



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

SHERLLE NERI DA SILVA

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE MORADORES DO BAIRRO
FLORESTA, SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO
INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM, NO MUNICÍPIO DE ITAITUBA,
PARÁ**

Itaituba

2019

SHERLLE NERI DA SILVA

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE MORADORES DO BAIRRO
FLORESTA, SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO
INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM, NO MUNICÍPIO DE ITAITUBA,
PARÁ**

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

Orientadora: Enf^a. Esp. Tamires Sheyenne Pereira
da Silva.

Itaituba

2019

SILVA. Sherlle Neri da

Avaliação do conhecimento de moradores do bairro Floresta, sobre Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, no município de Itaituba, Pará / Sherlle Neri da Silva Itaituba: FAI, 2019.

52f.:il.

Orientadora: Enfª Esp. Tamires Sheyenne Pereira da Silva.

... Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Itaituba. 2019.

1-Saúde do homem. 2-PNAISH. 3-Enfermagem. I Silva, Tamires Sheyenne Pereira da. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR-PA, 2019.

SHERLLE NERI DA SILVA

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE MORADORES DO BAIRRO
FLORESTA, SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO
INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM, NO MUNICÍPIO DE ITAITUBA,
PARÁ**

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

Orientador: Enf^a Esp. Tamires Sheyenne Pereira
da Silva.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Enf^a. Esp. Tamires Sheyenne Pereira da Silva Nota: 100

Avaliador: Prof^a. Ma. Dione Natureza de Moraes Nota: 90

Avaliador: Prof^a. Ma. Juliane de Almeida Lira Nota: 90

Resultado: Aprovado Média: 93

Data: 26 de março de 2019.

*Dedico este trabalho em primeiro lugar a **Deus**, por me proporcionar essa vitória. **A meu pai, minha mãe, meus irmãos, minha esposa e filhos** pelo amor, carinho e estímulo que me ofereceram. Dedico-lhes essa conquista com gratidão.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por mais essa etapa vencida em minha vida, sempre presente nas horas que mais precisei, iluminando meus caminhos e meus pensamentos para alcançar meu objetivo.

A meus pais, Silvio Neri da Silva e Maria Jandira Lima da Silva, pelo esforço, dedicação em me proporcionar mais essa vitória e por acreditarem no meu potencial, sempre me dando força para que eu sempre seguisse meu caminho, com a certeza de que tudo daria certo, se não fosse vocês eu não conseguiria.

Ao meu irmão Shilton Neri da Silva, pelo amor e carinho, sempre me apoiando quando precisava.

Ao meu irmão Silvio Neri da Silva Filho, pelo amor e carinho, sempre me apoiando quando precisava, mesmo à distância.

Ao meu sobrinho Thiago Hitan Ferreira Lima, que chegou em minha vida trazendo alegria em meio a tantas lutas.

A minha esposa Leiliane Moraes de Souza, obrigada por estar comigo durante esses dezoito anos de casamento, encarou esses cinco anos de luta, brigas, puxões de orelhas, a parceria e incentivo ano após ano, foi essencial, principalmente nas horas em que tudo parecia tão difícil, nós sempre nos ajudando a seguir a diante.

A vocês, Meus Filhos, Samuel Neri, Samanta Neri, Saulo Stevan Neri, e Sabrina Neri, por terem me ajudado com compreensão e carinho, nas muitas vezes que não pude ficar com vocês em momentos festivos e de lazer.

A você meu tio Gilvan Ferreira de Lima, por me aconselhar quando eu queria desistir do curso por causas das dificuldades financeiras. Mesmo que não possas ler este agradecimento. Muito obrigado de todo coração.

A minha Sogra Ozenir Barbosa Sousa por ter me ajudado no cuidado com meus filhos quando minha esposa e eu precisamos ir juntos para a faculdade, e/ou coletar dos dados. Obrigada por ter cedido um pouco do seu tempo quando precisei.

A minha colega de curso Francinely, que colaborou no planejamento e execução de trabalhos e seminários na sala de aula, laboratório, auditório, locais de ações realizadas e estágios. Meu muito obrigado.

A minha colega de curso Darlene de Jesus, que colaborou no planejamento e execução de trabalhos e seminários na sala de aula, laboratório, auditório, locais de ações realizadas e estágios.

A minha colega de curso Lireide Machado, que colaborou inúmeras vezes me cedendo internet para minhas pesquisas, tal como no planejamento e execução de trabalhos e seminários na sala de aula, laboratório, auditório, locais de ações realizadas e estágios.

O meu colega de curso Jerison Rodrigues, que colaborou no planejamento e execução de trabalhos e seminários na sala de aula, laboratório, auditório, locais de ações realizadas e estágios.

O meu colega de curso Edinaldo Avelino e sua esposa Joseline Avelino, que colaborou no planejamento e execução de trabalhos e seminários na sala de aula, laboratório, auditório, locais de ações realizadas e estágios.

O meu colega de curso Alison e nossa colega Elisiane, que colaboraram nos planejamentos e execução de trabalhos e seminários na sala de aula, laboratório, auditório, locais de ações realizadas e estágios, tal qual nas horas de dificuldade nas horas adversas.

O meu colega de curso e de trabalho Melquizedeque, que colaborou no planejamento e execução de trabalhos e seminários na sala de aula, laboratório, auditório, locais de ações realizadas e estágios.

O meu amigo de trabalho Charles Deglan, que colaborou no planejamento e execução de trabalhos na empresa que trabalhávamos, doando-se com mais trabalho para poder me ajudar nos estágios, muito obrigado meu amigo.

O meu amigo de trabalho Ildo Assunção, que colaborou no planejamento e execução trabalhos na empresa que trabalhávamos, doando-se com mais trabalho para poder me ajudar nos estágios, muito obrigado meu amigo.

Aos colegas, que desistiram de terminar o curso durante esses cinco anos de faculdade, que me auxiliaram no abrir de novos horizontes e me ajudaram a chegar até aqui, através dos seus discursos, ricos conhecimentos, ensinamentos e críticas, também me fizeram forte para continuar, a vocês, também meu muito obrigado.

A empresa autoescola Santana e todos os colaboradores, Fatima Rosa, Eliseu Araújo, Carlene, Orlete Galvino, Ramon Neres, Charles Deglan, Charles Muller e Ildo Assunção, que me cederam e adaptaram os horários que precisei sair para fazer estágios ou trabalhos da faculdade. Meu muito obrigado, que nosso Deus os abençoe profundamente.

Ao Governo Federal, e suas Políticas Educacionais, que criaram o Enem e o Prouni, também as cotas de negros, que me proporcionaram uma bolsa integral para estudar na Faculdade de Itaituba, Meu muito obrigado, que nosso Deus os abençoe profundamente.

A empresa FAI. Faculdade de Itaituba, e todos os colaboradores, Abel e CIA, que me aceitaram como bolsista, cederam e adaptaram os horários que precisei sair para fazer estágios ou trabalhos da faculdade. Meu muito obrigado, que nosso Deus os abençoe profundamente.

Aos professores durante esses cinco anos de faculdade, que me auxiliaram no abrir de novos horizontes e me ajudaram a chegar até aqui através dos seus ricos conhecimentos, ensinamentos e críticas.

Ao professor Dr. Jossehan Galúcio da Frota, que ministrou algumas disciplinas e em especial a disciplinas de Microbiologia, TCC 1 e TCC2, ensinar, cobrar resultados e por tirar minhas dúvidas quando precisei.

Ao professor Enfermeiro Esp. Adriano Coutinho, que ministrou algumas disciplinas focado em ensinar, cobrar resultados, esclarecer a importância de estudar e por tirar minhas dúvidas quando precisei.

Ao professor Enfermeiro Esp. Cleidson Colares, que não consegue pronunciar meu nome, ministrou algumas disciplinas de forma tradicional e com suma propriedade de conhecimento, focado em ensinar, cobrar resultados, esclarecer a importância de estudar e por tirar minhas dúvidas quando precisei.

Ao professor Enfermeiro Mestre. Marcio Silva, que ministrou algumas disciplinas de forma inovadora e sutil de com suma propriedade de conhecimento, focado em ensinar, cobrar resultados, esclarecer a importância de estudar e por tirar minhas dúvidas quando precisei.

A Enfermeira Esp. Bernadete Coelho, pelo voto de confiança, por acreditar em mim, pela sua disponibilidade na orientação, sempre pronta e eficaz nas minhas indagações, tal como o incentivo que foram de suma importância, seu espírito científico e sobretudo pelos grandes ensinamentos durante as aulas e estágios.

A Enfermeira Esp. Mestranda Rosangela Aguiar, por acreditar em minha capacidade, pela sua disponibilidade nos ensinamentos, sempre pronta e eficaz nas minhas indagações, tal como o incentivo que foram de suma importância, seu espírito científico e sobretudo pelos grandes ensinamentos durante as aulas e estágios.

A Nutricionista Esp. Cristiane Almeida, por acreditar em minha capacidade, e também ter dado oportunidade para me recuperar em sua disciplina, tal como pela sua disponibilidade nos ensinamentos, sempre pronta e eficaz nas minhas indagações, tal como o incentivo que foram de suma importância, seu espírito científico e sobretudo pelos grandes ensinamentos durante as aulas e estágios.

A minha orientadora, Enfermeira Esp. Mestranda Tamires Sheyenne Pereira da Silva, pelo voto de confiança, por acreditar em mim, pela sua disponibilidade na orientação, sempre pronta para responder de forma eficaz as minhas solicitações, pelas palavras de incentivo que foram de suma importância, seu espírito científico e sobretudo pelos grandes ensinamentos durante esse trabalho.

Aos que torceram contra o meu sucesso, fica aqui o meu sentimento de indiferença e, sobretudo o meu sorriso de vitória com mais essa conquista de muitas que virão, a esses eu agradeço também, pois até vocês me incentivaram a continuar na luta com empenho e dedicação, e, contudo, lhes digo busquem mais conhecimento e mudem também suas vidas e de seus pares.

Para todos aqueles que torceram por mim, e direta ou indiretamente incentivaram de todas as formas e contribuíram com a execução deste o projeto ao ato de pesquisa e trabalho de coleta de dados, inclusive os participantes da pesquisa, que separaram um pouco de seu tempo, para nos atender em suas residências e responder o questionário, agradeço com muita satisfação.

“Amado, desejo que te vá bem em todas as coisas e que tenhas saúde, assim como bem vai a tua alma.”

III João 1.2

RESUMO

A saúde do homem surge como questão a ser estudada a partir do comportamento de risco adotado pelos próprios sujeitos do sexo masculino, muitas vezes arraigado pelos ditames de uma masculinidade hegemônica imposta socialmente. Sabe-se que o homem não possui hábitos de prevenção e eles próprios estavam colocados à margem das políticas públicas de saúde. Na tentativa de reverter essa situação o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde do Homem. Este trabalho teve por objetivo avaliar o que pensam os homens a respeito da criação de uma Política Nacional voltada para a saúde masculina. Analisou-se aqui a compreensão de 100 homens, usuários de um serviço de saúde, que identificaram aspectos relevantes para a saúde masculina, podendo servir como incentivo, e características não tão vantajosas ao se considerar uma estratégia de saúde para os homens, devido à manutenção do comportamento social dos homens de não cuidarem da saúde. A pesquisa discute-se a articulação entre sistemas de informações epidemiológicas, produção científica e políticas de saúde de assistência à saúde do homem. Foram utilizadas três fontes secundárias: dados do Ministério da Saúde (Sistemas de Informação sobre Mortalidade e Hospitalar, Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), artigos publicados e documentos do Ministério da Saúde referentes à saúde do homem. Os resultados apontam que, em termos de morbimortalidade, os homens estão mais expostos a riscos do que as mulheres. Na produção científica, predominam estudos que focalizam os agravos e doenças exclusivamente masculinos em detrimento de outros aspectos relacionados à saúde. Documentos legais destacam o panorama epidemiológico de morbimortalidade masculina e a metodologia de elaboração da política. É necessário que os pesquisadores ampliem a utilização dos dados dos sistemas de informações epidemiológicas do Ministério da Saúde e procedam à incorporação crítica da perspectiva relacional de gênero.

Palavras-chave: Gênero. Masculinidade. Saúde. Política pública. Atenção primária.

ABSTRACT

The health of the man emerges as the issue being studied as risk behavior adopted by the subjects were male often rooted in the dictates of a socially imposed masculinity. It is known that the man does not have prevention methods and they themselves were placed in the margins of public health policies. In an attempt to reverse this situation the Ministry of Health launched the National Health Politics of the Man. This study aimed to assess what men think about the creation of a National Politics oriented men's health. We analyzed here the understanding of 100 men users of a health service which identified issues relevant to men's health which may serve as an incentive and not as favorable characteristics when considering a health strategy for men due to maintenance the social behavior of men not taking care of health. The job discusses the articulation among epidemiological information systems, scientific production and men's health policies. Three secondary sources were used: data from the Ministry of Health (Mortality and Hospital Information Systems, Surveillance of Protection and Risk Factors for Chronic Diseases through Telephone Survey), papers published and documents of the Ministry of Health regarding men's health. The results indicate that, in terms of morbidity and mortality, men are more exposed to risks than women. In the scientific production, studies focus predominantly on injuries and diseases that affect exclusively the male population, to the detriment of other health-related aspects. Legal documents highlight the epidemiological panorama of male morbidity and mortality and the policy-making methodology. Researchers need to expand the use of data from the epidemiological information systems of the Ministry of Health and to incorporate the gender relational perspective critically.

Keywords: Gender. Masculinity. Health. Public politics. Primary care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
IBGE	Instituto de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem
SESPA	Secretaria Executiva de Saúde Pública do Pará
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Mapa do município de Itaituba-PA. Fonte: Universidade Federal do Pará-UFPa, 2010.....	32
-----------	--	----

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1: Percepção de moradores do gênero masculino do bairro floresta, em Itaituba-PA, sobre a importância do serviço de saúde da UBS de seu Bairro. Fonte: Silva, 36 2019.....
- Gráfico 2: Procura por serviços de saúde, por moradores do gênero masculino do bairro floresta, em Itaituba-PA. Fonte: Silva, 37 2019....
- Gráfico 3: Busca por soluções de problemas de saúde, homens residentes do bairro Floresta, em Itaituba-PA. Fonte: Silva, 39 2019.....
- Gráfico 4: Conhecimento de homens residentes do bairro Floresta em Itaituba-PA, sobre a PNAISH. Fonte: Silva, 40 2019.....
- Gráfico 5: Conhecimento de homens residentes do bairro Floresta em Itaituba-PA, sobre a PNAISH. Fonte: Silva, 41 2019.....

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Faixa etária de moradores do gênero masculino do bairro Floresta em Itaituba-PA.....	35
Tabela 2:	Percepção de moradores do gênero masculino do bairro Floresta em Itaituba-PA, sobre a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem.....	42
Tabela3:	Percepção de moradores do gênero masculino do bairro Floresta em Itaituba-PA, sobre a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem	43

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
2.1	SAÚDE DO HOMEM.....	20
2.2	CONCEPÇÕES MASCULINAS SOBRE SUA SAÚDE.....	21
2.3	SAÚDE DO HOMEM NO BRASIL.....	23
2.4	POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM.....	24
2.5	DESAFIOS DA INCLUSÃO MASCULINA NA ATENÇÃO BÁSICA.....	25
2.6	ESTRATÉGIAS INCLUSÃO MASCULINA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	26
2.7	FATORES DE RISCOS A SAÚDE MASCULINA.....	28
2.7.1	Hábitos Sociais.....	29
2.7.2	Doenças Agudas e/ou Súbitas.....	29
2.7.3	Crônico-Degenerativas.....	30
2.8	ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA SAÚDE DO HOMEM.....	31
3	METODOLOGIA.....	32
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	32
3.2	LOCAL DE ESTUDO.....	32
3.3	POPULAÇÃO AMOSTRAL.....	33
3.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	33
3.5	ANALISE DOS DADOS.....	33
3.6	ASPÉCTOS ÉTICOS.....	33
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	35
5	CONCLUSÃO.....	46
	REFERÊNCIAS.....	47

APÊNDICE A.....	51
-----------------	----

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde, o gênero masculino brasileiro tende a não se preocupar com a prevenção de sua saúde, devido a vários fatores como cultura, questões socioeconômicas, disponibilidade de tempo, religiosidade e machismo (BRASIL, 2008).

A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de mortalidade, os homens não buscam como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária, assim, a não procura por serviços básicos de saúde, acaba privando esse público da proteção necessária à preservação de sua saúde, buscando apenas esses cuidados tardiamente, quando já se encontram com alguma alteração fisiológica ou patológica (FIGUEIREDO, 2005).

Klinger (2013), afirma que a Constituição Federal brasileira de 1988, após criar o Sistema Único de Saúde (SUS), tornou-se um marco, principalmente por empregar o Programa Saúde da Família (PSF), a fim de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases assistenciais, levando a saúde para dentro dos domicílios e comunidade.

Desta forma, Brasil (2009) institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e suas diretrizes implementadas em de 27 de agosto de 2009, por meio da elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltada à população masculina e definição de responsabilidades e competências de cada nível Federal, Estadual e Municipal.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) está alinhada à Política Nacional de Atenção Básica e as estratégias de humanização em saúde, em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde desta categoria (BRASIL, 2008).

Aborda-se que esta política tem como objetivo facilitar e ampliar o acesso dessa população aos serviços de saúde, minimizando e/ou evitando possíveis agravos, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade na saúde, explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde (BRASIL, 2009).

Klinger (2013) afirma que o PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e continuada, respeitando as crenças e valores sobre a saúde do homem, afirmando ainda que o enfermeiro pode identificar

individualmente cada usuário, bem como estimular estes a participar das ações em saúde ofertadas pela UBS.

Braga (2017) ressalta que o homem ainda que queira cuidar da sua saúde, esbarra em uma barreira de falta tempo, preconceito, desinformação, horários e falta de suporte de equipes de saúde, fazendo-se necessário campanhas informativas e educativas, a fim de sensibilizar o gênero masculino sobre a importância da procura aos serviços de saúde ofertados na Atenção Básica.

Segundo IBGE (2010) a população residente masculina do município de Itaituba-PA, é composta de 49.681 homens somando assim mais de 50% dos residentes, sendo que destes cerca de 15% residem no bairro Floresta, região de alto fluxo populacional, comércio e atividades laborais.

Com esse embasamento, norteia-se os seguintes questionamentos: os homens do bairro floresta buscam acesso a saúde? O público em questão conhece a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem? Como eles obtêm informações há cerca da PNAISH? O gênero sugere melhorias para implementação dessa política?

Assim, esse trabalho, se justifica pelo fato há cerca da saúde masculina, uma vez que este público está vulnerável a doenças e mortalidade em relação a mulheres e crianças, reforça-se que é imprescindível mais pesquisas diretamente relacionada ao gênero masculino, a luz de seus direitos referentes a saúde e pela falta de acesso a esses serviços, pois estudos apontam que cerca de 90% do público masculino, se quer ouviu falar da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, o que acaba interferindo na assistência à saúde (ABREU, 2016).

Neste sentido, o estudo teve como objetivo geral: avaliar e descrever o conhecimento de moradores do bairro Floresta, sobre a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH). Especificando: informar sobre a saúde do gênero masculino; destacar a PNAISH e suas diretrizes; investigar as formas de informações e orientações relacionadas a política e explicar as sugestões da amostra sobre a implementação da PNAISH nas Unidades de Saúde.

Trata-se de uma pesquisa de campo, disposta de informações primárias obtidas através de um questionário estruturado, com abordagens metodológicas quantitativa e descritiva e subsídio bibliográfico, há cerca do tema em questão, dividida em cinco capítulos diferentes: introdução com abordagem geral do tema; fundamentação teórica há cerca das publicações sobre a saúde masculina e suas

políticas de incentivo e promoção; metodologia desenvolvida no estudo; resultados e discussões obtidas no campo da pesquisa e conclusão há cerca do trabalho de envolvido e suas considerações para a saúde e sociedade.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo, discorrerá há cerca dos dados contido na literatura, sobre a temática abordada, a fim de responder ao primeiro e segundo objetivo específico delimitado na pesquisa: “informar sobre a saúde do gênero masculino” e “destacar a PNAINH e suas diretrizes”, explanados através de tópicos contextualizados a seguir.

2.1 SAÚDE DO HOMEM

Em relação ao primeiro objetivo especificado para este estudo, a constituição federal, declara que a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que à redução do risco de doença e de outros agravos, por meio do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

.Para Etienne (2019), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), prioriza a urgência em igualar a masculinidade e a saúde dos homens é um grande avanço da saúde universal, pois os empenhos para aperfeiçoar a saúde pública carecem de abranger atenção à saúde de homens, e abater a desigualdade de gênero e reparar o bem-estar ao longo da vida.

A saúde da população masculina vem ganhando notoriedade e espaço nos últimos anos, seja devido à maior divulgação e exploração dos dados dos sistemas de informações epidemiológicas ou da produção científica, sejam pela criação de estratégias públicas específicas para esta população (SCHWARZ *et al.*, 2012).

Um importante fator a ser analisado no contexto de saúde, é a posição dos homens em relação a sua saúde. É evidente que pelos indicadores de saúde masculina logo se pensam que os mesmos não se cuidam, e aparentam ter uma postura intransigente em relação ao autocuidado (ANDRADE; MONTEIRO, 2012).

A redução das várias formas de violência, ISTs, gravidez indesejada, paternidade ausente e falta de responsabilidades compartilhadas de cuidado não remunerado, provavelmente combaterá à "masculinidade tóxica (ETIENNE, 2019).

Perante este contexto, necessita-se a inspiração de novas metodologias em saúde integral do homem, promover a saúde além das UBS, procurar em seu cotidiano, que podem ser locais de trabalho, praças públicas, campos e quadras esportivas e até mesmo bares e prostíbulos (OLIVEIRAA, ALVES, *et al.*, 2014).

A função de prover exercido pelo homem na maioria dos lares, provoca dificuldades no autocuidado, horário ofertados no serviço de saúde básica, apontam a necessidade de mudar as estratégias. Contudo concluem que os estudos sobre masculinidades e saúde dão e podem dar muito mais subsídio a discussões mais intensas dos desafios e barreiras desta inclusão. afirmaram (SILVA *et al.*, 2015).

Oliveira e Daher, *et al.*, (2013) afirma que se estudando o gênero, constatou-se que a masculinidade relaciona-se diretamente com os costumes de entender a vida, vaidade e doença, onde o homem se descobre no decorrer da vida, passando por diversos processos fisiológicos, como puberdade e orientação sexual.

No entanto, para Brasil (2008) isto devido a vários fatores implicantes, ora devido a cultura, ou mesmo questões socioeconômicas, disponibilidade de tempo, até mesmo religiosidade, ainda se reintera que por fim, o machismo impregnado desde os primórdios da civilização, diz que o gênero masculino foi, é, e sempre será invulnerável.

2.2 CONCEPÇÕES MASCULINAS SOBRE SUA SAÚDE

Apesar dos avanços, muitas pessoas ainda acreditam na ideia de que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são serviços destinados para mulheres, crianças e idosos, tendo em vista que a presença masculina não é constante e, além disso, muito pouca, nos serviços de atenção à saúde. Por isso, essa ausência dos homens nesses serviços é associada a uma característica da identidade masculina relacionada ao seu processo de socialização (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

Estudos demonstram que a maioria dos homens vive menos que as mulheres e, conseqüentemente, morrem em quantidade maior, sendo que, a sua expectativa de vida ao nascer é menor quando comparada à das mulheres. Nesse aspecto, essa diferença de mortalidade entre os gêneros mostra uma situação de saúde desfavorável para os homens e que deve ser considerada pelos serviços de saúde. (LAURENTI, 1998).

As necessidades e a procura dos cuidados devem ser reconhecidas, pois isso é um aspecto importante para a organização das ações de saúde em relação à assistência aos homens, implicando na identificação das necessidades da saúde masculina na demanda de ações de saúde (SCHRAIBER *et al.*, 2005).

Dentro desse contexto, por meio da ajuda de forma preventiva, muitas doenças poderiam ser evitadas, mas a resistência masculina quanto à prevenção

ainda é notória, tendo em vista, alguns pensamentos conservadores e alguns hábitos de vida que não conseguem mudar.

Isso também se confirma para ações de promoção e prevenção à saúde que busca e necessita de mudanças comportamentais. Essa não procura de serviços preventivos podem ser reunidos em dois grupos: um grupo de barreiras socioculturais e outro de barreiras institucionais (GOMES, 2003).

Importante salientar que alguns estudos identificam que muitos homens não procuram um serviço de prevenção porque não conseguem conciliar o tempo de horário de funcionamento dos serviços com o seu trabalho, pois o expediente é o mesmo do seu trabalho. Percebe-se, nesse aspecto, que o homem tem uma imensa preocupação com a atividade laboral, principalmente em pessoas de baixa condição social (SCHRAIBER, 2005).

Para Julião (2011), enfermeiro pode identificar individualmente cada usuário por participar na organização das ações pautada nas reais condições detectadas por ele e pela equipe da unidade de saúde UBS que trabalha, assegura que Profissionais de saúde, abracem contornos diferentes de refletir à saúde (SILVA *et al.*, 2013).

Braga (2017) aponta que esses fatores mais a masculinidade, são pressupostos para que a maioria dos homens, tão-somente procuram os serviços de saúde quando já estão doentes, ou em estado grave ou avançado.

Oliveira e Daher, *et al* (2013) concluiu que Trinta e seis por cento dos indivíduos que ele entrevistou em sua pesquisa no Rio de Janeiro, buscaram atendimento tardio, apresentando alguma morbidade.

Araújo *et al* (2012) observou que as causas de mortalidade de homens são diversificadas, pois homens negros morrem mais por causas externas, sendo que enfermidades do aparelho circulatório preponderaram dentre os homens brancos, assim, o homem quer cuidar da saúde, mas esbarra em uma barreira de falta tempo, preconceito, informação, local, horários e suporte, e também equipes de saúde dedicadas e adequadas para o gênero.

Apontar projetos de pesquisa e de intervenções voltadas à população masculina, apresentam recomendações úteis aos gestores para o aprimoramento da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem nos municípios, prioriza uma maior visibilidade e resolubilidade às demandas e às necessidades do processo saúde-doença vocalizadas pelos homens no exercício das masculinidades (BRASIL, 2012).

Portanto, Abreu (2016) solicita que se façam campanhas informativas e educativas em todos os âmbitos de informação, sensibilizando á todo e qualquer um sobre a importância da saúde por meio da atenção básica.

Gênero é muito importante no cotidiano dos indivíduos porque é um componente central da identidade das pessoas. Para ser considerado um homem, é necessário demonstrar que tem as características masculinas, sendo preciso pagar um preço (ABREU, 2016).

2.3 A SAÚDE DO HOMEM NO BRASIL

Quando se fala de saúde da população masculina no Brasil, perpassa-se ao longo do último século a preocupação de médicos e sanitaristas com algumas prerrogativas específicas do gênero, que tornavam os homens seres especialmente perigosos (e em perigo) do ponto de vista da saúde pública (CARRARA, 1996).

Buscando responder às transformações sociais resultantes do processo de internacionalização da economia e as mudanças ocorridas na sociedade no período pós-ditatorial, como resultado do processo de democratização, é lançada no Brasil a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 1992)

No brasil, a saúde dos homens, usuários do SUS, conservar-se contida, fazendo-se indispensável captar e sensibilizar quanto antes esses indivíduos em suas necessidades de saúde por um processo dialógico priorizando autonomia, na construção de um projeto terapêutico mais coerente e resolutivo (OLIVEIRAA, ALVES, *et al.*, 2014).

Para Brasil (2008), a percepção de questões de saúde como cultura, assistência, programas específicos e socioeconômicos, corroboram para inclusão e prevenção, evitando e prevendo futuras morbidades e mortalidades.

Silva e Lima, *et al* (2015) concorda que estudos atuais, permitiram alcançar subsídios indispensáveis sobre à saúde do homem, problemáticas e desafios encarados pelo gênero em a assistência básica, que bem não terão soluções imediatas.

A reflexão das especificidades das necessidades de saúde dos homens na atualidade, e os desafios principais na ampliação do acesso da população de genero masculino à atenção pública de saúde, sendo um assunto que envolve a tema de gênero masculino, se faz necessário embrenhar-se nos estudos nessa temática considerando as políticas públicas (SILVA *et al.*, 2015).

2.4 POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM

Respondendo ao segundo objetivo específico, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) instituída pela Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, tem como objetivo facilitar e ampliar o acesso de qualidade para população masculina, na faixa etária de 20 a 59 anos (SAMPAIO *et al.*, 2016).

A criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é de qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardecem a integridade da atenção (BRASIL, 2009).

O sistema único de saúde SUS ampliou a atenção primária e implementou outras políticas de saúde, que necessitam transversalizar com a política nacional de atenção integral a saúde do homem (NOBERTO, 2017)

A partir da PNAISH esse pensamento foi amplamente divulgado na mídia, no intuito de alerta para uma realidade preocupante e principalmente, para novas ações que visavam melhorar a saúde masculina (ANDRADE; MONTEIRO, 2012).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) apresenta como proposta a quebra de paradigmas de invulnerabilidade masculina e a conscientização da prática do autocuidado através da prevenção de doenças. Tal proposta é desafiadora uma vez que envolve a mudança de conceito cultural imposta pela sociedade (COSTA, 2014).

Muitos são os desafios para a implementação da política, como: a conscientização masculina na busca do autocuidado preventivo através da atenção básica; a informação transfigura um a outro fator importante no que tange à busca dos direitos à saúde, como também a informação dos profissionais de base na atuação da PNAISH (COSTA, 2014).

O fortalecimento e qualificação da APS, e de suma importância, pois e através de infraestrutura de qualidade, condições de trabalho digna e educação permanente em saúde a seus profissionais, tendo em vista que muitos dos agravos de saúde masculina poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, medidas de promoção e prevenção na APS, ou seja, é neste espaço que caberiam os primeiros contatos em saúde da população como um todo (SANTOS, 2015).

Para a compreensão dos fenômenos de saúde vinculados a população masculina articula as inúmeras questões que envolvem os determinantes de saúde-doença, questões envolvendo gênero e discussões prematuras frente às suas demandas de saúde (*FONTES et al.*, 2011).

A PNAISH reconhece que os homens usam o sistema de saúde por meio da atenção especializada, demonstrando a necessidade do fortalecimento e qualificação na atenção básica, pois agem diferentemente das mulheres que acessam para os sistemas de saúde principalmente pela UBS de assistência (*FRANSCISCO*, 2014).

As fronteiras entre sexo, sexualidade, e gênero geralmente não são tão nítidas como as demarcações baseadas em definições podem sugerir. As várias tensões que atravessam surgem não só nos confrontos entre diferentes posicionamentos sobre o assunto, mas também na articulação dos conhecimentos e as práticas voltada para a promoção da saúde sexual, seja de homens ou mulheres. (*GOMES*, 2009,)

O termo gênero passou a ser utilizado por feministas para traduzir as diversas maneiras de interação humana, para integrar de forma correta a construção das relações sociais. É fundamental relacionar homens e mulheres, pois o estudo de gênero tem o enfoque de risco e dano da saúde para o enfoque da necessidade das satisfações humanas (*VIEIRA et al.*, 2011).

Separavich e Canesqui (2013) indica que com PNAISH está designando condições que satisfaçam integralmente os anseios dos homens. também relata que outros interesses podem sobrepor-se aos objetivos gerais enunciados, interesses que nem sempre comungam o mesmo ideal.

Contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (*BRASIL*, 2009).

2.5 DESAFIOS DA INCLUSÃO MASCULINA NA ATENÇÃO BÁSICA

Os desafios para a inclusão da população masculina na atenção primária são vários, mas destaca-se a necessidade de adequação das unidades de saúde, sobretudo por meio de campanhas de prevenção nos momentos de procura pelos

serviços de saúde para estimular o hábito da prevenção de doenças (GIUMBELLI; BONAMIGO, 2014).

A baixa procura por atendimento à saúde possui fatores de ordem cultural, sexual, de gênero e escolaridade. A procura alternativa por serviços de atendimento rápido, como farmácias ou prontos-socorros, desfavorece a prevenção e favorece a o uso de automedicação (JULIAO; WEIGELT, 2011).

Os homens, na condição de provedores da família, justificam a não procura por atendimento ao horário de funcionamento das unidades de saúde que coincide com seu expediente de trabalho. Barreiras culturais, insegurança, medo da descoberta de doenças e, até mesmo, vergonha pessoal também são apontadas como causas de não comparecimento (OMS, 2008).

O motivo da utilização dos serviços de saúde pelos homens difere das mulheres, concentrando-se na assistência aos agravos da saúde e às emergências. Essa resistência masculina favorece o surgimento de doenças cujo tratamento vai sobrecarregar financeiramente a sociedade, além de causar sofrimento físico e emocional ao próprio indivíduo e à sua família (VIEIRA. *et al.*, 2008).

2.6 ESTRATÉGIAS INCLUSÃO MASCULINA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Muitos investimentos em campanhas públicas voltadas à saúde do homem estão sendo promovidas atualmente. Como exemplo, podem-se destacar as publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS), as quais estão voltadas à saúde masculina ou o seu comprometimento em diferentes fases da vida, dentro de suas especificidades. (SABO, 2002).

Em 2008 o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Essa política foi resultado de uma parceria entre gestores do SUS, organizações científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

Nesse sentido, essa política veio para auxiliar os gestores estaduais e municipais dentro do contexto que criou esse Plano de Ação Nacional, trazendo medidas específicas com nove eixos de ação que são:

Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; Promoção de saúde com foco na elaboração de estratégias para aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde; Informação e comunicação

para sensibilizar os homens e suas famílias, estimulando o autocuidado e hábitos saudáveis, por meio de ações de informação, educação e comunicação; Participação, relações institucionais e controle social, que busca associar as ações governamentais com a sociedade civil organizada, a fim de potencializar ações voltadas para essa população; Implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem, com o objetivo de fortalecer a atenção básica e melhorar o atendimento, a qualidade e resolubilidade dos serviços de saúde; Qualificação de profissionais da saúde para o desenvolvimento de estratégias em educação permanente para os trabalhadores do SUS; Avaliação dos insumos, equipamentos e recursos humanos que garantam a adequada atenção de insumos, equipamentos e recursos humanos que garantam a adequada atenção à população masculina; Sistemas de Informação com o objetivo de melhorar e qualificar as informações destinadas a essa população; Avaliação do projeto-piloto por meio de realização de estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações por meio do monitoramento da Política (BRASIL, 2009, p.2).

Partindo do conceito de que o homem é um ser biopsicossocial, entende-se que as práticas de atenção à saúde realizada para atender as necessidades do ser humano não alcançarão resultados impactantes se forem realizadas de forma fragmentada, sendo necessário, portanto, perceber o indivíduo de forma integral (SILVA, 2015).

Devido à enfermagem estar diretamente ligada ao cuidado e, portanto, muito próxima ao cliente em todos os níveis de atenção do sistema, tem papel fundamental na implementação da integralidade. Uma vez que o enfermeiro tanto na unidade básica quanto no hospital, está sempre muito próximo ao usuário do SUS (REIS, 2008).

No entanto, sabe-se que apenas a atuação do enfermeiro, por melhor e bem-intencionada que seja não será suficiente para que a integralidade seja efetivada na prática, uma vez que, o modelo comumente praticado na saúde em geral consiste em uma prática fragmentada, centrada na produção de atos, predominando a desarticulação entre as inúmeras queixas dos usuários (MACHADO *et al.*, 2007).

A importância de se tomar a integralidade como objeto de reflexão de práticas da equipe de saúde e sua gerência se baseia na compreensão de que a construção da integralidade não ocorrerá em um lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial (FRACOLLI, 2011).

Diante disso, percebe-se que a discussão da integralidade da atenção surge como uma necessidade do processo de consolidação do sistema de saúde no Brasil

e desafia gestores, profissionais de saúde, professores e sociedade civil a refletir sobre integralidade na perspectiva de um princípio que alberga transversalidade com os demais princípios do SUS e com reflexos concretos na qualidade da assistência (MACHADO *et al.*, 2007).

Entretanto, o Sistema de Saúde Pública (SUS), baseado no contexto histórico, indica que o Brasil está se desenvolvendo grandemente em focar no Programa de Saúde da Família (PSF). No entanto, o gênero masculino brasileiro tende a não se preocupar com a prevenção para manter sua saúde satisfatória (SILVA, LIMA, *et al.*, 2015).

A saúde do homem no setor assistencial requer noção das dificuldades dessa população como ética e instruir-se ao serviço de saúde em especial no contato inicial com cliente, pois a maior incidência de aceitação, procura e inteiração com o programa PSF, é praticamente do sexo feminino (JULIÃO, 2011).

Brasil (2008) afirma que Profissionais de saúde, abracem contornos diferentes para refletir crenças e valores sobre a saúde do homem e nesse sentido, o enfermeiro pode identificar individualmente cada usuário por participar na organização das ações pautada nas reais condições detectadas por ele e a Unidade Básica de Saúde (UBS) que trabalha.

2.7 FATORES DE RISCOS A SAÚDE MASCULINA

Define-se fator de risco como um aspecto do comportamento pessoal ou do estilo de vida, da exposição ao meio ambiente, ou uma característica própria ou herdada do indivíduo que se sabe, tendo por base a evidência epidemiológica, estarem associados com condições importantes de se prevenir para proteger a saúde (CASTRO, 2010).

De acordo com Amoedo (2010) a importância dos determinantes socioculturais, biológicos e comportamentais, os dados de morbidade e de mortalidade da população masculina e a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde para essa população, em todos os níveis de atenção, com prioridade para a atenção primária à saúde (SILVA *et al.*, 2015).

Nos homens, a taxa de mortalidade apresenta índices mais elevados, em comparação com a das mulheres, na maioria das causas e entre as principais causas de morte masculina está o trabalho, pois, dependendo do tipo, pode acarretar no aparecimento de doenças cardiovasculares e neoplasias malignas,

além da violência, sobressaindo-se os acidentes de veículo a motor e os homicídios (ABREU, 2016).

Pesquisas relacionadas ao tema apontam que fatores como idade, sexo, cor, sedentarismo sobrepeso/obesidade e um fator determinante para desenvolver a hipertensão arterial sistêmica, concluir que a partir dos 40 anos de idade o indivíduo de ambos os sexos tem a maior probabilidade de adquirir a doença (BERTIM; JAIME; SARNO, 2011).

Outro fator, é o consumo de alimentos inapropriados como os insalubres (excesso de sal, gordura animal, ingestão diária acima de 100 ml de café ou bebidas que contenham muitas cafeínas e o uso abusivo de bebidas alcoólicas), estresse não gerenciado e o tabagismo e um dos fatores que podem desencadear a patologia (CAETANO; MOREIRA; SANTOS, 2011).

2.7.1 Hábitos sociais

Engloba-se que o álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e incentivado pela sociedade, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a mortalidade e limitação da condição funcional associada ao consumo de bebidas alcoólicas é estimada em 3,2%, sendo que 4,0% está relacionado a cirrose hepática, pancreatite, demência e polineuropatia (WHO, 2017).

Entende-se que atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define o alcoolista como um bebedor excessivo, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais e físicas, em relação a fatores sociais e econômicos, porém para que a dependência alcoólica ocorra, é fundamental que haja vulnerabilidade e suscetibilidade à dependência, fomentadas por condições biológicas, psicológicas e sociais (WHO, 2017; HECKMANN e SILVEIRA, 2014).

Ainda para Heckmann e Silveira (2014) o etanol é uma molécula simples que se move facilmente através das membranas celulares, equilibrando-se rapidamente entre o sangue e os tecidos, o organismo, sendo metabolizado e excretado em aproximadamente uma dose por hora, conforme a fisiologia de cada consumidor, onde a fronteira de risco para os homens é aproximadamente 60 g de álcool por dia.

O tabagismo corresponde a causas de inúmeras doenças, como úlceras digestivas, infecções respiratórias, trombose vascular, entre outras, pois o cigarro é composto por aproximadamente 4.700 substâncias tóxicas, entre elas a nicotina, o monóxido de carbono e o alcatrão, corresponde por 45% das mortes por infarto do

miocárdio, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema), 25% das mortes por doença cerebrovascular (derrames) e 30% (BRASIL, 2007).

2. 7.2 doenças agudas e/ou súbitas

O acidente vascular cerebral (AVC), ou ainda acidente vascular encefálico (AVE), pode ser definido como disfunção cerebral focal de início agudo e duração superior a 24 horas levando à morte, sem causa aparente que não de origem vascular (OLIVEIRA, 2013).

De acordo com Rabello *et al* (2004) o infarto agudo do miocárdio (IAM) pode ocorrer praticamente em qualquer idade, porém a frequência aumenta progressivamente com o aumento da idade e na presença dos fatores predisponentes à aterosclerose como hipertensão, tabagismo, diabetes mellitus, hipercolesterolêmicas e genética responsável pela alta prevalência de morbidade e mortalidade no gênero masculino.

2.7.3 crônico-degenerativas

O Diabetes é uma síndrome de etiologia múltipla decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a mesma exercer adequadamente suas funções, sendo consequente de fatores genéticos e ambientais, pode ser classificada em três tipos principais: DM1, DM2 (BRASIL, 2009).

A DM1 comum em crianças, adolescentes e jovens, caracterizada pela dependência de insulina e da incapacidade de sua produção; DM2 em adultos acima de 35 anos, apresentando deficiência na liberação de insulina e resistência a sua ação nos tecidos periféricos e, DM gestacional, ocasionando complicações na gravidez e risco de vida a mãe e ao feto. Porém, a que afeta a maiorias dos anciãos brasileiros é a DM2, resultante da obesidade e má alimentação (BRASIL, 2011).

Brasil (2002) salienta que, “as consequências do Diabetes, em longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos, sendo uma das principais causas de mortalidade no Brasil, associada a essa patologia, vem a Hipertensão Arterial sistêmica (HAS), decorrente de fatores como estresse, sustos, fortes emoções, sedentarismo, vícios e a má alimentação (uso excessivo de sal).

A hipertensão arterial é uma pressão muito elevada nas artérias, esta elevação anormal é na maioria das vezes permanente, está associada a um prejuízo

na vasodilatação dependente do endotélio causado pelo exagero na produção de radicais livres, podendo levar o portador a problemas como: infarto, AVC, e problemas renais. (CAI; HARRISSON, 2003).

Preconiza-se que, segundo a lei orgânica 8.080, a saúde é direito de todos e dever do estado, diante disso, é atribuição do enfermeiro orientar portadores de DM e HAS, recomendando aos pacientes um melhor controle dos fatores de risco associados, através de campanhas sensibilizadoras e preventivas com vigilância, entre outros e as quais fomentam o diagnóstico precoce e o tratamento mais adequado para tais patologias, bem como prevenção de comportamentos aditivos.

2.8 ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA SAÚDE DO HOMEM

O enfermeiro pode identificar individualmente cada usuário por participar na organização das ações pautada nas reais condições detectadas por ele e pela equipe da unidade de saúde UBS que trabalha. Silva, Freitas, *et al.*, (2013) assegura que Profissionais de saúde, abracem contornos diferentes de refletir à saúde do homem (JULIÃO, 2011).

Aponta que esses fatores mais a masculinidade, são pressupostos para que a maioria dos homens, tão somente procuram os serviços de saúde quando já estão doentes, ou em estado grave ou avançado (Braga, 2017). Concluiu que Trinta e seis por cento dos indivíduos que ele entrevistou em sua pesquisa no Rio de Janeiro, buscaram atendimento tardio (OLIVEIRA *et al.*, 2013)

Observou que as causas de mortalidade de homens são diversificadas, os homens negros morrem mais por causas externas, sendo que enfermidades do aparelho circulatório preponderaram dentre os homens brancos. Ressalta que o homem quer cuidar da saúde, mas esbarra em uma barreira de falta tempo, preconceito, informação, local, horários e suporte, e também equipes de saúde dedicadas e adequadas para o gênero (ARAÚJO *et al.*, 2012; BRAGA 2017).

Contudo, a enfermagem, pode colaborar muito com ações exclusivas as particularidades do gênero masculino, reorganizando o atendimento e minimizar a burocracia, valorizando o cuidado de si mesmo, através de intervenções voltadas à população masculina, apresentam recomendações úteis aos gestores para o aprimoramento da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem nos municípios solicita que se façam campanhas informativas e educativas em todos os âmbitos de

informação, sensibilizando á todo e qualquer um sobre a importância da saúde por meio da atenção básica (ABREU, 2016).

Prioriza uma maior visibilidade e resolubilidade às demandas e às necessidades do processo saúde-doença vocalizadas pelos homens no exercício das masculinidades. Gênero é muito importante no cotidiano dos indivíduos porque é um componente central da identidade das pessoas. Para ser considerado um homem, é necessário demonstrar que tem as características masculinas (GUERREIRO, 2012).

2 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa é de campo, com abordagens metodológicas quantitativa e descritiva, para que se possam obter de forma clara e idônea os dados necessários que permitam basear a elucidação das hipóteses que norteiam o objetivo da pesquisa.

Conforme Prodanov e Freitas (2013), a pesquisa de campo, é utilizada com finalidade de conseguir informações acerca de uma problemática, consistindo na observação e registros de fatos e fenômenos, por meio de variáveis relevantes, frente a aspectos norteadores.

Segundo Gatti (2004), a abordagem quantitativa, parte de dados quantificados, contextualizadas por perspectivas teóricas, com escolhas metodológicas cuidadosas, trazem subsídios concretos para a compreensão de fenômenos, contribuindo para a produção e planejamento de um estudo.

A abordagem descritiva, corresponde a uma avaliação de todas as informações colhidas, no ato na aplicação dos procedimentos metodológicos, demonstrada assim, através da exposição dos resultados coletados (MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

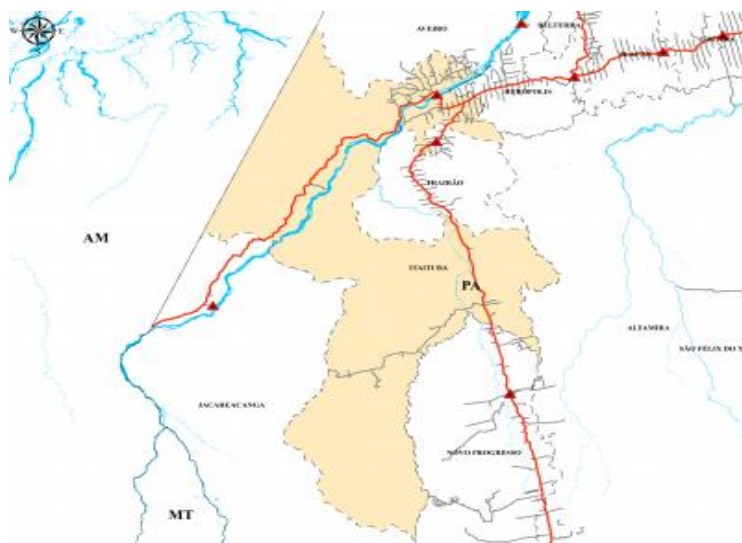


Figura 1: Mapa do município de Itaituba-PA. **Fonte:** Universidade Federal do Pará-UFPA, 2010.

O estudo foi realizado com moradores do bairro, Bairro Floresta, no município de Itaituba-PA, pertencente à Mesorregião do médio tapajós, localizada no norte brasileiro, considerado o décimo quarto município mais populoso do estado com 97.343 habitantes em 2010, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Segundo IBGE (2010) a população residente masculina do município de Itaituba-PA, é composta de 49.681 homens somando assim mais de 50% dos residentes, sendo que destes cerca de 15% residem no bairro Floresta, constituído de 11 ruas e 9 travessas, nos quais os locais de coleta foram praças, acostamentos, estabelecimentos comerciais e a Unidade Básica de Saúde (UBS) local.

3.3 POPULAÇÃO AMOSTRAL

A população de estudo foi 100 homens com idades entre 20 a 59 anos de diferentes classes econômicas, religiosas e sociais da cidade de Itaituba-PA, residentes do bairro Floresta, que aceitaram a participar desta pesquisa.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para que se pudesse fazer a coleta de dados necessários para a pesquisa almejada, foi realizado a aplicação de um questionário estruturado (APENDICE B), aplicados a pessoas do gênero masculinos residentes do bairro Floresta.

Baseado em Braga (2017), o questionário fora redigido e abrangido á pontuar os objetivos da pesquisa em ordem equivalente possibilitando adquirir elementos precisos da população da extensão geográfica fixada e pesquisada.

3.5 ANALISE DOS DADOS

Os dados equivalentes, foram recolhidos, quantificados e qualificados, demonstrados em forma de porcentagens e ilustrados em tabelas e gráficos habitualmente encontrados em computadores como ferramentas de Microsoft Windows, Office Excel e Word indispensáveis no quesito análise.

3.6 ASPÉCTOS ÉTICOS

Seguindo os preceitos da resolução 466/2012 de pesquisa com seres humanos, o estudo se realizou após a autorização da Faculdade de Itaituba (FAI), aceitação e preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), da população amostral, após estarem cientes e esclarecidos dos objetivos da pesquisa e seguros de sua confidencialidade e preceitos éticos.

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo, foram obtidos de uma população amostral de 100 pacientes masculinos residentes do bairro Floresta, de faixas etárias entre 20 a 59 anos, entrevistados nos meses de janeiro a dezembro do ano de 2018, os dados expostos contribuirão para o entendimento há cerca do conhecimento deste público sobre o tema proposto, com ênfase no alcance dos objetivos estabelecidos.

Tabela 1- Faixa etária de moradores do gênero masculino do bairro Floresta em Itaituba-PA

FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE	%
20-29	14	14
30-39	20	20
40-49	33	33
50-59	33	33
Total:	100	100

A presente tabela, expõe a idade do público abordado, mediante ao resultado obtido, demonstrando que a maioria se encontra entre 40 (40-49) a 59 (50-59) anos, somando um total de 66%, seguido de 30-39 com 20% e 20-29 anos com 14% dos

dados, Inferindo-se portanto, que a procura por homens entre em idade madura é maior em relação as demais faixa etárias.

Estudo preliminar, desenvolvido por Braga (2017) com homens na faixa etária de 25 a 59 anos, evidenciou com mais de 50 ou 60 anos e que estão em uma fase da vida onde a saúde tende a se debilitar, bem como possuem empregos ou benefícios, são os que mais procuram serviços de saúde, com percentual de 40%, corroborando com os dados da pesquisa.

Os dados sociodemográficos, coletados dos participantes da pesquisa de Julião e Weigelt (2011), revelaram que dos 29 participantes, a maioria está na faixa de 31-40 anos, correspondendo a 35% da amostra discordando dos dados da presente pesquisa em Itaituba-PA.

Em outra pesquisa, homens mais velhos e aqueles que afirmaram possuir seguro social foram associados à maior busca por atendimento de saúde, foram associados à busca por atendimento, pois já apresentam comorbidades e dispõe de tempo para a procura do serviço, pois indivíduos em idade produtiva e alocados no mercado de trabalho encontram dificuldades nessa busca (ABREU, 2016).

Desta forma, argumenta-se que a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem se estabeleceu mediante um recorte estratégico da população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos, pois esse grupo etário corresponde a 41,3 % da população masculina ou a 20% do total da população do Brasil, parcela preponderante da força produtiva e que mais exerce um significativo papel sociocultural e político (BRASIL, 2009).

Historicamente, os homens são avessos à prevenção e ao autocuidado por considerá-los irrelevantes ao seu bem-estar, os quais habituaram-se a comandar, a prover as necessidades da família e a evitar, sempre que possível, o contato com os espaços da saúde, deixando esse papel a disposição da mulher e crianças (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Neste sentido, se investigou nessa pesquisa, se a amostra considera o serviço de saúde disponibilizado pela Unidade Básica local importante (Gráfico 2), o que demonstrou que esses indivíduos têm consciência da importância para a saúde e comunidade local. Também se questionou sobre a procura pelo serviço de saúde (Gráfico 3), o que se demonstrou baixa, corroborando com outras literaturas.

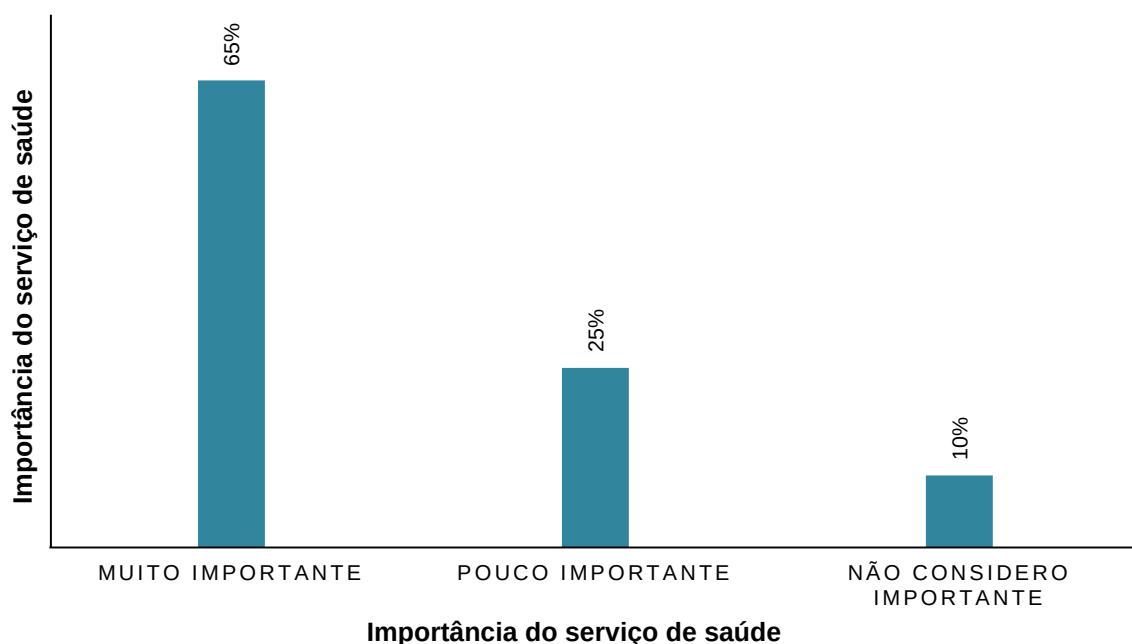
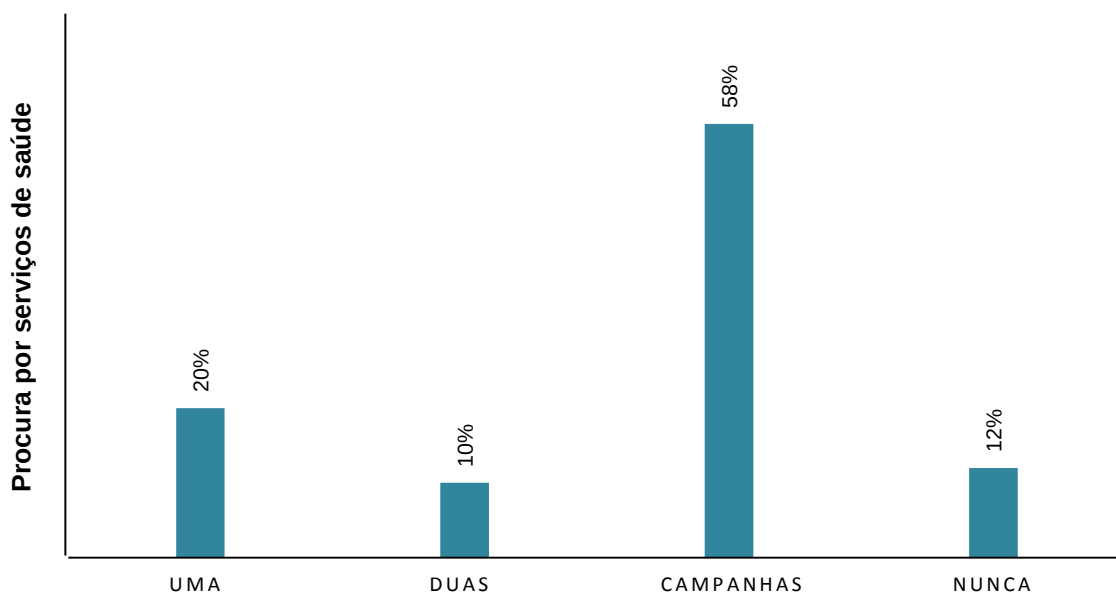


Gráfico 1 – Percepção de moradores do gênero masculino do bairro floresta, em Itaituba-PA, sobre a importância do serviço de saúde da UBS de seu Bairro. Fonte: Silva, 2019.

Analisa-se mediante ao gráfico apresentado, que a maioria 65% (65/100) dos investigados consideram o atendimento em saúde pela UBS/ESF muito importante, 25% (25/100) 10% (10/100) dos pesquisados não consideram importância alguma no serviço ofertado pelo SUS, no entanto a consciência sobre a disponibilidade dos serviços e sua importância para a saúde masculina, é nítida neste estudo.

Os homens, de forma geral, habituaram-se a evitar o contato com os espaços da saúde, orgulhando-se da própria invulnerabilidade e avessos à prevenção e ao autocuidado, é comum que protelem a procura de atendimento, permitindo que os casos se agravem e ocasionando, ao final, maiores problemas e despesas para si e para o sistema de saúde, que é obrigado a intervir nas fases mais avançadas das doenças (BRASIL, 2009).

O quadro epidemiológico dos usuários homens no Brasil e a sua maior vulnerabilidade a mortes precoces e a doenças graves e crônicas, quando comparados às mulheres e às crianças, estão diretamente relacionados a procura pelos serviços de saúde, bem como a dificuldade de adesão reduzida às propostas terapêuticas, à prevenção e à promoção da saúde (BRAGA, 2017).



Procura por serviços de saúde

Gráfico 2 – Procura por serviços de saúde, por moradores do gênero masculino do bairro floresta, em Itaituba-PA. Fonte: Silva, 2019.

Demonstra-se por meio do gráfico 3, que a maioria dos investigados, após questionados sobre a procura por serviços de saúde pelo SUS, demonstrou que 58% (58/100), procuraram o posto de saúde do seu bairro, apenas durante as campanhas preventivas, 20% (20/100) alegaram procurar serviços pelo menos uma vez por ano, 12% (12/100) até duas vezes por ano e 10% (10/100) responderam nunca ter buscado atendimento de saúde.

Para Klinger (2013) uma questão apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está ligada à sua posição de provedor, alegando que o horário do funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho, o que reforça o papel atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família.

Historicamente, os homens são avessos à prevenção e ao autocuidado por considerá-los irrelevantes ao seu bem-estar, habituou-se a comandar, a prover as necessidades da família e a evitar, sempre que possível, o contato com os espaços da saúde (ABREU, 2016).

Dados coletados no instrumento de pesquisa de Giumbelli e Bonamigo (2014) revelaram a complexidade do universo masculino é visível que existe, por parte do homem, uma resistência ao autocuidado, ou seja, a não busca pelo serviço de saúde de forma preventiva e rotineira.

A ausência dos homens nas UBS pode ser explicada porque estas não disponibilizam atividades ou programas direcionados especificamente para este público e os homens preferem utilizar serviços que respondem rapidamente às suas demandas, como farmácia e pronto socorro (FIGUEIREDO, 2005).

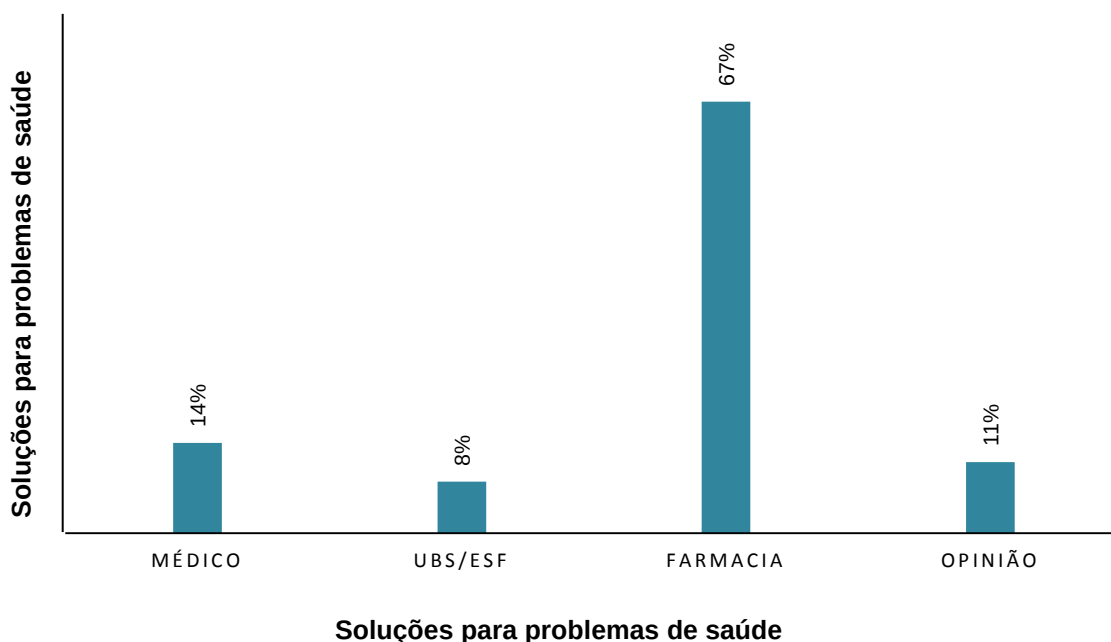


Gráfico 3 – Busca por soluções de problemas de saúde, homens residentes do bairro Floresta, em Itaituba-PA. Fonte: Silva, 2019.

Quando questionados sobre onde procuram soluções para seus problemas de saúde, conforme o gráfico 3, 67% (67/100) disseram procurar ajuda nas farmácias, 14% (14/100) buscam atendimento médico de emergência ou particular, 10% (10/100) buscam ajuda com terceiros por meio de opiniões e apenas 8% (8/100) procuram um posto de saúde, o demonstra preocupante problemática com esse público.

Em pesquisa similar, o tempo médio de procura dos participantes pelo serviço de saúde foi de menos de seis meses, em razão de eventos agudos, correspondendo 66% da amostra, 93% afirmaram ter acesso por meio de convênio privado e 7% utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS) (GIUMBELLI; BONAMIGO, 2014).

Estudos apontam que homens, diante de algum problema de saúde, procuram medidas de tratamento alternativas, desde o uso de chás até auto-

medicação, buscando orientação de algum farmacêutico, quando possível, ocasionando a maior incidência masculina na procura de serviços emergenciais como farmácias.

O ato de procurar um serviço de saúde depende, principalmente, de fatores relacionados aos serviços disponíveis e de fatores próprios de cada indivíduo, pois há uma maior utilização dos serviços por indivíduos que percebem sua saúde como regular ou ruim, corroborando com os achados encontrados em estudo qualitativo realizado em quatro estados brasileiros (BRASIL, 2009).

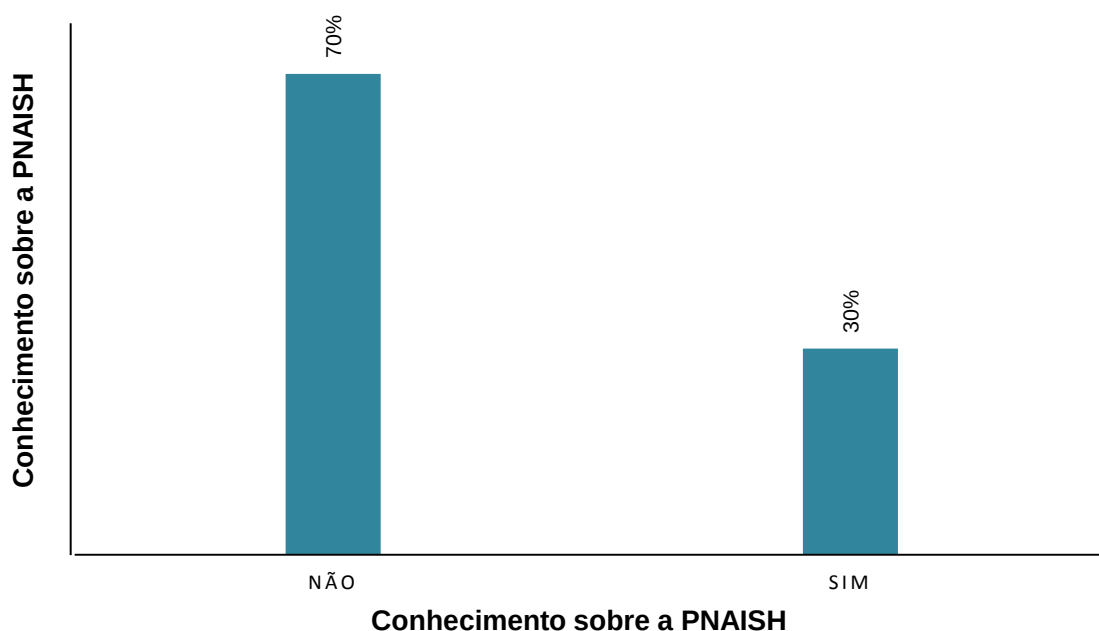


Gráfico 4 – Conhecimento de homens residentes do bairro Floresta em Itaituba-PA, sobre a PNAISH.

Fonte: Silva, 2019.

Respondendo ao objetivo geral: “descrever o conhecimento de moradores do bairro Floresta, sobre a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH)”. O gráfico 4 aponta que 70% (70/100) deste público desconhece sobre a política de amparo a sua saúde, enquanto que 30% conhece sobre a PNAISH.

Lançada a Política Nacional de Saúde do Homem (PNAISH), teve como objetivo facilitar e ampliar o acesso dele aos serviços de saúde, visando a promover bem estar e melhoria da qualidade de vida da população, por meio de um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executada nos diferentes níveis de atenção, priorizada a atenção básica (BRASIL, 2009).

Desta forma, em 2008, a PNAISH orientou a formulação de estratégias e ações fundamentando-se na atenção integral, promovendo a saúde e qualidade de vida e a educação como estratégia de promoção de mudanças comportamentais nessa população (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, os eixos prioritários da Saúde do Homem devem alcançar os homens em sua pluralidade, em suas diversas condições reais de existência, de forma a cumprir com a tarefa de levar resolubilidade às suas demandas em saúde, esses eixos estão agrupados em torno dos seguintes temas: acesso, acolhimento, doenças prevalentes na População masculina, saúde sexual e reprodutiva; paternidade, promoção da saúde e prevenção de violências e acidentes (BRASIL, 2009).

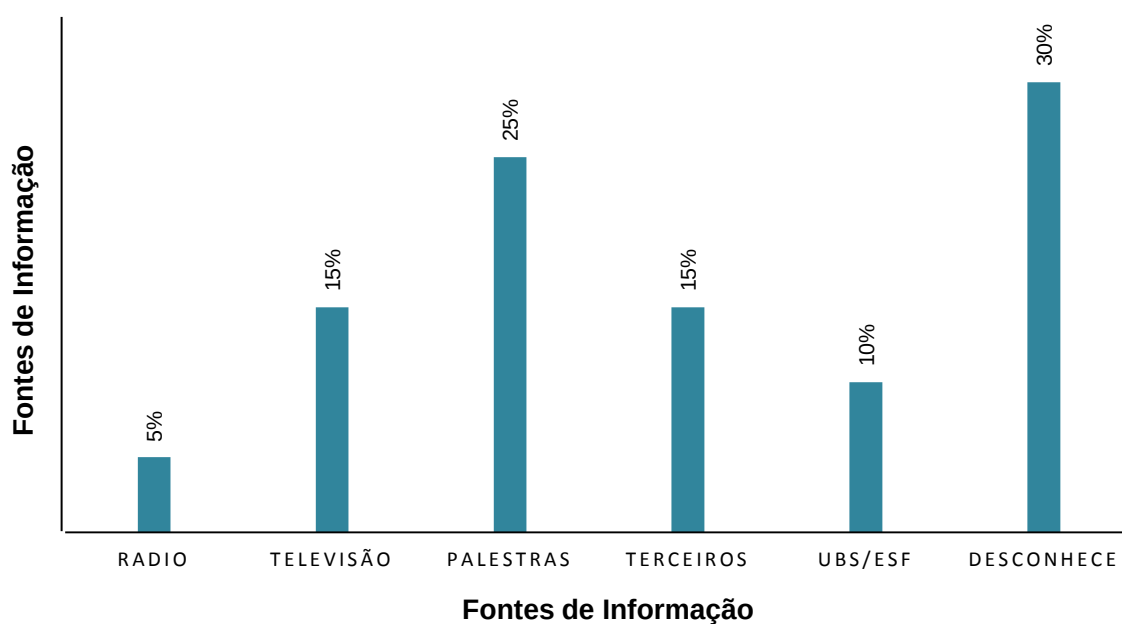


Gráfico 5 – fontes de Conhecimento de homens residentes do bairro Floresta em Itaituba-PA, sobre a PNAISH. Fonte: Silva, 2019.

Conforme demonstrado no gráfico 5, as fontes de conhecimento sobre a PNAISH demonstraram que 30% (30/100) da amostra desconhece a política, 25% (25/100) ouviram falar desta através de palestras, 15% (15/100) através de televisão e informações coletadas com terceiros, 10% (10/100) na UBS/ESF local e 5% (5/100) através de rádio, o que demonstra preocupante defasagem de informações, por parte deste público.

Para que as práticas dos serviços de saúde sejam norteadas pelos princípios da equidade, integralidade e universalidade preconizados pelo SUS, cabe

considerar, também, os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de comunicação de saúde e dos tipos de gestão, se a informação não chega até a população, os agravos a saúde tendem a aumentar (BRASIL, 2008).

Assim a articulação entre os três níveis de atenção à saúde (básica, média e alta complexidade), a intra e intersectorialidade das ações e o diálogo da saúde do homem com as demais políticas públicas, é essencial para que os temas que perpassam o cotidiano das equipes de trabalho e da população assistida pela Atenção Básica sejam abordados segundo uma visão biopsicosociocultural do usuário, estimulando o diálogo necessário entre gênero, saúde e cultura (BRASIL, 2009)

Apesar da tímida implantação da PNAISH, o público dos serviços de saúde permanece majoritariamente feminino e infantil, em estudo sobre a percepção dos homens sobre os serviços de atenção primária a saúde, mostraram que os mesmos se destinam às pessoas idosas, às mulheres e às crianças, considerados pelos homens como um espaço “feminizado” (GOMES, 2007).

Nesse contexto, a amostra foi questionada sobre o funcionamento da política, o que demonstrou que embora esses homens tenham uma base de suas diretrizes, não compreendem seu real significado e benefícios na saúde e qualidade de vida masculina (Tabela 2).

Tabela 2- Percepção de moradores do gênero masculino do bairro Floresta em Itaituba-PA, sobre a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

FUNCIONAMENTO DA PNAISH	QUANTIDADE	%
Funciona de acordo com os princípios do SUS	20	20
Atende o homem de forma integral e igualitária	10	10
Atua na promoção da saúde	10	10
Atua na prevenção de doenças	20	20
Desconhece a política	40	40
TOTAL:	100	100

Assim, a tabela 2 demonstra que 40% da população amostral desconhece como a PNAISH funciona, 20% acreditam que funciona de acordo com os princípios do SUS e atua na prevenção de doenças, 10% acham que atende o homem de forma integral e igualitária e atua na promoção da saúde. Infere-se assim que esses dados somados demonstram que

60% tem a base do que seja a política, no entanto não compreendem ou associam seu funcionamento no cotidiano social.

Assim, o PNAISH visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2008).

Dentre suas diretrizes, destaca-se universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, humanização e qualificação da atenção à saúde do homem de forma integral, garantia da promoção, proteção e recuperação da saúde, corresponsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina, implicando articulação de prevenção de doenças (BRASIL, 2009).

Quanto a integralidade, assistência à saúde do usuário abrange todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contra referência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção (BRASIL, 2008).

Respondendo ao quarto e último objetivo específico: “explicar as sugestões da amostra sobre a implementação da PNAISH nas Unidades de Saúde”, a seguir se demonstrará as sugestões recomendadas pelo público em questão, conforma a realidade de cada um e dificuldade na prática de seus direitos (Tabela 3).

Tabela 3- Percepção de moradores do gênero masculino do bairro Floresta em Itaituba-PA, sobre a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

MELHORIAS SUGERIDAS	QUANTIDADE	%
Informar a população da política	55	55
Incluir o homem nas UBS	15	15
Realizar ações de prevenção	20	20
Não necessita de melhorias	10	10
TOTAL:	100	100

Conforme a tabela 3, 55% da população amostral, sugere que a população seja informada sobre a PNAISH, 20% recomendam que se realizem mais ações de prevenção a agravos masculinos, 15% sugerem incluir o homem nas UBS/ESF e 10% acha que não há o que melhorar na presente política.

Dessa forma, infere-se que há necessidade por parte deste público, em ser informado de forma clara sobre essa política, ser incluídos nas ações em saúde e estratégias de prevenção da UBS/ESF de seu bairro, ser sensibilizado para a importância deste direito na saúde masculina.

Dentre as finalidades da PNAISH, está o fato de esclarecer sobre os direitos e até mesmo, dá-lhes a possibilidades de conhece-los, as sugestões de melhoria, devendo considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem, bem como compreender as barreiras socioculturais e institucionais, para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária (GIUMBELLI; BONAMIGO, 2014).

Assim como a PNAISH, deve ser implementada, ela deve passar também por um processo de avaliação da sua implantação, devendo ocorrer de acordo com as pactuações realizadas em âmbito federal, estadual e municipal, com destaque para o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2008).

A avaliação tem como finalidade o cumprimento dos princípios e diretrizes dessa Política, buscando verificar sua efetividade sobre a saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, sobre a qualidade de vida da população masculina, por meio de uma avaliação mais detalhada e seu monitoramento, devendo ocorrer no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades (BRASIL, 2009).

Para essa avaliação e monitoramento há de se definir critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, objetivando identificar, modificar e/ou incorporar novas diretrizes a partir de sugestões apresentadas pelo Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde, Confederações dos Trabalhadores do Brasil, Centrais Sindicais e entidades empresariais, entre outras (GIUMBELLI; BONAMIGO, 2014).

Em outro estudo, homens que não procuram por atendimento em saúde, tende a ter precocemente agravos, no entanto não procuraram por atendimento, principalmente por não acharem importante ou necessário e, quando questionados sobre a forma de tratamento, referiram que o uso de medicamentos que tinham disponíveis em casa ou com amigos/parentes, utilizaram medicamentos prescritos pela farmácia ou utilizaram remédio caseiro (FRACOLLI, 2011).

O reconhecimento de que os homens não aderem a PNAISH, tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo

para o SUS, sendo necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis (GOMES, 2007).

Vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres, a despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade (FIGUEIREDO, 2005).

Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária, pois a resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida (VIEIRA. *et al.*, 2008).

Tal afirmação também é válida para ações de promoção e prevenção à saúde que requer, na maioria das vezes, mudanças comportamentais, pois pesquisas qualitativas apontam várias razões, mas, de um modo geral, podemos agrupar as causas da baixa adesão em dois grupos principais de determinantes, que se estruturam como barreiras entre o homem e os serviços e ações (GOMES, 2007).

Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais, os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino, onde a doença é considerada como um sinal de fragilidade (VIEIRA. *et al.*, 2008).

No que se refere à Saúde do Homem, ainda há muito a ser feito, desde adequação da estrutura para atendimento na atenção básica, até a motivação e desenvolvimento de ações de promoção contra os agravos mais frequentes nesta população de modo a responsabilizar o homem pela sua própria saúde e, consequentemente, do meio do qual participa (BRASIL, 2011).

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 chegam ao seu conhecimento dessa e, isso tem contribuído para os impasses e resistências associados ao atendimento da população masculina.

5 CONCLUSÃO

A presente pesquisa, observou e analisou respostas do questionário aplicados a residentes do gênero masculino, do bairro Floresta, em relação a PNAISH e suas convicções do assunto. Pode se concluir que a opinião deste público foi muito relevante para o contexto da saúde local, podendo servir futuramente e de maneira breve como estratégia de inclusão destes nos serviços de saúde.

Quanto a amostra, a relação mais relevante sobre tais resultados inferimos que a procura por serviços de saúde continua estagnada, e, a população masculina se encontra de certa forma desamparada, por não conhecer a aplicação da política de saúde da sua categoria e por fatores historicamente culturais de barreira e resistência.

Neste sentido, foi possível avaliar e descrever com supra transparência o conhecimento de moradores do bairro Floresta, sobre a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, bem como informou sobre a saúde do gênero masculino, destacou a 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.

Dessa forma evidenciou-se um perfil de homens desatentos há cerca de seus direitos, pois a procura por serviços de saúde partiu de pessoas com faixa etária

entre 40-59 anos, que consideram o serviço de saúde do seu bairro muito importante, no entanto procuram por este serviços apenas quando ocorrem campanhas de saúde e buscam soluções para seus problemas em farmácias, pois desconhecem a PNAISH, tem uma base do seu significado, mas não compreendem sua importância para o sexo masculino e sugerem que haja mais informações sobre essa no cotidiano dessa população.

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

ABREU, F. R. D. **A Ausencia dos Homens na Busca Por Atendimento preventivo na Atenção Primaria:** Um estudo no distrito de Mirirituba, Itaituba-PA. Itaituba: Faculdade de Itaituba, 2016.

ARAÚJO, E. M. D. et al. Mortalidade masculina no estado da Bahia, regiões Nordeste e Sudeste do Brasil no período de 2000 a 2009. In: BIS, B. D. I. D. S. –. **Saúde do Homem no SUS.** 1ª. ed. são paulo: Instituto de Saúde, v. xiv, 2012. Cap. 4, p. 119.

BRAGA, E. C. D. C. **Saude do Homem:** Dificuldades de acesso à atenção básica por moradores do bairro Bom Remédio e Piracanã. Itaituba: Faculdade de Itaituba, 2017.

BRASIL. **constituição federal, seção ii da saúde, artigos 196-200.** 1ª. ed. brasilia: brasil, v. I, 1988.

BRASIL. **política nacional de atenção integral a saúde do homem.** 1ª. ed. brasília: departamento de ações programáticas, v. I, 2008.

BRASIL. **política nacional de atenção integral a saúde do homem.** 1ª. ed. brasília: diario oficial, v. I, 2009.

BRAULIO NOGUEIRA DE OLIVEIRAA, E. A. S. A. C. D. A. A. L. B. S. F. D. C. V. D. S. N. J. P. M. N. SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REFLEXÕES ACERCA DA MULTIPLICIDADE DE OLHARES NA AVALIAÇÃO CORPORAL. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Fortaleza , v. 38, n. 3, p. 751-759, setembro 2014. ISSN 10.5327/Z0100-0233-2014380300019.

CRUZ, I. M. S. D. **atendimento a saúde do homem na atenção primária: estratégias que colaboram para sua realização**. 1ª. ed. paracatu: universidade federal de minas gerais, v. I, 2013.

ETIENNE, C. F. Editorial: Abordando a masculinidade e a saúde dos homens para promover a saúde universal. **Organização Pan-Americana da Saúde**, Washington, v. 1, n. 2, p. 1, janeiro 2019. ISSN isbn/issn.

FILHO, F. M. S. Identidades de gênero: a diversidade de masculinidades e feminilidades em transformação. In: SAÚDE, I. D. **Saúde do Homem no SUS**. 1ª. ed. são paulo: boletim do instituto de saúde, v. 14, 2012. Cap. 4, p. 25-31.

GATTI, B. A. Estudos quantitativos em educação. **Educação e Pesquisa**, são paulo, v. 1, n. 1, p. 11-30, abril 2004. ISSN isbn/issn.

GUERRIERO, I. C. Z. Masculinidades e prevenção do HIV. In: SAÚDE, I. D. **Saúde do Homem no SUS**. 1ª. ed. são paulo: boletim do instituto de saúde, v. 14, 2012. Cap. 3, p. 17-23.

IBGE. **instituto brasileiro de geografia e estatística**, 2010. ISSN issn. Disponível em: [https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=150360&search=para itaituba](https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=150360&search=para%20itaituba)>. Acesso em: 05 novembro 2017.

JULIÃO, G. G.; WEIGELT, L. D. atenção a saúde do homem em unidades de estratégia da família. **enferm**, santa cruz do sul, v. 1, n. 1, p. 2, 2011. ISSN ufsm. JÚNIOR, K. F. **programa saúde da família (PSF) comentado**. goiânia: AB editora, 2013.

LYRA, J. et al. Homens e gênero: desafios na construção de uma agenda de política de saúde. In: SAÚDE, I. D. **Saúde do Homem no SUS**. 1ª. ed. são paulo: Boletim do Instituto de Saúde – BIS, v. 14, 2012. Cap. 1, p. 7-15.

MENEZES, L. C. G. D. et al. Self-care practice of ostomy patients: contributions of the Orem's theory, 2013. Disponível em: <<http://revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/235/pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2017.

OLIVEIRA, M. M. D. et al. a saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **ciencia e saúde coletiva**, niteroi, v. 20, n. 1, p. 273-278, outubro 2013. ISSN issn.

POLAK, Y. N. S.; KALEGARI, D. R. G.; JOUCLAS, V. M. G. **saúde do adulto**: um enfoque multidisciplinar. 1ª. ed. Curitiba: Pinha, v. I, 1997.

SAÚDE, I. D. **saúde do homem no sus**. 1ª. ed. são paulo: Boletim do Instituto de Saúde – BIS, v. 14, 2012.

SCHWARZ, E. et al. política de saúde do homem. **saúde pública**, brasília, v. I, n. 1, p. 108-116, setembro 2012. ISSN issn.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. saúde do homem e masculinidade na política nacional de atenção integral a saúde do homem: uma revisão bibliográfica. **saude soc.**, são paulo, v. XXII, n. 2, p. 415-428, março 2013. ISSN issn.

SILVA, B. T. D. O. et al. promoção e prevenção da saúde dos homens. **interfaces científicas**, aracaju, v. II, n. 1, p. 95-101, outubro 2013. ISSN issn.

SILVA, M. D. G. L. et al. saúde do homem no âmbito da assistência de enfermagem. **cofen**, João Pessoa, v. I, n. 18, p. 0-8, setembro 2015. ISSN issn.

SILVEIRA, D. T. UNIDADE 2 – A PESQUISA CIENTÍFICA. In: GERHARDT, T. E. **metodos de pesquisa**. 1. ed. porto alegre: Editora da UFRGS, v. 1, 2009. Cap. 2, p. 120.

THOMÉ, E. D. S. et al. Applicability of the NANDA-I and Nursing Interventions Classification taxonomies to mental health nursing practice. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 25, n. 3, p. 168-172, 2014. Disponível em: <<https://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24758497>>. Acesso em: 29 nov. 2017.



CENTRO DE ETUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA-LTDA

FACULDADE DE ITAITUBA-FAI

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM.

APÊNDICE A – Questionário sobre Percepções de saúde do Homem.

- 1- Quantos anos de idade você tem?
 - a) () de 20-39 anos
 - b) () de 40-49 anos
 - c) () de 50-59 anos
- 2- Quantas vezes já procurou o posto de saúde atualmente? (Último ano)
 - a) () Uma vez

- b) ☐ Duas ou mais vezes
 - c) ☐ Só em campanhas(vacinas, prevenção etc.)
 - d) ☐ nunca
- 3- Como você considera o atendimento?
- a) ☐ Ótimo
 - b) ☐ Bom
 - c) ☐ Ruim
 - d) ☐ (...) Péssimo
- 4- O que gostaria que melhorasse?
- a) ☐ Infraestrutura (local de atendimento).
 - b) ☐ Equipe de saúde (ACS, atendente, enfermeiro(a), médico).
 - c) ☐ Dia e horário do atendimento.
 - d) ☐ Tudo
- 5- Quanto ao posto de saúde do seu bairro, qual a importância dele para você?
- a) ☐ Muito importante
 - b) ☐ Pouco importante
 - c) ☐ Não considero importante
 - d) ☐ Importante apenas para mulheres e crianças.
- 6- Onde você procura soluções para sua prevenção ou problemas de saúde?
- a) ☐ Médico
 - b) ☐ Farmácia
 - c) ☐ Posto de saúde
 - d) ☐ Nada, vai passar com chás e receitas de família
- 7- Você tem conhecimento ou já ouviu falar da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH)?
- a) ☐ Sim, pela tv, radio ou internet.
 - b) ☐ Talvez mas não recorde exatamente.
 - c) ☐ Sim, no posto de saúde(UBS) ou Agente comunitário de Saúde (ACS).
 - d) ☐ Não, nunca ouvi falar dessa política.
- 8- Essa política está implantada e funcionando de maneira satisfatória na Unidade Básica de Saúde (UBS) do seu bairro?
- a) ☐ Não, não há nada dessa natureza no posto (UBS).
 - b) ☐ Sim, já fui atendido por essa política.
 - c) ☐ Sim, mas não fui atendido ainda por essa política.

- d) ☐ Não tenho conhecimento ou informações suficientes.
- 9- Para que a Política Nacional de Atenção Integral de Saúde do Homem (PNAISH) funcione na integra, na sua opinião o que precisa ser feito?
- a) ☐ Disponibilizar (sala, consultório e/ou profissionais qualificados na área).
- b) ☐ Contratar ou fazer treinamento de funcionários.
- c) ☐ Divulgação mais ampla dos benefícios que constituem a PNAISH.
- d) ☐ todas as alternativas.
- 10- Acha importante a preocupação da sociedade com a saúde do homem?
- a) ☐ Sim
- b) ☐ Não
- c) ☐ Talvez
- d) ☐ Prefiro não responder