

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ –  
FACENE/RN  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FRANCISCO JAILSON DA SILVA

**SAÚDE DO HOMEM: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA  
EM SAÚDE**

MOSSORÓ/RN  
2018

FRANCISCO JAILSON DA SILVA

**SAÚDE DO HOMEM: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA  
EM SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Ma. Rúbia Mara Maia Feitosa

MOSSORÓ/RN  
2018

S586s

Silva, Francisco Jailson da.

Saúde do homem: percepção dos profissionais da atenção básica à saúde/ Francisco Jailson da Silva. – Mossoró, 2018.

46f.

Orientador: Prof. Ma. Rúbia Mara Maia Feitosa

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Saúde do homem. 2. Atenção básica à saúde. 3. Enfermagem. I. Título. II. Feitosa, Rúbia Mara Maia.

CDU 614

FRANCISCO JAILSON DA SILVA

**SAÚDE DO HOMEM: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA  
EM SAÚDE**

Projeto de Monografia apresentado à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Ma. Rúbia Mara Maia Feitosa (FACENE/RN)  
ORIENTADORA

---

Prof. Esp. Itala Emanuely de Oliveira Cordeiro (FACENE/RN)  
MEMBRO

---

Prof. Esp. Gívilla Bezerra Mendonça (FACENE/RN)  
MEMBRO

**Dedico este trabalho à DEUS, aos meus pais,  
A todos os meus familiares e a todos que de algum  
Forma contribuíram para o meu crescimento  
acadêmico!**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me conduzir durante esta jornada, concedendo sabedoria para superar os desafios.

Aos meus pais Joãozinho & Edilene pelo amor, carinho e dedicação, e com muita sabedoria souberam me educar, fazendo-me compreender os valores do estudo e do saber para a vida, obrigado por me incentivar sempre.

Aos meus avós paternos e maternos em especial a Vovó Albertina por me incentiva sempre a seguir o caminho das vitórias e realizações.

A minha irmã Josyene e sobrinho Renalyson que nunca me deixou desistir desta longa caminhada e me apoiou, oferecendo-me todo o seu carinho e apoio.

Aos meus tios (as) em especial Ceição Melo por sempre estar presente em todas as etapas da minha vida acadêmica.

Aos meus primos (as) em especial Erlane Melo por esta presente todos os dias dessa trajetória.

Aos meus familiares pelo o carinho dispensados durante todo esse período de luta e perseverança.

Agradeço a todos os meus professores que estiveram dispostos a contribuíram para o meu processo de formação. Em especial a minha eterna orientadora Rúbia Mara, pela acolhida, pela amizade e confiança na realização deste trabalho. Sem você ele não teria tanto significado.

As professoras Itala Emanuely & Gívilla Mendonça integrantes da banca por dedicarem todo os seus esforços lapidando este trabalho. Vocês não foram escolhidas por acaso, a contribuição de vocês foi essencial.

Aos funcionários e colaboradores da Faculdade Nova Esperança de Mossoró/RN, em especial a Diego Jales & Thiago Enggle, aqueles que mais deram atenção e cuidado demonstraram no decorrer dessa trajetória.

Aos meus preceptores de estágio em especial a Isabelline Paiva & Mariana Formiga pela orientação, apoio e confiança.

À Marília Lira e a todos da biblioteca pelo carinho apoio.

À Thiago Walison e a todos da secretaria pelo o bom atendimento

À Raimundo Dantas e a todos da organização pelo atenção.

À Najara Pinto e a todos do Marketing pelo o belíssimo trabalho.

À Ângela Gurgel e a todos da ouvidoria pela atenção e dedicação.

Aos amigos de turma “Nevânia Nielly, Pedro Lucas, Thiago José, Laleska Santos, Eliziane Rodrigues, Jessica Nayara, Sheila Costa e Andrea Nayane amigos da UnP” & “Jordânia Medeiros, Daniel Silva, Darlly Elvis, Paulo Henrique, Jerfeson Arthu, Leonardo Silva, Marjane Vieira, Airton Arison, Raquel Silva, Cledina Costa e Sandra Girão amigos da FACENE RN” agradeço as que de forma indireta ou direta contribuíram para que a minha pessoa não para no caminho. A todas vocês desejo sucesso!

Aos meus colegas de sala vocês são demais, agradeço pela convivência e pela amizade que levarei para o resto de minha vida.

Aos meus amigos e colegas do transporte escolar “busão” especial à galera da FACENE, “Iunara Fernanda, Cleide Alves, Quércia Elania, Nayara, Thyciara” Obrigado pelo os bons momentos juntos, vocês são demais!

Aos meus professores (as) de ensino médio em especial a Roseni Maria & Xavier Rocha pelo o apoio e dedicação.

Aos meus professores (as) de ensino fundamental em especial a José Augusto & Agenil Felipe pela paciência e dedicação, obrigado.

Aos meus professores de ensino infantil em especial a Maria Vania pela paciência e cuidado.

Aos meus amigos e colegas do ensino médio em especial Jardel Marrocos, Emerson Oliveira, Luzia Amaral, Jucimara Leliz, Thuanny Benicio, Bruna Rebouças, Liz Gabriella & Lindines Mathias obrigado pelo os bons momentos.

Aos motoristas dos transportes escolares em especial a Junior Biu, obrigado rapaz.

Agradeço aos profissionais de saúde da zona rural do município de Baraúna RN, A participação de vocês na pesquisa trouxe imensa contribuição ao objeto de estudo, ainda, pouco explorado.

E por fim, A todos que direta ou indiretamente, contribuíram para a minha formação.

“O Senhor é o meu Pastor, nada me faltará. \* 2 Deitar-me faz em verdes pastos, guia-me mansamente a águas tranquilas. \* 3 Refrigera a minha alma; guia-me pelas veredas da justiça, por amor do seu nome. \* 4 Ainda que eu andasse pelo vale da sombra da morte, não temeria mal algum, porque tu estás comigo; a tua vara e o teu cajado me consolam.

(Salmo 23)



## RESUMO

O trabalho tem como objetivo primário analisar a percepção dos profissionais da Atenção Básica sobre a saúde do homem. Quanto à forma de abordagem, a pesquisa se caracteriza por ser quanti-qualitativa. A pesquisa ocorreu no município de Baraúna/RN. Os sujeitos da pesquisa foram constituídos por 12 profissionais das duas Equipes de Saúde da Família que atuam zona rural do município de Baraúna. Foi adotado enquanto instrumento de coleta de dados o questionário com perguntas abertas e fechadas, aplicado após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, visitas as sedes das unidades de saúde fornecendo a carta-convite para participar da pesquisa. Os dados obtidos foram agrupados em tabelas e a distribuição analisada através de estatística descritiva simples e a análise foi feita a partir da análise de conteúdo proposto por Bardin, foi aprovada pelo Comitê de Ética da FAMENE/FACENE, com o número do CAEE: 78807517.0.0000.5179. Verificou-se que os entrevistados se encontram na faixa etária entre 24 e 53 anos. Há uma predominância de participantes do sexo feminino com 08 (66,7%) e 04 (33,3%) correspondem ao sexo masculino. No que diz respeito à distribuição dos sujeitos por categoria profissional, observa-se que entre os entrevistados houve o predomínio do conjunto de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com (41,7%). No que se refere ao tempo de atuação específico na Atenção Básica, os dados mostram que 4 (33,3%) profissionais apresentam acima de 10 anos, mesma porcentagem para aqueles que estão numa equipe de saúde da família entre 3 e 4 anos. Quando questionados sobre os motivos e as necessidades que levam os homens à unidade de saúde, evidenciou-se um discurso unânime de que os homens da zona rural não buscam as unidades de saúde com frequência e que, quando buscam não buscam as unidades de saúde com frequência e que, quando buscam, já estão acometidos por uma doença ou quando sentem dores fortes. A procura por prevenção foi mencionada por vários profissionais de saúde, no entanto, estas ações estão direcionadas para o combate a patologias específicas como, por exemplo: câncer de próstata, tabagismo, alcoolismo e doenças sexualmente transmissíveis. Observa-se que estas atividades ganham ênfase durante o mês de novembro. Percebe-se através das falas dos profissionais que as estratégias expostas pelos sujeitos pesquisados fazem parte dos eixos da PNAISH. No entanto, o setor saúde necessita favorecer mudanças, principalmente, no sentido de ampliar a equidade e a integralidade da assistência a partir do reconhecimento de outras necessidades de saúde. Embora, haja alguns anos desde a criação da PNAISH está ainda não tem sido suficiente para inserir o homem no contexto de saúde, indo de encontro ao que demonstra a realidade. Algumas sugestões para melhorar o desenvolvimento das atividades de profissionais de saúde que atuam nas comunidades rurais seriam: mais discussões no âmbito acadêmico sobre as necessidades de saúde da população masculina que vivem na zona rural, capacitações e treinamento aos profissionais que iniciam suas atividades no meio rural, melhor infraestrutura para os atendimentos e as ações da equipe de saúde.

**Palavras-Chave:** Saúde do Homem. Atenção Básica. Enfermagem

## ABSTRACT

The main objective of this study is to analyze the perception of Primary Care professionals about human health. Regarding the approach, the research is characterized by being quantitative. The research was carried out in the municipality of Baraúna / RN. The subjects of the research were made up of 12 professionals from the two Family Health Teams that work in the rural area of the municipality of Baraúna. The questionnaire with open and closed questions was adopted as an instrument of data collection. To recruit the subjects participating in the study, the researcher, after approval of the project by the Research Ethics Committee, visited the health units' headquarters providing the invitation letter to participate in the research, distribution analyzed through simple descriptive statistics. For the analysis of the open questions of the questionnaire was used to the analysis of content proposed by Bardin. The research was approved by the Ethics Committee of FAMENE / FACENE, with the number of the CAEE: 78807517.0.0000.5179. It was verified that the interviewees are in the age range between 24 and 53 years. There is a predominance of female participants, 08 (66.7%) and 04 (33.3%) correspond to males. Regarding the distribution of the subjects by professional category, it is observed that among the interviewees the group of Community Health Agents (CHA) was predominant with (41.7%). Regarding the time of specific action in Primary Care, the data show that 4 (33.3%) professionals present over 10 years; same percentage for those who are in a family health team between 3 and 4 years old. When asked about the reasons and the needs that lead men to the health unit, there was a unanimous discourse that rural men do not seek health units frequently and that, when they seek, they do not seek health units with and when they seek, they are already affected by an illness or when they feel strong pain. The demand for prevention was mentioned by several health professionals, however, these actions are directed to combat specific pathologies such as prostate cancer, smoking, alcoholism and sexually transmitted diseases. It is observed that these activities gain emphasis during the month of November. It is perceived through the statements of the professionals that the strategies exposed by the subjects studied are part of the axes of the PNAISH. However, the health sector needs to favor changes, mainly, in the sense of increasing the equity and the integrality of the assistance from the recognition of other health needs. Although, a few years since the creation of the PNAISH has not yet been enough to insert the man in the context of health, going against what demonstrates reality. Some suggestions to improve the development of the activities of health professionals working in rural communities would be: more discussions in the academic field about the health needs of the male population living in rural areas, training and training for professionals who start their activities in rural areas , better infrastructure for the care and actions of the health team.

**Keywords:** Human Health. Basic Attention. Nursing

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>13</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Saúde do homem na atenção básica em saúde .....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem .....</b>	<b>16</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>20</b>
<b>4.1 Tipo de Pesquisa .....</b>	<b>20</b>
<b>4.2 Local da Pesquisa .....</b>	<b>22</b>
<b>4.3 Sujeitos da Pesquisa .....</b>	<b>22</b>
<b>4.4 Instrumento para Coleta de Dados .....</b>	<b>24</b>
<b>4.5 Procedimento para Coleta de Dados.....</b>	<b>24</b>
<b>4.6 Análise dos Dados .....</b>	<b>25</b>
<b>4.7 Aspectos Éticos Da Pesquisa .....</b>	<b>27</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>5.1 Caracterização dos Participantes da Pesquisa.....</b>	<b>33</b>
<b>5.2 Percepção dos Profissionais sobre a Saúde do Homem .....</b>	<b>33</b>
5.2.1 Demandas de saúde dos homens das comunidades rurais .....	33
5.2.2 Obstáculos para o cuidado dos homens das comunidades rurais .....	34
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>38</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>39</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>42</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As temáticas relacionadas a saúde da população masculina vêm sendo discutidas, em proporções cada vez maiores, pelos profissionais da área da saúde, na perspectiva de contribuir para a redução dos indicadores de morbimortalidade que traduzem o perfil da saúde dos homens brasileiros (MOREIRA; FONTES; BARBOSA, 2014).

No entanto, historicamente a saúde do homem foi relegada a segundo plano dentro das prioridades das políticas públicas em saúde. Desde 1984, existia uma forte preocupação para a redução dos indicadores alarmantes materno e infantis que assolavam o território brasileiro. A partir daí foram sendo realizadas várias investigações na tentativa de fortalecer as políticas e programas direcionadas ao binômio mãe e filho (JULIÃO; WEIGELT, 2011).

A existência de ações direcionadas para à prevenção de agravos, reabilitação, manutenção, promoção e proteção da saúde do homem passou a ser fortalecida com a implantação da Atenção Básica em Saúde (ABS) e, contemporaneamente, com a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), em 2008. Os aspectos estabelecidos nessa política, revelam por um lado, os desafios a serem enfrentados por gestores e profissionais da saúde, pois a presença de homens nos serviços da Atenção Básica em Saúde (ABS) é ainda bem menor do que a das mulheres (SIQUEIRA et al., 2014).

Observa-se que os homens não recorrem com frequência aos serviços da Atenção Básica em Saúde (ABS). Eles adentram o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar, o que tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde (SIQUEIRA et al., 2014).

A escolha por este nível de complexidade tem forte influência com a concepção que os homens têm acerca do processo saúde-doença. Eles fundamentam-se na premissa de que ‘homens que são homens’ não necessitam realizar exames de prevenção, pois não ficam doentes. Esta concepção envolve entre outros aspectos, valores culturais, sociais e as questões de gênero e sua interface com a masculinidade e os cuidados em saúde.

A construção da masculinidade influencia diretamente na vulnerabilidade às doenças graves e crônicas e, sobretudo, à morte mais precoce. Apesar desta vulnerabilidade e das altas taxas de morbidade, morrem mais homens do que mulheres durante o ciclo evolutivo de vida e muitas dessas mortes poderiam ser evitadas, se não fosse a resistência masculina diante da procura pelos serviços de saúde, particularmente da Atenção Básica (MACHIN et al., 2011).

Assim, homens revelam maior dificuldade de busca por assistência em saúde em razão de sua autopercepção de necessidades de cuidados e pela noção de que esta é uma tarefa do feminino. Demandar cuidados de saúde é algo que desmerece sujeitos criados para assistir e prover. Essa imagem masculina do "ser forte" pode acarretar em práticas de pouco cuidado com o próprio corpo, tornando o homem vulnerável a uma série de situações (MACHIN et al., 2011).

A estrutura de identidade de gênero ao construir a noção de invulnerabilidade, força e virilidade como um valor da própria cultura, dificultaria o reconhecimento nos homens de suas necessidades de cuidado à saúde, convergindo com a imagem que têm dos serviços como um espaço feminino por excelência.

Schraiber et al., (2010) relembra que existem outras barreiras de acesso como, por exemplo, os horários de funcionamento do serviço de saúde coincide com as jornadas laborais dos trabalhadores. Esta situação dificulta o atendimento de pessoas do sexo masculino, culturalmente os provedores da família.

Esse debate sobre a saúde da população masculina também ganha contornos especiais quando se trata daqueles que residem na zona rural. A cobertura de comunidades de áreas rurais pela Atenção Básica em Saúde ainda é escassa, dificultando o acesso dos moradores a serviços de prevenção e promoção a saúde.

Para minimizar tais fragilidades do sistema de saúde, o Ministério da Saúde (MS) criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) cujos objetivos principais são: qualificar a assistência à saúde masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade e qualificar a atenção primária para que ela não se restrinja somente à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis a saúde do homem (BRASIL, 2008).

Portanto, neste documento, o Ministério da Saúde (MS) declara que “os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer” (BRASIL, 2008, p.06), e assume o desafio de derrubar as barreiras “socioculturais e educacionais” e garantir a ampliação das ações e serviços de saúde

Apesar da criação dessa política específica, os profissionais da saúde precisam incorporar um olhar qualificado e direcionado, contribuindo para a assistência à saúde mais eficiente e eficaz, reduzindo as complicações e o aparecimento de agravos na população masculina (SILVA, 2010). Isso traz, para a os profissionais da saúde, a necessidade de rever sua prática no âmbito das equipes de saúde da atenção básica, tanto nas Estratégias Saúde da

Família (ESF) como nos serviços que ainda mantêm uma organização em moldes de postos ou centros de saúde tradicionais (SILVA et al., 2012).

Assim, faz-se o seguinte questionamento que norteará o objeto de estudo: Qual a percepção dos profissionais da Atenção Básica em Saúde sobre a saúde do homem? Ressalta-se que foi durante as práticas acadêmicas na Atenção Básica que suscitou ao pesquisador indagações sobre o tema, pois foi observado a presença insignificante e/ou a resistência dos homens nestes serviços. Acredita-se em algumas hipóteses que possam fundamentar esta pesquisa: os homens não estão dispostos a se ausentarem do trabalho para irem a Atenção Básica, não valorizam a prática do cuidado preventivo da própria saúde, por associar a uma condição feminina, possuem medo de adoecer e de depender de terceiros.

Nesta perspectiva, tendo como universo de pesquisa o homem da zona rural e os serviços da Atenção Básica, a presente pesquisa teve por objetivo analisar a percepção dos profissionais sobre a saúde do homem na Atenção Básica em Saúde. Ainda, buscou-se conhecer os principais motivos e/ou necessidades que levam os homens a procurarem os serviços da Atenção Básica em Saúde; identificar os obstáculos que influenciam os homens a não procurem o serviço de saúde e pro fim, conhecer as estratégias utilizadas para atrair o público masculino.

Os métodos e análises, desse objeto de estudo, podem ser utilizados como instrumento formal para a construção de processos de planejamento participativo entre os profissionais de saúde do município, gestores e os usuários na busca de ações à saúde do homem mais qualificadas para atender as necessidades de saúde deste grupo.

Considerando que abrir as portas da atenção básica à população masculina é uma necessidade, parte-se do pressuposto de que “esta análise também poderá contribuir para fomentar ações relativas ao tema e conhecer – mesmo que parcialmente” - em que cenário da realidade local a saúde do homem vem sendo trabalhada (CAMPANUCCI, 2010, p. 13).

Desta forma, os leitores estão convidados para debruçarem-se sobre os principais referenciais encontrados acerca do objeto de estudo. No primeiro momento, foi abordado a relação entre a saúde do homem e os serviços da Atenção Básica em Saúde e, posteriormente, os objetivos da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- ✓ Analisar a percepção dos profissionais da Atenção Básica sobre a saúde do homem

### **2.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Conhecer os principais motivos e/ou necessidades que levam os homens a procurarem os serviços da Atenção Básica em Saúde;
- ✓ Identificar os obstáculos que influenciam os homens a não procurem o serviço de saúde;
- ✓ Conhecer as estratégias utilizadas pela equipe de Saúde da Família para atrair o público masculino para os serviços da Atenção Básica.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Saúde do homem na Atenção Básica em Saúde

Antes de incitar a discussão entre a saúde do homem e os serviços da Atenção Básica convém, contudo, realizar alguns questionamentos: há diferenciação entre o processo saúde doença dos homens em relação as mulheres? Há necessidade de investir em uma proposição de assistência à saúde dos homens? Existem razões epidemiológicas para que os serviços de saúde da Atenção Básica elaborem estratégias direcionadas para a assistência dessa parcela da população?

As respostas podem ser projetadas a partir da observação dos indicadores de saúde existentes em diferentes partes do mundo. Pesquisas como a de Gomes, Nascimento e Araújo (2010) demonstram que, em geral, os homens vivem menos que as mulheres. No ano de 2013, o diferencial, quanto à expectativa de vida entre os sexos foi de 7,6 anos, cabendo ao sexo masculino uma esperança de vida ao nascer de 70 anos, e ao sexo feminino de 74,29 anos. Prevê-se que, em 2100, as mulheres atingiriam 87,2 anos enquanto os homens 78,6 anos de vida média (IBGE, 2010).

Outros dados apontam que a mortalidade é mais precoce nos homens do que nas mulheres, determinando uma menor expectativa de vida para os mesmos, e fazendo perguntar sobre as causas dessa diferença. No Brasil, os acidentes de trânsito são as principais causas de mortes violentas, sendo as crianças e os idosos as vítimas mais frequentes. A segunda causa de morte são os homicídios, sendo realizados por arma de fogo, onde a maioria afetada são jovens e adultos do sexo masculino. Este panorama, relativo ao problema social da violência, apresenta uma demanda atual significativa referente à população masculina jovem e adulta (CORMACK, 2007).

Com base no planejamento para o fortalecimento e aperfeiçoamento da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no âmbito da rede SUS de Mossoró, RN, dentre os óbitos registrados em 2010 por causas externas, destaca-se os homicídios e os decorrentes de acidentes automobilísticos, a maioria jovens do sexo masculino, entre 15 e 29 anos.

Além das causas externas, os homens estão mais expostos a fatores de riscos que podem levar a condições crônicas de saúde como hipertensão, diabetes, câncer de próstata. Portanto, os diferenciais de indicadores de mortalidade entre os sexos mostram uma situação



de saúde desfavorável para os homens que precisa ser considerada e enfrentada pelos serviços de saúde (COUTO; PINHEIRO; VALENÇA, 2010).

O reconhecimento dessas necessidades – percebidas principalmente na procura de cuidados pelos usuários – é um aspecto importante para a organização das ações de saúde. Para o universo de assistência aos homens, o reconhecimento das necessidades implica uma dificuldade a mais: como identificá-las se um dos maiores carecimentos desses indivíduos é justamente a dificuldade na demanda de ações de saúde? E como desenvolver, na atenção primária, estratégias tanto voltadas para recuperação e tratamento quanto voltadas para prevenção e promoção da saúde masculina? (COUTO et al., 2012).

Embora as informações sobre o perfil de mortalidade dos homens indiquem alguns agravos mercedores de uma atenção especial por parte dos serviços de saúde, as necessidades de saúde são também compostas por sofrimentos que não causam a morte imediata necessariamente. Ou seja, muitas das necessidades de saúde não se manifestam como um problema imediato, mas como algo evitável, na qual a atenção Básica em Saúde pode intervir com ações preventivas e de promoção à saúde. Para isso, é necessário que essa abordagem se dê numa dimensão em que se considerem essas situações como algo contextualizado nas relações socioculturais em que os homens vivem (MACHIN et al., 2011).

A constatação da ausência dos indivíduos do sexo masculino nas UBS não deve ser pensada exclusivamente como uma falta de responsabilidade dos homens com sua saúde nem especificamente como uma falha na organização dos modelos de atenção primária à saúde. Em vez disso, a ideia é compreender o problema no contexto de uma complexa teia de relações que interagem entre si: saber: 1) os homens e sua percepção sobre o processo saúde/doença; 2) os serviços na maneira como eles se organizam para atender os usuários considerando suas particularidades; e 3) os vínculos estabelecidos entre os homens e os serviços e vice-versa (MOURA et al., 2014).

Isto evidencia que culturalmente, os homens buscam por serviços de saúde quando um problema já está instalado, perpetuando a visão curativa do processo saúde-doença e ignorando as medidas de prevenção e promoção da saúde disponíveis no âmbito da Atenção Básica (MOREIRA; FONTES; BARBOZA, 2014).

Tem-se ainda a ideia de que as Estratégias de Saúde da Família (ESF) são serviços destinados quase que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos. Por outro lado, no entanto, afirma-se que, na verdade, os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas

demandas. Nesses lugares, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade (MOREIRA; FONTES; BARBOZA, 2014).

Somado a isto nota-se o reforço da feminilização dos ambientes das unidades tanto pelos materiais de educação em saúde como pelos puramente decorativos que são produzidos internamente (pelos funcionários). Assim, embora se possa perceber relativa mudança no padrão de comunicação do Ministério da Saúde, pela inclusão de referências de gênero, geração e raça/etnia nos materiais, tal intento ainda não alcança as equipes dos serviços em suas produções locais. Em suma, marcas pessoais influenciadas pelo imaginário de gênero são visivelmente transpostas para o ambiente público/ institucional da saúde (COUTO et al., 2010).

Difícilmente encontram-se Unidades Básicas de Saúde com horário de funcionamento após as 17h, o que inviabiliza muitas vezes a procurados homens por atendimento médico, restando a eles assim os serviços de emergência/urgência. Sendo assim, é importante identificar quais questões estão envolvidas no seu acesso aos serviços de saúde ou não (FRACOLLI et al, 2011).

Argumenta-se, ainda, que os homens não procuram as UBS porque estas não disponibilizam programas ou atividades direcionadas especificamente para a população masculina. Enfim, tudo isso indica que parece existir uma dificuldade de interação entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas de saúde das unidades de atenção primária, embora sejam escassos estudos sobre essas questões na literatura.

Dessa forma, além da resistência dos homens procurarem os serviços de prevenção e promoção a saúde, tem-se que discutir, também, as estratégias que podem ser consideradas pelos serviços para um melhor acolhimento das necessidades em saúde dos homens

### **3.2 Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem**

Por um longo tempo, a população masculina caminhava na direção da invisibilidade epidemiológica, ou seja, não existia programas ou ações direcionados para o seu processo de saúde-doença. No Brasil, nos últimos anos, esse retrato vem se modificando, o homem vem ganhando relevância no campo da saúde coletiva. Através da portaria nº 1.944 de 2009, o Ministério da Saúde lançou oficialmente Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem (BORGES, 2011).

Tal documento foi apresentado como sendo resultado de múltiplas parcerias, a saber: gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e órgãos internacionais. O mesmo tinha a finalidade de explicar que os agravos da população masculina devem ser tratados como problemas de saúde públicas.

Dessa forma, o Brasil se tornou o primeiro país da América Latina, a lançar uma política pública de saúde direcionada para os homens, no entanto, esta vai muito além da prevenção ao câncer de próstata e exige mudanças culturais que incluam até uma nova forma de encarar o exercício da paternidade. Os homens bebem mais, fumam mais e estão mais expostos aos riscos da inatividade física, consumo de gorduras e pesos que as mulheres. A taxa de mortalidade dos homens é quinze vezes maior entre os 20 e 29 anos - especialmente em decorrência da violência (ROCHA, 2008, p. 2)

Apesar de recente no Brasil, a política tem o objetivo de contribuir com o aumento da expectativa de vida, redução dos índices de doenças e mortes da população masculina. Visa também facilitar esse grupo aos serviços de saúde, até porque a saúde do homem deve ser encarada como uma questão de saúde pública, já que estatísticas comprovam que a cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Estes vivem em média sete anos menos que as mulheres, e são mais propícios a desenvolverem doenças de coração, câncer, diabetes, colesterol, entre outras (BRASIL, 2008).

A PNAISH tem como princípios a humanização e a qualidade da atenção integral, que demanda serviços pautados na promoção, no reconhecimento da ética e dos direitos dos homens, considerando as peculiaridades, sociais, econômicas, culturais e políticas (BRASIL, 2008b). Destarte, destaca que para o cumprimento desses princípios, devem ser considerados os seguintes pré-requisitos:

a) Acesso da população masculina aos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção; estruturar redes de serviços associado às diversas áreas do setor sanitário, setores governamentais e não-governamentais, setor privado e sociedade civil, de forma que todos sejam participantes da proteção e cuidado com a vida;

b) Informações e orientações a população alvo, aos familiares e a comunidade sobre saúde; captação precoce dos homens no cuidado da saúde; capacitação dos profissionais de saúde

c) Disponibilização de insumos, equipamentos e material educativos; monitorar e avaliar os serviços desenvolvidos, assim como o desempenho dos profissionais na realização de suas atividades;

Além disso, um dos objetivos centrais da política de saúde é repensar e problematizar os padrões conservadores de masculinidade e feminilidades socialmente construídos, para que os homens sintam-se estimulados a buscar uma vida mais saudável, nada mais estratégico que trazer a discussão de gênero para analisar as problemáticas de saúde que permeiam a vida da população masculina (GOMES, 2008).

Rompendo, assim, a maior resistência dos homens em buscar os serviços no nível da atenção básica por associarem prevenção e autocuidado à fragilidade e insegurança, contrastando com virilidade, exposição a situações de risco e invulnerabilidade, traços culturais de uma visão hegemônica de masculinidade que acarretam, em comparação às mulheres, agravos na saúde e morte precoce (SCHWARZ, 2012).

Além disso a população masculina deve ser compreendida em suas diferenças por idade, local de moradia (urbano ou rural), situação carcerária, condição social e econômica, sua condição étnico-racial, pela deficiência, orientações sexuais e as diversas identidades de gênero. Tal fator é de suma importância, visando contemplar uma atenção integral e sem qualquer forma de exclusão de raça/etnia, religião ou classe social, de forma a possibilitar uma atenção à saúde pautada na humanização e equidade (BRASIL, 2008b).

O reconhecimento da pluralidade das masculinidades pode contribuir para a coerência de uma política que reconhece a diversidade, formulada para alcançar populações distintas e de ações institucionais que reforçam a unicidade, baseadas em princípios gerais de equidade e universalidade (SCHWARZ, 2012).

É importante pontuar também que a política do homem não deve competir com a política de saúde da mulher, mas trabalhar em consonância, na busca de melhorias no atendimento e ampliação de recursos e maiores divulgações da política, capacitação dos profissionais para melhor conhecer a política e trabalhar em conformidade com o que a mesma preconiza.

Assim, a mobilização e estímulo da categoria masculina na luta pela garantia e acesso aos seus direitos, sobretudo no que diz respeito à saúde - uma das áreas mais negligenciadas - constitui um dos principais desafios da Política ora mencionada. A referida política objetivando, pois politizar e sensibilizar os homens para o reconhecimento de suas condições e explicitação de suas demandas possibilita dessa forma a construção de sujeitos ativos e partícipes, no gozo de seus direitos e cidadania (GOMES, 2011).

Vale salientar que a atenção básica consiste num ambiente favorável para cuidar e reeducar esses homens a cuidarem de si e de terceiros. Entretanto, para que a ESF seja canal de acesso dos homens aos serviços de saúde é de suma importância que os profissionais que

trabalham na estratégia sejam qualificados e comprometidos com os usuários; que ações realizadas não sejam desenvolvidas de forma isolada, mas articulada com todos os profissionais, reforçando o trabalho interdisciplinar; tanto como dar prioridade a intervenções continuadas. Não obstante, também são necessárias mudanças de atitudes e da autopercepção dos homens sobre a própria saúde, deixando de lado crenças e padrões de (in) vulnerabilidade ancorados em valores sociais e culturais sobre a masculinidade na sociedade contemporânea.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Pesquisa**

Quanto à forma de abordagem, a pesquisa se caracteriza por ser quanti-qualitativa. Giddens (2012) afirma que a pesquisa pode ser realizada utilizando o método misto, quantitativos e qualitativos, de modo a obter uma compreensão e explicação mais ampla do tema estudado. Para Minayo (2001) a relação entre quantitativo e qualitativo não pode ser compreendida como sendo de oposição, ou seja, uma contrária a outra. O estudo quantitativo pode gerar questões a serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa. Nenhuma das duas é suficientemente boa, cada uma apresenta suas potencialidades e limitações.

Define-se metodologia quantitativa como a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação. Desta forma a análise quantitativa se efetua a partir da informação numérica resultante da investigação que se apresentará como um conjunto de quadros, tabelas e medidas (MARCONI, LAKATOS, 2010).

O caráter quantitativo remete-se sob a condição de busca e amostragem em banco de dados, tabelas e gráficos, obtendo-se a suposição de análise para as formas estatísticas como critério para o resultado. A estatística define as medidas de correção, dispersão e tendência central, como também de hipóteses e regressão, relacionando-se aos levantamentos (GIL, 2010).

A presente pesquisa também se estrutura enquanto qualitativa, com abordagem descritiva. Para Gil (2008) a pesquisa descritiva tem como finalidade descrever as características de determinada população, fenômeno ou experiência, estabelecendo relações entre variáveis de análise. Segundo Minayo (2010), a abordagem qualitativa busca aprofundar-se no mundo de significados das ações e relações humanas. Esta aproximação traz à tona uma infinidade de informações que precisam ser organizadas e analisadas para responderem as indagações propostas.

Nesse contexto, a abordagem qualitativa ajuda o pesquisador a imergir no objeto de estudo com uma perspectiva interpretativa. Tal proposta utiliza o texto como material empírico em direção à noção de construção social das realidades a partir dos significados elaborados pelos participantes em seu cotidiano (FLICK, 2009).

### **4.2 Local da Pesquisa**

A pesquisa ocorreu no município de Baraúna/RN. Esta se configura em uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Norte, situado na região do Oeste Potiguar, possui uma área de 825,8 km<sup>2</sup>. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aponta que a cidade de Baraúna possui 28.085 habitantes, no ano de 2016.

A cidade faz divisa com os municípios de Mossoró/RN (a leste), Governador Dix-Sept Rosado/RN (ao sul), e com o estado do Ceará (ao norte e a oeste), sendo Aracati/CE (ao norte) e Quixeré/CE e Jaguaruana/CE (a oeste). Sua economia está pautada no comércio e produção de fruticultura. A zona rural é extensa, dividida em zona norte, sul, leste e oeste. A zona norte é composta por pequenas comunidades, sítios e projetos de assentamento. Nesta área da zona rural residem um total de 985 famílias. Estas estão sendo beneficiadas direta e/ou indiretamente pelo atendimento de duas equipes de saúde da família. Distribuídas da seguinte forma:

**Quadro 1.** Locais de atuação das equipes de saúde da família da zona rural do município de Baraúna/RN.

Programa Saúde da Família Zona Rural	Área de Abrangência	Distância da cidade e o Nº de famílias atendidas
<b>Equipe do PSF 04</b> Unidade Móvel	Sítio Três varetas	D: 09 km Nº de famílias: 06
	Sítio Lajedo do Ouro	D: 10,5 km Nº de famílias: 32
	Sítio Peixinho	D: 6,5 km Nº de famílias: 05
	Comunidade Florêncio	D: 10,5 km Nº de famílias: 11
	Comunidade Pico Estreito	D: 18,5 km Nº de famílias: 141
	Comunidade Aroeira Grande	D: 22 km Nº de famílias: 73
	Comunidade Santa Maria	D: 32 km Nº de famílias: 53
	Comunidade Santa Luzia	D: 36 km Nº de famílias: 41
	Projeto de Assentamento Vitória	D: 08 km Nº de famílias: 47
	Projeto de Assentamento Tiradentes	D: 13 km Nº de famílias: 107
	Sítio Toca da Raposa	D: 4,7 km Nº de famílias: 06
	Sítio Vila Nova	D: 15 km Nº de famílias: 06

<b>Equipe do PSF 06</b> Unidade Móvel	Projeto de Assentamento Vila Nova 2	D: 12 km Nº de famílias: 116
	Projeto de Assentamento Vila Nova 3	D: 19,5 km Nº de famílias: 124
	Projeto de Assentamento Vila Nova 1	D: 20 km Nº de famílias: 88
	Projeto de Assentamento Angisco	D: 26 km Nº de famílias: 126

**Fonte:** Agentes comunitários de saúde do município; Google maps (2018)

A escolha do local da pesquisa deu-se em virtude do município possuir Equipes de Saúde da Família que realizam atendimentos a famílias na zona rural. Fato que permitiu conhecer as principais motivos e/ou necessidades que levam os homens da zona rural a procurarem os serviços da Atenção Básica em Saúde. Além disso, configura-se como sendo o município de residência do pesquisador, viabilizando o deslocamento para a realização da pesquisa.

#### 4.3 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram constituídos pelos profissionais das duas Equipes de Saúde da Família que atuam na região norte da zona rural do município de Baraúna/RN. Nesse sentido serão: 02 médicos, 02 enfermeiros, 02 técnicos de enfermagem, 02 odontólogos, 02 técnicos de higiene bucal, 05 agentes comunitários de saúde. Ao total foram recrutados para participar do estudo um total de 15 profissionais de saúde. No entanto, três profissionais não participaram do estudo, dois deles não foram localizados para aplicação do questionário e outro encontrava-se de férias.

Foi utilizado como critério de inclusão: profissionais de saúde da Atenção Básica que estavam inseridos no atendimento as famílias rurais da região norte de Baraúnas. Como critérios de exclusão foram adotados: profissionais de saúde que estavam de férias, licenças ou atestado; aqueles que não concordaram em participar da pesquisa.

#### 4.4 Instrumento para coleta de dados

De acordo com Andrade (2009), a pesquisa de campo utiliza técnicas e instrumentos específicos, que têm o objetivo de recolher e registrar, de maneira ordenada, os dados sobre o assunto em estudo. Nesta perspectiva, foi adotado enquanto instrumento de coleta de dados o questionário com perguntas abertas e fechadas.



Questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. Em geral, para aplicação do instrumento, o pesquisador entregará o questionário ao informante, depois de preenchido, o pesquisado devolve-o. Junto com o questionário deve-se enviar uma nota ou carta explicando a natureza da pesquisa, sua importância e a necessidade de obter respostas, tentando despertar o interesse do recebedor, no sentido de que ele preencha e devolva o questionário dentro de um prazo razoável (ANDRADE, 2009).

As perguntas foram elaboradas pelo pesquisador, de forma clara e objetiva, com vocabulário adequado ao nível de escolaridade dos informantes, as perguntas não irão sugerir ou induzir as respostas dos profissionais de saúde, bem como, as questões manterão uma sequência lógica.

A primeira parte do questionário versou sobre dois pontos importantes. O primeiro deles estava relacionado a caracterização dos participantes da pesquisa, contendo dados sobre: idade; sexo; categoria profissional; tempo de formação; tempo de atuação na atenção básica; tempo de atuação com famílias rurais.

Para o segundo ponto foram abordadas questões fechadas sobre a percepção dos profissionais de saúde sobre o atendimento à população masculina da zona rural: como eles consideram a assiduidade dos homens da zona rural nos serviços de saúde da atenção básica (pouco, mais ou menos, bastante); em que circunstâncias os homens procuram os serviços de saúde (sem sentir dores, quando sentem poucas dores, quando sentem muitas dores); eles procuram os serviços de saúde (na sua grande maioria sozinhos; na sua grande maioria acompanhados da esposa; na sua grande maioria acompanhados de outros familiares); eles procuram a unidade para a realização de exames de prevenção ( pouco, muito, bastante).

A segunda parte do questionário está relacionado as questões abertas, objetivando compreender os principais motivos e/ou necessidades que levam os homens a procurarem os serviços da Atenção Básica em Saúde, os obstáculos que influenciam os homens a não procurem o serviço de saúde, as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para atrair o público masculino.

Foi realizado um pré-teste do questionário. Este foi fundamental para que o pesquisador verificasse se o instrumento estava sendo entendido e interpretado corretamente pelos sujeitos. O pré-teste além de possibilitar ajustes e detecção de incoerências permitiu aumentar a validade do instrumento (LAKATOS, 2003).

O pré-teste abrangeu não somente a compreensão dos itens, mas também devem possibilitou ao pesquisador uma avaliação sobre a compreensão das respostas; layout do questionário; instrução do questionário e também o grau de atenção do respondente.

#### **4.5 Procedimento para coleta de dados**

Para recrutar os sujeitos participantes do estudo, o pesquisador realizou, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, visitas as sedes das unidades de saúde.

Estas ocorreram em turnos diferentes, manhã e tarde, com o objetivo de assegurar que todos os profissionais de saúde recebessem a carta-convite para participar da pesquisa. A carta-convite consistiu num documento para que eles pudessem previamente compreender os objetivos da pesquisa, metodologia utilizada, riscos e benefícios. No ato da leitura, os mesmos tiveram a oportunidade de terem suas dúvidas esclarecidas pelo pesquisador.

Foi nesse momento que os profissionais de saúde que concordaram em participar da pesquisa receberam o instrumento de coleta de dados para preenchimento, bem como, foram informados do dia e o horário para a devolutiva do instrumento.

Para garantir o anonimato dos sujeitos da pesquisa os mesmos foram identificados pela letra P, designando participantes, e acompanhados por números ordinais, de 01 a 12.

#### **4.6 Análise dos dados**

Os dados obtidos das perguntas fechadas do questionário foram agrupados em tabelas e a distribuição analisada através de estatística descritiva simples. Para o processamento dos dados coletados foi utilizado o software Excel 2010, onde foi tabulado em planilha eletrônica. E, posteriormente discutido a luz da literatura pertinente.

Para a análise das questões abertas do questionário foi utilizado à análise de conteúdo. De acordo com Bardin (2009) define-se como sendo um conjunto de técnicas de pesquisa objetivando a busca do sentido de um documento. Segundo ao autor supracitado “a análise do conteúdo procura conhecer o que está por trás das palavras sobre as quais se debruça”.

Segundo a proposta de Bardin (2009), a análise apresenta-se em três fases fundamentais: a pré- análise trata-se do planejamento organizado para que as ideias elaboradas venham a tornarem-se concretas de maneira sequencial; a exploração do material envolve todas as questões planejadas na fase anterior, portanto, essa fase de exploração trata-

se da implementação propriamente dita da organização das ideias. Por fim, a fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação dizem respeito a análise interpretativa, aliada a recursos operacionais que validam os dados de acordo com os objetivos, podendo atingir resultados esperados ou surpreendentes.

A análise dos dados coletados iniciou-se com uma leitura das entrevistas e separação das falas dos entrevistados em categorias e subcategorias, construindo uma unidade de registro. A seguir estão descritas as categorias e subcategorias:

Quadro 2 – Descrição das categorias e subcategorias

<b>CATEGORIA</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>
Motivos e as necessidades de saúde dos homens	✓ Quando sentem dores fortes
Obstáculos para o cuidado dos homens das comunidades rurais	✓ Falta de tempo, organização e funcionamento da Atenção Básica ✓ Questões culturais e de gênero
Estratégias são utilizadas pelos profissionais para atrair o público masculino para a ABS	✓ Prevenção das doenças

Fonte: Dados do autor (2018)

#### 4.7 Aspectos éticos da pesquisa

O presente estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da FACENE, respaldado através da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos, e do Código de Ética Profissional, por meio da Resolução nº 311/2007 (Conselho Federal de Enfermagem), que trata do Código de Ética dos profissionais de enfermagem, para então, ser executada conforme planejado. A pesquisa foi aprovada com o número do CAEE: 78807517.0.0000.5179

Foi fornecido para os participantes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que continha informações sobre: os objetivos da pesquisa e a explanação dos riscos e benefícios a que estavam expostos. Ressalta-se que o documento foi fornecido individualmente aos participantes da pesquisa para que a assinatura fosse recolhida. No entanto, estes foram esclarecidos que podiam desistir, a qualquer momento, da pesquisa sem que tivessem nenhum tipo de dano ou prejuízo.

Os participantes da pesquisa ao responderem o questionário estavam expostos a riscos, tais como: sentimento de invasão de privacidade, medo que suas respostas sejam

expostas ao público, além de sentirem-se julgados em relação ao conteúdo abordado, mesmo este tendo um caráter subjetivo. Porém, estes riscos foram minimizados por meio do sigilo quanto à identificação do profissional participante da pesquisa.

Foram utilizadas as seguintes estratégias para a minimização de tais riscos:

Quadro 3 - Estratégias para minimização dos riscos

<b>Riscos</b>	<b>Estratégias para minimização dos riscos</b>
<b>Riscos de Ordem Física</b>	Foi assegurado o preenchimento do questionário de forma breve e agradável aos participantes.
<b>Riscos de Ordem Emocional</b>	Foi garantido a confidencialidade dos dados e o total anonimato dos participantes. O pesquisador preocupou-se com a formação de vínculo, visando a criação de um elo de confiança com o participante da pesquisa.

Fonte: Dados do autor (2018).

Esta pesquisa trouxe benefícios aos profissionais na medida em que permitiu a reflexão acerca das práticas de saúde do homem na atenção básica, subsidiando futuras estratégias para intervir sobre o processo saúde-doença dos homens que residem na zona rural do município de Baraúna/RN.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Fizeram parte desse estudo 12 profissionais de duas equipes de saúde que realizam atendimentos as famílias da zona rural do município de Baraúna, por meio de unidades móveis do Programa Saúde da Família: (PSF 04 e PSF 06). Três profissionais não participaram do estudo, dois deles não foram localizados para aplicação do questionário e outro encontrava-se de férias.

Após análise dos questionários foi possível identificar as características das equipes da ESF, conforme apresentado na Tabela 1 e Tabela 2. Estes dados são referentes à análise da primeira parte do questionário. Verificou-se que os entrevistados se encontram na faixa etária entre 24 e 53 anos. Há uma predominância de participantes do sexo feminino, 08 (66,7%), por sua vez, 04 (33,3%) correspondem ao sexo masculino.

No que diz respeito à distribuição dos sujeitos por categoria profissional, observa-se que entre os entrevistados houve o predomínio do conjunto de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com (41,7%). Esse quantitativo justifica-se porque o ACS atua neste contexto como membro da equipe de saúde, sendo cada ACS responsável por uma microarea dentro da área territorial de a descrição da equipe, desenvolvendo ações que buscam a integração entre a equipe de saúde e a população (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014).

Os demais profissionais do estudo estão representados pelas categorias de enfermeiros (16,7%); técnicos de enfermagem (16,7%); técnico de saúde bucal, odontólogo e médico tiveram representação de (8,3%) cada um. Tais profissionais entrevistados correspondem à composição da equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) para o funcionamento da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

**Tabela 1** - Caracterização dos profissionais da saúde que integram a Estratégia de Saúde da Família da zona rural do município de Baraúna (n=12). Baraúna. Mossoró-RN. 2018. Brasil.

Variáveis	Freq.	%
<b>Idade</b>		
20 a 29 anos	1	8,3
30 a 40 anos	6	50,0
41 a 50 anos	3	25,0
Acima de 50 anos	2	16,7
<b>Sexo</b>		
Feminino	8	66,7
Masculino	4	33,3
<b>Categoria profissional</b>		
Agente comunitário de saúde	5	41,7
Técnico (a) em enfermagem	2	16,7
Técnico (a) em saúde bucal	1	8,3
Enfermeiro (a)	2	16,7
Odontólogo (a)	1	8,3
Médico (a)	1	8,3

**Fonte:** Dados da pesquisa (2018)

Com relação ao tempo de atuação profissional dos entrevistados há pessoas recém-graduadas como aqueles que apresentam mais de 10 anos de formação. Conforme descrição tem-se: 06 (50%) pessoas acima de 10 anos de formação; 02 (16,7%) entrevistados com 3 a 4 anos de formação; 01 (8,3%) profissional contendo 5 a 6 anos de formação; 01 (8,3%) profissional com 7 a 8 anos de formação; 02 (16,6%) deles com 1 a 5 meses de formação.

No que se refere ao tempo de atuação específico na Atenção Básica, os dados mostram que 4 (33,3%) profissionais apresentam acima de 10 anos; 3 (25%) deles registram de 5 a 6 anos; 2 (16,7%) atuam entre 7 a 8 anos; mesma porcentagem para aqueles que estão numa equipe de saúde da família entre 3 e 4 anos. Do total de participantes, 2 (16,7%) apresentam uma experiência de 1 a 5 meses. Essas características podem contribuir para a consolidação da Estratégia, tendo em vista as possibilidades de mudança apontadas pelas novas Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação em saúde.

O ensino em saúde vem adequando sua estrutura de formação na medida em que aproxima os estudantes antecipadamente ao exercício pré-profissional por intermédio das atividades realizadas extraclasse. A partir dessa oportunidade o profissional em formação

pode conhecer e discutir a conjuntura atual das políticas públicas de saúde, entre elas a Política Nacional da Atenção Básica com foco na Saúde da Família (MARQUI et al., 2010).

O fato de encontrar uma formação profissional recente entre os participantes da pesquisa e atuando na Atenção Básica em Saúde coloca em questão as características do ensino, prevalecendo a formação generalista, o que possibilita ao estudante desenvolver competências e habilidades para intervir nas mais variadas situações dentro do processo saúde-doença dos indivíduos, famílias e comunidades, incluindo aquelas localizadas na zona rural (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010).

Ao observar o tempo de atuação dos participantes da pesquisa tem-se que 6 (50%) deles possui mais de 10 anos de experiência atuando em equipes de saúde da família na zona rural, enquanto 3 (25%) profissionais apresentam 7 a 8 anos. Estes números são significativos, visto que ainda prevalece a resistência do profissional em ir atuar em municípios do interior, principalmente em equipes de saúde localizadas na zona rural. Além desse aspecto pessoal, encontra-se especialmente aqueles que se refere aos mecanismos de contratação dos profissionais das equipes, muitas vezes, com base em contratos temporários e relações trabalhistas precárias. Isso tem gerado, por consequência, dificuldade de fixação da mão de obra, deixando equipes incompletas e prejudicando o processo de cuidado à população da zona rural (ARANTES; SHIMIZU; MARCHAN-HAMANN, 2016).

O maior tempo de atuação de um profissional na equipe de saúde também influencia na construção e consolidação do vínculo com a comunidade, potencializando a identificação precoce de riscos e agravos existentes no território. Dessa forma, o profissional é capaz de intervir sobre os problemas e necessidades de saúde, com mais eficiência e qualidade (LIMA; ASSIS, 2010).

**Tabela 2** - Caracterização dos profissionais da saúde que integram a Estratégia de Saúde da Família da zona rural do município de Baraúna (n=12). Baraúna. Mossoró-RN. 2018. Brasil.

<b>Tempo de formação</b>		
1 a 5 meses	1	8,3
1 a 2 anos	1	8,3
3 a 4 anos	2	16,7
5 a 6 anos	1	8,3
7 a 8 anos	1	8,3
Acima de 10 anos	6	50,0

#### **Tempo de atuação na Atenção Básica**

1 a 5 meses	2	16,7
1 a 2 anos	0	0,0
3 a 4 anos	1	8,3
5 a 6 anos	3	25,0
7 a 8 anos	2	16,7
Acima de 10 anos	4	33,3

#### **Tempo de atuação com famílias rurais**

1 a 5 meses	2	16,7
1 a 2 anos	0	0,0
3 a 4 anos	1	8,3
5 a 6 anos	0	0,0
7 a 8 anos	3	25,0
Acima de 10 anos	6	50,0

**Fonte:** Dados da pesquisa

Foi com a finalidade de promover ações de saúde que contribuam significativamente para atender às demandas da população masculina, o Ministério da Saúde (MS), implantou, em 2008, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Porém, o desafio de conseguir a adesão do público masculino aos programas de saúde ainda é uma questão real. Nesta perspectiva, os participantes da pesquisa retrataram como vem ocorrendo a participação dos homens da zona rural do município de Baraúnas no serviço da Atenção Básica.

Quando foram interrogados sobre a assiduidade da população masculina nos serviços de saúde da Atenção Básica, 9 (75%) dos entrevistados caracterizam-na como sendo pouca. Inicialmente faz-se necessário observar que "pouca procura" neste estudo não está relacionada com o consumo de serviços de saúde, não cabendo aqui uma mensuração entre oferta e demanda. Tal expressão se remete a hábitos de prevenção.

A literatura aponta que quando se trata de cuidado com a saúde dos homens da zona rural, o trabalho tem sido considerado um empecilho ao acesso aos serviços de saúde ou à continuidade de tratamentos já estabelecidos. Em uma pesquisa realizada Mastroianni et al., (2011) observou que mais da metade dos homens entrevistados que não procuraram por atendimento em serviços da Atenção Básica tiveram problemas de saúde, que os levaram à busca de tratamento sem orientação clínica, reforçando a cultura da automedicação.

O fato de homens postergarem ao máximo a procura por ajuda médica, afirmando dificuldades diante da possibilidade de perda do emprego, da obrigação de estar ativo e de demonstrar resistência, demonstra-se nas situações em que eles desprezam o reconhecimento



dos primeiros sintomas de uma provável doença ou quando não seguem as recomendações médicas; isso ocorreu enquanto os limites nas atividades cotidianas não apareceram e eles acreditavam controlar a sua saúde. Ao desvalorizar o autocuidado e prolongar a procura por assistência médica e preventiva, o homem amplia os riscos de sofrer danos mais fatais e isso repercute no fato de o homem ser alvo de problemas de alta letalidade (BRITO; SANTOS; MACIEL, 2010).

A descrição da realidade acima foi apreendida nas respostas dos entrevistados da pesquisa, na qual 8 (66,7%) dos profissionais mencionaram que os homens só procuram os serviços da Atenção Básica quando alegam sentir muitas dores. Outros profissionais relataram que os homens procuram os serviços mesmo sem se sentir dores, 4 (33,3%).

Outra explicação para a pouca procura masculina pelos serviços de saúde se relaciona ao medo de descobrir que algo vai mal. Esse sentimento costuma ser comum nas pessoas, independente do gênero. No entanto, os homens têm se apropriado mais dela para justificar a sua não valorização com os serviços de prevenção e promoção a saúde. Assim, como no ditado popular de "quem procura acha", os homens temem que, ao buscar um serviço de saúde para saber se a sua saúde vai bem, possa se deparar com diagnósticos de uma doença e ter de se tratar (GOMES; LEAL; KNAUTH, 2012).

Associado a vergonha de ficar exposto a um outro homem ou a uma mulher potencializa os motivos alegados pelos homens para não procurar os serviços de prevenção e promoção a saúde da Atenção Básica. Como demonstra o registro dos profissionais, na qual 91,7% deles mencionam que homens não procuram estes tipos de serviços.

Quando recorrem aos serviços, geralmente, estão acompanhados pela esposa, 66,7%. A presença dos homens foi observada no cotidiano dos serviços de saúde por Couto et al., (2010) sendo homens em diferentes faixas etárias; na sua grande maioria acompanhados pelas suas esposas/companheiras, filhos e demais parentes, em participações episódicas ou uso continuado de atividades. Na configuração dessa presença nos serviços da Atenção Básica é preponderante a frequência de homens da terceira idade.

Historicamente voltada ao segmento materno-infantil, passou a incorporar de modo mais expressivo, a partir da década de 1980, o segmento dos idosos. Nos últimos anos, por meio de programas voltados para as doenças crônicas, como o programa Hiperdia (hipertensão arterial e diabetes mellitus), os homens/idosos contam com mais espaço para suas demandas. A presença dos homens aumenta em determinadas atividades, especialmente nas consultas médicas (COUTO et al., 2010).

É interessante notar que, mesmo quando se considera a clientela idosa, na qual há quantidade significativa de homens, verifica-se pouca presença masculina nos grupos educativos. Estes são mais assíduos nas farmácias das próprias Estratégias de Saúde da Família (GOMES; LEAL; KNAUTH, 2012).

**Tabela 3** - Percepção dos profissionais de saúde sobre a participação dos homens da zona rural no serviço da Atenção Básica em Saúde (n=12)

Variáveis	Freq.	%
<b>Assiduidade dos homens da zona rural nos serviços de saúde da Atenção Básica</b>		
Pouca	9	75,0
Mais ou menos	3	25,0
Muitas vezes	0	0,0
<b>Em que circunstâncias os homens procuram os serviços de saúde</b>		
Quando alegam sentir muitas dores	8	66,7
Quando alegam sentir poucas dores	0	0
Sem se queixar de dores	4	33,3
<b>Os homens procuram a unidade para realização dos exames de prevenção</b>		
Poucas vezes	11	91,7
Mais ou menos	1	8,3
Muitas vezes	0	0,0
<b>Os homens procuram a unidade para realização dos exames de prevenção</b>		
Sozinhos	3	25,0
Acompanhados da esposa	8	66,7
Acompanhados de outros familiares	1	8,3

**Fonte:** Dados da pesquisa (2018)

Essa invisibilidade se expressa também na representação de uma presença masculina pouco efetiva qualitativamente. Por um lado, é comum os profissionais defenderem que os homens, além de menos presentes e assíduos, oferecem mais resistência aos convites para irem ao serviço, faltam mais às consultas marcadas e não seguem o tratamento como esperado. Como aponta Schraiber (2005), a baixa frequência dos homens no serviço é

atribuída à resistência por parte deles, mas também é necessário rever e reconhecer a baixa inclusão dos mesmos nas propostas assistenciais.

## **5.2 Percepção dos profissionais sobre a saúde do homem**

### **5.2.1 Demandas de saúde dos homens das comunidades rurais**

O conteúdo das falas dos profissionais de saúde da ESF da zona rural foram questionados sobre os motivos e as necessidades que levam os homens à unidade de saúde, evidenciou-se um discurso unânime de que os homens da zona rural não buscam as unidades de saúde com frequência e que, quando buscam, já estão acometidos por uma doença ou quando sentem dores fortes. Como mostra a fala do P6: “Quando se sentem doentes na maioria das vezes. Eles sempre aparecem quando estão sentindo algo” e outro colega, P12, diz que: “Na maioria das vezes quando estão sentindo dores”.

Sobre esse aspecto, ressalta-se que a procura por tratamento se tornou prioridade apenas quando os sintomas causaram restrições físicas, laborais ou prazerosas, acontecimento também descrito em outros estudos. Ou, ainda, quando os limites impostos pela doença sinalizaram prováveis consequências mais aversivas quando relacionadas à possibilidade de se sentir frágil ou improdutivo (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010).

A dor frequentemente obriga os homens a procurar assistência, resgatando o serviço mais próximo, principalmente porque essa dor vem acompanhada da impossibilidade de desenvolver suas atividades no campo (alimentação dos animais, plantio e colheita), influenciando na premissa e representação do homem como sinônimo de força e referência familiar. Suas crenças, comportamentos, percepções, emoções, religião, estrutura familiar, linguagem, alimentação, vestuário, imagem corporal, entre outras situações, possuem um poderoso efeito na tolerância ou não à dor. Ressalta-se que frente a uma perspectiva social, o ser masculino deve ser desprovido do sentimento da dor. Esse contexto faz parte da cultura e do meio em que o indivíduo é criado, interferindo diretamente na qualidade de saúde dos indivíduos e coletividade (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010).

Outros profissionais mencionaram que os homens procuram os serviços em casos específicos, ou seja, em busca de tratamentos de rotina como, por exemplo, hipertensão, diabetes, casos de viroses e serviços odontológicos. A fala de P11: “uns procuram os serviços em casos de viroses, outros quando apresentam alguns sintomas de pressão arterial. Há ainda presença para atendimento odontológico”.

Atualmente um dos principais motivos de atendimento tem sido em relação a hipertensão, diabetes e alguns para exame de próstata. Na sua maioria são ainda em casos de hipertensão, diabetes e quando já estão com problemas de saúde (P5).

Aqui na área em que trabalho os homens procuram atendimento médico quando estão com diabetes, hipertensão ou quando estão passando por algum outro problema mais grave (P12).

Diferentemente de crianças, mulheres e idosos que comparecem aos serviços de saúde de forma mais preventiva, utilizando de forma mais variada os serviços de saúde, a demanda dos homens nos serviços de saúde limita-se a ações de cunho curativo, a partir de alguma doença já instalada, como diabetes e hipertensão. Essa realidade pode ser observada na área rural, em que a cultura, tradições e crenças influenciam de forma marcante a percepção das pessoas no seu meio social (FERRAZ et al., 2012).

Além disso, Ferraz et al., (2012) menciona que os homens reconhecem as UBS como sendo a causa da dificuldade do acesso. Neste caso, os homens sentiriam mais dificuldades para serem atendidos, seja pelo tempo perdido na espera da assistência, seja por considerarem as UBS um espaço feminilizado, tanto em seu sentido assistencial quanto corporativo. Tal situação provocaria nos homens a sensação de não pertencerem àquele espaço.

### 5.2.2 Obstáculos para o cuidado dos homens das comunidades rurais

Alguns pontos foram reconhecidos pelos profissionais de saúde como barreiras no acesso dos homens das comunidades rurais aos serviços da Estratégia de Saúde da Família. O participante 2 menciona que: “a locomoção, a fila devido à alta demanda, a falta de tempo e a dinâmica do trabalho deles contribui para cada vez mais o usuário não venha a unidade de saúde, isso reflete na frequência”.

Tal realidade reflete na busca pelos serviços de saúde, já que os homens das comunidades rurais referiram dificuldade de acesso aos serviços assistenciais, relataram que enfrentam filas para conseguir consultas e que suas demandas, possivelmente, não seriam resolvidas no mesmo dia, o que prejudicaria seu desempenho no trabalho. Segundo Moura et al., (2014) sugere a não procura por serviços de saúde, por parte dos homens, pode ser influenciada porque em muitos locais de trabalho só abonam a falta mediante atestado médico, que não é fornecido pelos serviços de saúde no caso de simples marcação de consulta, participação de grupos, busca de medicamentos e outras atividades vinculadas à prevenção.

Nesse sentido, vale observar que os horários de funcionamento das instituições públicas de saúde nem sempre são compatíveis com os horários das pessoas que se encontram inseridas na zona rural, independentemente de serem homens ou mulheres.

O participante 4 aborda outra situação corriqueira dos homens quando estão doentes:

Eles sempre acham mais fácil ir a uma farmácia que já sai com a medicação em mão do que ir a uma unidade básica de saúde porque sabe que tem todo o processo: consulta, exames e o retorno. Muitos deles acham que leva mais tempo, ao contrário de ir numa farmácia.

Homens, diante de algum problema de saúde, procuram medidas de tratamento alternativas, desde o uso de chás até automedicação, buscando orientação de algum farmacêutico, quando possível (COUTO et al., 2010). Pinheiro et al., (2002) apontaram a maior incidência masculina na procura de serviços emergenciais, tais como farmácias, o que sugere que os homens preferem respostas mais objetivas às suas demandas, considerando que nesses espaços os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com maior facilidade.

Outras falas dos entrevistados reforçam estudos que apontam as diferenças de papéis por gênero presentes no imaginário social, entendendo os cuidados como próprios do âmbito feminino. Isso se justificaria pela socialização que as mulheres recebem, desde cedo, para reproduzirem e consolidarem os papéis que as tornam responsáveis, quase que exclusivamente, pelo cuidado a saúde, controle educacional e pela prestação de serviços aos outros (MACHIN et al., 2011).

Um dos principais obstáculos que venho observando na minha área em que trabalho é a timidez e o machismo de alguns homens. Outro ponto também se refere ao descuido, pois muitos homens não se preocupam em procurar os serviços de saúde (P6)

Na minha opinião é só machismo mesmo. Preconceito. Falam quem vive em médico é mulher. Sempre contam 'histórias' de que não tem tempo e que tem ainda de ferro. Mas sabemos que eles têm receio e ainda um certo preconceito em cuidar da sua saúde (P10).

O homem teme que, ao procurar um serviço de saúde para saber se a sua saúde vai bem, possa descobrir diagnósticos de uma doença e ter de se tratar. No caso particular da prevenção de câncer, há estudos que indicam que o medo é uma das explicações para o fato de as pessoas não procurarem os serviços de saúde para se prevenirem (ALBANO; BASÍLIO; NESES, 2010).

Ser homem seria associado à invulnerabilidade, força e virilidade. Características essas, incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, representada pela procura aos serviços de saúde, o que colocaria em risco a masculinidade e aproximaria o homem das representações de feminilidade.

Por medo e preconceito. Os homens ainda têm muito medo de ir ao dentista, na maioria das vezes são trazidos por sua esposa, quando sentem fortes dores no dente. As vezes a única solução é a exodontia (P7)

Vergonha, medo, machismo e ignorância. Pois com tantos meios de comunicação e orientação que temos hoje, infelizmente ainda há tanta rejeição (P9).

Assim, a discussão sobre “masculinidades” no contexto da saúde é fundamental para todos os atores envolvidos na rede SUS e na articulação com outras políticas públicas. Estes aspectos da PNAISH anunciam possibilidades de mudanças profundas na reorganização de práticas e sentidos acerca do que é ser homem, nas relações de equidade de gênero e nas suas implicações no processo de saúde-doença.

Não se trata apenas de culpabilizar os homens, em massa, pelos agravos na saúde da população masculina, reduzindo a questão ao comportamento deles, e de um lado, ser reduzida à questão exclusivamente médico-clínica, do lado dos serviços. É necessário um diálogo com essas diversas percepções e, acima de tudo, mudanças no agir.

### 5.2.3 Estratégias são utilizadas pelos profissionais para atrair o público masculino para a ABS

Esta categoria aborda as principais estratégias utilizadas pelos profissionais para atrair o público masculino para os serviços disponibilizados pela ABS. A procura por prevenção foi mencionada por vários profissionais de saúde, no entanto, estas ações estão direcionadas para o combate a patologias específicas como, por exemplo: câncer de próstata, tabagismo, alcoolismo e doenças sexualmente transmissíveis. Observa-se que estas atividades ganham ênfase durante o mês de novembro.

O mês de novembro foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) para estimular o cuidado com a saúde do homem. No entanto, estas atividades não podem ser realizadas esporadicamente, porém, desenvolvidas durante todo o ano nas unidades de saúde e intensificadas neste mês, fortalecendo o acolhimento do usuário e da família (CAVALCANTE et al., 2014). Além disso, o autor reforça a premissa de que a atenção a

saúde não deve ser centrada apenas no olhar sobre as doenças, mas no modo de viver, trabalhar, riscos e agravos a que a comunidade está submetida.

Enfatizamos durante o novembro azul o combate ao câncer de próstata. Levamos esclarecimentos a comunidade como prevenir não só o câncer de próstata, mas outros tipos de doenças (P8).

Visitas, palestras, cartazes, panfleto e campanha de vacina no final de semana e no local de trabalho durante o novembro azul (P4).

Percebe-se através das falas dos profissionais que as estratégias expostas pelos sujeitos pesquisados fazem parte dos eixos da PNAISH. No entanto, o setor saúde necessita favorecer mudanças, principalmente, no sentido de ampliar a equidade e a integralidade da assistência a partir do reconhecimento de outras necessidades de saúde.

Trabalhamos com a prevenção de doenças, organizando ações direcionadas para o público masculino como palestras, panfletagem, vacinas, incluindo a vacina contra o HPV para adolescentes, indicações e solicitações para exame de sangue de PSA para os homens e/ou exame de toque, combate ao tabagismo, encaminhamento ao CAPS em casos de álcool e drogas (P3).

Nós fazemos as visitas domiciliares, fazemos a busca ativa propriamente dita, conversamos com a comunidade masculina sobre o exame de próstata e a importância dela, convidamos a participar de palestras sobre o alcoolismo e tabagismo. Mesmo com diversas estratégias, no entanto, a procura por atendimento é muito pouca (P5).

Aqui realizamos palestras. Sempre que posso oriento sobre a prevenção da cárie, gengivite, tártaro e entre outros (P12).

Nessa conjuntura, nota-se a presença de estratégias específicas na atenção básica direcionadas aos homens em diversas faixas etárias, especialmente, no que diz respeito à prevenção de agravos. Para tanto, é primordial sensibilizar os profissionais que os atendem para ir além desta demanda específica, no intuito de melhor compreendê-la quanto à percepção acerca de sua saúde. Nesta perceptivas, outras situações podem surgir e passíveis de intervenção sobre a realidade como prevenção de acidentes rurais, uso e manuseio com agrotóxicos, saúde mental da população rural etc (LEAL et al., 2012).

O cenário de falta de qualificação profissional na atenção à saúde do homem poderá estar contribuindo para a baixa inserção do homem nas ações da ABS e, ao mesmo tempo, reafirma a necessidade de instrumentalização desses profissionais. Por isso, é importante conhecer a realidade do território e criar estratégias mais dinâmicas, lúdicas e acessíveis a população masculina.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa propiciou a oportunidade de ouvir os profissionais de saúde que atuam em comunidades rurais do município de Baraúna/RN. A partir delas percebeu-se que o homem destas áreas rurais precisa de incentivo para se sentir mais motivado a comparecer na unidade da Estratégias de Saúde da Família.

O pressuposto que norteou este estudo foi confirmado mediante os dados coletados dos profissionais de saúde: observando que grande parte dos homens ainda tem receio de procurar os serviços de saúde da Atenção Básica, quando recorrerem ao atendimento são em casos de dores ou tratamento de alguma doença já estabelecida. Além disso, percebe-se diante do posicionamento assumido pelos participantes, que as atividades laborais sempre foram citadas como prioridade para a população masculina, deixando a saúde sempre para resolutividades posteriores.

Nesse sentido, é importante o desenvolvimento de ações específicas voltadas à saúde do homem, sejam individuais ou em grupo; estabelecendo horários específicos ou favoráveis ao atendimento deste público de tal forma que facilite e viabilize o acesso aos serviços de saúde, como foi sugerido pelos próprios profissionais.

É importante que os profissionais dessas áreas rurais fomentem a criação do vínculo com o usuário, sendo uma forma de valorizar mais a figura masculina. No entanto, por se configurar como equipe de saúde móvel, a construção do vínculo ainda seja um desafio a ser superado.

Percebe-se através das falas dos profissionais que as estratégias expostas pelos sujeitos pesquisados fazem parte dos eixos da PNAISH. No entanto, o setor saúde necessita favorecer mudanças, principalmente, no sentido de ampliar a equidade e a integralidade da assistência a partir do reconhecimento de outras necessidades de saúde.

Embora, haja alguns anos desde a criação da PNAISH está ainda não tem sido suficiente para inserir o homem no contexto de saúde, indo de encontro ao que demonstra a realidade.

Algumas sugestões para melhorar o desenvolvimento das atividades de profissionais de saúde que atuam nas comunidades rurais seriam: mais discussões no âmbito acadêmico sobre as necessidades de saúde da população masculina que vivem na zona rural, capacitações e treinamento aos profissionais que iniciam suas atividades no meio rural, melhor infraestrutura para os atendimentos e as ações da equipe de saúde.



## REFERÊNCIAS

- ALBANO, BR, BASÍLIO, MC, NEVES, JB. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde. **Rev Enferm Integrada**, v.3, n.2, 2010.
- ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- ARANTES, L.J, SHIMIZU, H.E, MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p.1499-1509, 2016.
- BAPTISTINI, R.A, FIGUEIREDO. T.A.M Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. **Ambiente e Sociedade**, v.17, n.2, p. 53-70, 2014.
- BARROS, N.F. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: uma ação de inclusão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11. n.3 jul./set. 2006.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BORGES, M.M. **A política de saúde do homem na Estratégia de Saúde da Família (ESF): uma análise da percepção dos profissionais e usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família Monte Castelo, Campina Grande – PB**. 98f. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, 2011.
- BRITO, RS, SANTO, DLA, MACIEL, PSO. Olhar masculino acerca do atendimento na Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, v.41, n.4, p.135-142, 2010.
- CAMPANUCCI, F.S. **A Atenção Primária e a Saúde do Homem: uma análise do acesso aos serviços de saúde**. 2010. 142f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.
- CORMACK, E. **Secretária de gestão estratégica e participativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface**, v.14, n.33, p.257-270, 2010.
- DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M .I; GIUGLIANI, E.R.J. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3.ed. Porto Alegre. Ed. Artmed, 2004.1600p.
- MOURA, E.C et al., Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p.429-438, 2014.
- FIGUEIREDO WS. **Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária**. 295 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed; 2009.

- FONTES, W. D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paul Enferm.**, v.24, n.3, p.430-433, 2011.
- FONSECA, R.L.S.M; FONTES, W.D, BARBOSA. T.M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Esc Anna Nery**, v.18, n.4, p.615-621, 2014.
- FRACOLLI, Lislaine Aparecida et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev. esc. enferm. USP**, v.45, n.5, p.1135-1141, 2011.
- GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GOMES, R; NASCIMENTO, E.F; ARAUJO, F.C de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.3, p.565-575, 2007.
- GOMES R, LEAL, AF, KNAUT, D, SILVA GSN. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. **Cien Saude Colet**, v.17, n.10, p. 2589-2596, 2012.
- HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2 ed. Porto Alegre. ed. Artes Médicas, 1994.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil – acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. (Relatório técnico)
- JULIÃO GG, WEIGELT LD. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégias de saúde da família. **Rev Enfermagem UFSM**, v.2, n.1, p.144-152, 2011.
- LEAL,AF et al.,. Charting the Brazilian Comprehensive Healthcare Policy for Men (PNAISH), from its formulation through to its implementation in local public health services. **Cienc. saude colet**. 2012
- LIMA, W.C.M.B.; ASSIS, M.M.A. Acesso restrito e focalizado ao Programa Saúde da Família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea. **Rev Baiana Saude Publica**, v.34, n.3, p.439-449, 2010.
- MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.11, p.4503-4512, 2011.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MASTROIANNI, PC et al.,. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.29, n.5, p.358-364, 2011.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MOREIRA, RLSF, FONTES, WD, BARBOZA, TM. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.18, n.4, p. 615-21, 2014.

NEVES, J. C; LOPES, M.J.M. Os Serviços de Atenção Básica e a demanda masculina: a necessidade de repensar o modo de atenção. In.: LOPES, M. J. M; PAIXÃO, D. X (org). **Saúde da Família: histórias, práticas e caminhos**. Porto Alegre: Ed. da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2007.

PINHEIRO et al., AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cien Saude Colet**, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

SCHRAIBER, L.B. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas do Programa de Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs.). **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p.30-61

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde. Serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

THUMÉ, E. **As práticas dos enfermeiros na atenção básica em saúde na região sul do Rio Grande do Sul**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este é um convite para você participar da pesquisa intitulada: **SAÚDE DO HOMEM: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**”, de autoria do discente Francisco Jailson da Silva, sob a orientação da Profa. M<sup>a</sup>. Rúbia Mara Maia Feitosa<sup>1</sup>, vinculados à Faculdade Nova Esperança de Mossoró/RN<sup>2</sup>.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Essa pesquisa tem o objetivo de geral: analisar a percepção dos profissionais sobre a saúde do homem na Atenção Básica em Saúde. E como objetivos específicos: compreender os principais motivos e/ou necessidades que levam os homens a procurarem os serviços da Atenção Básica em Saúde; abordar quais são os obstáculos que influenciam os homens a não procurem o serviço de saúde; conhecer as estratégias utilizadas para atrair o público masculino.

Quanto à forma de abordagem, a pesquisa se caracteriza por ser quanti-qualitativa. A mesma apresenta como objetivo geral: analisar a percepção dos profissionais sobre a saúde do homem na Atenção Básica em Saúde. Nesta perspectiva, os sujeitos da pesquisa serão constituídos pelos profissionais das duas equipes de saúde da família que atuam na região norte da zona rural do município de Baraúna/RN. Para operacionalização do estudo será adotado enquanto instrumento de coleta de dados o questionário com perguntas abertas e fechadas. O questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. Para aplicação do instrumento, o pesquisador entregará o questionário, depois de preenchido, o você devolverá ao pesquisador da pesquisa.

As perguntas serão elaboradas pelo pesquisador, de forma clara e objetiva, acerca da os principais motivos e/ou necessidades que levam os homens a procurarem os serviços da Atenção Básica em Saúde, os obstáculos que influenciam os homens a não procurem o serviço de saúde, as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para atrair o público masculino.

Os participantes da pesquisa ao responderem o questionário estarão expostos a riscos, tais como: sentimento de invasão de privacidade, medo que suas respostas sejam expostas ao público, além de sentirem-se julgados em relação ao conteúdo abordado, mesmo este tendo um caráter subjetivo. Porém, estes riscos serão minimizados por meio do sigilo quanto à identificação do profissional participante da pesquisa.

Esta pesquisa trará benefícios aos profissionais na medida em que permitirá a reflexão acerca das práticas de saúde do homem na atenção básica, elaborando novas estratégias para intervir sobre o processo saúde-doença dos homens que residem na zona rural do município de Baraúna/RN.

Caso decida aceitar o convite, você receberá o instrumento de coleta de dados para preenchimento, bem como, serão informados do dia e o horário devolutiva do instrumento. Ressalta-se que todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento da pesquisa. Os pesquisadores ainda esclarecem que os resultados da pesquisa serão exclusivamente para fins científicos e, que a coleta de dados somente após a liberação do parecer consubstanciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Nova Esperança, obedecendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que normatiza a pesquisa com seres humanos no Brasil.

Informamos que será garantido seu anonimato, assim, como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação financeira da sua participação.

Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificações quanto a sua atuação no serviço de trabalho. A pesquisa tem apenas finalidades acadêmicas e não está ligada a nenhum partido político do município. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Francisco Jailson da Silva (Jailson Jorge) pelo telefone: (084) 9.9648-1016 WhatsApp, (084) 9.9431.154, e-mail: [fjailsonsilva@hotmail.com](mailto:fjailsonsilva@hotmail.com). Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE<sup>2</sup>, localizado no Estado da Paraíba/PB.

### **Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, \_\_\_\_\_ estou de acordo com a participação no estudo descrito acima e que este termo foi elaborado em duas vias e que receberei uma via rubricada a primeira folha e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável. Fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos da pesquisa, ao(s) procedimento(s) ao(s) qual(is) serei submetido e dos possíveis riscos que possam advir de minha participação.

Foram-me garantidos esclarecimentos que eu venha a solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou de minha família. Autorizo assim a publicação dos dados desta pesquisa sendo-me garantido o meu anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Mossoró-RN, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2018.

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Responsável

<sup>1</sup>Endereço residencial da pesquisadora responsável: **Rua Cícero Aires de Lima, Apt 05, nº 52, Bairro Aeroporto. Mossoró/RN. Fone: (84) 999546893. E-mail: [rubiamara@facenemossoro.com.br](mailto:rubiamara@facenemossoro.com.br)**

<sup>2</sup>Endereço do comitê de Ética em pesquisa: **R. Frei Galvão, 12. Bairro Gramame- João Pessoa/PB. Fone: (83) 2106-4790. E-mail: [cep@facene.com.br](mailto:cep@facene.com.br).**

## APÊNDICE B – Carta de Anuência

**Prefeitura Municipal de Baraúna**  
Secretaria Municipal de Saúde**Carta de Anuência**

Eu, \_\_\_\_\_, sob o número de CPF: \_\_\_\_\_, designado(a) como responsável pelo Programa de Saúde da Família \_\_\_\_\_, atuante na zona rural do município de Baraúna/RN, venho através deste documento, conceder a anuência para a realização da pesquisa intitulada **“SAÚDE DO HOMEM: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE”**, de autoria do discente Francisco Jailson da Silva, sob a orientação do(a) Prof.(a) M<sup>a</sup>. Rúbia Mara Maia Feitosa, vinculados à Faculdade Nova Esperança de Mossoró/RN, a ser realizada nas Atenção Básica em Saúde do município de Baraúna.

Quanto à forma de abordagem, a pesquisa se caracteriza por ser quanti-qualitativa. A mesma apresenta como objetivo geral: analisar a percepção dos profissionais sobre a saúde do homem na Atenção Básica em Saúde. Nesta perspectiva, os sujeitos da pesquisa serão constituídos pelos profissionais das duas equipes de saúde da família que atuam na região norte da zona rural do município de Baraúna/RN. Para operacionalização do estudo será adotado enquanto instrumento de coleta de dados o questionário com perguntas abertas e fechadas. O questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. Em geral, para aplicação do instrumento, o pesquisador entregará o questionário ao informante, depois de preenchido, o pesquisado devolve-o.

As perguntas serão elaboradas pelo pesquisador, de forma clara e objetiva, acerca da os principais motivos e/ou necessidades que levam os homens a procurarem os serviços da

Atenção Básica em Saúde, os obstáculos que influenciam os homens a não procurem o serviço de saúde, as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para atrair o público masculino.

Os pesquisadores esclarecem que os resultados da pesquisa serão exclusivamente para fins científicos e, que a coleta de dados somente após a liberação do parecer consubstanciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Nova Esperança, obedecendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que normatiza a pesquisa com seres humanos no Brasil. Portanto, autorizo a realização do estudo.

Baraúnas \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Programa Saúde da Família da zona rural do município de Baraúna