília, DF: Norton, 2015.

COELHO, I. B. Os impasses do SUS. **CienSaúdeColet** 2007.

COSTA, L. F.; MIRANDA, M. R. A. C. Visão de coordenadores de enfermagem sobre dimensionamento de pessoal de enfermagem: conceito, finalidade e utilização. **Rev. Latino Am. Enfermagem**. 2008.

COSTA, F. M.; **Geração, Masculinidades e Atenção Primária à Saúde em três cidades do nordeste brasileiro**, Tese (Doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2014.

COSTA, F. M.; MAIA, A. C. B. **Concepções de homens hospitalizados sobre a relação de gênero e saúde**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 25 n. 1, p. 55-63, 2009.

COURTENAY W. H. Construções de masculinidade e sua influência no bem-estar dos homens: uma teoria de gênero e saúde. **SocSciMed** 2005.

COUTO, M. T. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface – **Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, p. 257-270, 2010.

DOYAL, L. **Sexo, gênero e saúde: a necessidade de uma nova abordagem**. British Medical Journal, v. 323, p. 1061-1063, 2001.

DUARTE, S. J. H.; OLIVEIRA, J. R.; SOUZA, R. R. **A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde**. Gestão e Saúde, Brasília-DF. Brasil, v. 3, n. 1, p. 308-317, jan. 2012. ISSN 1982-4785.

DUNCAN, B.B. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

EL BAROUKI, M. P. Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **RevistaPanamericana de Saúde/PanAm J Public Health**, 21(2) 2007.

FIGUEIREDO, W. S. **Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005.

FIGUEIREDO, W. S. **Masculinidade e cuidado: diversidade e necessidade de saúde dos homens na atenção primária.** 2008. Tese (Doutorado)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FONTES, W. D.; BARBOZA, T. M.; LEITE, M. C. **Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço.** Acta Paul Enferm, v. 24, n. 3, p. 430-3, 2011.

FOUCAULT, F. M. **Historia da sexualidade I: a vontade de saber.** São Paulo. Graal, 2005.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. Causas externas no Brasil no ano de 2000: comparando mortalidade e morbidade. **Caderno de Saúde Pública**, 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p.565-574, 2007.

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde.** (Coleção Criança, Mulher e Saúde). Rio de Janeiro: Editora Fio cruz; 2011.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901- 911 2006.

GURGEL, M. G. I.; ALVES, M. D. S.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, P. N. C.; RÊGO, R. M. V.; PASSOS, M. L. L. **Promoção da saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família: concepções e práticas da enfermeira.** Esc Anna Nery (impr.) 2011.

GUTIÉRREZ, N. I. M. Situación de salud sexual y reproductiva, hombres y mujeres homosexuales hospital Maria Auxiliadora. **Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería**, v. 3, n. 1, p. 02-16, 2007.

HECK, J.; RANDALL, V.; GORIN, S.; MENDEZ, J. S. Health care access among individuals involved in same-sex relationships. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 6, p. 1111-1118, 2006.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **A situação do câncer no Brasil**, Coordenação de Prevenção e Vigilância. -Rio de Janeiro: INCA, 2013.

IPPOLITO-SHEPHERD, J. **Escolas Promotoras de Saúde: fortalecimento da iniciativa regional. Estratégias e linhas de ação 2003-2012.** Washington, D.C: OPAS, 2003.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. **Perfil Epidemiológico Da Morbi-Mortalidade Masculina.** Revista Ciência e Saúde Coletiva. v 10, n 1, p.35-46, 2005.

LIMA JR., E. A.; LIMA, H. S. **Promoção de saúde masculina na atenção básica.** Pesquisa em Foco. 2009.

LIMA, J. A.; ZANCAN, G. T. **Educação científica:** uma prioridade nacional. **São Paulo Perspec.** 2009.

MACHIN, R. **Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária.** In: Ciência e Saúde Coletiva: 16 (11), 4503-4512, 2011.

MARCONI, M. D. A. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 2011.

MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais:** pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 3a ed. Rio de Janeiro: Hucitec / ABRASCO; 2004.

NETO, A. F. **O papel do enfermeiro no processo de decisão.** Nursing. São Paulo, 2013.

OLIVEIRA, M. S.; PIMENTA, M. C.; RIOS, F.; BRITO, I. **Passagem segura para a vida adulta:** oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. Rio de Janeiro: ABIA, 2015.

OMS. **Organização Mundial de Saúde, Constituição,** 1946.

PIANCASTELLI, C. H.; DI SPIRITO, G. C.; FLISCH, T. M. P. **Saúde do Adulto** - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012.

ROHDEN, F. **O homem é mesmo a sua testosterona:** promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. *Historias Antropológicas*, 2011.

ROSIQUE, I. **Projeto de extensão saúde do homem,** IESUR, Ariquemes-Ro, 2013.

SCHRAIBER, I. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Caderno de Saúde Pública.** Vol. 26, n. 5, maio 2010.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. **Homens e saúde na pauta da saúde coletiva.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1. 2010.

SEMSA, Secretaria Municipal de Saúde de Itaituba, **Plano Plurianual 2016-2019.** Itaituba-Pa, 2015.

SENA, R. B.; SILVA, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad Saúde Pública.** 2006.

SESPA, **Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará:** Coordenação Estadual de Saúde do Homem, implantação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem para os municípios paraenses. SESPA, Belém-Pa, 2011.

SILVA, C. M. Q. **A Masculinidade como fator impeditivo para acesso aos serviços e ao auto cuidado:** uma revisão de literatura. Curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

SILVA, I. Z.; LIDE, Q. J.; TRACK, L. A. B.; MUNIZ, A. C. **O trabalho em equipe no PSF :** investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. v. 9, n. 16, p. 25-38, 2012.

SILVA, V. L. Q. **Sexualidade Masculina e saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família:** trabalhando com a equipe a pesquisa ação. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2009.

SIQUEIRA, E. L.; OLIVEIRA, G.R.; MENDES, J.D.; XIMENES, J. M.; MORAES, K. M. **Atenção à saúde do homem:** trabalhando a percepção do profissional enfermeiro na Estratégia saúde da família. Sanare 2014.

SOUZA, L. M; SILVA, M. P.; PINHEIRO, I. S. Um toque na masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS) março 32(1), 151-158, 2011.

SOUZA, R.; DUARTE, S.; OLIVEIRA, J. A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. Gestão e Saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde • Vol.03**, jan. 2012.

VERBUGGRE, L. M. Explicações empíricas das diferenças sexuais na saúde e na mortalidade. **Jornal da saúde e comportamento** v. 30, p. 282-304, 2009.

WESTER, S.; CHRISTIANSON, H.; WEI, D. Gender role conflict and psychological distress: the role of social support. **Psychology of Men & Masculinity, Washington**, v. 8, n. 4, p. 215-224, 2007.

WHO.WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Geneva: WHO, 2002.

WOOLF, S.H. Princípios da Atenção Preventiva à Saúde. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil Medicina**. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p.73-76, 2009.

TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, R. A. P. Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro. **Rev. Escola de enfermagem da USP**. v 36. n.1 São Paulo mar. 2002.

SENA E. S. **A abordagem do enfermeiro ao paciente portador de doenças crônico degenerativa diabetes**. UniCeub – Centro Universitário de Brasília. Brasília/DF. Junho de 2007.

OLIVEIRA, J. P. **Portador de Diabetes Mellitus Tipo 2:** mudança de hábitos para adesão ao tratamento. /Juliane Pereira Oliveira. Paracatu, 2010.

FERRARI, N.M. **Perfil quali-quantitativo dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 no Sistema Penitenciário do Paraná**. Monografia. Curso

de Pós-Graduação em Atenção Farmacêutica, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2005.

RODRIGUES I. G; NAKAHATA K. S. Estudos de enfermagem sobre a Doença Renal Crônica. **Ver Enferm UNISA**. 2012; 13(1): 37-42.

APÊNDICE QUESTIONARIO

Pesquisador: Adria Costa Pereira

Orientador: Rosangela Aguiar

Identificação dos sujeitos

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Estado civil _____

Doença crônica: _____

1- Quantas vezes você procurou atendimento no posto de saúde este último ano?

() Nenhuma vez () uma vez () Duas vezes () Mais que duas vezes

2- Como você avalia os serviços prestados pela a equipe de enfermagem do posto

Bom ()

Excelente ()

Ruim ()

3 - Qual é o serviço que você conhece que o posto de saúde Liberdade tem para prevenção de sua saúde?

Prevenção do câncer de próstata ()

Prevenção de problemas cardiovascular ()

Prevenção de (IST'S) Infecções sexualmente transmissíveis ()

4- O que você tem feito para melhorar sua qualidade de vida?

Atividade física ()

Alimentação saudável ()

Medicamentos ()

5- Qual a principal razão que dificulta a sua ida ao Posto de Saúde do seu bairro, para consultas de rotina?

Não adoeço facilmente e por isso não preciso ir ao posto ()

Pela demandade pessoas ()

Vergonha de saber que quem vai o atende-lo é uma enfermeira ()

Trabalho durante o horário de atendimento do posto()

Por medo de saber sobre sua saúde ()

6- Tem diabetes? Sim () Não ()

7- Tem pressão alta? Sim () Não ()

8- Fuma? Sim () Não () Se sim, há quanto tempo? _____

9- Bebe? Sim () Não () Se sim, há quanto tempo? _____

ANEXO A
Solicitação de Autorização para Pesquisa



Centro de Estudos Superiores de Itaituba
FAI – Faculdade de Itaituba

Ofício nº 047

Itaituba, 27 de Novembro de 2017.

Ilma. Sr.^a Ádria Greice da Silva
Diretora Operacional da Secretaria de saúde

Prezada Senhora,

Pelo presente, apresentamos a Vossa Senhoria a acadêmica **Ádria Costa Pereira**, do décimo período do Curso de Enfermagem e para tanto solicitamos sua autorização para que esta possa realizar pesquisa sobre Saúde do homem. Os dados coletados serão utilizados na elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado: **"Saúde do homem na atenção Básica: Análise dos usuários atendidos na UBS liberdade"**. Solicitamos sua autorização para que a aluna possa realizar o seu projeto. Estes dados tem finalidade puramente acadêmica.

Certos de contarmos com vossa colaboração, agradecemos.

Atenciosamente,

Juliane de Almeida Lira
COREN-PA 118820
Coordenadora de enfermagem

Endereço: 4ª rua, Fernando Guilhon, 895 Jardim das Araras- Itaituba/PA
IES Autorizada pela Portaria Nº 2557 MEC/SESUP de 15/09/2003.
Fone: 93.3518.4320 Fax: 93.3518.4319 Site: www.unifaitb.edu.br
E-mail: fai@unifaitb.edu.br

Handwritten signature and date:
30/11/2017