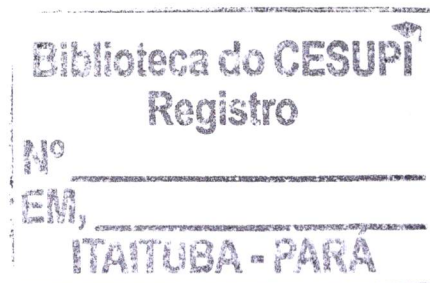




CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA – LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

FERNANDA D'ANELLY VIEIRA DE ARAÚJO
LUANA DA SILVA COSTA
MARIA GABRIELLY DE ARAÚJO

**ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: necessidades e resistência
quanto a procura pelos serviços de saúde na atenção primária no
Bairro Jardim das Araras, Município de Itaituba/PA, Brasil**



Itaituba, PA

2022

FERNANDA D'ANELLY VIEIRA DE ARAÚJO

LUANA DA SILVA COSTA

MARIA GABRIELLY DE ARAÚJO

**ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: necessidades e resistência
quanto a procura pelos serviços de saúde na atenção primária no
Bairro Jardim das Araras, Município de Itaituba/PA, Brasil**

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

Orientador: Prof.^a Mestranda Bruna Santana de Souza
Soares.

Itaituba, PA

2022

FERNANDA D'ANELLY VIEIRA DE ARAÚJO

LUANA DA SILVA COSTA

MARIA GABRIELLY DE ARAÚJO

**ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: necessidades e resistência
quanto a procura pelos serviços de saúde na atenção primária no
Bairro Jardim das Araras, Município de Itaituba/PA, Brasil**

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof.^a Ma. Bruna Santana de Souza Soares Nota: _____

Avaliador: Prof. Esp. Raimison Antônio de Abreu Santos Nota: _____

Avaliador: Prof.^a Ma. Rosângela de Aguiar Rodrigues Nota: _____

Resultado: _____ Nota: _____

Data: 13 de Abril de 2022.

A minha família, ao meu pai **Fernando Gonçalo** em especial à minha mãe **Tereza de Sales** e ao meu esposo **Roberto Dembinski** pelo apoio e pelo amor, carinho e estímulo que me oferecem. Dedico-lhes essa conquista como gratidão.

(ARAÚJO F., 2022)

A Deus primeiramente pela oportunidade, aos meus pais, **Maria do Socorro** e **Manuel Costa** pela força e todo apoio necessário para que eu chegasse aqui, ao meu esposo **Melqui** pelo incentivo e compreensão nas horas de ausência. E principalmente ao meu filho **Lucas** que foi uma das fontes para as minhas inspirações.

(COSTA, 2022)

A Deus e aos meus pais **Eliane de Araújo** e **José Eduardo** pelo incentivo, pelo apoio e as minhas amigas de classe **Fernanda D'Anelly**, **Luana da Silva** e **Marcia Camille** pela compreensão nas horas de ausência.

(ARAÚJO M., 2022)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, que fez com que meus objetivos fossem alcançados, durante todos os meus anos de estudos. Aos meus pais **Tereza de Sales e Fernando Gonçalo** que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho, e aos meus irmãos **Fernando Gonçalo de Araújo Junior, D'Anvelly Antônio e Danielle Camila**. Aos meus sobrinhos **Ana Alice, Nycollas Arthur e Davi Lucca**. Ao meu esposo **Roberto Dembinski** e ao nosso esperado **Erick**, sei que um simples agradecimento desses não irá retribuir tudo que você fez e está fazendo por mim, obrigada por ser essa pessoa incrível, um companheiro exemplar e ter toda a paciência do mundo diante dos momentos de minha ausência.

As minhas amigas **Maria Gabrielly, Luana da Silva e Marcia Camille**, que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de todo o período de tempo em que me dediquei a este trabalho. A professora **Enfa. Bruna Santana**, por ter sido nossa orientadora e ter desempenhado tal função com dedicação e amizade. A todos que participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento desta obra, enriquecendo o meu processo de aprendizado.

Aos meus colegas de curso, com quem convivi intensamente durante os últimos anos, pelo companheirismo e pela troca de experiências que me permitiram crescer não só como pessoa, mas também como formando. À instituição de ensino **Faculdade de Itaituba (FAI)**, por ofertar o curso para meu processo de formação profissional.

(F.D.V.A.)

Ao seu **Huyraja** que confiou em mim e abriu as portas da Faculdade, me dando oportunidade de estudar, serei grata eternamente, aos meus pais **Maria do Socorro e Manuel Costa** e todos os meus irmãos que me incentivaram nos momentos difíceis muito obrigada por tudo. Ao meu esposo **Melqui**, pelo poio e compreensão durante minha ausência enquanto eu me dedicava a realização deste trabalho. E em especial ao meu filho **Lucas** que foi meu grande incentivo e minha fonte de inspirações.

A nossa orientadora **Enf. Bruna Santana**, pela paciência, incentivo, apoio e instrução em uma das etapas mais difíceis da minha vida. Por fim, as minhas amigas e parceiras de classe e da vida **Maria Gabrielly, Fernanda D'Anelly e Marcia Camille**, obrigada.

(L.S.C.)

A minha família, aos meus pais **Eliane de Araújo** e **Jose Eduardo** pelo apoio durante todo o curso, minha irmã **Emanuele Araújo** pelas caronas para a Faculdade e ao meu querido sobrinho **Carlos Emanuel**. As minhas amigas **Fernanda D'Anelly**, **Luana da Silva** e **Marcia Camille** pela amizade e companheirismo. A nossa orientadora **Enf. Bruna Santana**, pela orientação e paciência.

À Todas as pessoas que nos ajudaram durante essa longa caminhada. Por fim peço desculpa para você que acha que seu nome deveria estar listado aqui e não está, mas não consigo me lembrar de todas as pessoas que de alguma forma me ajudaram esses anos, obrigada à todos.

(M.G.A.)

*O Sucesso é a soma de pequenos esforços
repetidos dia após dia.*

"Robert Collier"

RESUMO

A saúde do homem surge como questão a ser estudada a partir do comportamento de risco adotado pelos próprios sujeitos do sexo masculino, a admissão masculina por meio do serviço especializada possibilita agravo da morbidade por descarte da procura de assistência na atenção primária. Estudos afirmam que um percentual significativo de homens não possui hábitos preventivos de agravos a saúde, sendo em muitos momentos negligenciados pelas políticas públicas a esse respeito. O trabalho objetivou identificar as necessidades e fatores que contribuem para resistência masculina a procura pelos serviços de saúde na atenção primária, além de descrever o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa, investigar a presença de agravos na população masculina e identificar o motivo do comparecimento ou ausência a Unidade Básica de Saúde (UBS). A metodologia deu-se do tipo teórico empírico de natureza básica, com abordagem quantitativa, quanto ao objetivo exploratória e procedimento de levantamento, os dados foram coletados através da aplicação de formulário com perguntas fechadas, junto a 200 homens do bairro Jardim das Araras. Quanto aos resultados: sociodemográfico, maior prevalência dos entrevistados quanto a faixa etária de 34 a 49 anos (38,5%), casados (34,5%), evangélicos (43,5%), ensino médio incompleto (33,5%), 1 a 2 dependentes familiares (53%), 1 a 2 salário mínimo (54%), residindo em casa alugada (50%) e construída em alvenaria (75%). Análise dos gráficos: tempo de procura por assistência na UBS foi de 1 a 2 anos (34,5%) fatores que dificultam a aderência ao serviço, relataram a carga de horário extensa (53%), as doenças que mais acometem os entrevistados foram a diabetes (19%); o serviço que mais procuram, o SUS (49,5%). O estudo constatou que a procura pelos serviços de saúde pela classe masculina é escassa, evidenciando a necessidade de implementação de ações voltadas a esse público, logo a pesquisa contribuirá como aporte acadêmico e incentivo a efetivação de políticas públicas de promoção a saúde do homem.

Palavras-chaves: Autocuidado. Prevenção. Homem. Resistência. Patologia.

ABSTRACT

Men's health emerges as an issue to be studied from the risk behavior adopted by the male subjects themselves, male admission through specialized care makes it possible to worsen morbidity by discarding the demand for assistance in primary care. Studies claim that a significant percentage of men do not have preventive habits of health problems, being often neglected by public policies in this regard. This study aimed to identify the needs and factors that contribute to male resistance to seeking health services in primary care, in addition to describing the sociodemographic profile of the research participants, investigating the presence of diseases in the male population and identifying the reason for attendance or absence. the Basic Health Unit (UBS). The methodology was based on the empirical theoretical type of basic nature, with a quantitative approach, regarding the exploratory objective and survey procedure, the data were collected through the application of a form with closed questions, with 200 men from the Jardim das Araras neighborhood. The results of this research showed that the sociodemographic level with the highest prevalence of respondents in relation to age group was 34 to 49 years old (38.5%), married (34.5%), evangelicals (43.5%), incomplete high school (33.5%), 1 to 2 family dependents (53%), 1 to 2 minimum wage/SM (54%), living in a rented house (50%) and built in masonry (75%). Analysis of the graphs gave the relationship between the frequency of care was from 1 to 2 years (34.5%), the factors reported the extensive workload (53%), the diseases that most affect the respondents are diabetes (19%) and the search for SUS (49.5%). The study found that the demand for health services by the male class is scarce, evidencing the need to implement actions aimed at this public, so the research will contribute as an academic contribution and encourage the implementation of public policies to promote men's health.

Keywords: Self-care. Prevention. Man. Resistance. Pathology.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Dados populacionais do gênero feminino e masculino entre os 27
anos de 2019 e 2021. Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra
de Domicílios Contínua - PNAD Contínua 2019,
2021.....
- Figura 2 – Mapa do Município de Itaituba, Estado do Pará. Fonte: Google 34
Maps (2021).....
- Figura 3 – Mapa do Ilustrativo do Bairro Jardim das Araras. Fonte: Google 34
Maps (2021).....

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográficos dos moradores entrevistados no 37
Bairro Jardim das Araras. Fonte: Dados da pesquisa (2021).....

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Resultados Percentuais obtidos por entrevista em relação a frequência de atendimento. Fonte: Dados da Pesquisa (2021).	44
Gráfico 2 –	Resultados Percentuais obtidos por entrevista em relação aos fatores que influenciam a não procura dos serviços de saúde em sua Unidade Básica de Saúde (UBS). Fonte: Dados da Pesquisa (2021).....	45
Gráfico 3 –	Resultados Percentuais obtidos por entrevista em relação as doenças mais comuns que acometem os homens. Fonte: Dados da Pesquisa (2021).....	47
Gráfico 4 –	Resultados Percentuais obtidos por entrevista em relação ao grau de satisfação dos moradores pelo atendimento na UBS Jardim das Araras. Fonte: Dados da Pesquisa (2021).....	49
Gráfico 5 –	Resultados Percentuais obtidos por entrevista em relação aos serviços de saúde que mais recorrem. Fonte: Dados da Pesquisa (2021).....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS –	Atenção Primária a Saúde
CIT –	Comissão Intergestores Tripartite
CNS –	Cadastro Nacional de Saúde
DAEM –	Distúrbio Androgênio do Envelhecimento Masculino
DATASUS –	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DPOC –	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSS –	Determinantes Sociais da Saúde
ESF –	Estratégia Saúde da Família
HAS –	Hipertensão Arterial Sistêmica
HPB –	Hiperplasia Prostática Benigna
IBGE –	Índice Brasileiro de Geografia e Estatística
MS –	Ministério da Saúde
PNAB –	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD –	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISH –	Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem
PNS –	Programa Nacional de Saúde
SEAD –	Sistema Estadual de Análise de Dados
SUS –	Sistema Único de Saúde
TCLE –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS –	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
2.1	O HOMEM SOB O OLHAR DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE.....	17
2.2	MASCULINIDADE E SAÚDE: UMA QUESTÃO DE GÊNERO.....	19
2.3	POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	21
2.4	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRADA A SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)	22
2.5	INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS DO GÊNERO MASCULINO....	26
2.6	INDICADORES DE MORTALIDADE FEMININA E MASCULINA.....	27
2.7	PATOLOGIAS MAIS INCIDENTES NA POPULAÇÃO MASCULINA.....	29
3	METODOLOGIA.....	33
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	33
3.2	LOCAL DE ESTUDO E DADOS AMOSTRAIS.....	33
3.3	INSTRUMENTO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	35
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	35
3.5	ANÁLISES DOS RISCOS E BENEFÍCIOS.....	35
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	36
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
5	CONCLUSÃO.....	51
	REFERÊNCIAS.....	52
	APÊNDICES	
	ANEXO	

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados da PNAD Contínua (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua) 2019, o número de mulheres no Brasil é superior ao de homens. A população brasileira é composta por 48,2% de homens e 51,8% de mulheres, com previsão proposta para 2021 de uma população total de 211.755.692 habitantes (IBGE, 2010).

O diagnóstico sobre a situação da saúde dos homens, por meio dos dados epidemiológicos, sinaliza a necessidade de ações urgentes no enfrentamento de altos índices de morbimortalidade da população masculina.

Muitos homens possuem dificuldades em identificar suas necessidades de saúde, talvez por descartarem em alguns momentos a possibilidade de adoecerem, e quando sentem carência pela busca de um serviço básico de saúde, muitas vezes a carga horária de trabalho coincide com os horários de funcionamento dessas instituições, levando-os a buscá-los em casos de urgência/emergência, já em níveis especializados, o que justifica a pouca presença a esses locais (LEMOS *et al.*, 2017; BARROS *et al.*, 2018).

A admissão masculina por meio da atenção especializada possibilita agravamento da morbidade por descarte a procura de assistência na atenção primária, além de elevar os custos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Logo, o Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), norteia as ações voltadas a saúde masculina, visando estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros, está alinhado à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), porta de entrada preferencial ao SUS e preza pela humanização da assistência, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados de saúde (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010).

Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), (2010), a população estimada total de residentes do município de Itaituba-PA, é de 101.541 habitantes. Cidade pertencente à Mesorregião do médio tapajós, localizada no norte brasileiro, considerado o décimo quarto município mais populoso do estado, sendo 49.681 habitantes do sexo masculino, somando assim mais de 50% de seus habitantes, sendo que destes cerca de 15% residem no Bairro Jardim da Araras.

Através dos referidos dados levantou-se os seguintes questionamentos: Qual o perfil sociodemográfico dos participantes? Quais os agravos que mais acometem a

população do estudo? Quais os motivos do comparecimento ou ausência em atendimentos nos serviços de saúde na atenção primária?

A presente pesquisa objetivou identificar as necessidades e fatores que contribuem para resistência masculina a procura pelos serviços de saúde na atenção primária, além de descrever o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa, investigar a presença de agravos na população masculina e identificar o motivo do comparecimento ou ausência a UBS. O estudo ocorreu no Bairro Jardim das Araras, município de Itaituba, Estado do Pará, sendo do tipo teórico empírico, com abordagem quantitativa, quanto ao objetivo exploratório e procedimento de levantamento.

Segundo Gomes *et al.* (2017), a baixa adesão do público masculino aos serviços de saúde dificulta 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 à fraqueza, medo e insegurança. Logo estudos voltados a temática favoreceram o embasamento de outras pesquisas, contribuindo para reformulação e potencialização de políticas públicas de relevância social ao público masculino, afim de promover medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos, elevando a qualidade de vida dos homens.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O HOMEM SOB O OLHAR DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE

É notável a escassa presença de homens nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), uma vez que estes somente a procuram quando observam a manifestação sintomatológica de alguma doença. O imaginário social de masculinidade ideal inibe as práticas do cuidado preventivo, sendo este rejeitado. Em casos extremos, isso porque encontram várias dificuldades ao buscar o serviço de atenção primária, também, chegaram à conclusão de que o atendimento não é rápido, tão pouco pontual, dando prioridades assim, aos hospitais e prontos socorros (PINHEIRO, *et al.*, 2002; SCHRAIBER, *et al.*, 2018).

Outro fator justificador da ausência dos homens nos serviços de saúde se relaciona ao medo da descoberta de doenças graves e aos procedimentos terapêuticos que venham a ser instituído. Além da incompatibilidade entre os horários de trabalho e do funcionamento das unidades, os aspectos burocráticos tais como, dificuldade de acesso, enfrentamento de filas, acolhimento deficiente e principalmente demoras nos atendimentos, não resolução das demandas, protelamento do caso levando a desistência do usuário. Ressaltando, visto as questões de horário de oferta de serviços, existe a necessidade de mudanças nas estratégias dos serviços para uma maior adesão dos homens a uma unidade de saúde, da capacitação/qualificação contínua de equipes de profissionais para o atendimento dos mesmos (PINHEIRO, *et al.*, 2002; SILVA, *et al.*, 2012; OLIVEIRA, *et al.*, 2018).

O enfermeiro desempenha um papel dominante na construção do sistema de cuidados, por ser capaz de interagir amplamente com todos os profissionais da saúde. Nesse sentido, gerencia os conhecimentos pertinentes ao exercício do trabalho assistencial da enfermagem e dispõe de autonomia para avaliar necessidades assistenciais do sujeito, decidindo sobre o cuidado. O enfermeiro mostra-se capacitado o suficiente para potencializar as ações da equipe multiprofissional de uma ESF, afim de exercer a promoção a saúde de maneira eficaz junto a população masculina de sua comunidade (BRITO; SANTOS; MACIEL, 2010).

Neste aspecto, devem-se reforçar as ações e campanhas de educação em saúde, visando promover a sensibilização e o alerta da população, não somente a masculina, mas a população em geral, para a importância da adoção de hábitos de vida saudáveis e da necessidade de se procurar os serviços de saúde para instituição

de atitudes preventivas, especialmente ofertadas pela atenção primária (BRASIL, 2011).

Conforme Moreira *et al.* (2016), apesar de poucos homens terem conhecimento a respeito da PNAISH, não se mostrou suficiente como incentivo a procura pelos serviços primários de atenção à saúde. Logo profissionais desses serviços buscam estratégias para atrair a população masculina, principalmente através da oferta de exames de rotina. Nesse sentido, estudos sobre esse contexto, podem desencadear transformações no processo de acolhimento do homem pelos profissionais de saúde, bem como influenciar o planejamento de ações voltadas a saúde masculina (ROSA; PELEGRINI; LIMA 2011).

Segundo Osório; Servo; Piola, (2011), vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado as dificuldades masculinas em expressar e revelar as suas necessidades de saúde com consequente diminuição da procura pelos mesmos na atenção básica. Esse fato associado ao comportamento social dos homens, onde poder, força e sucesso, são considerados atributos característicos masculinos, resultam em situações que predispõem às doenças graves e crônicas, o que faz com que os homens morram mais precocemente que as mulheres.

Para Costa-Júnior e Maia (2009), os homens ficam mais doentes, por muitas vezes negligenciarem os cuidados a sua saúde, descartando medidas preventivas e adiando visitas ao médico, receios principalmente com o resultado de diagnóstico grave. preferem utilizar serviços de saúde como farmácia ou pronto socorros, ainda que tais serviços sejam limitados às demandas emergenciais, nesses locais são atendidos rapidamente e podem revelar, de forma breve e superficial, seus problemas de saúde (BRAZ; FIGUEREDO, 2005).

Atenção Primária a Saúde (APS) funciona como porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, obteve avanços desde a criação da ESF, seja ampliando o acesso da população aos serviços, ou disponibilizando mais ações de promoção, prevenção e tratamento. Porém, muitos desafios ainda precisam ser enfrentados para que se alcance mais equidade, dentre eles destacam-se, A valorização da APS na rede de serviços de saúde, o aumento de sua resolutividade e o cuidado de focar as necessidades em saúde da população (BRASIL, 2011)

Entre esses desafios, destacamos a valorização da APS na rede de serviços de saúde, o aumento de sua resolutividade e o cuidado de focar as necessidades em saúde da população (BRASIL, 2011).

Os serviços de saúde devem identificar as necessidades de saúde dos homens e intervir com ações de promoção, e prevenção de agravos. Faz-se necessário refletir sobre o contexto que os envolvem, considerando o desafio de incluí-los nas políticas públicas, considerando a deficiência dos serviços em gerir as demandas masculinas, afastando-os, quando deveriam captá-los (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2018).

2.2 MASCULINIDADE E SAÚDE: UMA QUESTÃO DE GÊNERO

Ao homem se associa a imagem do provedor e protetor, da autoridade, agressividade, da força e virilidade, da autonomia, do domínio do mundo externo, dos espaços públicos. Por outro lado, à mulher atribui-se a fragilidade, submissão, o carinho, o cuidado dos filhos, dos doentes e da casa, o espaço privado. Ressaltam que constituição do homem com base no patriarcalismo agregou diversas responsabilidades para o indivíduo desde muito cedo, tinham que acatar tudo que era lhe imposto. O homem não chora, não adoece, não é fraco, nem perdedor, o colocava e uma posição de super herói (VILLELA, 2005; SOUSA, *et al.*, 2020).

Devido a essa ideologia, o ser homem passou a entender que certos assuntos não eram pertinentes a ele e sim a mulher. Por motivo de representação cultural, o gênero masculino é frequentemente associado ao não cuidado de si. Então pode ser explicado pelo fato de os homens geralmente responderem a um ideal de masculinidade que se reflete na não valorização da sua saúde (SOUSA, *et al.*, 2020).

Por meio desse modelo, os homens manifestam sua masculinidade e rejeitam comportamentos tidos como femininos. Muitas vezes, não demonstram o que pensam e sentem medo de demonstrar sua fragilidade. Nesse sentido os homens sentem medo e vergonha de sua vulnerabilidade e do adoecimento, considerando o autocuidado como atributo feminino, enquanto os homens são ensinados a serem fortes e resistentes. Isso ocorre devido aos ensinamentos repassados desde os primórdios onde o homem não demonstrava os seus sentimentos por medo de demonstrar sua fragilidade. (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; BARBOSA, *et al.*, 2014).

O padrão de masculinidade faz com que, muitas vezes, os homens, por medo, vergonha e preconceitos, sejam impedidos de assumir que necessitam de cuidados. Isso se reflete na área da saúde pública, quando se nota a ausência de ações

preventivas e de promoção da saúde para os homens, revelando a iniquidade presente nos serviços de saúde de baixa complexidade (BRITO; SANTOS, 2010).

A relação entre homem e saúde parece não combinarem, porém apesar das dificuldades que envolvem a saúde masculina, o Brasil tem se mostrado atuante quanto a implementação de medidas preventivas de doenças, agravos e de promoção da saúde. No entanto, não é uma tarefa fácil perceber os homens, uma vez que tende a não adotar hábitos saudáveis, pois eles têm se mostrado ainda pouco ativos no cuidado com ela (SANTO; FERREIRA, 2013; SOUSA, 2018).

No entanto, não é uma tarefa fácil perceber os homens, quando o assunto é saúde, pois eles têm se mostrado ainda pouco ativos no cuidado com ela e, quando procuram ajuda, às vezes, esbarram em obstáculos, como a falta de um olhar adequado dos(as) profissionais da saúde e de serviços que acolham as demandas masculinas (CZERESNIA, 2003). Portal da Saúde (2012), afirma que busca compreender a saúde enquanto práticas de cuidado e bem-estar e não somente doença é um desafio para os homens e cabe aos profissionais da saúde, ajudá-los nesse processo.

De acordo com Gomes (2012), no que diz respeito à atenção à saúde dos homens, e principalmente para que as ações voltadas a esse público tenham êxito, faz-se necessário compreender a existência de uma pluralidade de formas de exercer a masculinidade, não restringindo-se a um único modelo, dito hegemônico. Essas variadas formas de masculinidade são influenciadas por vários fatores, como a raça, classe social, grupo etário, etc. e devem ser considerados pelos serviços e profissionais de saúde ao elaborarem ações voltadas aos homens.

Existe ainda uma baixa procura do gênero masculino por serviços de saúde, presumindo-se que, em sua autopercepção com relação à saúde, o homem sinta-se saudável. Porém, a transmissão de modelos de masculinidade estereotipados pode influenciar na construção da identidade masculina e no cuidado com a sua saúde (GOMES, 2010).

É difícil definir o termo gênero, mas alguns autores conceituam gênero como as formas como somos socializados, nossos comportamentos e modos de agir, nossas características sociais em sermos homens e mulheres e como esses modelos, geralmente estereotipados, são pensados (PROMUNDO, 2008).

Os profissionais de saúde reconhecem as dificuldades dos homens usuários da atenção básica de buscarem cuidados preventivos em saúde, revelando que a

construção do modelo hegemônico de masculinidade dificulta a procura por serviços de saúde, perpetuando a visão curativa do processo saúde-doença e ignorando as medidas de prevenção e promoção da saúde, disponíveis no âmbito da atenção básica (MOURA, 2012).

Ao analisar as relações entre masculinidade e cuidados de saúde, observa-se que a percepção dos homens sobre a saúde recai sobre a necessidade e dificuldade em procurar os serviços, fazendo com que estes retardem ao máximo a busca por assistência e só procuram quando não conseguem lidar sozinhos com seus sintomas (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

Tais relatos revelam o reflexo da ausência dos homens no âmbito da atenção básica e reafirmam que eles acessam os serviços especializados de saúde com quadros de morbidade já instalados e, muitas vezes, em fases crônicas, gerando sobrecargas nos custos vinculados à saúde, sem que tenha deixado evidências do fluxo de atendimento sem seguir o fluxo de atenção das redes de cuidado preconizado pelo SUS (BRASIL, 2017).

2.3 POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Entre as prioridades do Pacto em Defesa da Vida, encontra-se a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que ratifica o compromisso do Ministério da Saúde (MS), na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS. Trata-se de uma política transversal, integrada e intersetorial, que dialoga com as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privados e não governamentais e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população, de forma que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde. Nesse sentido, o SUS, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde (BRASIL, 2010; BUSS, 2019).

A Política Nacional de Promoção da Saúde foi revisada no ano de 2015 visando se adequar aos novos desafios e compromissos no contexto da saúde nacional. Ela destaca a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, com o imperativo da participação social e dos movimentos populares, em virtude da impossibilidade de que o setor sanitário responda sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde. Para tal, toma como referência alguns

temas transversais para a formulação de agendas de promoção da saúde e para a adoção de estratégias e temas prioritários, operando em consonância com os princípios e os valores do SUS, como:

- Determinantes Sociais da Saúde (DSS);
- Equidade e respeito à diversidade;
- Produção de saúde e cuidado;
- Vida no trabalho;
- Cultura da paz e direitos humanos, entre outras (BRASIL, 2015).

O objetivo principal dessa política é promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2015).

2.4 POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)

Foi instituída por meio da Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Frisa por ser um programa pioneiro dentre os países da América Latina, lançado após 20 anos de implantação do SUS no Brasil. Realça abranger a faixa etária de 20 a 59 anos, melhorando a assistência ofertado aos homens por meio de ações desempenhadas de informação, proteção e promoção da saúde assim como tratamento e recuperação de agravos, além de uma mudança cultural no que diz respeito ao comportamento masculino nessa área (BRASIL, 2009).

A PNAISH está alinhada com a PNAB – porta de entrada preferencial ao SUS – primando pela humanização da atenção, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde. Ela norteia as ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros (BRASIL, 2008).

Tendo como objetivo “promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população 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, p. 12, 2008). Além disso, a PNAISH propõe uma reorientação das ações de saúde, com foco na ESF, de modo que essa política seja integrada e executada juntamente com as demais políticas, programas, estratégias e ações do MS (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Sendo assim, as ações de educação em saúde com foco na noção de risco acabam por isolar determinantes, desconsiderando a complexidade de práticas sociais. Nesse caso, as chances de adoecimento relacionam-se, isoladamente, à comportamentos inadequados em saúde, ignorância ou irresponsabilidade. Já nas ações de educação em saúde com foco na noção de vulnerabilidade, são considerados de forma integrada determinantes individuais, coletivos e contextuais do processo saúde-doença (SANTOS; BALDISSERA; TOLEDO, 2019).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2009, no âmbito do SUS, institui-se a PNAISH considerando: os altos índices de morbimortalidade que representavam verdadeiros problemas de saúde pública; os coeficientes de mortalidade masculina são consideravelmente maiores em relação aos coeficientes de mortalidade feminina; necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta linha de cuidados voltada para a população masculina; necessidade de apoiar ações e atividades de promoção de saúde para facilitar e ampliar o acesso aos serviços de saúde por parte dessa população; necessidade de apoiar e qualificar profissionais de saúde para atendimento a essa população (BRASIL, 2009).

A PNAISH engloba a população masculina de 25 a 59 anos, tem como principais indicadores de mortalidade, respectivamente: causas externas; doenças do aparelho circulatório; neoplasias; doenças do aparelho digestivo; e doenças do aparelho respiratório. A violência em seu sentido amplo deve ser compreendida como determinante dos indicadores de morbimortalidade por causas externas em todas as suas dimensões, que são: acidentes por transporte, agressões e lesões autoprovocadas voluntariamente e/ou suicídios. Os princípios da Política são a humanização e a qualidade, que englobam a promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo suas peculiaridades sócio culturais. (BRASIL, 2009)

A PNAISH objetiva orientar ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção.

Nela há a ênfase nas mudanças de paradigmas da população masculina em relação ao cuidado de sua saúde e sua família. Os aspectos educacionais e os serviços públicos de saúde sejam organizados para acolher e fazer com que o homem se sinta integrado (BRASIL, 2009).

A Política busca oferecer subsídios à reflexão dos determinantes da saúde do homem, bem como apresenta diversos elementos condicionantes para a sua saúde, resguardando a consideração da necessidade de ações de promoção e prevenção, além da recuperação. A participação do homem nas ações é ao mesmo tempo, necessário e desafiadora, uma vez que as reivindicações de uma política de saúde mais integral, direcionada para a população masculina, poderia, à primeira vista, ser tomada como um movimento contrário ao empenho de promover programas de gênero masculino (BRASIL, 2009; BRAZ, 2019).

Para efetivar essa política, foram deliberadas responsabilidades as instituições, definidas de acordo com as diretrizes advindas do Pacto pela Saúde de 2006, para serem cumpridas pelos estados, destacando-se “promover junto à população”, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a política ora proposta, bem como promover, na esfera de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política (BRASIL, 2009)

No estudo de Vieira *et al.* (2011), essa política propõe qualificar a atenção básica à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção, ou seja, promover, prevenir e assistir os homens compreendendo suas particularidades. Sobre a baixa procura dos serviços de atenção básica. Fontes *et al.* (2018), destacam, a ocorrência de uma baixa acessibilidade da pelos homens aos serviços de atenção primária, o que aponta uma vulnerabilidade desses sujeitos, constituindo um importante problema de saúde, haja vista que a busca pelos serviços de saúde, que é muito pequena, está atrelada a um quadro clínico de morbididade já cronificado com repercussões biológicas, psicológicas e sociais para sua qualidade de vida, além de onerar o SUS.

Para cumprir esses objetivos, é necessário estimular os serviços de saúde, sejam públicos ou privados, para implementar a rede de atenção integral seguindo as linhas de cuidado; qualificar os profissionais da Atenção Primária para o atendimento à saúde do homem no que se refere a questões específicas como sexualidade, disfunções sexuais, masculinas e infertilidade; nas ações educativas , inserir

discussões sobre questão de Gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico racial; e, principalmente, orientar e incentivar a população masculina sobre a importância do cuidado com sua própria saúde por meio de ações educativas e comunicação social (BRASIL, 2009).

Segundo Gomes *et al.* (2018), expõe que maior parte dos programas são destinados ao público feminino e quando são para ambos os sexos, a maioria frequentadora são mulheres, o que gera desconforto de vergonha dos homens em fazer perguntas na presença de mulheres. Isso pode ser explicado de acordo com Silva *et al.* (2018), pois a sociedade impõe que o homem não pode ser frágil, tão pouco vulnerável, não podendo vivenciar medo, angústia, ansiedade e outros sentimentos.

Para Silva *et al.* (2012), mesmo com a existência da PNAISH há a necessidade de conhecer as políticas e programas para realizar um programa para capacitar os profissionais de saúde, principalmente os da área de Enfermagem, para que esses possam realizar assistência à população masculina atendendo suas demandas de acordo com suas características.

Sobre a implementação da PNAISH em âmbito nacional, Leal *et al.* (2012) observaram em cinco casos de cada Macro Região do país para ver como foi a formulação e implementação da Política e foi constatado o desconhecimento dos agentes implementadores sobre a PNAISH, a rede local de atenção à saúde do homem, as técnicas para desmistificar o conceito de gênero.

No mesmo estudo essa implementação esbarrou na ausência de condições institucionais, como uma estrutura organizacional, uma rede consolidada de atenção, e recursos em geral, especialmente humanos. Constataram também que os profissionais das cinco Macrorregiões que conheciam a PNAISH afirmaram que a política preconiza a atenção à saúde do homem, porém não cria mecanismos para realizá-lo na prática (GOMES, 2008).

Os profissionais de saúde devem ter um olhar qualificado e adequado para uma assistência mais eficiente e eficaz de acordo com a população masculina para que esse grupo que historicamente se exclui do acesso integral à saúde se sinta inseridos totalmente nos sistemas de atenção ao homem. O modelo de organização dos serviços de saúde e as ações desenvolvidas pelos profissionais responsáveis por cuidar da população masculina devem ser repensados buscando a aumentar a participação masculina, incentivá-los para o autocuidado e adesão nas ações preventivas específicas do gênero masculino (GIL, 2008).

Segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007) os serviços públicos costumam ser percebidos como um espaço feminino, frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maior parte, por mulheres. Essa situação 21 provocaria nos homens a sensação de não pertencerem àquele espaço.

Assim observamos que o homem tem dificuldades de buscar os serviços de atenção básica. Para Vieira *et al.* (2011), entendem-se que para consolidar a PNAISH é imprescindível vencer barreiras políticas, econômicas, sociais e culturais, que envolvem o conhecimento aprofundado da saúde do homem e a compreensão de suas particularidades, considerando enfoque no gênero intrínseco a essa população. Além disso, tem que tomadas medidas de educação em saúde tanto para profissionais como para os homens e suas famílias, com o objetivo de esclarecê-los sobre a necessidade de buscar informações e procurar precocemente os serviços de saúde.

2.5 INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS DO GÊNERO MASCULINO

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Sistema Estadual de Análise de Dados (SEAD) são instituições que disponibilizam a população informações relacionadas à situação demográfica, socioeconômica, saúde, trabalho, entre outras – sendo, portanto, importante fonte para pesquisas relacionadas (SIQUEIRA, 2005).

O uso dos indicadores demográficos nos permite conhecer as características de uma determinada população e sua evolução ao longo do tempo no território. São indicadores: população; razão entre os sexos; crescimento populacional; taxa de fecundidade; taxa bruta de natalidade; mortalidade proporcional por idade em menores de um ano; esperança de vida ao nascer; índice de envelhecimento, entre outros (MORAIS, 2008).

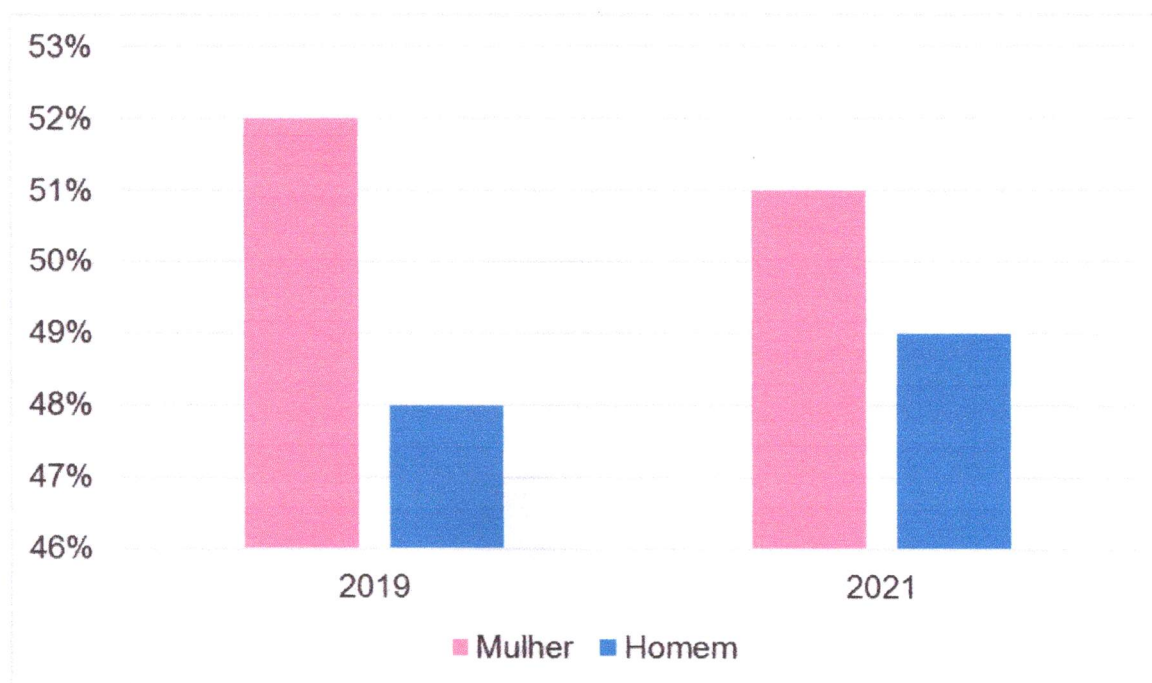


Figura 1 – Dados populacionais do gênero feminino e masculino entre os anos de 2019 e 2021.
Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua 2019, 2021.

No gráfico 01 é possível notar em comparação aos censos de 2019 e 2021 pelo IBGE, a população do Brasil já ultrapassou 212 milhões. Em 2019 a população era de ao total de 210.147.125, contabilizando (51,8%) de pessoas do gênero feminino e (48,2%) do gênero masculino. Dados recentes de 2021 estimam que alcançamos, ao total, 206.081.432 habitantes. Atualmente, contabilizamos aproximadamente 106.338.018 (51%) de pessoas do gênero feminino e 99.743.414 (49%) do gênero masculino, ao passo em que nossa pirâmide etária vem passando por constantes modificações com o passar dos anos (IBGE, 2019 e 2021).

Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil DATASUS (2010), o aumento e/ou diminuição do percentual da população masculina em relação à feminina pode estar associado, entre vários fatores, aos indicadores de natalidade e mortalidade.

2.6 INDICADORES DE MORTALIDADE MASCULINA E FEMININA

Segundo dados da PNAD Contínua (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua) 2019, o número de mulheres no Brasil é superior ao de homens. A população brasileira é composta por 48,2% de homens e 51,8% de mulheres.

O diagnóstico sobre a situação da saúde de homens, por meio dos dados epidemiológicos, sinaliza a necessidade de ações urgentes no enfrentamento de altos

índices de morbimortalidade da população masculina. De acordo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o total da prevalência da população residente do Brasil, em 2021, segundo sexo e 211.755.692 (IBGE, 2010).

Segundo Schraiber *et al.* (2018), mesmo inseridos em diferentes contextos sociais, os homens têm a mesma percepção sobre o acesso a saúde primária. Ainda, a pesar de não negarem as necessidades de cuidados referentes a saúde, só buscam ajuda quando não conseguem mais lidar com seus sintomas.

A maioria dos indicadores tradicionais de saúde mostra, com clareza, a existência desse diferencial, sendo maior a mortalidade masculina em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas; também as esperanças de vida ao nascer e em outras idades são sempre menores entre os homens (IBGE, 2013).

John Graunt, em 1662 apresentou pela primeira vez dados sobre mortalidade e mostrava o que ocorria com os homens e com as mulheres, na população que morria em Londres. Desde então, foi o primeiro a descrever a sobre mortalidade dos homens. À medida que outras cidades, regiões ou países passaram a elaborar suas estatísticas de mortalidade, o mesmo fato foi constatado, tornando-se, até hoje, uma constante.

Diante da realidade vista, percebeu-se que deve haver uma melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para redução da morbidade e mortalidade desta população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, as ações e aos serviços de assistência integral a saúde (BRASIL, 2019).

A maior mortalidade masculina é observada não somente quanto aos números absolutos e respectivos coeficientes, mas também quanto a causas. Excetuando-se as doenças próprias ou específicas do sexo, para praticamente todas as causas, são maiores os coeficientes masculinos, sendo tal fato observado em todas as idades. O padrão de mortalidade masculina, no Brasil, segue aqueles observados em outros países, desenvolvidos ou em desenvolvimento (IBGE, 2010).

De acordo com as pesquisas os homens costumam ir menos ao médico, dão pouca atenção a pequenos sintomas que surgem no dia a dia e, muitas vezes, acham que se preocupar com a saúde não é importante. Quando se trata de saúde e bem-estar, uma parcela considerável dos homens ainda é muito negligente. Esse é um dos motivos que levam os brasileiros a terem menor expectativa de vida do que as mulheres (BRASIL, 2010).

Entre as principais enfermidades e agravos que acometem os homens, aproximadamente 75% delas estão concentrados em cinco grandes áreas especializadas: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia, além das causas externas, que representam um grande problema e com forte impacto na mortalidade e morbidade da população masculina, algumas dessas enfermidades e agravos, são : hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças pulmonares (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC, asma e pneumonias comunitárias), doenças osteoarticulares, além das doenças transmissíveis (tuberculose, hepatites virais e aids) e tabagismo (BRASIL, 2008).

2.7 PATOLOGIAS MAIS INCIDENTES NA POPULAÇÃO MASCULINA

Entre as várias especialidades médicas existentes, poucas despertam tantas especulações como a urologia. O principal foco de atuação e cuidado dos urologistas é o trato geniturinário, que engloba não apenas pênis e testículos, mas também rins, ureteres, bexiga, próstata e vesículas seminais (BRASIL, 2010).

O envelhecimento humano, por mais saudável que seja, passa por uma série de eventos que podem afetar a qualidade de vida, principalmente os referentes à saúde do homem - cálculos urinários, infecções urinárias de repetição, disfunções sexuais e do desenvolvimento genital, incontinências urinárias e alguns tipos de tumores relacionados ao trato urinário e que se apresentam ao longo de todas as etapas da vida. Elas são diagnosticadas, tratadas e acompanhadas pelos urologistas. No entanto, os homens hesitam em procurá-lo por medo, desconhecimento e até preconceito.

Observa-se que a maioria das doenças mais importantes para os homens têm importância para as mulheres, e vice-versa, não se deve focar nas diferenças, e não pensar somente em câncer de próstata. A carga de doença causada pelo câncer de próstata é de cerca de um terço da carga de doença causada pelo DPOC, que é apenas a décima doença mais importante para os homens. As doenças que mais distinguem os homens das mulheres são problemas mentais e sociais: a violência, os acidentes, e os transtornos relacionados ao uso de álcool, tabaco e drogas ilegais (BRASIL, 2008).

Em relação ao tabagismo, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) apresenta que os homens usam cigarros também com maior frequência que as mulheres, o que lhes acarreta maior vulnerabilidade a doenças cardiovasculares, câncer, doenças

pulmonares obstrutivas crônicas, doenças bucais e outras, relacionadas ao uso do cigarro.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), considerada a terceira causa de morte entre a população masculina - os Tumores - vêm apresentando proporções assustadoras. Os tumores que incidem com maior frequência na faixa etária dos 25 - 59 anos, são oriundos dos aparelhos digestivo, respiratório e urinário. No Brasil, o tumor que atinge a maioria da população masculina após os 50 anos, é o câncer de próstata.

Fernandes (2010) diz que, o câncer e as doenças cardiovasculares evidenciam as principais causas de morte em países desenvolvidos, e no Brasil isso não é distinto. A magnitude do problema deve aumentar ainda mais devido ao aumento da expectativa de vida, lembrando também que a idade pode ser classificada como um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças (BRASIL, 2009).

Acredita-se que o diagnóstico precoce das doenças que atingem os homens evita complicações e aumenta chances de cura, inclusive do câncer de próstata. Para ter mais qualidade de vida, o homem deve ter uma boa alimentação, praticar esportes, evitar álcool, fumo e uso de drogas, além de sempre se prevenir nas relações sexuais (BRASIL, 2008).

A próstata é uma glândula presente exclusivamente nos homens e sua função principal é a produção de substâncias envolvidas na formação do líquido ejaculado durante uma relação sexual. Seu desenvolvimento começa no período fetal, por ação da testosterona. Até a puberdade, a glândula irá atingir seu tamanho normal (cerca de 20 gramas). Depois dos 30 anos, a próstata só volta a crescer caso ocorra o processo de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) (BRASIL, 2008).

A HPB, caracterizada pelo aumento benigno da próstata, é uma doença extremamente comum e guarda relação íntima com o envelhecimento, de tal maneira que, por volta dos 80 anos, cerca de 90% dos homens podem ser acometidos por ela. O envelhecimento, encarado de forma negativa por muitos, deveria ser visto como uma realização, afinal, o sucesso no processo da vida é sobreviver o bastante para procriar e passar experiência aos descendentes. É errado chamar o idoso de velho, pois alguns gozam de mais saúde e disposição do que muitos com uma idade cronológica baixa (BRASIL, 2009).

No entanto, não é incomum que homens em fase de envelhecimento apresentem queixas clínicas diretamente relacionadas ao avançar da idade,

manifestações que trazem desconforto e diminuem a qualidade de vida. Cansaço, falta de concentração, esquecimento, perda de força muscular, disfunção erétil, perda da libido, entre outras, podem estar relacionadas ao Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino (DAEM), popularmente chamado de “andropausa” ou “menopausa masculina” (BRASIL, 2008)

A DAEM é uma das características do envelhecimento do homem e se relaciona à diminuição da testosterona, o hormônio sexual masculino. Ela é produzida nos testículos através de células estimuladas por hormônios da hipófise, uma glândula localizada no cérebro. A importância da testosterona é quase indescritível. Na puberdade, é a principal responsável pelo desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários masculinos, fazendo com que o pênis cresça, a próstata se desenvolva, os pelos do corpo aumentem e a voz engrosse (BRASIL, 2008)

Dizem que só uma dor se compara à do parto: a dor de uma cólica renal. É difícil saber se esta afirmação é verdadeira ou não, pois dor é algo bastante subjetivo, mas é fato que é muito doloroso expelir um cálculo renal. A formação de pedras nos rins acomete cerca de 6% da população. Não obstante, o risco de formação de outros cálculos após a primeira crise é de cerca de 50% no período de cinco anos (GIL, 2008).

Existem inúmeros fatores que levam à formação de um cálculo: ambientais, climáticos, geográficos, tipo de ocupação trabalhista, dieta com alto teor de proteínas e sal e baixa ingestão de água. Além disso, há fatores genéticos envolvidos, de modo, que em algumas famílias podemos encontrar vários indivíduos com cálculos. A forma de apresentação clínica mais comum é a cólica renal. O indivíduo normalmente apresenta dor intensa (tipo cólica) de início súbito, que se localiza no flanco e órgãos genitais (GOMES, 2008).

Para Júlio *et al.* (2019), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a elevação persistente dos níveis da pressão arterial a valores iguais ou maiores do que 140 mmHg por 90 mmHg, determinados em mais de duas medições, com aparelho calibrado e por um profissional capacitado, a hipertensão é responsável por mais de 37% das causas de morte no Brasil. Atinge, aproximadamente, 30 milhões de brasileiros, dos quais, cerca de 50% não sabem que são hipertensos por não terem, muitas vezes, sintomas, aumentando os riscos de complicações pela falta de intervenção adequada.

A disfunção erétil é a incapacidade de manter o pênis ereto para uma satisfatória relação sexual. No final da década de 1990, o surgimento de novos medicamentos para a disfunção (bem como as intensas campanhas publicitárias que os acompanharam) aumentaram a atenção sobre o tema. Disfunção erétil é um assunto sobre o qual muitos homens evitam falar, mas atinge, em algum grau, 25 milhões de brasileiros acima dos 18 anos. A disfunção erétil pode ter origem em diversos fatores, sejam eles físicos, psicológicos ou até mesmo comportamentais, como o uso de bebidas alcóolicas e tabagismo (GOMES, 2008).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo é do tipo teórico empírico de natureza básica, com abordagem quantitativa, quanto ao objetivo exploratório.

Segundo Gerhardt e Silveira (2009), teórico empírico é o caráter de conhecimento construído ao longo da vivência das pessoas, com base em agrupamento de ideias, tentativas e erros, tendo o senso comum como forte caracterizador.

Teixeira (2012) aborda que a pesquisa quantitativa utiliza a descrição observatório, afim de descrever causas fenomenológicas de suas relações com variáveis, através de dados matemáticos entre amostras e população estudas, envolvendo assim o uso de técnicas padronizadas.

O levantamento de dados tem como objetivo conhecer os comportamentos e características de indivíduos de maneira geral com grupo de pessoas com número significativo para que se possa ter conclusões dos dados coletados, essas que são feitas através da análise quantitativa (PRODANOV; FREITAS, 2013).

3.2 LOCAL DE ESTUDO E DADOS AMOSTRAIS

O estudo ocorreu no município de Itaituba-PA, que segundo IBGE (2010) apresentou população estimada de 101.541 habitantes pertencente à Mesorregião do médio tapajós, localizada no norte brasileiro, considerado o décimo quarto município mais populoso do estado, sendo 49.681 habitantes do sexo masculino, somando assim mais de 50% dos residentes, sendo que destes cerca de 15% residem no Bairro Jardim da Araras, que é constituído de 11 ruas e 9 travessas, nos quais os locais de coleta foram acostamentos, estabelecimentos comerciais e casas residenciais.



Figura 2 – Mapa do Município de Itaituba, Estado do Pará. Fonte: Google Maps (2021)

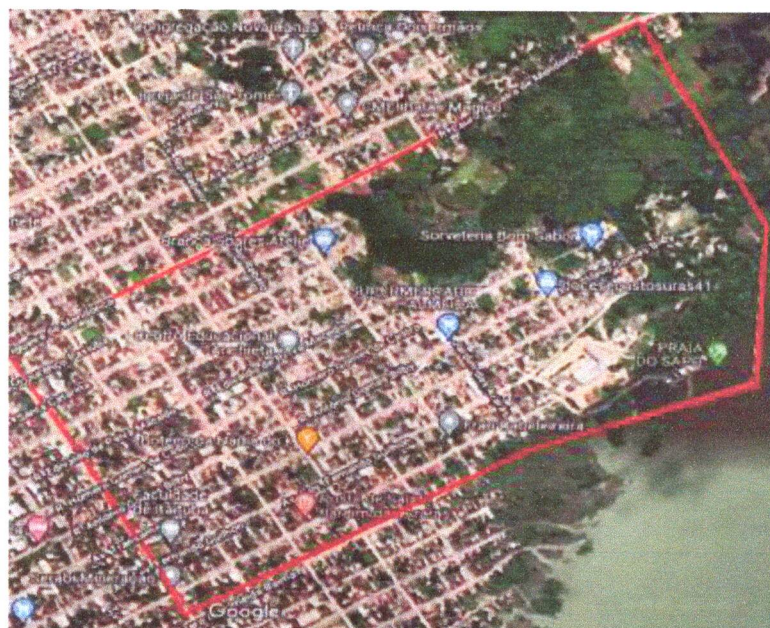


Figura 3 – Mapa do Ilustrativo do Bairro Jardim das Araras. Fonte: Google Maps (2021)

Para a realização do presente estudo, foi emitido e encaminhado documento comprobatório de autorização para a Unidade de Saúde Jardim das Araras. A pesquisa foi feita na região externa com 200 (duzentos) moradores do sexo masculino de diferentes classes econômicas, religiosas e sociais que residem no Bairro Jardim das Araras que fica localizada na Região Norte do Brasil, no Município de Itaituba, Estado do Pará nas margens esquerdas do Rio Tapajós.

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Pesquisa realizada entre os períodos de 01 de outubro a 30 de novembro de 2021. Para que se pudesse fazer a coleta de dados necessários para a pesquisa almejada, foi realizado a aplicação de um formulário estruturado (APENDICE A), com 13 (treze) perguntas, o mesmo foi elaborado com base para melhor compreensão/entendimento das pessoas do gênero masculino residentes do Bairro Jardim das Araras. As perguntas foram divididas da seguinte forma, as 8 (oito) primeiras foram elaboradas em classe sociodemográficas e as 5 (cinco) últimas foram elaboradas de forma objetiva, isto é, com base no que o tema e os objetivos da presente pesquisa visaram. As tabulações e gráficos foram feitos de forma sucinta, dados retirados pelo quantitativo de resposta de cada entrevistado para cada pergunta elaborada, em seguida foram feitos cálculos, em fim para obtenção da porcentagem.

Segundo Carvalho (2017), formulário estruturado é o nome, geralmente, utilizado para designar uma coleção de questões que são perguntadas e anotadas por um entrevistador, uma situação face-face com o entrevistado.

Após serem colhidos os dados, os formulários foram tabulados separados em porcentagens, sendo dispostos em gráficos e tabelas através do programa Microsoft Excel 2016 e Microsoft Word 2016.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Homens maiores de 18 anos, moradores do bairro Jardim das Araras, que aceitaram participar da pesquisa, através do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão foram homens menores de 18 anos, os que estavam de passagem na casa dos parentes, porém não eram moradores do bairro, e todos aqueles que se recusaram participar da pesquisa ou preencher o TCLE.

3.5 ANÁLISES DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

A Resolução 466/12, homologada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, afirma que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos os quais devem ser previstos e descritos no protocolo de pesquisa a ser avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CNS, 2013).

Dessa forma, com base na referência citada, a pesquisa apresenta riscos mínimos para a população do estudo, tais como constrangimento, temor e receio diante das perguntas direcionadas.

A implementação da pesquisa trouxe como benefício a possibilidade de conhecer o contexto que envolve a saúde dos homens do bairro Jardim da Araras, a fim de proporcionar embasamento científico a outros estudos, contribuindo para prática de promoção da saúde.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Em relação aos aspectos éticos da pesquisa, ressalta-se aqui que a mesma utilizou e respeitou a lei dos direitos autorais, onde todos os autores utilizados para a produção deste trabalho foram devidamente referenciados na lista de referências. É importante frisar que este trabalho respeita os princípios éticos do trabalho científico. Para a preservação dos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, foram seguidas as disposições da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi aplicada a 200 (duzentos) homens domiciliados no bairro Jardim das Araras a fim de investigar dados sociodemográficos, a procura pelos serviços de saúde na atenção primária, e o nível de satisfação dos usuários pelo serviço. A tabela 1 a seguir mostra os resultados dos dados sociodemográficos, e os gráficos os demais resultados.

Tabela 1 – Perfil sociodemográficos dos moradores entrevistados no Bairro Jardim das Araras.

Variáveis	n = 200	%
Idade		
18 a 33	76	38
34 a 49	77	38,5
50 a 65	47	23,5
Estado Civil		
Solteiro	57	28,5
União Estável	66	33
Casado	69	34,5
Outros	8	4
Religião		
Católico	81	40,5
Evangélico	87	43,5
Espírita	9	4,5
Outras religiões	2	1
Não tem religião	17	8,5
Ateu	4	2
Escolaridade		
Analfabeto	4	2
Ensino Fundamental Incompleto	32	16
Ensino Fundamental Completo	22	11
Ensino Médio Incompleto	67	33,5
Ensino Médio Completo	47	23,5
Ensino Superior Incompleto	15	7,5
Ensino Superior Completo	13	6,5
Outros	-	-
Dependentes Familiares		
Nenhum	30	15
1 a 2	106	53
3 a 4	62	31
5 ou mais	2	1
Renda Familiar		
menos 1 SM	40	20
1 a 2 SM	108	54
3 a 4 SM	47	23,5
5 ou mais SM	5	2,5
Situação de Moradia		
Cedida	28	14
Alugada	100	50
Própria	72	36
Tipo de Moradia		
Madeira	33	16,
Alvenaria	150	75
Parte de Madeira e Parte Alvenaria	17	8,5

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

A idade é o primeiro item existencial na identificação dos entrevistados. Conforme disposto na tabela 1, a idade prevalente entre os pesquisados ocorreu entre a faixa etária de 34 a 49 anos representado 38% (n= 77) dos indivíduos entrevistados, sequencialmente entre 18 a 33 anos representado 38% (n= 76), posteriormente de 50 a 65 anos representou 23,5% (n= 47) dos homens. Considera-se que estes resultados foram os que se destacaram, e se relacionam aos indivíduos que estão em uma fase da vida onde a saúde tende a se debilitar, bem como possuem empregos ou benefícios, e portanto, são os que mais procuram serviços de saúde (FREITAS, 2013).

Em outra pesquisa coletada por acadêmicos de Medicina da Faculdade Independente do Nordeste, tendo a comparar em estudos realizados por Braga (2017) que, o resultado de idade que responderam os dados sociodemográficos na tabela 1, na tabela 1, mostram-se diferenciados, pois a faixa etária de maior incidência deu-se em 46,8% daqueles com 60 anos, seguidos por 36,2% entre 50 a 59 anos. A população idosa mostrou-se como participantes ativos das unidades de saúde, devido ao desenvolvimento de doenças crônicas que requer atenção periódica.

Nesse sentido para Verdana (2008), é importante ressaltar que para um envelhecimento com saúde, é necessário ter uma boa qualidade de vida, com hábitos saudáveis. Dentro das unidades estes podem ser incentivados através de políticas nacionais, como por exemplo, o programa de saúde da família, programa de reabilitação para idosos, no intuito de evitar complicações na idade avançada, como inabilidade, sedentarismo e incapacitado.

Realizando um comparativo entre as análises, observou-se diferenças entre os resultados de faixa etária, onde o estudo realizado em Itaituba destacou-se a idade entre 34 a 49 anos 38,5% e 18 a 33 anos 38% sendo estas representadas pelo quantitativo de homens que participaram da pesquisa e que nem sempre procuravam a unidade básica de saúde, porém o outro estudo de Braga (2017) revelou que a idade em que os homens mais procuram esses serviços de saúde é principalmente a partir dos 60 anos 46,8% por conta de patologias já instaladas que cronificaram e geralmente precisarão de acompanhamento contínuo, destacando a relevância da implementação de ações que viabilizem a melhoria da qualidade de vida.

Considerando o estado civil, nota-se maior incidência de homens convivendo com uma parceira fixa sendo em sua maioria casados deu-se 34% (n= 69) e em união estável representado 33% (n= 66), estando solteiros 28,5% (n= 57) e 4% (n= 8) em outras situações.

O fator de maior número de homens casados ou que mantem união estável procurarem mais a unidade de saúde do que homens solteiros, viúvos, separados e divorciados, se deve ao fato de que a mulher assume o papel de cuidadora e aconselha o marido a buscar recursos para cuidar de sua saúde (BAKALAR, 2011).

O autor relata o caso de um estudo norte-americano, pesquisa realizada e coletada no Centro de Reabilitação Vitória da Conquista com pacientes internados onde os homens com 42,2% são casados, seguidos de 36,2% tem união estável, na qual mostraram maior rapidez em procurar o serviço de saúde quando comparados aos solteiros, esse fator aumentou significativamente a sobrevida dos mesmos (SCHRAIBER, 2005).

Realizando um comparativo entre as análises, observou-se baixa diferenças entre os resultados do estado civil, onde o estudo realizado em Itaituba destacou-se os casados 34% e união estável 33%, sendo estas representadas o fator de maior número de homens casados ou que mantem união estável procurarem mais a unidade de saúde, e o outro estudo de Schraiber (2005) revelou que os homens casados 42,2% também tem uma grande adesão nesta procura pelos serviços do que homens solteiros, viúvos, separados e divorciados, e esse fato se deve a mulher assumir o papel de cuidadora e aconselha o marido a buscar recursos para cuidar de sua saúde.

No que se refere ao estado civil a influência do cônjuge no comportamento masculino já foi apontada por Schraiber, Gomes e Couto (2005) ao afirmarem ser comum que homens casados dependam de suas mulheres nos cuidados com a saúde, o que caracterizou, o casamento como um fator de proteção a riscos e agravos da saúde para eles.

Relacionado a religião, o estudo destacou ênfase para evangélicos 43,5% (n= 87) e católicos 40,5% (n= 81), espíritas 4,5% (n= 9), ateus 2% (n= 4), sem religião 8,5% (n= 17), outros 1% (n= 2).

Em pesquisa realizada pelos acadêmicos do Curso de Enfermagem nas dependências da Universidade Estadual de Pernambuco, participaram da pesquisa 196 pessoas de ambos os sexos, no decorrer deste trabalho foi relatado o tipo de religião de maior índice de prevalência com 67,7% (n= 111) por Evangélicos, seguida de 38,3% (n= 85) por Católico (SILVA *et al.*, 2012).

Segundo Vieira *et al.* (2011), afirmam que a saúde do homem deve ser cuidada de forma plena, considerando a integridade física, mental e moral, observando as

diferentes expressões de masculinidade e respeitando a etnia, cultura e religião. Pequenas atitudes podem fazer uma grande diferença para a sua saúde

A religião pode afetar positivamente a saúde física e mental por meio de rede de apoio social, redução de comportamentos não saudáveis, redução da pressão arterial e tensão muscular durante oração e meditação, e maior adesão a tratamentos médicos e cuidados preventivos (THIENGO *et al.*, 2019).

Realizando um comparativo entre as análises, observou-se baixa diferenças entre os resultados de religião, onde o estudo realizado em Itaituba destacou-se os evangélicos 43,5% e católicos 40,5%, sendo estas representadas em outro estudo de Silva *et al.* (2012), revelou que os resultados alcançados perante a comparação desta pesquisa aos evangélicos 43,5% e católicos 40,5%, que a fé religiosa é utilizada como força propulsora para um melhor enfrentamento e superação das dificuldades.

O nível de escolaridade da amostra estudada, de acordo com a tabela 1, compreende-se que a prevalência se deu por 33,5% (n=67) aqueles que estudaram o Ens. Médio Incompleto, seguida de 23,5% (n=47) que possuem o Ens. Médio Completo.

Em pesquisa realizada pelos enfermeiros do Hospital Regional de Santa Maria, Rio Grande do Sul, que corresponde ao perfil sociodemográfico em classe de escolaridade que com 70,2% aqueles que estudaram o Ens. Fundamental Completo, seguidos de 27,7% que possuem o Ens. Médio Completo (SCHRAIBER., 2005).

Para Schraiber (2005), essa composição foi pensada para problematizar as possíveis influências do grau de instrução na pouca procura de serviços de saúde por parte de homens, sendo assim em comparação com o índice de escolaridade abaixo mencionado, homens com maior tempo de estudo como aqueles que possuem curso superior, apresentam ideias consideradas politicamente corretas, porém, nem sempre conseguem agir de acordo com elas, enquanto homens com o menor nível de escolaridades quando apresentam alguma sintomatologia procuram medidas de tratamento alternativas como chás e automedicação.

Porém, ressalta-se, conforme pesquisa de Santos (2014) que, esse processo educacional de autocuidado é de fundamental importância para a adesão dos homens a aderir conhecimento tanto em ambiente familiar, social, pois interferindo ainda na fase escolar, e esta fase pode-se obter melhores resultados quanto à visão masculina sobre os cuidados com sua saúde.

A educação é um importante indicador associado ao alto nível social e econômico, que tem impactos direto na saúde (OLIVEIRA.,2019).

Realizando um comparativo entre as análises, observou-se diferenças entre os resultados de nível de escolaridade, onde o estudo realizado em Itaituba destacou-se aqueles que estudaram o Ens. Médio Incompleto 33,5% e que estudaram o Ens. Médio Completo 23,5% dos participantes homens em seu grau de instrução escolar, porém em outra pesquisa, Schraiber (2005), os participantes que responderam afirmaram que possuíam apenas o Ens. Fundamental Completo 70,2% e diante disto os homens com maior tempo de estudo, como aqueles que possuem curso superior, apresentam ideias consideradas politicamente corretas, porém, nem sempre conseguem agir de acordo com elas, enquanto homens com menor nível de escolaridade quando apresentam alguma sintomatologia procuram medidas de tratamento alternativas, como chás e automedicação.

Observa-se, a análise dos dados correspondentes aos dependentes agrupando-os com maior índice registrada da pesquisa com 53% (n= 106) de 1 e 2 dependentes, seguindo com 31% (n= 62) de 3 e 4 dependentes.

Diante da análise sociodemográficos na tabela 1, em relação a classe de dependentes famílias, em outra pesquisa realizada pelos estudantes de Fisioterapia da Faculdade Cathedral no interior da Comunidade Girassol, na Cidade de Boa Vista, Estado de Roraima apontou como prevalência 5 a 6 dependentes 68% seguido de 3 a 4 dependentes 14%, relatando também mesmo não sendo os principais cuidadores dos filhos, podem ser fonte de apoio, de cuidado e proteção, mesmo de filhos que não são seus (biológicos) (LEON, 2000).

Segundo o IBGE (2009), para o entendimento do universo familiar a partir de dados estatísticos, faz-se necessária a indicação de quem seria a “pessoa responsável” ou “pessoa de referência na família”. A decisão, ou melhor, a nomeação de uma pessoa de referência ocorre no contexto familiar e é tomada em função do reconhecimento de seus membros sobre a autoridade moral ou financeira de um dos cônjuges. Nessa medida, este papel tem extrema significância em termos culturais e socioeconômicos.

Realizando um comparativo entre as análises, observou-se diferenças entre os resultados de dependentes familiares, onde o estudo realizado em Itaituba destacou-se entre 1 e 2 dependentes 53% e 3 e 4 dependentes 31%, para Leon (2000), revelou que há diferenças entres status familiares de uma família urbana e rural, pois, o

quantitativo de componentes que residem em uma casa fora do ambiente urbanizado são bem superiores, pela dificuldade de vida e pela forma de entretenimento. Deixando assim o homem, percebidos pela participação do estudo, como provedores econômicos.

Analisando os dados na tabela 1, a maioria informou ter renda familiar estável, cujo o maior índice foi de 54% (n= 108) entre 1 a 2 S.M., seguido de 23,5% (n= 47) entre 3 a 4 S.M., pois, é possível inferir que vivam em condições economicamente mais favoráveis que os demais.

Em outra pesquisa retirada do Relatório do Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde do Homem ao Departamento de Ouvidoria do SUS, dados nacional da III Etapa da Pesquisa da UBS de São Sebastião, Cidade São Sebastião, São Paulo, que dos respondentes cujo o maior índice foi 60,31% relataram renda entre ter renda entre 1 a 2 S.M., seguido de 39,69% entre 3 a 4 S.M (BRASIL, 2018).

O homem como provedor e mantenedor de sua família a ele não é dada a chance de se ver como doente ou de se preocupar com sua própria saúde (FIGUEREDO; SCHRAIBR, 2011).

Não se pode negar que na preocupação masculina, a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social pelo papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família (BRASIL, 2008).

Realizando um comparativo entre as análises, foram observados diferenças mínimas entre os resultados de renda familiar, onde o estudo realizado em Itaituba destacou-se entre 1 a 2 S.M. 54% e entre 3 a 4 S.M. 23,5%, diante disto, para Brasil (2018), destacou-se como de prevalência 1 a 2 S.M. 60,31% seguido de 3 a 4 S.M. 39,69%, podendo-se dizer conforme a renda familiar, tanto para homens quanto para mulheres, havendo redução progressiva da desigualdade relativa entre eles à medida que se vai da faixa de menor para a de maior renda e com o aumento da idade e quando boas às condições de renda, a mesma, pode assegurar estabilidade financeira, status social, desenvolvimento pessoal, relações sociais, autoestima e proteção contra riscos físicos e psicossociais.

Em relação a situação de moradia diante da tabela 1, após a análise de coleta de dados, a prevalência foi de 50% aos que residem em casa alugada (n= 100), seguido de 36% aos possuem sua casa própria (n= 72).

Em outra pesquisa coletada no Bairro Floresta, cidade de Itaituba, Estado do Pará, em comparação aos dados sociodemográficos de classe a situação de moradia, foi realizado um questionário avaliativo para 300 pessoas que residem na comunidade, sendo assim o total de domicílios de maior prevalência foi de 62% (n= 210) de propriedade alugada, seguido de 38% (n= 90) de propriedade própria (SILVA, 2019).

Com base nos resultados alcançado, deu-se a perceber que a escolha se deu em morar de aluguel, na qual é uma opção, sobretudo, em épocas de crise, instabilidade e alta de preço. Muitas pessoas preferem o aluguel, pois acreditam que há vantagens nesse tipo de moradia. O fato é que, tudo depende do momento e dos objetivos de vida, considerando também o tempo da locação e custo envolvido (FONTES *et. al.*, 2011).

O fato de a despesa com pagamento de empréstimos hipotecários ser mais desigualmente distribuída do que a renda pode ser um indicador de restrição ao crédito para a população de baixa renda nos mercados habitacionais brasileiros (ENGLUD, *et al.*, 2017).

Realizando um comparativo entre as análises, observou-se baixa diferenças entre os resultados em moradia, onde o estudo realizado em Itaituba destacou-se de em maior índice aqueles que residem em casa alugada 50% e aqueles que possuem sua casa própria 36%, para Silva (2019), revelou que os homens com crescimento de sua família residem em casa alugada 62%, pois, diante dos índices e relatos que as despesas com a compra de moradias acabadas e pagamentos de empréstimos hipotecários são ainda mais desigualmente distribuídas entre as famílias do que a renda do trabalho. Contudo, as despesas com a melhoria das condições habitacionais são relativamente bem distribuídas entre todas as classes de renda.

Demonstra-se por meio da tabela 1, que a maioria dos investigados, após questionados, demonstra a prevalência de 75% (n= 150) imóveis construídos em Alvenaria, seguido de 16,5% (n= 33) imóveis construídos em Madeira.

As moradias são geralmente adaptadas ao tipo de local onde estão sendo construídas. Portanto, é preciso levar em consideração as características geográficas de cada lugar como o tipo de solo, a altitude, a presença ou não de recursos hídricos, a disponibilidade de espaço, clima, entre outros (FIGUEIREDO, 2018).

A classe masculina retarda em relação ao custo benefício quanto a construção de seu lar, pois, faz comparação dos preços, do que seria mais viável, atualmente o

homem tem seu projeto de lar, conforto não tanto para si, mais prioriza principalmente sua família, e em sua realidade trabalha incansavelmente para com que isso possa acontecer ou que já esteja acontecendo (MORAES, 2019).

De acordo com o gráfico 1 abaixo, que a maioria 34,5% (n= 69) dos investigados afirmam que frequentam os serviços de saúde periodicamente em cada 1 a 2 anos, seguido de 26,5% (n= 53) frequentam periodicamente em cada 6 a 12 meses e por fim com baixa de 32% (n= 32) frequentam periodicamente de 0 a 6 meses.

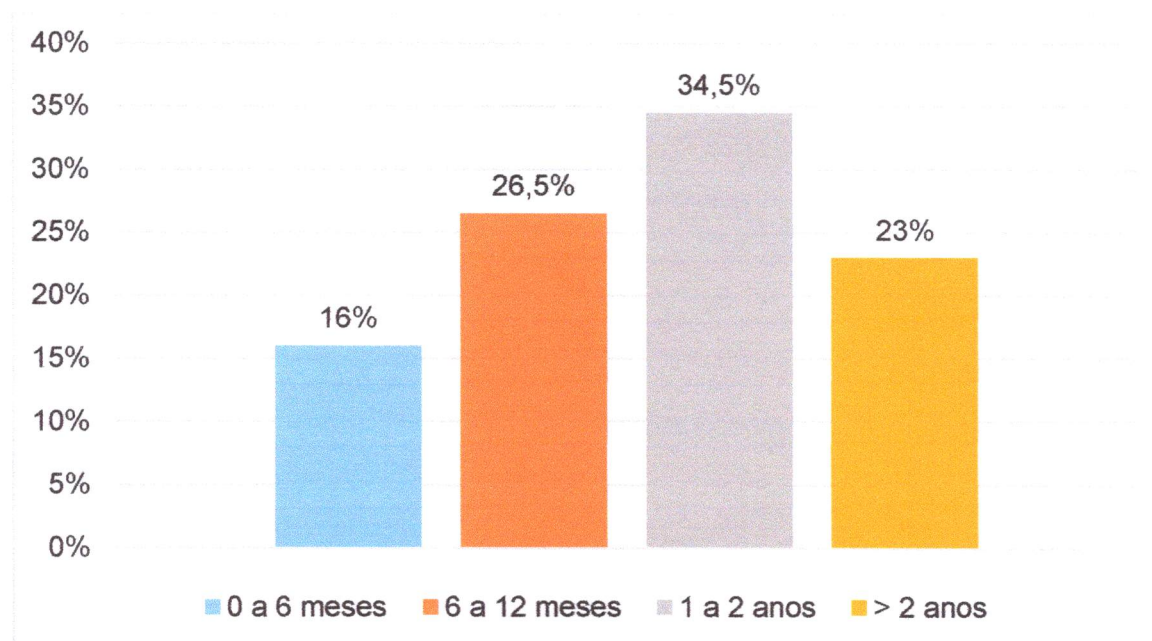


Gráfico 1 – Resultados Percentuais obtidos por entrevista em relação a frequência de atendimento na UBS. Fonte: Dados da Pesquisa (2021)

Diante dos em comparação a gráfico 1, os Dados do Programa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 revelaram que de 597.658 mil habitantes da cidade de Joinville, estado de Santa Catarina, que 76,2% da população masculina só procura atendimento de saúde quando a o esforço físico e mental de suas companheiras a convencer ou acompanha-los, e se for pelo fato de seu próprio estímulo a acerca do motivo de procura à Unidade de Saúde 16,1% buscaram a unidade para tratamento e apenas 10,7% para prevenção (BRASIL, 2019).

A sua entrada no sistema de saúde daria principalmente pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexibilidade, configurando o perfil que favorece o agravamento da morbidade pela busca tardia ao atendimento, pode-se

considerar dessa forma que estes ignoram as medidas de prevenção e promoção da saúde existentes (CAMPANUCCI; LANZA, 2011).

Realizando um comparativo entre as análises, observou-se diferenças entre os resultados de frequência de atendimento na UBS, onde o estudo realizado em Itaituba destacou-se entre 1 a 2 anos, para Brasil (2019), revelou que há uma baixa acessibilidade pelos homens pelos serviços de atenção primária o que aponta uma vulnerabilidade constituindo um problema de saúde, haja vista que a pouca procura em relação ao público feminino.

Ao analisar as influencias dos homens a não procura de serviços de saúde, destaca-se no gráfico 2 que o maior índice em relação ao comando foi de 53% (n= 106) em relação a carga de trabalho extensa, pois, coincide com o horário de atendimento. Segundo Aguiar; Santana e Santana (2015), afirmam que para os homens é um grande impeditivo, onde sair no horário de trabalho poderia comprometer a estabilidade no emprego, correndo o risco de perder o emprego para ir a UBS.

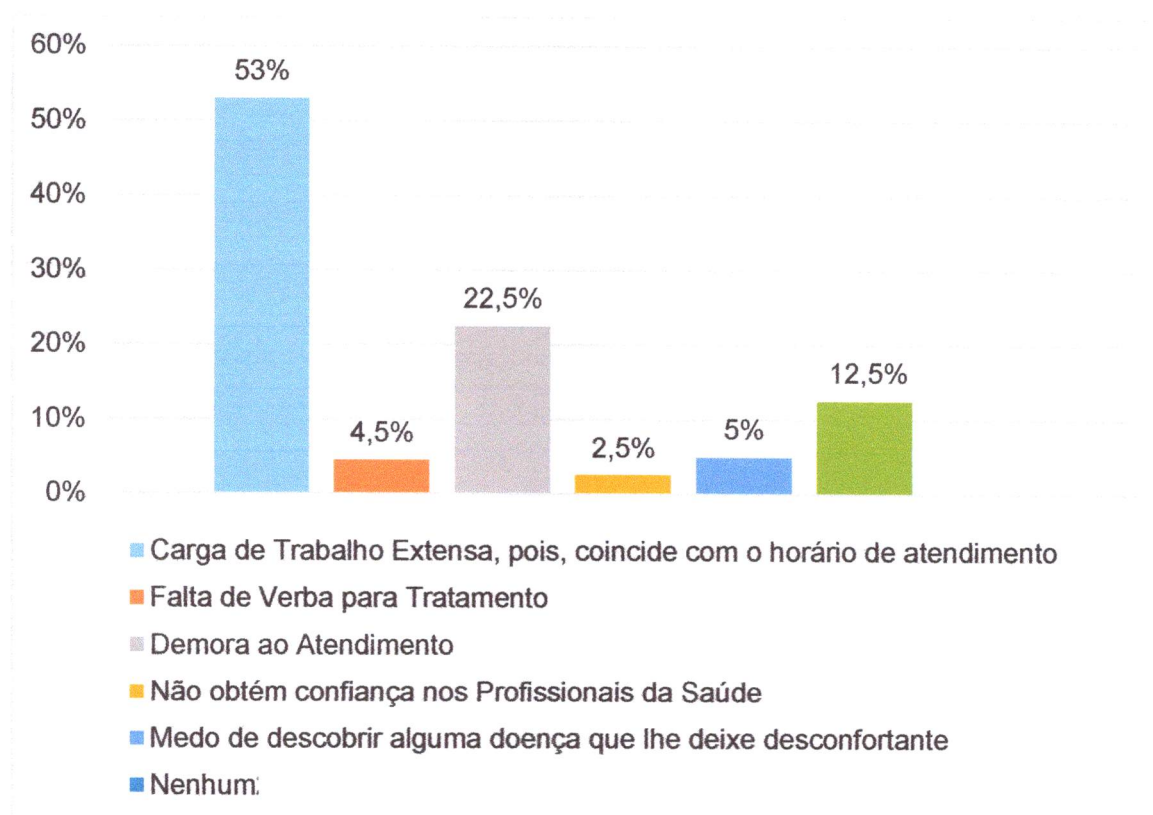


Gráfico 2 – Resultados Percentuais obtidos por entrevista em relação aos fatores que influenciam a resistência a procura dos serviços de saúde em sua UBS. Fonte: Dados da Pesquisa (2021)

Seguindo de 22,5% (n= 45) em relação a demora ao atendimento, se destaca como obstáculo a impaciência relatada pela figura masculina, no que se refere à espera por atendimento, os entrevistados afirmaram que ao chegar na UBS observam que há muita gente para ser atendido e não tem paciência para esperar, quando demora chegar os médicos ou demora o preenchimento da ficha de atendimento ou, às vezes, quando chega no posto e tem já aquela limitação de fichas, eles já tem a mentalidade de ser atendimento apenas aquele momento e não retornar tão cedo para um novo atendimento/a unidade (JOSIANE *et al.*, 2018).

Conhecer as necessidades de saúde, identificar os obstáculos que impedem os homens a não procura de serviços de saúde, analisando os dados obtidos com médio resultado de 12,5% (n= 25) para nenhum dos fatores correlacionados ao comando estruturado. Em sequência 4,5% (n= 9) em relação a falta de verba para tratamento, Schraiber *et al.* (2010) afirmam que neste caso, isso não se encaixa pelo fato do homem não ter realmente dinheiro, mais sim, quando o mesmo chega em uma UBS que não há atendimento para sua limitação, e é encaminhado ao hospital público, observando que o SUS tem sua demora e deseja atendimento rápido, é viável optar por atendimento particular, porém essa é a razão de tudo, a condição de não haver dinheiro para um bom tratamento, pois para eles a família é prioridade, implicando em sua renda financeira.

Em seguida com 5% (n= 10) o medo de descobrir alguma doença que lhe desconfortante, assim não saber pode ser considerado para eles um fator de proteção, outra dificuldade para o acesso dos homens para esses serviços é a vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, p. 571, 2007). Finalizando com 2,5% (n= 5) em relação a não confiança no atendimento pelos profissionais de saúde, Cavalcanti *et al.* (2014) afirmam que o número insuficiente de profissionais acaba superlotando o ambiente e dificultando a agilidade do serviço para atender ao homem que no momento da consulta se encontra desconfortável e se sente ainda mais vulnerável.

Em outra pesquisa, o, estudo abordado por acadêmicos de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde, na cidade de Cáceres, estado Mato Grosso. Entrevista realizada com 50 usuários das Unidades de Saúde Básica, relacionado acerca dos motivos da não procura de serviços de saúde, revelou que 32% encontram dificuldades quanto a falta de tempo, pois, os mesmos colocam como motivo de ausência, o fato de que o mercado de trabalho não estimula tal prática, podendo gerar

penalizações e até perda ocupacional ou de trabalho. Sendo assim o homem pode vir a ser prejudicado e sentir seu papel de provedor ameaçado e 18% sentiriam mais dificuldades para serem atendidos, seja pelo tempo perdido na espera da assistência, seja por considerarem as UBS como um espaço feminilizado, frequentados principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres (SILVA, 2013).

Realizando um comparativo entre as análises, observou-se diferenças entre os fatores que influenciam a não procura de serviços de saúde, onde o estudo realizado em Itaituba destacou-se pela carga de trabalho extensa 53%, para Silva (2013), se deu pela falta de tempo, pois, os mesmos colocam como motivo de ausência, o fato de que o mercado de trabalho não estimula tal prática, podendo gerar penalizações e até perda ocupacional ou de trabalho com 32% dos entrevistados.

Conforme exposto no Gráfico 3, foram feitas escalas de classificação das doenças mais comuns que acometem o homem. Diante dos entrevistados, obteve o maior índice com 48% (n= 96) a ausência de doenças, seguindo de 19% (n= 38) os que possuem diabetes, pareando com 18,5% (n= 37) os que cogitam ser hipertensos, 5,5% (n= 11) os que possuem distúrbios renais, pareando com 5% (n= 10) aos que tem depressão e por fim com 2% (n= 4) os que são asmáticos.

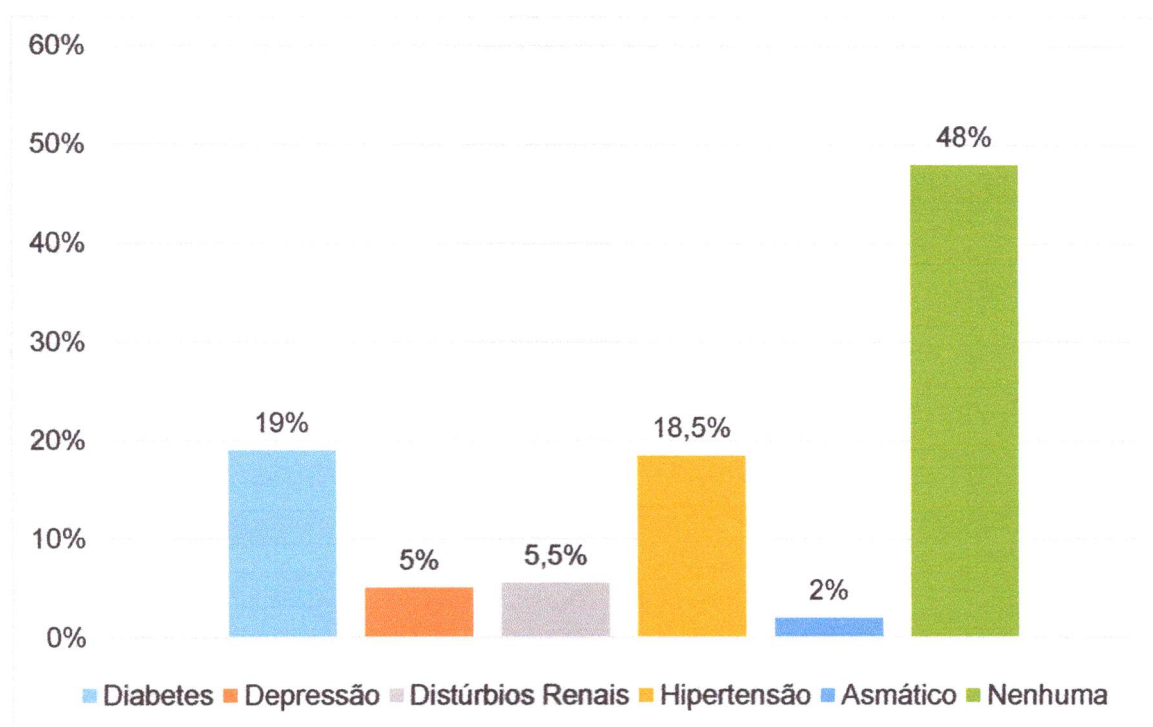


Gráfico 3 – Resultados Percentuais obtidos por entrevista em relação as doenças mais comuns que acometem os homens. Fonte: Dados da Pesquisa (2021)

Às doenças cardíacas 26,6% (12 participantes), relataram que são portadores da doença. As doenças cardiovasculares estão em primeiro lugar entre as causas de morte no Brasil e consistem em quase um terço dos óbitos, totalizando 300.000 mortes por ano. Diariamente é registrada uma média de 820 óbitos (BROLEZI, 2014).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), evidencia que os homens são mais vulneráveis a doenças do que o sexo feminino, especialmente as enfermidades crônicas e graves, e que morrem mais cedo. Apesar desse fato, os homens não são capacitados pelos serviços de atenção primária. Sua entrada no sistema de saúde se baseia principalmente pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, configurando o perfil que favorece o agravamento da morbidade pela procura tardia ao atendimento.

Em outra pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde localizada no Bairro Vila América na cidade de Vitória da Conquista – Bahia. Com base nos dados do gráfico 3 em relação às doenças que mais acometem os homens. Os participantes voluntários foram 59 homens que são atendidos na UBS. Em relação à hipertensão, 31 participantes (66,0%), relataram ser portador da doença crônica, e se referindo ao diabetes mellitus, 28 participantes (34%) são portadores. A Hipertensão e o Diabetes são as doenças crônicas mais presentes, quando comparadas às doenças cardiovasculares apresentam números superiores na pesquisa realizada. Os fatores de risco para essas doenças são divulgados geralmente pelas redes sociais, TV, ou serviços de saúde, no entanto, a prevenção não é tida como prioridade por grande parte da população, aumentando ainda mais os casos das doenças e complicações (MACHIN, 2011).

Realizando um comparativo entre as análises, observou-se diferenças entre os resultados das doenças mais comuns que acometem os homens, onde o estudo realizado em Itaituba destacou-se a diabetes 19%, para Machin (2011), a maior prevalência se deu à hipertensão 66% dos entrevistados, afirmando que os homens ficam mais doentes porque são mais negligentes, com os cuidados com a sua saúde e não se comporta de modo preventivo adiando ao máximo a procura por ajuda médica o que agrava a sua condição.

Conforme exposto no Gráfico 4, sobre os determinantes da satisfação no atendimento das unidades básicas de saúde, se dá pela avaliação dos moradores cujo a prevalência deu-se pareada com 30% (n= 60) relatam atendimento de Grau Bom, seguido de 30% (n= 60) relatam atendimento de Grau Regular.

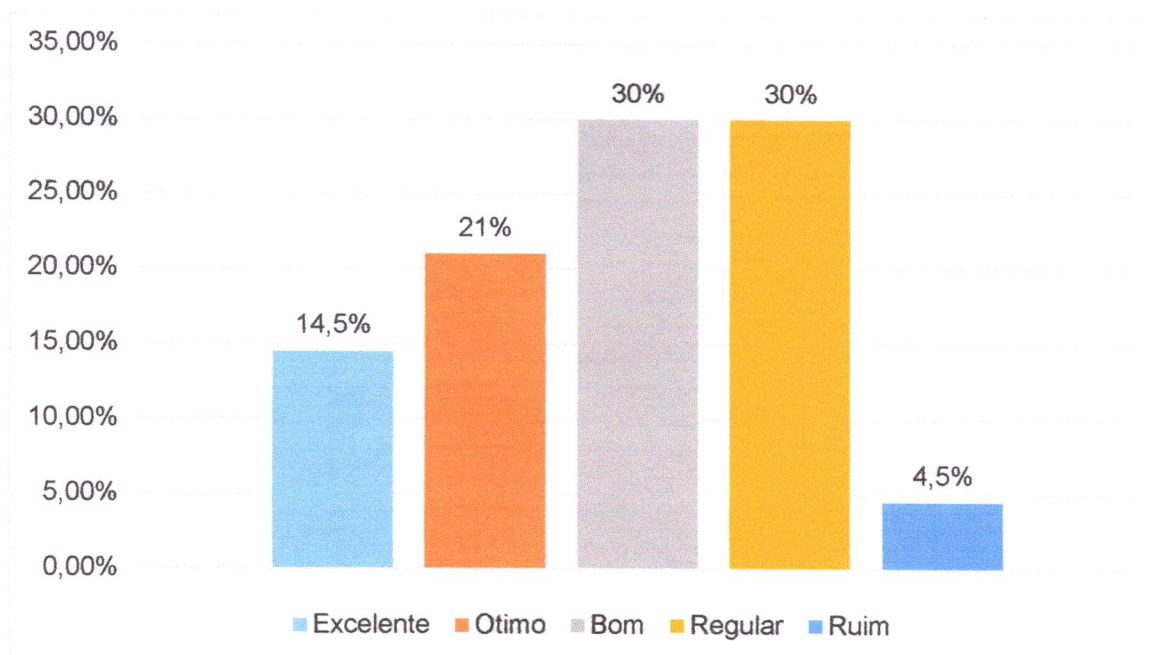


Gráfico 4 – Resultados Percentuais obtidos por entrevista em relação ao grau de satisfação dos moradores pelo atendimento na UBS Jardim das Araras. Fonte: Dados da Pesquisa (2021)

Ao analisar os dados sob a visão dos entrevistados, no gráfico 5 a prevalência se deu 49% (n= 99) para aqueles que fazem o uso SUS, seguido de 30,5% (n= 61) aos que fazem/frequentam o particular e 20% (n= 40) aos que fazem uso de plano de saúde.

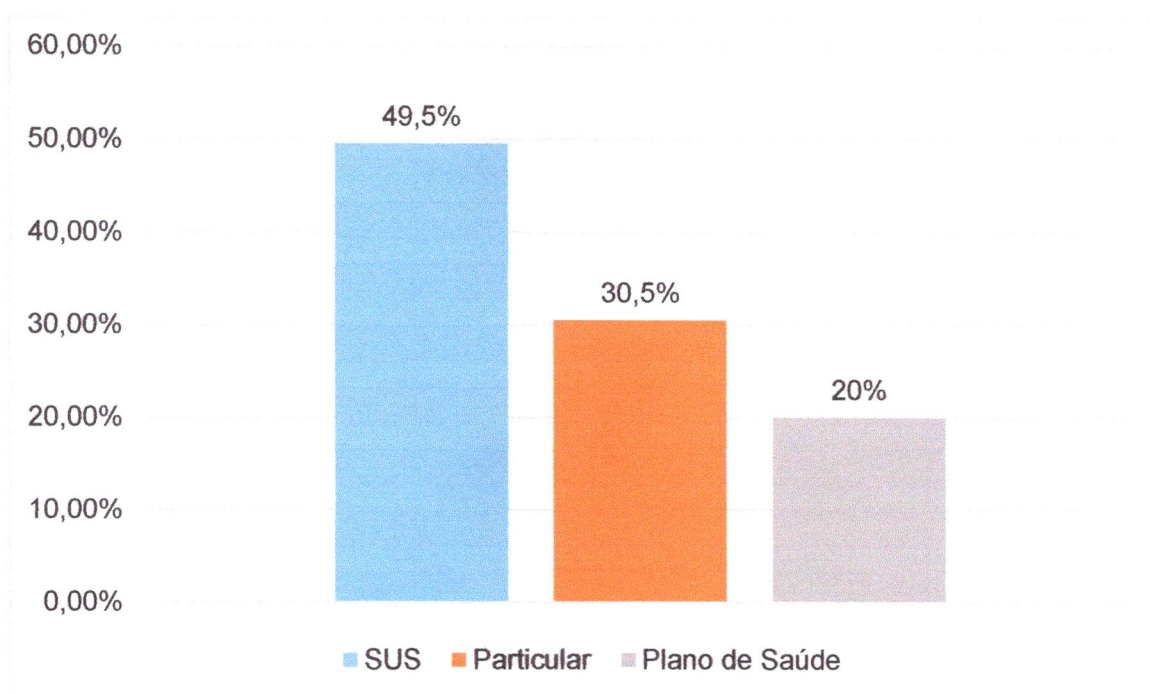


Gráfico 5 – Resultados Percentuais obtidos por entrevista em relação aos serviços de saúde que mais recorrem. Fonte: Dados da Pesquisa (2021)

Em alguns momentos, houve a necessidade da comparação dos dados da Saúde Suplementar com o Sistema Público de Saúde. Isso se fez necessário para que pudéssemos entender o significado dos números obtidos. Além dos dados oficiais, algumas informações foram originárias dos estudos comparados pela revista Review Paper que nos últimos 10 anos o SUS é a primeira procura entre os brasileiros com 89% e seguida o particular com 8%, isso vai depender de sua renda e fator de classe social, as outras foram baseadas em pesquisas publicadas em artigos científicos, e outras até mesmo em depoimentos (TRAVERSO; MORAIS, 2018).

Para Fertoni (2018), afirmam que os entrevistados citados no gráfico 5, correlacionam o SUS como um sistema público de saúde que é entendido como um local para tratamento de pessoas que não têm dinheiro para pagar pelo privado. Muitas das vezes ser usuário do SUS tem suas limitações, pois está associado a demora pelo atendimento por razões de superlotação e pela demora de resposta de encaminhamento para tratamento. Segundo Costa (2013) afirma que, a maioria dos entrevistados tem uma visão negativa do SUS e por isso se esforçam para pagar planos privados ou zelar pelos seus planos empresariais de saúde.

6 CONCLUSÃO

O presente trabalho, observou e analisou respostas dos formulários aplicados a residentes do sexo masculino, no bairro Jardim das Araras, em relação a saúde do homem, quanto a sua resistência a procura pelos serviços de saúde e suas convicções sobre o assunto. Pode-se concluir que a opinião deste público foi de extrema relevância para o contexto da saúde local, podendo servir futuramente e de maneira breve como atenção primária de sua inclusão destes nos serviços de saúde.

Neste sentido, foi possível avaliar e descrever com supra transparência o conhecimento de moradores do bairro Jardim das Araras, sobre a opinião dos profissionais da assistência da saúde, autonomia do homem em relação a sua masculinidade, bem como informou sobre o PNAISH e suas diretrizes, investigou as formas de informações relacionadas a política e explanou sobre as sugestões da amostra sobre a implementação da PNAISH nas Unidades de Saúde, seus indicadores sociodemográficos e mortalidade masculina e suas patologias mais incidentes.

Foi possível observar, de acordo com os relatos, que a procura ao serviço de saúde pela classe masculina é escasso, visto que, o sujeito possui barreiras como hábito a sua rotina, diante de sua trajetória de vida. Dessa forma evidenciou-se um perfil de homens desatentos há cerca de seus direitos, pois a frequência a procura de serviços de saúde foi de 34,5% entre 1 a 2 anos, que consideram o serviço de saúde do seu bairro muito importante, no entanto procuram por estes serviços apenas quando ocorrem campanhas de saúde ou quando estão em busca de tratamentos por uma doença crônica, e quando não resolvem de imediato buscam soluções para seus problemas em farmácias ou em pronto socorro.

Sugere-se a necessidade de ampliar as discussões sobre a temática de atenção à saúde do homem, considerando as especificidades e complexidades do universo do ser masculino, pois as temáticas relacionadas à saúde do homem e à masculinidade, bem como as práticas de prevenção e promoção da saúde, não são abordadas de forma adequada nem no âmbito da saúde e nem na educação familiar nem escolar. Contudo, é imprescindível mais pesquisas há cerca da saúde masculina, uma vez que este público está vulnerável a doenças e mortalidade, devendo abranger uma abordagem holística e humanizada, bem como aprofundamento de pesquisas de dados, informações e opiniões, por parte das academias e literaturas, os resultados sobre saúde do homem, serão melhores e mais satisfatórios.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R.; SANTANA, D.C.; SANTANA, P.C. A percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família sobre a saúde do homem. **Rev. Enferm.** v. 5, n. 3, p. 1854, 2015.

BAKALAR, N. Homem casado chega mais rápido a local de tratamento. **Folha de São Paulo**, São Paulo, n. 6, p. 39, 2011.

BARBOSA, R.J.F.; SILVEIRA, C.L.G.; MELO, V.F.C.; BARRETO, A.J.R. Atenção à saúde do homem na atenção primária em saúde: Uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem Ufpe**, v. 8, n. 2, p. 1528, 2014.

BARROS, R.F; SILVA, R.P; ERNESTO, M.V.; LIMA, A.G.B.; SOUZA, F.M. Gênero e saúde: o cuidado do homem no debate. **Psicol teor prat.** v. 13, n. 3, p. 152, 2018.

BRAGA, E.L. Atenção à Saúde do homem: Trabalhando a percepção do profissional enfermeiro na estratégia saúde da família. **SANARE. Revista de Políticas Públicas**, v.13, n.1, p. 48-55, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem: Princípios e diretrizes.** 3ª ed. Brasília: DF, p. 46, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: plano de ação nacional 2009-2011.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências.** 5ª Ed. Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. **DATASUS - Departamento de Informática do SUS.** Online. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.** 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRAZ, M. Atenção à Saúde do homem: Trabalhando a percepção do profissional enfermeiro na estratégia saúde da família. **SANARE. Revista de Políticas Públicas**, v.13, n.1, p. 48, 2019.

BRAZ, M. FIGUEIREDO, D.O. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97, 2005.

BRITO, R.S.; SANTOS, D.L.A. Homens e ações preventivas em saúde: revisão sistemática de literatura. **Rev. Enferm. UFPE on-line**: Recife, v. 4, n. 1, p. 118, 2010.

BRITO, R.S; SANTOS, D.L.A.; MACIEL, P.S.O. Olhar masculino acerca do atendimento na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Rene**. v. 41, n. 4, p. 135, 2010.

BROLEZI, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2014.

BUSS, P.M. **Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde**, in Czeresnia, Dina – **Promoção da Saúde** – conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

CAMPANUCCI, F.S.; LANZA, L.M.B. **A atenção primária e a saúde do homem**. Universidade Estadual de Londrina, Paraná, 2011.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Rev. de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 678, 2009.

CARVALHO R.E. A escola como espaço inclusivo. In. IV Congresso de Educação de Presidente Prudente. **Rev. de Anais**. Presidente Prudente, 2017.

CAVALCANTI, J.R.D.; FERREIRA, J.A.; MORAIS, G.S.N.; TRIGUEIRO, J.V.S.; Assistência integral a saúde do homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Rev. Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 167, 2014.

COSTA J.F.M.; MAIA, A.C.B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Rev. Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília, v. 25, n. 1, p. 55, 2009.

COSTA, L. C. Classes médias e as desigualdades sociais no Brasil. In: BARTELT, D. D. (Org.). **A “nova classe média” no Brasil como conceito e projeto político**. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Boll, p. 54, 2013.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DATASUS: Departamento de Informática do SUS. **ConectSus**. Itaituba, abr. 2010.

DE FONTES, W.D.; BARBOZA, T.M.; LEITE, M.C.; FONSECA, R.L.S.; SANTOS, L.C.F.N.; LUCENA, T.C. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Rev. Acta Paulista de Enferm.** v. 24, n. 3, p. 33, 2011.

ESMELTZER, S.C.; Brunner & Suddarth, Educação para a Saúde e Promoção da Saúde. In: **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 11ª ed. 2009.

ENGLUND, C.; OLOFSSON, A. D. Teaching with technology in higher education: Understanding conceptual change and development in practice. **Higher Education Research and Development**. v. 36, n. 1, p. 73, 2017.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 10, n. 1, p. 18, 2018.

FERNANDES, C.R., **Doenças fatais e a importância do diagnóstico precoce**, 2010. Disponível em:

FERTONANI, S.F. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869, 2018.

FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 16, n. 1, p. 944, 2011.

FONTES, W.D.; BARBOZA, T.M.; LEITE, M.C.; FONSECA, R.L.S.; SANTOS, L.C.F.; NERY, T.C.L. Atenção à saúde do Homem: interlocução entre ensino e serviço. **Rev. Acta Paulista de Enferm.** São Paulo. v. 24, n. 3, p. 132, 2018.

FREITAS, C.J.L. Saúde do homem na atenção primária: Mudanças necessárias no modelo de atenção. **Revista saúde e desenvolvimento**, v.6. n.3, p. 100-114, 2013.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. **Métodos de Pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e SEAD/UFRGS. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª Ed. São Paulo: Atlas S.A. 2008.

GOMES, F. H. T.; CANDIDO, M. J. D.; CARNEIRO, M. S. D.; FURTADO, R. N.; PEREIRA, E. S. Intake, behavior and performance in sheep fed diets containing castor cake. **Rev. Cienc. Agronom.** v. 48, n. 1, p. 182, 2017.

GOMES, R. **A saúde do homem em foco**. 3ª ed. São Paulo: UNESP, 2010

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz, Coleção Criança, Mulher e Saúde, 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, 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. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 574, 2007.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F.C. Promoção à saúde do homem na atenção primária à saúde: Um relato de experiência. **Revista de APS**, v. 19, n. 4, p. 656, 2018.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Caderno Saúde Pública**. v. 22, n. 5, p. 11, 2007.

GOMES, R.; SCHRAIBER, L.B.; COUTO, M.T.; VALENÇA, O.A.A.; SILVA, G.S.N., FIGUEIREDO, W.S. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados Brasileiros. **Rev. Physis**. v. 21, n. 1, p. 28, 2018

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua. Rio de Janeiro, 2019, 2021.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro, 2013.

IBGE. Tábua completa de mortalidade. Rio de Janeiro, 2010.

JOSEANE, G.; LION, P.Ç.; DION, Q.R.P.; SOARES, L.Q.F. A saúde pública no Brasil. **Estud Av**. v. 27, n. 78, p. 78, 2018.

JULIAO, G.G.; WEIGLT, L.D. Atenção à Saúde do Homem em Unidades de Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Enferm**. UFSM, v. 1, n. 2, p. 144, 2011.

JULIO, A.F.G.; MAIA, D.R.; LOPES, D.P.Q.; MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2019.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35, 2005.

LEAL, A.F.; FIGUEIREDO, W.S.; SILVA, G.S.N. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 24, 2012.

LEON, G.A. O homem na atenção na básica: Percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.18, n.4, p. 614, 2000.

LOPES LCO, PAIVA PC, ESMERALDO GROV, MOTTA MA, BARROSO LMM. Acesso dos homens ao serviço de saúde após implantação do Programa Nacional de Saúde do Homem: ainda é uma realidade? **Rev APS.** v. 16, n. 3, p. 46, 2017.

MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Rev. Caderno Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 163, 2003.

MORAIS. A.F. Informação estratégica para as ações de intervenção social na saúde. **Rev. Caderno Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 13 n. p. 402, 2008.

MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia.** Belo Horizonte: Folium, 2019.

MOREIRA, M.A.; CARVALHO, C.N. Atenção Integral à Saúde do Homem: Estratégias utilizadas por Enfermeiras (os) nas Unidades de Saúde da Família do interior da Bahia. **Rev. Sal. & Transf. Soc.** Bahia, v. 7, n. 3, p. 121, 2016.

MOURA, E. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

OLIVEIRA, F.L.N.; PEREIRA, J.; KLEIN, C.; MEYER, D.E.; PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery.** v. 22, n. 4, p.170, 2018.

OSORIO, G.S.S.P.; SERVO, M.C.; PIOLA, S.A. Motivos que levam os homens a procurar um serviço de pronto atendimento. **Rev Enfermagem Revista.** v. 20, n. 2, p. 165, 2011.

PINHEIRO, R.S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS. C.; BRITO, A.S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Rev. Caderno Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 87, 2002.

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico.** 2ª ed. Novo Hamburgo: RS, 2013.

PROMUNDO. **Trabalhando com mulheres jovens: empoderamento, cidadania e saúde.** 8ª ed. Rio de janeiro: Promundo, 2008.

ROSA, R.B.; PELEGRINI, A.H.W.; LIMA, M.A.D.S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. **Rev. Gauch. Enferm.** v. 32, n. 2, p. 351, 2011.

SANTOS, E.M.; FERREIRA, V.B. Pré-natal masculino: significados para homens que irão(re) experienciar a paternidade. In: **Congresso Brasileiro de Enfermagem.** 16ª ed. Vitória: Cofen, 2013.

SANTOS, F. N. P.; BALDISSERA, V. D. A.; TOLEDO, R. F. **Conversa de Boteco: participação, educação e promoção da saúde do homem.** v. 3, n. 5, p. 129, 2019.

SANTOS, P.R.B. **Homem Invisível: a análise da saúde do homem a partir do estudo de uma unidade básica de saúde do município de Florianópolis**. 2ª ed. Florianópolis, p. 26, 2014.

SCHRAIBER, L. B., D'OLIVEIRA, A. F. P. L., FRANÇA-JUNIOR, I., & PINHO, A. Estudo de uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**. v. 36, n. 4, p. 494, 2018.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Rev. Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 17, 2005.

SCHRAIBER, L.B.; FIGUEIREDO, W.S.; GOMES, R.; COUTO, M.T.; PINHEIRO, T.F.; MACHIN, R. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Rev. Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961, 2010.

SILVA, A.N. Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 23, p. 72, 2013.

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, 2019.

SILVA, C.R.S.; PORTELLA, S.D.C.; REIS, L. R.; BISPO, T. C. F. Religião e Morte: qual a relação existente? **Rev. Enf. Contemporânea**. Salvador, v. 1, n. 1, p. 138, 2012.

SILVA, P.A.S.; FURTADO, M.S.; GUILHON, A.B. SOUZA, N.V.D.O.; DAVID, H.M. S.L. A Saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Rev. Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 23, 2018.

SIQUEIRA, M.C. **Gestão estratégica da informação**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Brasport, 2005.

SOUZA, A.N. Promoção da Saúde do Homem nos serviços de atenção primária à saúde. **Em Extensão**. v. 13, n. 1, p. 88, 2018.

SOUZA, G.O.F.; SILVEIRA, C.L.G.; MELO, V.F.C.; BARRETO, A.J.R. Atenção à saúde do homem na atenção primária em saúde: Uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem Ufpe**. v. 13, n. 7, p. 1535, 2020.

TEIXEIRA, F. M. Metodologias de pesquisa no ensino de ciências na América Latina: como pesquisamos na década de 2000. **Rev. Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 13, 2012.

TRAVERSO, Y. M.; MORAIS, N. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização fazer atendimento. **Cad Saúde Pública**. v. 20, n. 1, p. 80, 2019.

THIENGO, M.L.C.; Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem. **Revista de Enfermagem**. v. 13, n. 2, p. 381, 2019.

VERDANA, B.T.O.; Promoção e Prevenção da Saúde do Homem. Interfaces Científicas – **Saúde e Ambiente**. v. 2, n. 1, p. 95, 2008.

VIEIRA, L.C.S.V.; FIGUEIREDO, M.L.F.; SALES, R.L.U.B.; LOPES, W.M.P.S.; AVELINO, F.V.D. A Política Nacional de Saúde do Homem: uma reflexão sobre a questão de gênero. **Enfermagem em Foco**. São Paulo, v. 2, n. 4, p. 215, 2011.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; FORMIGLI, V.L.A. "Avaliação em saúde: limites e perspectivas." **Rev. Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80, 1994.

VILLELA, W. Gênero, saúde dos homens e masculinidades. **Rev. Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 29, 2005.

APÊNDICE

Apêndice – Questionário



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

FORMULÁRIO

ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: necessidades e resistência quanto a procura pelos serviços de saúde na atenção primária no Bairro Jardim das Araras, Município de Itaituba/PA, Brasil

IDENTIFICAÇÃO:

1. **Idade:** () 18 a 33 anos () 34 a 49 anos () 50 a 65 anos ou >
2. **Estado Civil:** () Solteiro () União Estável () Casado () Outros
3. **Religião:** () Católico () Evangélico () Espírita () Outras Religiões
() Não tem Religião () Ateu
4. **Escolaridade:** () Analfabeto () Ens. Fund. Incompleto () Ens. Fund. Completo
() Ens. Médio Incompleto () Ens. Médio Completo
() Ens. Superior Incompleto () Ens. Superior Completo
() Outros.
5. **Quantos dependentes?** () Nenhum () 1 e 2 () 3 e 4 () 5 ou mais
6. **Renda Familiar:** () < 1 salário mínimo () 1 a 2 salários mínimos
() 3 a 4 salários mínimos () 5 ou mais
7. **Situação de Moradia:** () Cedida () Alugada () Própria
8. **Tipo de Moradia:** () Madeira () Alvenaria
() Parte de Madeira e Parte de Alvenaria
9. **Com que frequência você procura atendimento médico?**
() 0 a 6 meses () 6 a 12 meses () 1 ano a 2 anos () > 2 anos
10. **Qual o fator que influencia a não procura dos serviços de saúde em sua Unidade Básica de Saúde?**
() Carga de Trabalho Extensa, pois, coincide com o horário de atendimento
() Falta de Custo para Tratamento
() Demora ao Atendimento
() Não obtém confiança nos Profissionais da Saúde
() Medo de descobrir alguma doença que lhe deixe desconfortante

- ☐) Religião (Crença)
- ☐) Nenhuma das alternativas

11. Você apresenta algum problema de saúde?

- ☐) Diabetes Mellitus
- ☐) Depressão
- ☐) Distúrbios Renais
- ☐) Hipertensão
- ☐) Asmático
- ☐) Outros.
- ☐) Nenhuma das Alternativas

12. Como considera o atendimento que você recebe na UBS de seu bairro?

- ☐) excelente ☐) ótimo ☐) bom ☐) regular ☐) ruim

13. Quando você precisa de serviços de saúde suplementar?

- ☐) SUS ☐) particular ☐) plano de saúde

ANEXOS

Anexo A – Ofício de Autorização para Pesquisa de TCC



**Prefeitura Municipal de Itaituba
Secretaria Municipal de Saúde**

Memo. SEMSADVS Nº 081/2021

Itaituba-PA, 23 de setembro de 2021.

Do: Diretor de Vigilância em Saúde (DVS)

Para: Secretário Municipal de Saúde de Itaituba-PA

Senhor Iamax Prado Custódio

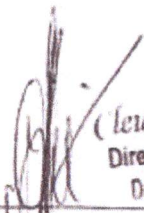
Assunto: Autorização para pesquisa de TCC na UBS Jardim das Araras

Senhor Secretário,

Considerando a solicitação da FAI, através do Ofício no 65/2021, assinado pela Secretaria Geral Margaret Ferreira de Aguiar para as Acadêmicas **Fernanda D'Anelly Vieira de Araújo, Luana da Silva Costa e Maria Gabrielly de Araújo** do Curso Superior de Bacharelado em Enfermagem realizar pesquisa em UBS da Rede de Saúde do Município.

Após confirmar a documentação obrigatória para fins de realizar pesquisas de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 466/12, que trata do envolvimento de seres humanos, a conclusão da Diretoria de Vigilância em Saúde é que a Acadêmica e a Instituição de Ensino atenderam os requisitos para desenvolver a PESQUISA DE TCC intitulada **"Atenção à Saúde do Homem: necessidades e resistência a procura pelos serviços de saúde a atenção primária, no Município de Itaituba, Estado do Pará"** com orientação da Professora Enfermeira Bruna Santana de Souza Soares a realizar-se no período de **01/10/2021 à 30/11/2021**, os materiais necessários para pesquisa devem ser providenciados pela Acadêmica, bem como quaisquer ocorrências ou sinistros na ocasião das atividades de pesquisa na UBS é de responsabilidade da Acadêmica, e corresponsabilidade da orientadora e do Centro de Estudo Superiores de Itaituba LTDA (Faculdade de Itaituba-FAI).

Atenciosamente,


Cleidson Colares Batista
Diretor de Vigilância em Saúde
Decreto Municipal nº 071/2018

Cleidson Colares Batista
Diretor de Vigilância em Saúde
Decreto Municipal nº 071/2018

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada _____, proposta pela Faculdade de Itaituba. Para decidir se você deve concordar ou não em participar desta pesquisa, leia atentamente os itens a seguir, os quais irão informá-lo e esclarecê-lo sobre os procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa.

- 1 - Objetivo da pesquisa
- 2 – Justificativa da pesquisa
- 3 - Descrição dos procedimentos realizados
- 4 - Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa

Informar que o nome do participante não será usado, nem os seus documentos.

- 5 - Despesas, compensações e indenizações
- 6 - Direito de confidencialidade
- 7 - Identificação do (a) voluntário (a) da pesquisa:

Nome: _____ Endereço: _____
Nº: _____ CEP: _____ - _____ Cidade: _____
Estado: _____ Telefone: () _____

Responsável Legal: _____ Endereço: _____
Nº: _____ CEP: _____ - _____ Cidade: _____
Estado: _____ Telefone: () _____

Essa pesquisa será enviada para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII – Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399. Aparecida. Santarém-PA. CEP 68040-090.

Eu fui informado verbalmente e por escrito sobre os dados dessa pesquisa e minhas dúvidas com relação a minha participação foram satisfatoriamente respondidas.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa. Em caso de desistência posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, durante a realização da mesma, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Local, _____ de _____ de _____

Voluntário
Telefone:
E-mail

Pesquisador Responsável
Telefone:
Email: