

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORO**

**SAMARA KARLA NOGUEIRA SILVA**

**SAÚDE DO HOMEM: Conhecimento e Aplicabilidade da Política Nacional de Atenção  
Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família**

**MOSSORÓ-RN  
2011**

**SAMARA KARLA NOGUEIRA SILVA**

**SAÚDE DO HOMEM: Conhecimento e Aplicabilidade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN (FACENE), como requisito obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

**ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup> Ms. Francisca Patrícia Barreto de Carvalho**

**MOSSORÓ-RN  
2011**

**SAMARA KARLA NOGUEIRA SILVA**

**SAÚDE DO HOMEM: Conhecimento e Aplicabilidade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família**

Projeto de Pesquisa apresentado pela aluna Samara Karla Nogueira Silva, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Ms. Francisca Patrícia Barreto de Carvalho  
Orientador (Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN)

---

Prof. Esp. Eumendes Fernandes Carlos  
Membro (Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN)

---

Prof. Esp. Lucídio Cleberson de Mesquita  
Membro (Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN)

## DEDICATÓRIA

*Dedico esta monografia a três pessoas fundamentais em minha vida.*

*A minha mãe Fátima silva, o meu pai Francisco de Assis e ao meu esposo Marcos, ambos não mediram esforços, enfrentando o mundo para que este sonho fosse possível, que a cada etapa dessa jornada me deram forças, para seguir em frente.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que está acima de qualquer coisa em minha vida.

A minha mãe que com garra e sensatez, brigou com o mundo para que eu pudesse realizar este sonho, que com seu exemplo de mulher, me fez acreditar no melhor das pessoas;

A minha orientadora Patrícia Barreto pela dedicação, paciência e sem dúvida compreensão, que de forma substancial mostrou-me o valor em dedica-se a algo nosso, que leva nossa assinatura o resto da vida que é essa monografia, seu brilhantismo foi fundamental para realizar esse sonho;

Ao meu esposo Marcos que com paciência e dedicação sempre me incentivou a não desistir deste sonho e que me deu sugestões e soluções nos momentos de maior aflição;

A minha princesa chamada Letícia que está chegando, prestes a nascer, que veio como um presente de Deus me dando mais um ânimo para não desistir, te amo pedacinho de mim;

Aos meus familiares que me proporcionaram tal feito;

A minha amiga Aline que sem duvida me trouxe conselhos para que eu segui-se em frente, compartilhou idéias e sem duvida construiu uma amizade em que o respeito e a generosidade fizeram parte de minha vida;

Aos meus amigos e colegas de curso que me proporcionaram momentos únicos, conselhos sem duvidas jamais esquecidos;

Aos professores Eumendes e Lucídio que fizeram parte da banca examinadora com seus comentários, sugestões e criticas construtivas fizeram deste trabalho algo sem duvida viável e sublime;

A todos os que colaboraram e contribuíram de forma direta ou indireta para realização deste trabalho

*Somos a soma de nossas decisões*

*Woddy Allen*

## RESUMO

A Política de saúde do homem aparece como uma forma distinta de garantir a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população masculina, utilizando princípios e diretrizes, tendo como foco principal direcionar a assistência baseada nas necessidades masculinas. Este estudo teve como objetivos: Analisar o entendimento dos profissionais sobre o conhecimento e aplicabilidade da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família; Avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde na unidade básica de saúde da família sobre a política de saúde do homem; Averiguar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o processo saúde/doença do homem; Compreender a partir dos profissionais de saúde como se dá a processo de inserção da população masculina a unidade básica de saúde da família; identificar no cotidiano da Unidade Básica de saúde da família quais estratégias são utilizadas pelos profissionais de saúde da família para implementar a Política Nacional de Atenção Integral de Saúde do Homem. Para obter esses dados foi aplicado um roteiro de entrevista na Unidade Básica de Saúde Dr. José Fernandes de Melo, com cada profissional de saúde que faz parte da equipes de estratégia de saúde da família, totalizando duas equipes, a pesquisa foi realizada na unidade básica de saúde, os dados foram analisados de forma qualitativa, na análise qualitativa optou por fazer a leitura e compreender os núcleos de sentidos, e interpretar os dados coletados dividindo por categorias para analisar de forma mais abrangente. Concluiu-se que os profissionais que fazem parte da equipe de Estratégia de Saúde da Família conhecem de forma teórica, a política de saúde do homem, como também sua aplicabilidade, não são desenvolvidas estratégias norteadoras para assistir a população masculina distanciando esse usuário dos postos de saúde. A política de saúde do homem veio como meio de reorientar a assistência prestada a esse usuário masculino, sendo, portanto necessário que sejam desenvolvidas ações de modo a incluir esse homem nas unidades de saúde, promovendo um melhor acesso de modo a garantir a participação dele a promoção, prevenção e recuperação de sua saúde. Portanto é necessário que se tenha uma melhor capacitação dos profissionais que compõe a estratégia de saúde da família, para que possam fazer um melhor acolhimento a esse homem

**Palavras-chave:** Saúde do homem. Gênero. Atenção básica. Enfermagem.

## ABSTRACT

The health policy of the man appears as a distinct way of ensuring the promotion, prevention and restoration of health of the male population, using principles and guidelines, focusing mainly on direct assistance based on the needs of men. This study aimed to assess the understanding of professionals and knowledge about the applicability of the National Policy for Integral Attention to Health of Man in the Family Health Strategy; evaluate the knowledge of health professionals in primary health care unit of the family over politics human health; ascertain the knowledge of health professionals on the health / disease of man, Understand from health professionals how is the process of insertion of the male population the basic unit of family health, identify in everyday Primary Care Family health strategies which are used by health professionals of the family to implement the National Policy for Integral Men's Health. For these data we applied a structured interview in the Basic Health Dr. José Fernandes de Melo, with each health professional who is part of the strategy teams of family health, totaling two teams, the survey was conducted in the basic unit health, the data were analyzed qualitatively, in qualitative analysis chose to read and understand the core of meaning, and interpret data collected divided into categories to examine more broadly. It was concluded that the professionals who are part of the team of the Family Health Strategy know, theoretically, the politics of human health, as well as its applicability, are not developed strategies to assist guiding the male population away from that user stations health. The health policy of man came as a means of refocusing the health care provided to that user male and is therefore necessary that actions be developed to include this man in health facilities, promoting better access to ensure his participation in promotion, prevention and recovery of his health. Therefore it is necessary to have a better training of professionals who make up the strategy of family health, so they can make a better host for this man

Keywords: Men's Health. Gender. Primary care. Nursing.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>14</b>
2.1 POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM.....	25
2.1.1 violência.....	26
2.1.2 População privada de liberdade .....	27
2.1.3 Alcoolismo e Tabagismo .....	27
2.1.4 Pessoas com necessidades especiais .....	29
2.1.5 Adolescência e velhice .....	29
2.1.6 Direitos sexuais e reprodutivos .....	30
2.1.7 Indicadores de mortalidade e morbidade .....	30
2.1.8 Princípios e Diretrizes da PNAISH .....	31
2.1.9 Princípios .....	32
2.1. Diretrizes .....	33
<b>3 UMA QUESTÃO DE GÊNERO.....</b>	<b>35</b>
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>37</b>
4.1 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	37
<b>5 RESULTADOS E DISCURSÕES .....</b>	<b>40</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>55</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas inúmeras pesquisas de vários campos disciplinares foram realizadas, tentando compreender o processo do adoecimento e morte em homens e mulheres, segundo estudos realizados, percebeu-se um grande índice de mortalidade no sexo masculino, diferentemente do sexo feminino que em sua maioria vive cerca de 7 anos mais que os homens (SCRAIBER ; GOMES; COUTO, 2005).

Percebeu-se que o caráter social fundamenta o processo do cuidar, evidenciando tal processo como parte cultural, ou seja, os homens são criados para serem fortes seguros e pais de família que trabalham fora, e as mulheres criadas para cuidar da casa, dos filhos e do marido, conseqüentemente ser aquela que cuida também destes quando por alguma eventualidade encontram-se doentes. Para tanto se ressalta a necessidade de por em foco a esfera da saúde de forma coletiva dessa população masculina, integrando essa mesma população junto à unidade de saúde (SCRHAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

A população masculina em idade adulta (21 a 59 anos) deveria estar inserida na atenção e na assistência em saúde assim como a mulher, pois apenas o idoso e a criança está inserida, destacando assim que devem ser respeitados as necessidades e direitos singulares desse homem, agora não somente como trabalhador, mas agora como usuário dos serviços em saúde em um modelo de promoção a saúde, tendo a garantia da assistência, seja ela imediata ou tardia, desde o atendimento mais simples como consultas, até o uso dos serviços de saúde mais complexos, como tratamentos quimioterápicos (COUTO et al, 2010).

Os estudos apontaram que os homens preferem utilizar os serviços como farmácias e pronto-socorro que atendem mais objetivamente suas demandas, ou seja, suas necessidades, (urgência e emergência), pois o atendimento seria rápido e direto, sem que houvesse a exposição de suas fragilidades (FIGUEIREDO, 2005).

Seria necessário então desenvolver com estes homens ações de modo a trazê-lo não mais a hospitais, pronto-socorro e farmácias, mas para a unidade básica de saúde, tratando de modo gradual a saúde do mesmo, como prevenir outras complicações, trabalhando a educação em saúde. (SCHRAIBER, et al, 2010)

Para atender a população em geral foi criada a estratégia de saúde da família entendida como uma tática de reorientação do modelo assistencial que até então era um modelo medicalizante, onde se priorizava a assistência baseada em sinais e sintomas apresentados. Essa estratégia é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, abrangendo certa população. Estas equipes de ESF são responsáveis

pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Estas atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta mesma comunidade (BRASIL, 2006).

A população que a ESF abrange é formada por mulheres, crianças e idosos, deixando ainda de fora (no momento da criação da ESF) homens jovens e adultos (15-59) que fazem parte daquela família, colocando em destaque um modelo de assistência que mantém sua funcionalidade baseada na prevenção, promoção e recuperação da saúde da população assistida.

Para que a população masculina estivesse inserida na estratégia de saúde da família, não somente no programa DST/AIDS, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do homem, que priorizou a assistência de forma a integralizar os serviços, garantir por lei o acesso universal e igualitário usuário do sexo masculino e o direito a saúde (BRASIL, 2009).

Tal política destaca Princípios e diretrizes que simplificam o acesso, dando qualidade, resultando em respeito aos direitos desse homem, respeitando, portanto suas necessidades sócio-culturais, garantindo de forma plena o acesso a diferentes níveis de assistência, articulando-se com diversas áreas do governo mantendo relação com o setor privado tendo como compromissos, manter a qualidade de vida dessa população masculina, informar e orientar a essa população sobre a promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos das doenças do homem, Capacitação dos profissionais, na parte que se refere a técnicas para o atendimento ao homem; manter a facilidade, dando foco à integralidade de forma a entender as necessidades desse homem e trabalhar junto à sociedade uma maior resolutividade de seus problemas e agravos como também a promoção e prevenção com a finalidade em garantir seus direitos (BRASIL, 2009).

Levando em consideração as necessidades masculinas, como o homem é assistido nos serviços de saúde, bem como a política de saúde do homem, houve um interesse para realização da pesquisa sobre o conhecimento e aplicabilidade da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. Esse interesse se deu primeiramente através da observação de inúmeras lacunas nos estudos realizados sobre o tema aqui apresentado. Percebeu-se que a produção desses estudos põem em foco a saúde da população masculina e liga diretamente a questão de mortalidade masculina a riscos, destacando a sexualidade e a questão de gênero, não relatando diretamente o motivo ou fatores que dificultam o acesso desse homem aos serviços de saúde, principalmente na atenção primária que é as unidades básicas de saúde.

Foi utilizada a percepção no cotidiano dos serviços de saúde de que há uma necessidade de desenvolver atividades direcionadas a singularidade masculina enfocando a promoção, prevenção e recuperação de sua saúde, trabalhando de forma distinta como atender esse gênero.

Portanto a justificativa desta pesquisa é reconhecer as necessidades e singularidades da população masculina a partir do conhecimento dos profissionais de saúde que fazem parte de estratégia de saúde da família, pelo seu contexto social em que este homem esta inserido. A realização da pesquisa será de grande importância tanto para a produção do conhecimento acerca da saúde do homem e suas implicações, como também na trajetória acadêmica que disponibilizou eixos entre teoria e praticas na vivencia dos serviços de saúde observando a necessidade de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem. Portanto é necessário que os profissionais que fazem parte da ESF desmistifiquem a idéia que as necessidades masculinas não são de maneira singular e que seu processo de adoecer precisa consequentemente ser melhor entendido.

A problemática abordada em nossa pesquisa esta relacionada com a implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem e sua funcionalidade na Unidade Básica de Saúde da Família Dr. José Fernandes de Melo, localizada no município de Mossoró, para tanto foram levantado alguns questionamentos que destaca de forma a abranger a necessidade em conhecer a política de saúde do homem como também a funcionalidade da mesma

Para tanto o provável desconhecimento sobre os princípios básicos da Política Nacional de Atenção integral a saúde do Homem (PNAISH) pelos profissionais da ESF traz uma redução no atendimento ao usuário do sexo masculino, como também dificultando uma melhoria à assistência do mesmo? Para tanto o não desenvolvimento também de estratégias destinadas ao público masculino, dificulta as ações de prevenção e promoção à saúde, trazendo para realidade a provável falta de percepção dos profissionais da ESF em desenvolver a PNAISH de modo efetivo dificultando assim a funcionalidade da política e proporcionando agravos a saúde da população alvo?. Estes são alguns questionamentos que serviram como eixo para realização da pesquisa aqui mencionada.

Tal estudo teve como objetivos:

**Objetivo Geral:** Analisar o entendimento dos profissionais de saúde sobre o conhecimento e aplicabilidade da Política Nacional de Atenção Integral de Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família.

**Objetivos específicos:**

- Avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde na Unidade Básica de Saúde da Família sobre a política de saúde do homem;
- Averiguar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os aspectos de saúde/doença do homem;
- Compreender a partir dos profissionais de saúde como se dá o processo de inserção da população masculina a Unidade Básica de Saúde da Família;
- Identificar no cotidiano da Unidade Básica de Saúde da Família quais estratégias são utilizadas pelos profissionais de saúde da família para implementar da Política Nacional de Atenção Integral de Saúde do Homem.

## **2 SAÚDE NO BRASIL**

A saúde vem se perpetuando ao longo de toda história brasileira, destacando-se alguns pontos essenciais que favoreceram a construção da saúde pública no país. Se questionava quais os principais agravos ao qual a população estava exposta, quais doenças eram mais propícia a acometê-la e quais as terapêutica a ser utilizada, com o passar do tempo observou-

se a necessidade de implementar políticas que viessem a favorecer a assistência a população brasileira (ELIAS, 1996).

Partiremos da Reforma Sanitária neste trabalho para pensar em saúde no Brasil, sendo que a 8ª Conferência nacional de saúde foi um evento crucial para efetivação da reforma em 1986, pois já se discutia as necessidades da população acerca de saúde.

Nessa mesma conferência deu origem a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, e conseqüentemente do Sistema Único de Saúde – SUS pela Constituição de 1988 o que representou um dos maiores avanços no âmbito dos direitos sociais, legalizando o direito da população (SCATENA; TANAKA, 2011).

Como a saúde “é um direito de todos e dever do estado” segundo garante a constituição federal (Art. 198. Parágrafo único, 1988) essa mesma Constituição garantiu uma mudança na concepção da saúde, dando a população o acesso universal e igualitário às ações e serviços, a promoção, proteção e recuperação da mesma, como também a mudança na forma de organização do sistema destacando ainda a descentralização tendo em cada esfera de governo sua responsabilidade pela gestão do sistema (SCATENA; TANAKA, 2011).

Trouxe ainda como proposta da reforma sanitária a inversão do modelo de atenção a saúde, de curativa para um modelo de promoção à saúde, de forma a propor um atendimento integral, com prioridades às atividades preventivas sem prejuízo algum as assistenciais. A iniciativa privada integra o sistema em caráter complementar (SCATENA; TANAKA, 2011).

Apesar de ter sido constituído em 1988, o SUS só teve o seu real destaque e conseqüentemente sua inicial funcionalidade em 1990, sendo que a descentralização dos serviços vem a se concretizar em 1991, em virtude das leis 8.080/90 e 8.142/90 sancionadas nessa época, a norma operacional básica 1/91, ao qual foi seqüenciada posteriormente em NOB 1/92, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS, a NOB 1/93 e a NOB 1/96, estas últimas emitidas pelo próprio Ministro da Saúde, foram responsáveis pelas concepções e responsabilidades que vão se conformando no processo de construção desse sistema, conseqüentemente da descentralização dos serviços de saúde (SCATENA; TANAKA, 2011).

Com a descentralização assim concebida a partir da criação e implementação do SUS, implicou a necessária transferência de poderes sejam eles decisórios ou complementares, seus gestores são responsáveis por decisões, que associados a recursos mínimos venham a garantir o seu exercício concreto, como também meios de garantir os princípios básicos do SUS, que seria a integralidade dos serviços de saúde, bem como a universalidade, como também a equidade de acesso (ELIAS, 1996).

Com base na criação do SUS as políticas de saúde no Brasil deram origem as primeiras ações assistenciais à saúde da população, juntamente com a reforma sanitária já mencionada, possibilitou o desenvolvimento de ações com finalidade de assistir a mesma, dando a ela um tipo ideal do cuidado baseado na assistência implementada pelo SUS, respeitando assim seus princípios (ELIAS,1996).

Essas políticas de saúde inicialmente vieram destinadas a esferas populacionais distintas e para intervir em problemas específicos como também agir de modo a prevenir principais agravos. Assim nasceram os programas priorizando a assistência a mulher, a criança ao idoso e saúde do adulto (ELIAS,1996).

Outro marco histórico que possibilitou uma mudança estratégica incorporando em uma assistência integral a população foi o pacto pela vida, lançado em 2006 é nada menos que um compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que possam apresentar impacto sobre a população brasileira, tais definições de prioridades são estabelecidas através de metas operacionais sejam elas no âmbito nacional, estadual e regional (BRASIL, 2006).

Os estados, regiões e municípios devem pactuar ações que forem necessárias para o cumprimento de metas dos objetivos sejam quais eles propostos, embora o pacto pela vida viabilize e dê prioridade aos onze objetivos e metas prioritárias como saúde do trabalhador, saúde mental, fortalecimento de capacidade de resposta do sistema de saúde , pessoas com deficiência, atenção integral as pessoas em situação de ou risco de violência e saúde do homem( de acordo com a portaria GM/ Ms nº325, de 21 de fevereiro de 2008. damos destaques ainda a outras como as seguintes:

- **Saúde do idoso:** que possibilite o envelhecimento saudável, Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, Implantação de serviços de atenção domiciliar, entre outros direitos (BRASIL, 2006).
- **Controle do câncer do colo do útero e de mama:** que favoreça Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero, conforme protocolo, em 2006, incentivo da realização da cirurgia de alta frequência técnica que utiliza um instrumental especial para a retirada de lesões ou parte do colo uterino comprometido (com lesões intra-epiteliais de alto grau) com menor dano possível, que pode ser realizada em ambulatório, com pagamento diferenciado, em 2006, entre outras metas (BRASIL, 2006).
- **Redução da mortalidade infantil e materna:** tem como objetivo reduzir em 5% a mortalidade neonatal, em 2006, Reduzir em 50% os óbitos por doença diarreica e 20% por pneumonia, em 2006, entre outros (BRASIL, 2006).

- **Fortalecimento da Capacidade de Respostas às Doenças Emergentes e Endemias, com Ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza:** tem como objetivo Plano de contingência para atenção aos pacientes, elaborado e implantado nos municípios prioritários, em 2006. Reduzir a menos de 1% a infestação predial por *Aedes aegypti* em 30% dos municípios prioritários até 2006, entre outras metas (BRASIL, 2006).

- **Promoção da Saúde, com Ênfase em Atividade Física Regular e Alimentação Saudável:** Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores, enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo. Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável, entre outras metas (BRASIL, 2006).

- **Fortalecimento da Atenção Básica:** Assumir a Estratégia de Saúde da Família como prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais, desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família. Consolidar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família nos pequenos e médios municípios. Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços. Garantir o financiamento da atenção básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2006).

Basicamente o Pacto Pela vida viabiliza o acesso como também facilita o mesmo a garantia e eficiência e qualidade na assistência já prestada como também melhorias na implementação de possíveis terapêuticas; favorecendo ainda o transcorrer das responsabilidades coletivas com a finalidade de obter resultados sanitários, e uma melhor resolutividade, em função das mais diferentes necessidades de saúde da população brasileira na busca contínua da equidade social (BRASIL, 2006).

Com a aplicabilidade e funcionalidade das políticas de saúde com base no pacto pela vida, tonou-se necessário ainda a observação sobre os impactos da saúde da população baseada em modelos preventistas, ou seja, intervir antes que os agravos ocorressem, para tanto colocou sobre a ótica governamental a qualidade de vida dos brasileiros, como também o envelhecimento saudável, este último em destaque pelo fortalecimento através do pacto pela vida (TAHAN; CARVALHO, 2010).



Essa qualidade de vida já mencionada resume-se em manter a saúde através de meio e ações que valorizem o bem estar físico e emocional, considerando uma boa alimentação associada a pratica de rotineira de atividade física, como também a interação de hábitos saudáveis, o afastamento de vícios como o tabagismo e o alcoolismo ter acesso a bens e serviços como água encanada e tratada, tratamento de esgoto, coleta de lixo, moradia digna, emprego, esporte e lazer, bem como o cuidar de sua saúde de maneira rotineira, tendo ou não doenças progressas e mais comuns como diabetes mellitus, hipertensão, entre outras, desenvolvendo o envelhecimento bem sucedido (SCRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Com a fundamentação sobre o que é qualidade de vida abriu-se um crivo para relacionar a promoção à saúde masculina, já que este está tão predisposto a riscos, para tanto nas ultimas décadas inúmeras pesquisas de vários campos disciplinares foram realizadas, tentando compreender o processo do adoecimento e morte em homens e mulheres, tais pesquisas apresentou a existência de um grande índice de mortalidade maior no sexo masculino, diferentemente do sexo feminino que em sua maioria vive cerca de 7 anos há mais que os homens, tal fator desencadeou várias discussões nesse sentido (SCRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Observou-se que através dessas pesquisas anteriormente mencionadas várias questões foram observadas sobre a saúde do homem e quais suas reais necessidades, pôde-se então relacionar direitos e saúde, colocando em pauta a inter-relação e participação desse homem nas práticas em saúde. A mortalidade masculina relatada anteriormente em relação à feminina segundo estudos publicados na política da saúde do homem foi um co-fator para percepção dessas necessidades de desenvolver ações em saúde voltadas para o público masculino (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

Perceberam-se ainda segundo Figueiredo 2005 que a não adesão do homem aos serviços primários, Unidades Básicas de Saúde (UBS), que é o local prioritário para a realização de ações de promoção à saúde, é decorrente de variáveis culturais que distanciaram o publico masculino dos serviços de saúde, pois durante muitos anos, o âmbito das UBS era freqüentado apenas por mulheres, idosos e crianças, pois se entendia serem estas as pessoas susceptíveis a doenças, sendo este um novo fator para desencadear fatores de riscos extrínsecos ao homem (FIGUEIREDO, 2005).

Seguindo nessa perspectiva e linha de pensamento ressalta-se a necessidade de por em foco a esfera da saúde de forma coletiva essa população masculina, integrando à junto à unidade de saúde desta; ainda percebeu-se que o caráter social fundamenta o processo do cuidar, destacando de forma sucinta que o cuidar é algo feminino, pois o cuidar da saúde remete o

cuidar dos outros e essa função foi delegada quase que exclusivamente a mulher (SCRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Havia uma cultura que fora implementada durante anos, que o genitor não poderia adoecer, era algo natural vê-lo como provedor, como pilar da família a ele era vetado esboçar algum desequilíbrio ou vulnerabilidade, pois isto traria um olhar de fragilidade, de incapacidade e de limitação, não sendo então respeitado ou até mesmo valorizado em seu contexto social e cultural levando-o a se sentir “menos” homem se estivesse doente (FIGUEIREDO, 2005).

Deste modo foi identificado que os homens em sua maioria têm inúmeras dificuldades em esboçar primeiramente o que pensa e o que se sente, conseqüentemente tem dificuldade em verbalizar suas necessidades e não reconhecem o adoecer como algo natural no processo da vida de qualquer ser humano, entende-se doença como uma fraqueza ou fragilidade (BRASIL, 2009).

Aos poucos esse homem foi se distanciando, ou conseqüentemente afastado pelos próprios serviços primários de saúde, sendo evidente que esse distanciamento da assistência em que os serviços de saúde como UBS proporciona, torna-se notório o não cumprimento também dos princípios do SUS (FIGUEIREDO, 2005).

É evidente que os homens preferem utilizar outros serviços que atendem mais objetivamente suas demandas, como farmácias e pronto-socorro (urgência e emergência), pois o atendimento seria mais rápido e a exposição de suas necessidades seria mais fácil; sendo o processo saúde-doença ainda pouco entendido, o mesmo não se caracteriza apenas pela ausência de doença, mas todo o contexto que envolve esse indivíduo (FIGUEIREDO, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) ter saúde é a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social da pessoa, caracterizando como algo inatingível ou utópico, para se ter saúde é necessário não estar doente (OMS, 1996). Essa percepção errônea sobre o processo saúde/doença até os dias de hoje trouxe para os serviços uma possível divisão de homens e mulheres, distanciou provavelmente ambos os gêneros de vivenciar as mesmas práticas de saúde, pois essa diferença foi além do fator biológico (homem/mulher), mas dividiu de forma distinta essa relação de saúde e gênero (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

Entretanto Sciliar 2007 descreve a saúde como a conjuntura social, política e cultural, diferenciando também que a saúde não é a mesma coisa para todas as pessoas categorizando como todo o contexto que envolve o indivíduo, dos valores sociais e culturais, como também concepções científicas, religiosas e filosóficas, ou seja conjugando saúde. Este mesmo autor

também define doença como processo patológico que é desenvolvido através de instabilidade do organismo, sendo a doença um acompanhante da espécie humana.

Portanto para se ter saúde é necessário estar inserido e /ou ter acesso a bens e serviços que proporcionem meios de obter saúde. É evidente que saneamento básico, bens comuns como água encanada e tratada e coleta de lixo são meios de prevenir certos agravos e que através de pequenas ações outros poderiam ser minimizados ou até mesmo evitados (AQUINO, 2006).

A partir do programa HIV/AIDS notou-se que os homens começaram a ir a UBS buscar o preservativo, campanhas em massa referente ao uso de preservativo para evitar o HIV assim como outras DSTs favoreceu essa procura de como evitar o HIV , sendo esta evidenciada no dia-a-dia nas UBSF (AQUINO, 2006).

No entanto, as ações destinadas aos homens nas UBSF ficam resumidas, muitas vezes, à entrega de preservativos masculinos e esta entrega é feita geralmente às esposas/parceiras dos mesmos. Nas salas de vacina que é a assistência priorizada a todos níveis populacionais, desde a criança ate o idoso, nota-se muito pouco a presença masculina, pois os homens só procuram o serviço quando ocorre algum acidente e são raros os pais que acompanham filhos e esposas para a vacinação infantil(AQUINO, 2006).

Discussões sobre as necessidades masculinas no âmbito de saúde colocaram em foco a promoção da mesma, implicando direitos de igualdade tanto para homens como para mulheres, onde ambos têm o mesmo direito de vivenciar as mesmas ações em saúde, mas de maneira singular na atenção integral (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Questiona-se de forma significativa que essa relação entre dificuldades que o homem tem em ter acesso aos serviços, ou até mesmo a procura dos mesmos está intimamente relacionado com a questão de gênero, essa diferenciação estabelece uma linha imaginária rotulando a assistência a ser prestada, ou seja, por muitos anos fora implementada uma educação em saúde destinada a mulher e a criança, posteriormente ao idoso e ao adulto, não focando programas ou ações assistenciais destinadas ao homem desde sua idade adulta até o início da terceira idade dos 21 a 59 anos (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

Os homens (...) continuam deixando de ser contemplados por essas ações governamentais, evoluindo para o distanciamento das soluções de seus principais agravos na área da saúde, gerando informações desencontradas e sem base científica, o que sobremaneira resulta em grande prejuízo social (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009, p. 667).

Seguindo essa linha de pensamento a população masculina em idade adulta (21 a 59 anos) como relatado anteriormente deveria estar inserida na atenção e na assistência em saúde

assim como a mulher, idoso e a criança está inserida, destacando assim as necessidades e direitos singulares respeitados desse homem, agora não somente como trabalhador, mas agora como usuário dos serviços em saúde em um modelo preventista, tendo a garantia da assistência, seja ela imediata ou em nível de maior complexidade, desde o atendimento mais simples como consultas, até o uso dos serviços de saúde mais complexos, como tratamentos quimioterápicos (COUTO et al, 2010).

O grande índice de mortalidade masculina em idade adulta acerca da feminina no Brasil é superior a feminina, as mulheres vivem mais, pois cerca de 78% onde esse maior índice atinge inicialmente a população de faixa etária entre 15 a 40 anos, atingindo posteriormente a faixa etária de 41 a 59 anos (BRASIL, 2009)

Segundo Laurenti (2005) essa diferença de vida chegam de 5 a 7 anos em alguns estados brasileiros, se tornando mais acentuada em cidades em que a população masculina está exposta a maiores riscos; violência e doenças crônicas mais severas são as maiores causas dessa mortalidade, as doenças crônicas que normalmente só são diagnosticadas em estágios finais aumenta ainda mais esse índice.

Com a grande diferença de mortalidade masculina acerca da feminina, despertou o interesse em abordar estratégias e ações em saúde destinadas a esse gênero masculino, onde mantivesse a mesma linha de assistência prestada à saúde da mulher, sendo agora destinada ao homem, mantendo suas necessidades em foco (FIGUEIREDO, 2005).

Laurenti (2005) ainda relata que o grande índice de mortalidade refere à cultura implementada durante anos, pois há uma concepção ainda prevalente de uma masculinidade hegemônica que é o eixo estruturante da sociedade em geral, não se tinha uma demanda masculina nos serviços de saúde, onde o “ser homem” traria uma exposição excessiva a riscos como; ingestão de bebidas alcoólicas ainda na adolescência, o fumo do tabaco ou outras drogas para referir masculinidade, o sexo desprotegido e com múltiplas parceiras, mostrando seu instinto de “macho” referente a sexo descontrolado, violência urbana e doméstica, foi outro fator destacado por Laurenti, era que o homem usava da força e suposta invulnerabilidade para interesses do seu próprio ego, endeusando a sua masculinidade, desenvolvendo a falta de percepção de problemas inerentes ao seu próprio convívio (família) ou alheios.

Couto et al (2010) relata que na organização dos serviços as instituições tem uma grande influência na realização de gênero e sujeitos, ou até mesmo no imaginário social na produção desse novo gênero, o serviço já tem a característica como um ambiente feminino, por toda parte desde a área comum do serviço que seria a recepção até os consultórios

médicos a decoração é puramente feminina traçando um perfil de ambiente realmente feminino.

O próprio Ministério da Saúde vincula propagandas com relação à prevenção de HIV/AIDS, pré-natal, aleitamento materno entre outros programas de promoção a saúde sempre com a figura feminina em destaque, sendo que a masculina não aparece, deixando nas entrelinhas que nesses casos somente a mulher necessita dessa informação de promoção a saúde e sendo ela a co responsável em promovê-la.

Os horários dos serviços primários – UBS são desfavoráveis para os usuários masculinos, pois quase todos funcionam das 7 às 17hs, onde a maioria desses homens está no trabalho nesse horário, alguns serviços em São Paulo, segundo relata alguns estudos, disponibilizaram horários durante a semana sendo plantões de 24 nas UBS, para atender esse público, ou ate mesmo atendimento aos sábados, mostra claramente a necessidade de manter certa flexibilidade de horário, como também dispor de funcionários capacitados para atender a esse homem nos serviços na questão de atendimento e prestação da assistência, como também promoção a saúde ( COUTO et al, 2010).

Destaca-se também a necessidade de derrubar barreiras culturais que se tornam cada vez mais ascendentes no que se refere à masculinidade, caracteriza a masculinidade como hegemonia indissolúvel, onde o homem por sua vez distancia o seu “ser homem” caso necessite dos serviços de saúde principalmente as UBS, destacando, portanto como a questão de gênero que opera de maneira empírica um vértice de perspectiva, focalizando o distanciamento da população masculina dos serviços primários de saúde, dificultando as ações em saúde dificultando assim aos usuários masculinos, usufruir as mesmas práticas de saúde que a mulher, o idoso e a criança usufruem, distanciando ainda o profissional desse usuário do sexo masculino (PISCITELLI, 1998); (COSTA, 2003).

Portanto é necessário identificar as necessidades masculinas entender o seu processo de adoecimento respeitando suas crenças, os incorporando as práticas diárias de ações em saúde, estabelecendo horários viáveis e flexíveis para atender essa população masculina, como também disponibilizar de mão de obra adequada, ou seja, profissionais com treinamento e ambanamento científico pondo em prática o principio base da política que é a humanização e qualidade, favorecendo o acesso e a assistência integral desse homem aos serviços (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

Para tanto com o desenvolvimento da Estratégia de saúde da família a ESF, que foi criada em 1994 para fazer parte do SUS, foi como um fator de resgate a valores profissionais,

tendo como foco principal a melhoria de indicadores de saúde e um modo efetivo de reordenar o modelo assistencial (REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2000).

Para atender toda a população foi criada a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que representa uma estratégia que visa reverter à atual forma de prestação da assistência, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência a doença, mas na promoção da qualidade de vida e intervenções nos fatores que a colocam em risco, colocando de forma singular ações programáticas de forma a abranger todo desenvolvimento dessas mesmas ações, mantendo a atenção básica como parte fundamental para promover melhorias imediatas e forma continuada a saúde da população. (REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2000).

Estas equipes de ESF são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Estas atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta mesma comunidade (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006).

A ESF trouxe a possibilidade de mudar todo o perfil epidemiológico, transformar a política de atenção a saúde não mais se baseando em demanda, para posteriormente intervir, mas implementar meios de intervir e agir antes que os agravos a saúde viessem a acontecer, priorizando a prevenção (CARNEIRO JÚNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

A população que a ESF abrange é formada por mulheres, crianças e idosos, deixando ainda de fora (no momento da criação da ESF) homens jovens e adultos (15-59) que fazem parte daquela família, colocando em destaque um modelo de assistência que mantém sua funcionalidade baseada na prevenção, promoção e recuperação da saúde da população assistida (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006).

Quando se prioriza a atenção básica no caso da UBSF, o ESF não faz a utilização do mais barato, nem de técnicas que simplifiquem a assistência, mas dinamiza a assistência facilitando o acesso, portanto o primórdio da atenção básica é priorizar os princípios do SUS, lembrando que as tecnologias utilizadas em outras atenções a saúde de alta complexidade é uma conquista e não se torna menos importante do que atenção básica mas uma complementa a outra, pelo fato que as tecnologias utilizadas na assistência em saúde é uma conquista utilizada no âmbito da saúde, sendo fundamental para recuperação da saúde da população, pois a ESF não isola nem restringe o acesso da alta complexidade, mas a coloca a disposição de todos que necessitarem desse nível de assistência, nesse sentido democratiza o acesso. (REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2000).

O ESF não é uma peça isolada no sistema de saúde, mas um dos componentes quem mantém a articulação com todos os níveis de assistência mantendo o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo como foco uma nova dinâmica, e uma melhor forma de estruturar os serviços de saúde, mudando ainda a inter-relação com a comunidade assistida; trás uma maior resolutividade dos problemas de saúde da população sejam eles trazidos para a unidade de saúde como também domiciliares (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

Com a organização de todo o processo de trabalho, é uma das mais eficazes formas de garantir o acesso aos serviços da comunidade assistida, como também dando prioridade a um modelo tecnoassistencial priorizando a atenção básica; com isso a ESF garante a construção de inter-relações dos profissionais para com a comunidade e vice versa, pois garante a identificação dos problemas como sua resolutividade , além de que esses vínculos criados entre comunidade e profissionais da ESF organiza e conseqüentemente muda o processo de cuidar, dando uma visão mais abrangente de modos diferenciados de cuidado (CARNEIRO JÚNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

Os principais objetivos da ESF é gerar conseqüentemente novas praticas de saúde, onde gerem uma integração que envolva ações clínicas e de saúde coletiva, mas para tanto é necessário sem sombra de duvidas que haja certo investimento em política de formação, priorizando a capacitação dos profissionais de saúde, ou seja, dos recursos humanos (REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2000).

O financiamento para a ESF vem através da NOB 01/96 do Ministério da Saúde, que muda totalmente essa forma de investimento, priorizando agora não mais baseada na produção dos serviços, mas o pagamento em função da cobertura populacional, introduzindo posteriormente o incentivo ao ESF (REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2000).

As diretrizes que se baseia a ESF são bem como a reorganização da atenção em saúde, mudando a lógica de montagem das equipes; sendo essas equipes compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, e cinco a seis agentes comunitários de saúde, sendo ainda outros profissionais incorporados de acordo com a necessidade do serviço, tais como fisioterapeutas, dentistas e psicólogos. Cada equipe deve ser responsável por todo o acompanhamento de no máximo mil famílias (4.500 famílias), os profissionais que fazem parte da ESF devem residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral, como também os agentes de saúde devem residir nas respectivas áreas de atuação, pois são eles que possuem um maior vínculo social e cultural com as famílias assistidas (REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2000).

As atribuições básicas de uma ESF é primordialmente conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, identificando os problemas de saúde e situações de risco ao qual esta população está exposta; deve executar os procedimentos (de acordo com a qualificação de cada profissional) de vigilância à saúde como também vigilância epidemiológica em todos os ciclos de vida, garantindo também a continuidade de tratamento de acordo com a referência do caso; prestar assistência de forma integral e de forma contínua, racionalmente a demanda, evidenciando contatos com todos os indivíduos que necessitem assistência sejam eles sadios ou enfermos promovendo a saúde por meio de educação continuada; promover ações de intersetorialidade e parcerias com outras organizações sejam elas formais ou informais que tenham na comunidade a fim de manter um enfrentamento de forma conjunta dos problemas; de forma permanente discutir juntamente com a equipe e a comunidade conceitos como cidadania, direitos de saúde e as bases legais que os regem; meios de incentivar uma formação ou participação de forma ativa e distinta dos conselhos Municipais de Saúde (BRASIL, 2009).

Por seus inúmeros princípios a ESF é nos últimos anos uma das mais importantes, ou a mais importante mudança estrutural da assistência implementada e na saúde pública do Brasil juntamente com os programas dos agentes comunitários de saúde (ACS) permite a inversão de toda lógica no atendimento, que anteriormente era centralizado no tratamento de doenças no hospital, hoje essa lógica mudou, pois é prioritária a promoção de toda população através de ações básicas, evitando assim a doença, para tanto o programa não se restringe somente a atenção básica, mas baseada em alianças feitas seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas envolvendo educação, cultura, esporte, transporte, saneamento básico entre outras (BRASIL, 2009).

A prioridade da assistência está no SUS, sendo que o mesmo coloca em foco a atenção integral juntamente com todos os níveis de complexidade. A ESF desenvolve ações destinadas à saúde da mulher, criança, idosos e adultos, somente quando foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do homem, que foi disponibilizado o acesso de forma distinta a ações em saúde destinadas ao público masculino, democratizando o acesso a assistência preconizada pelo SUS integralidade, equidade e universalidade (REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA 2000).

## 2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM



A política de atenção integral ao homem resulta de inúmeros seminários que tinham como proposta a assistência a saúde masculina, que iniciaram em abril e junho de 2008, sociedades médicas, profissionais de saúde, pesquisadores, acadêmicos, representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e entidades civis estavam nesse encontro, onde foi posto em foco os principais problemas de saúde que acometeram os homens, entre os temas apresentados nos seminários estudados “destacaram-se a violência, fenômeno difuso, complexo, multi-causal, com raízes em fatores socioculturais, políticos, econômicos e psicobiológicos” (BRASIL, 2009).

Com a identificação de tais agravos e a complexidade do problema apresentado, percebeu-se que se deve enfatizar que a promoção da saúde, a prevenção da violência e a edificação de cultura de paz e voltada para a população masculina, deve ser segundo a política de saúde do homem intra e intersectorialidade e interdisciplinaridade (BRASIL, 2009).

Essa mesma política tem como objetivo geral a Promoção e a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo bem mais efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência seja qualquer nível, promovendo de maneira integral à saúde.

De maneira empírica a política prioriza de maneira a “organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, a atenção integral a saúde do homem, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde; estimulando a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde; bem como também ampliar de maneira efetiva, através da educação, o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que atingem a população masculina (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) põe em foco os principais problemas de saúde identificados na população masculina: violência, População privada de liberdade, alcoolismo e tabagismo, pessoas com deficiência, sexualidade e mortalidade (BRASIL, 2009).

### **2.1.1 violência**

O homem é mais vulnerável a violência tanto como autor ou como vítima; a incidência de adolescentes e jovens que sofrem lesões e traumas relacionados a agressões, pois demanda

de mais tempo de internamento, favorecendo um gasto ainda maior para o SUS (SOUZA, 2005).

A agressividade esta basicamente associada ao sexo masculino, desde crianças são estimulados agressividade, e ainda adolescentes são estimulados ao uso abusivo de álcool, drogas licitas e ilícitas e ao fácil acesso a armas de fogo. Sob a ótica sociocultural a violência é utilizada como forma demonstração de poder e de fragilidade conseqüentemente de quem a pratica, como também de quem sobre com ela (BRASIL, 2009).

Essa banalização imposta pela sociedade favorece de modo explicito a praticas de comportamento violento, desencadeando a naturalização da violência principalmente a domestica, homens contra mulheres, ou homens contra homens (BRASIL, 2009).

A inter-relação de violência e comportamentos de riscos ainda é pouco evidenciada, nos estudos realizados, sendo que a violência produz inúmeras vitimas, portanto a violência deve ser compreendida em sua amplitude, identificando indicadores que produzam a morbimortalidade, sendo por causas externas como acidentes de trânsito, agressões ou lesões provocadas ou ate mesmo suicídio, por esse motivo é necessário desenvolver estratégias de educação continuada, para minimizar essa violência criada de “berço”(BRASIL, 2009).

### **2.1.2 População privada de liberdade**

Com a maior vulnerabilidade masculina à autoria e pratica de violência, grande parte da população carcerária são homens. Poucos estudos direcionados a morbimortalidade prisional favorecem ao não conhecimento de alguns agravos a saúde, sendo caracterizada como uma população privada de liberdade e em alguns estados privadas de saúde (BRASIL, 2009).

O Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário que foi instituído pela Portaria Interministerial nº 1777, de 9 de setembro de 2003, faz se cumprir o direito à saúde para as pessoas privadas de liberdade, tendo a garantia de ações de saúde em todos os níveis de complexidade (Brasil, 2009).

Essa população devido ao estado precário e sua sobrevida, estão mais expostos a riscos a sua saúde tem uma maior necessidade de assistência de forma imediata. Essa morbidade prisional necessita de uma maior abrangência para desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação a saúde dessa população carcerária.

### **2.1.3 Alcoolismo e Tabagismo**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) 1996, basicamente 2 milhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas no mundo, sendo ainda 3,2% dessas pessoas responsáveis pelos óbitos no Brasil e cerca de 4% de perda da vida útil dessas pessoas que fazem uso do álcool, cerca de 16% dos anos perdidos de vida útil o álcool é o principal responsável. Na América Latina esse índice é quatro vezes maior do que no mundo todo, despertando um olhar para o problema, o caracterizando como um problema de saúde pública, desenvolvendo a necessidade de prevenção e tratamento dos transtornos associados ao consumo de álcool, considerado uma droga lícita, tal problema promove ainda a exclusão social desse indivíduo que é etilista (BRASIL, 2009).

Segundo o DATASUS (2006) os internamentos psiquiátricos e os transtornos mentais relacionados ao alcoolismo as mulheres representam cerca de 2%, enquanto os homens representam em média 20%, sendo portanto 10 vezes maior em homens do que em mulheres (BRASIL, 2009)

Avaliar os determinantes sociais de vulnerabilidade do homem para os problemas com o álcool torna-se, assim, imperioso para a construção de ações efetivas de prevenção e promoção da saúde mental deste segmento. Na medida em que o uso do álcool, como apontam diversos estudos, está sendo iniciado cada vez mais precocemente por homens e mulheres, as ações de promoção e prevenção para jovens e adolescentes também merecem mais investimento e monitoramento (BRASIL, p.25, 2009)

De acordo com pesquisas realizadas pela Universidade Federal de São Paulo cerca de 52% de todos os brasileiros acima de 18 anos bebem pelo menos uma vez ao ano, entre as mulheres 41% bebem e entre os homens 62% 11% dos homens pesquisados bebem todos os dias (adultos) e 28% bebem aproximadamente 2<sup>a</sup> 4 vezes por semana (UNIFESP, 2007).

Ações de promoção a saúde poderiam desmistificar a ideia que o uso de bebida alcoólica é considerada sinal de independência e poder, contextualizando ainda o seu uso prolongado, destacando os seus riscos, educando a população acerca que o álcool favorece uma maior predisposição a desenvolver doenças mais severas, colocando na mídia esses riscos, já que é a mídia é uma das responsáveis para naturalizar a ingestão de álcool (BRASIL, 2009).

Já o tabagismo segundo a pesquisa os homens fumam com maior frequência que as mulheres, acarretando uma maior vulnerabilidade a doenças cardíacas (cardiovasculares), cânceres, doenças pulmonares, bucais e muitas outras decorrentes do uso do tabaco. Sendo então evidenciada a necessidade de desenvolver práticas por meio de promoção a saúde, de

hábitos mais saudáveis e ações preventivas. Portanto o uso do álcool e do tabaco pode está intimamente ligada ao grande índice de mortalidade masculina, ou co fator para desencadear essas doenças (BRASIL, 2009).

#### **2.1.4 Pessoas com necessidades especiais**

Quando se fala em pessoa com algum tipo de necessidades especial a sociedade tende a rotulá-la como alguém inferior, principalmente se tratando de vulnerabilidade a riscos. Segundo o CENSO/2000 25 milhões de brasileiros possuem algum tipo de necessidade especial, seja ela auditiva, visual, de locomoção ou intelectual. Sendo que 11 milhões são homens, onde 1,5 milhões têm deficiência intelectual e 900 são deficientes físicos. Existem no Brasil 148 mil cegos onde 70 mil são homens e 2,4 milhões aproximadamente possuem alguma dificuldade de enxergar (BRASIL, 2009).

O maior índice de pessoas com algum tipo de necessidade especial encontra-se na população de 40 a 49 anos de idade, cerca de 4,5 milhões de pessoas acima dos 40 anos com alguma necessidade ou algum tipo de incapacidade, sendo ainda 2,1 milhões de homens; predominando as pessoas que não conseguem enxergar. Na deficiência intelectual, física e auditiva, a maioria são os homens, somente acima de 50 anos que esse índice se inverte e as mulheres apresentam mais incapacidades (BRASIL, 2009).

#### **2.1.5 Adolescência e velhice**

Na adolescência há uma maior vulnerabilidade a agravos a saúde devido a não participação de programas nem de praticas preventivas, sendo a gravidez indesejada, DST/AIDS os principais agravos nessa fase. Existe desde cedo a necessidade da auto-afirmação, principalmente no gênero masculino, sendo este um grupo de maior risco de mortalidade por homicídios, decorrente do grande índice de violência em todos os âmbitos sociais, trazendo para si possíveis doenças (BRASIL, 2009).

Já na velhice a maioria dos homens são levados aos serviços de saúde, a procura de assistência médica em quadros de saúde por muitas vezes irreversíveis, ou seja, já possuem doenças crônicas como cânceres, pois não procuram ações preventivas , ou tratamento precoce para seus quadros de adoecimento, dificultando um bom prognóstico (WHO, 2001).

#### **2.1.6 Direitos sexuais e reprodutivos**

Nessa parte é importante lembrar que os homens têm o direito à participação no planejamento familiar e reprodutivo, sendo ainda referenciada a paternidade como algo que vai muito mais além da obrigação legal, dando a esse homem o direito de participar de todo o processo, desde o momento da decisão de ter ou não filhos, quando e como tê-los, participado pré natal, do parto e pós parto, como também da educação da criança (BRASIL, 2009).

Adolescentes e jovens também têm a necessidade de serem reconhecido como sujeitos, que possuem direitos sexuais e reprodutivos, a paternidade na adolescência não pode ser vista como algo que deve ser evitável, visto como um problema, suas necessidades e projetos de vida devem ser respeitados, seja ele pai precocemente ou não, o profissional de saúde, seja de qual for sua especialidade, é necessário assegurar condições a esse jovem de vivenciar a paternidade de modo responsável, a eles devem ser disponibilizadas informações e métodos contraceptivos (BRASIL, 2009).

Em relação à terceira idade, esses homens têm que ter seus direitos sexuais respeitados e considerados como sujeitos singulares, pois a sexualidade não é interrompida com a idade mais avançada, portanto a sexualidade é importante na vida subjetiva e afetiva e relacional entre pessoas (BRASIL, 2009).

### **2.1.7 Indicadores de mortalidade e morbidade**

Os indicadores de mortalidade principalmente a masculina em relação a feminina tem se estabelecido entre a idade 15-59 anos, a maior parte desse grande índice de mortalidade é de causas externas, em segundo lugar estão as mortes pelo aparelho circulatório, em terceiro os tumores, em quarto doenças do aparelhos digestivo, e em quinto e ultimo as doenças do aparelho respiratório. Cerca de 100 mil homens morrem pelas diferentes causas citadas acima, que aumenta progressivamente com o decorrer da idade avançada (BRASIL, 2009).

O numero de internações no ano 2000-2007 apresenta pouca variação, existe porem uma redução do numero por parte da população masculina de internamentos com relação a doenças do aparelho respiratório, digestivo e outras causa, tendo um aumento somente por internamentos por enfermidades do aparelho circulatório e causas externas, sendo que o internamento por tumores dobrou e causas externas (BRASIL, 2009).

Segundo a OMS (1996) englobam vários agravos, que identifica como causas externas são os acidentes, notavelmente os acidentes de transporte, as lesões provocadas voluntariamente e as agressões, sendo esses 3 os responsáveis por cerca de 78% dos óbitos em

2005, onde a faixa etária de 20-29 anos os mais acometidos. Os suicídios englobam cerca 84,8 dos 20-24 anos, tendo um aumento gradual a cada ano desde 2005.

Entre os fatores de morbidade as disfunções sexuais, notadamente a disfunção erétil, que acomete cerca da metade dos homens depois dos cinquenta anos sendo um importante marcador para certas doenças, como a coronariopatia e o diabetes. Segundo a OMS 1996 a saúde sexual é o fator que mais interfere na qualidade de vida dos homens, infelizmente a maioria dos profissionais da saúde não está capacitada para realizar o tratamento adequado (psicoterapia associada à farmacoterapia) das disfunções sexuais masculinas. O tratamento limita-se, geralmente a uma forma de abordagem errônea, onde cada terapêutica é colocada de forma separada, mas deve ser realizada de forma funcional, pois ambas (psicoterapia e farmacoterapia) são essenciais e se complementam, uma completa o emocional o fortalecendo para seguir corretamente o tratamento (BRASIL, 2009).

A avaliação tem como finalidade essencial atender o cumprimento dos princípios e diretrizes dessa política, buscando verificar sua efetividade. Em outras palavras, significa verificar o seu resultado sobre a saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, sobre a qualidade de vida da população masculina (BRASIL, 2009, p. 37)

Portanto a Política de Atenção Integral à saúde do Homem tem a função de evidenciar os principais fatores de morbidade e mortalidade, explicitando e reconhecendo determinantes sociais, que são resultados da vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, evidenciando ainda os embargos sociais e culturais sobre a masculinidade atualmente, dificultando o acesso à atenção integral, “bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população à situações de violência e de risco para a saúde” (BRASIL, p. 6-7, 2009).

### **2.1.8 Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem**

A política de saúde do homem procura canalizar objetivos para orientar nas ações dos serviços de saúde na atenção a população masculina. Essa mesma política enfatiza a necessidade de mudanças no paradigma no que se relaciona a percepção da população masculina do processo do cuidar tanto de sua saúde, como a saúde de sua família.

Além dos aspectos educacionais a política considera essencial também, a organização dos serviços de saúde em seu âmbito que propicie um novo modo de acolher esses homens, onde o mesmo se sinta integrado ao serviço.

A implementação da política deve ser realizada de forma a integrar as políticas já existentes, mantendo uma ordem de hierarquia na atenção em saúde, dando foco principal a

atenção primária, sendo a mesma porta de entrada de um sistema que mantenha universalidade, integralidade e equidade da atenção, para tanto foi se destacado os princípios e diretrizes na íntegra para melhor entendimento, respeitando a fundamentação da política de saúde do homem.

### **2.1.9 Princípios**

Essa mesma política tem os princípios a humanização e qualidade, que resultem na promoção, reconhecimento, respeitando a ética e os direitos do homem, obedecendo de forma plena suas peculiaridades sócio-culturais, para que se cumpra o que antes fora dito é necessário se considerar os seguintes elementos (BRASIL, 2009, p. 28 - 29):

- ✓ Acesso da população masculina aos diferentes níveis de atenção a saúde e organizados em rede, possibilitando uma maior resolutividade dos problemas e promovendo o acompanhamento dos usuários pela equipe de saúde;
- ✓ Articular-se com diversas áreas do governo, mantendo ainda relação com o setor privado e a sociedade, mantendo uma inter-relação de compromisso e responsabilidade quanto a saúde a qualidade de vida da população masculina;
- ✓ Informar e orientar a população masculina, assim como familiares e a comunidades sobre a promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos das doenças do homem;
- ✓ Captação o mais precoce possível da população masculina nas atividades de prevenção primária, relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes do mesmo;
- ✓ Capacitação dos profissionais, na parte que se refere a técnicas para o atendimento ao homem;
- ✓ Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
- ✓ Estabelecimento de mecanismos que possibilitem o monitoramento e avaliação continuada tanto dos serviços como do desempenho dos profissionais de saúde, com a participação dos usuários e
- ✓ Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores a monitorização de ações e serviços e posteriormente avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

### **2.1.10 Diretrizes**

As diretrizes foram elaboradas para que ocorra a funcionalidade do serviço de saúde, tendo em vista integralidade, factibilidade e viabilidade, sendo ainda norteadas pela humanização e a qualidade da assistência, princípios que devem permear todas as ações em saúde, no que desrespeito a saúde do homem (BRASIL, 2009, p. 29):

#### Integralidade

- ✓ A partir do transito do usuário, passando por todos os níveis da atenção, tendo como uma linha de cuidado que se mantenha em uma referência e contra-referência, entre a atenção primária, media e alta complexidade assegurando a continuidade em todo o processo de atenção;
- ✓ Compreensão dos agravos e complexidades e o grau de complexidade dos seus modos de vida e da situação social desse indivíduo, onde possibilite a promoção de ações sistêmicas que abranjam as determinações sociais sobre a saúde e a doença;

#### Factibilidade

Foram então considerados a disponibilidade dos recursos, de tecnologia, insumos sendo técnico - científico e conseqüentemente estrutura administrativa e gerencial de modo que permita em todo país, na prática e implantação das ações delas decorrentes. E em coerência as diretrizes, estas propostas estão baseadas nos princípios que são compatíveis com o SUS (BRASIL, 2009, p. 29)

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2009, p. 29 a 30), na implementação desta política estão relacionados os três níveis de atenção, a quem se condiciona ao comprometimento e a possibilidade de execução das diretrizes:

- ✓ Entender a saúde do homem como um conjunto de ações promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executando nos diferentes níveis de atenção, priorizando a atenção básica, tendo como foco a estratégia de saúde da família, onde é a porta de entrada do sistema de saúde, mantendo a regionalização e hierarquia;
- ✓ Reforçar a responsabilidade nos três níveis de gestão e de controle social, obedecendo as competências de cada um, mantendo a garantia de execução da política de saúde do homem;
- ✓ Nortear de forma plena a prática de saúde pela humanização e a qualidade da assistência a ser prestada princípios que devem de fato permear todas as ações;
- ✓ Integrar de maneira efetiva a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do homem às demais políticas já existentes, assim como programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde;
- ✓ Promover a articulação interinstitucional, principalmente com o setor educação como promotor de novas formas de pensar e agir;



- ✓ Reorganizar as ações de saúde, utilizando uma proposta inclusiva, que possibilitem esses homens a considerar os serviços de saúde também como espaços destinados a eles, e como contrapartida os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados;
- ✓ Integrar as entidades da sociedade, organizando na co-responsabilidade de todas as ações governamentais pela exatidão que a saúde não é só um dever do Estado mas a prerrogativa de cidadania;
- ✓ Incluir de maneira efetiva a educação permanente dos trabalhadores do SUS, temas ligados a Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem;
- ✓ Aperfeiçoar todos os sistemas de informação de maneira que possibilite um melhor monitoramento dessas informações, permitindo a tomada racional de decisões e;
- ✓ Realizar estudos e pesquisas que possam contribuir para melhoria das ações da Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem.

As reais necessidades de saúde da população masculina observadas nas UBS trouxe através da implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem uma nova ótica sobre a assistência integral ao usuário masculino, levando em conta não mais ações e prevenções verticalizadas, mas em uma vertente baseadas em agravos, sejam eles individuais ou coletivos desse usuário (SCHRAIBER et al, 2010).

Portanto percebeu-se que a questão de gênero está intimamente ligada com o contexto social construído durante anos pela sociedade como um todo, que se baseou em diferenças biológicas, definindo diferentes modos de adoecimento, desconsiderando que homens e mulheres tem o direito de viver as mesmas práticas de saúde, sendo essa assistência prestada baseada em agravos individuais e coletivos seja essa população masculina ou feminina (SCHRAIBER et al, 2010)

### **3 UMA QUESTÃO DE GÊNERO**

Ao longo das últimas duas décadas observou-se a necessidade de desenvolver ações em saúde co-relacionando o processo do adoecer com as questões de gênero; onde alguns aspectos do adoecimento de homens e mulheres são de certa forma diferenciados e essa perspectiva enfatiza a diferenciação de gênero, conseqüentemente a assistência prestada será individualizada e de forma distinta (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Essa diferença de gênero vem se compactando e se consolidado durante anos, a dificuldade do acesso aos serviços foi ou ainda é um reflexo de anos de preconceitos e

educação errônea, se contextualizava desde a formação da criança a diferença de homem e mulher, conotando a idéia que homens e mulheres eram de “mundos diferentes”, não só no âmbito biológico, mas na vivencia e procura dos serviços de saúde (BRAZ, 2005).

Essas diferenças entre gênero favoreceu a indagação da idéia que saúde e gênero estão intimamente relacionados; gênero identifica não somente diferenças de sexos como feminino e masculino, mas necessidades em um contexto global; tanto necessidades e diferenças biológicas como também necessidades sociais e culturais já construídas, despertando de maneira sucinta o acesso a serviços de saúde (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

Desde a infância como falado anteriormente os próprios pais caracterizam o que seria coisas de meninos e coisas de meninas, cores como azul e rosa, brincadeiras, atitudes comportamentais, isso incluía, como característica feminina sua delicadeza, sensibilidades e comportamento fora de riscos em relação à saúde, e como tal comporta-se de maneira diferente, expondo a idéia que cabe ao menino ser forte, que não chora, não tem sentimentos, ou não se pode demonstrá-lo, por ser um sinal de “fraqueza”, e ainda era e provavelmente ainda é orientado que ele tem o papel de provedor e protetor no sentido de gênero dominante, sendo destinado a não esboçar emoções, desde pequenos são orientados e treinados a não demonstrar dores físicas e emocionais, vinculando tal a emoção a ser feminino (BRAZ, 2005).

“A masculinidade começa a ser percebida como culturalmente construída, variando segundo as sociedades ou, no âmbito de uma mesma sociedade, segundo diferentes períodos históricos” (DUTRA, 2002).

Essa masculinidade hegemônica indissolúvel ligada ao poder e ao patriarcado posto culturalmente desde a primeira infância, aos 6 anos, idade ideal para formação de valores culturais que estabelece desde cedo limitações e diferenças distintas entre meninos e meninas, sendo que posteriormente entre homens e mulheres, favoreceu a indagação de criação de mentes culturalmente pré definidas sobre essas diferenças distintas entre homens e mulheres supervalorizando a questão de gênero (COSTA, 2003).

A questão de gênero que se perpetua traz a idéia e conseqüentemente a conduta que os hábitos masculinos produzindo, são como conseqüência modos de vida errôneos, desencadeando, portanto diferentes modos de adoecer e de morrer (BRAZ, 2005).

Essa diferença de gênero vem se compactando e se consolidado durante anos, a dificuldade do acesso aos serviços foi ou ainda é um reflexo de anos de preconceitos e educação errônea, se contextualizava desde a formação da criança a diferença de homem e mulher, conotando a idéia que homens e mulheres eram de “mundos diferentes”, não só no âmbito biológico, mas na vivencia e procura dos serviços de saúde (BRAZ, 2005).

De maneira empírica nota-se que a pouca presença masculina nas UBS, pode ser referente à sua invisibilidade nesses serviços (COUTO et al, 2010) caracterizada pela desvalorização do seu auto-cuidado relacionada ao processo de socialização na construção de própria identidade definindo assim o ser “Homem”, outro fator inerente a essa dificuldade de acesso aos serviços pode ser grande frequência feminina naquele local, ou o próprio ambiente em si, onde a própria equipe de saúde, que apesar de ser uma equipe multidisciplinar tem em sua maioria profissional do sexo feminino, trazendo aos homens a sensação de não pertencer a aquele espaço (FIGUEIREDO, 2005).

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 dessas pessoas (BRASIL, 2009, p. 5).

É importante a compreensão da existência de barreiras sócio-culturais e institucionais para desenvolvimento de estratégias e medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária a fim de estabelecer a prevenção e a promoção como dois eixos fundamentais e necessários de intervenção. O reconhecimento de que os homens entram no sistema de saúde através da atenção especializada (pronto-socorro, hospitais, unidades de pronto atendimento-UPAs) tem como principal consequência, o agravamento da morbidade ou morbi - mortalidade pela demora na atenção da assistência, trazendo como consequência um maior custo para o SUS; por isso é necessário o fortalecimento e a qualificação da atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, que é a proposta da atenção primária (BRASIL, 2009).

Couto 2005 relata que os próprios serviços de saúde têm em sua maioria, profissionais do sexo feminino, propiciando a não inserção do homem em um serviço que ele julga ser destinado a mulher (SCRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

É necessária ainda a inclusão de profissionais de saúde do sexo masculino, mesmo que hoje nos serviços de saúde principalmente nas UBSF tem uma igualdade de profissionais tanto do sexo feminino como do masculino, portanto para garantir uma maior segurança para o usuário masculino é necessário acrescentar ainda mais profissionais masculinos (COUTO et al, 2010).

Entretanto isso não significa que possíveis mudanças nos números de trabalhadores, ou até mesmo a criação de horários e serviços destinados ao público masculino, mas possibilitar uma mudança na postura prática de todos os profissionais, sendo eles homens ou mulheres,

sendo ainda necessário que tais profissionais de uma maneira geral tragam em sua formação ou aprenda com sua vivencia no serviços a sensibilidade para interagir e diferenciar as percepções de gênero e demandas trazidas pelo novo usuário, na utilização dos serviços de saúde, favorecendo ainda uma assistência integral e sem duvida singular (COUTO et al, 2010).

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS**

Trata-se de pesquisa de cunho analítico com abordagem quantitativa e qualitativa, colocando em prática os procedimentos metodológicos da pesquisa social descrita por Minayo (2006). O local onde foi desenvolvida a pesquisa foi Unidade Básica de Saúde da Família Dr. José Fernandes de Melo, localizada no bairro Lagoa do Mato na cidade de Mossoró-RN. A população do estudo consiste em 2 equipes de ESF sendo 2 Enfermeiros , 2 técnicos de enfermagem, 2 atendentes de dentistas, 2 dentistas, 2 médicos e 9 agentes comunitários de saúde, totalizando 19 profissionais ao todo. Os critérios de inclusão na amostra são (1) fazer parte da equipe da estratégia saúde da família há mais de seis meses, (2) aceitar participar do estudo em suas etapas completas, quais sejam: assinatura do TCLE e gravação da entrevista. Em face do número reduzido da população, optou-se por trabalhá-la em sua totalidade as 2 equipes multidisciplinares que fazem parte da ESF da UBS aqui referida.

A coleta de dados foi realizada no período de 02/04/11 a 04/05/11. Não foi possível trabalhar com a totalidade de profissionais que compõe as 2 ESF, como era a proposta de amostra deste trabalho, pelo fato de que 3 profissionais estavam de férias no momento da coleta (o médico da equipe 1, 2 agentes comunitários de saúde da equipe 2 e a recusa de um dos agentes de saúde da equipe 1 em participar da pesquisa).

Cada profissional assinou o Termo de Consentimento livre e esclarecido, garantindo sua participação na pesquisa, aceitando também a gravação da mesma, foi utilizado o roteiro de entrevista, contendo duas etapas, a primeira a identificação do profissional, a segunda contendo as perguntas semi-estruturadas, para serem analisadas de forma qualitativa e quantitativa, foram percebidas e interpretadas falas e gestos acerca do conhecimento dos profissionais de saúde da equipe da ESF sobre a política de saúde do homem, como também sua aplicabilidade, sendo a mesma gravada em Mp3.

Cada entrevista foi realizada conforme disponibilidade do profissional, todas realizadas na Unidade Básica palco deste estudo, sendo utilizadas as salas disponíveis no momento

garantindo assim a privacidade do entrevistado; todas as perguntas foram respondidas sem haver qualquer recusa em responder as perguntas contidas no roteiro de entrevista.

Após cada entrevista foi realizada a transcrição da mesma, levando em consideração a seqüência de perguntas contidas no roteiro de entrevista e as respostas dos participantes da pesquisa. Na transcrição não foi alterado de nenhum modo as falas dos entrevistados, priorizando a fidedignidade das mesmas, levando em conta que as perguntas semi-estruturadas eram abertas, ressaltando em cada resposta do entrevistado suas características em respondê-las, sem a necessidade de manter um padrão de resposta, ou seja, foram transcritas exatamente como foram respondidas as perguntas.

A transcrição dos dados foi realizada pela pesquisadora participante, a entrevista foi transferida para o computador e posteriormente transcrita por ordem de coleta de dados. Os dados foram gravados como documento do Word, exatamente com a seqüência de perguntas e respostas e as registrando exatamente como foram ditas, preservando, portanto as falas dos entrevistados, sem qualquer alteração das mesmas.

A acolhida no campo de pesquisa foi satisfatória, tanto pelas duas equipes de ESF como por todos os funcionários que trabalham naquela unidade. Não houve qualquer eventualidade que se opusesse de forma negativa ou trouxesse qualquer prejuízo a esta pesquisa.

Todo o processo de pesquisa e coleta de dados obedeceu aos princípios éticos dispostos na resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde de 10 de Outubro de 96, garantidos os direitos, seu consentimento livre e esclarecido, como também o sigilo das informações e privacidade, de todos os participantes da pesquisa, garantindo de forma distinta seu anonimato.

A leitura dos dados foi realizada de forma quantitativa e qualitativa. Na análise quantitativa as variáveis investigadas incluíram as compreendidas de forma a caracterizar os sujeitos da pesquisa e foram organizadas de forma que se permitiu a análise contextualizada dos dados, conforme apontados por Minayo ,utilizando ainda gráficos como forma de definir um eixo de melhor compreensão(2006)

Na análise qualitativa foi adotada a proposta de leitura compreensiva do material transcrito das entrevistas e na seqüência a aproximação das idéias que passaram a caracterizar os núcleos de sentido das falas, onde foi dividido por categoria para uma análise mais abrangente. Para apresentação dos dados coletados utilizamos a transcrição.

A transcrição é um recurso através do qual o pesquisador torna o conteúdo mais acessível à compreensão dos leitores, reelaborando o texto, dando-se especial relevância ao tom vital e às categorias mais expressivas da entrevista (OSINAGA, p. 403, 2000).

Os dados apresentados utilizaram nomenclaturas específicas como: o cargo e qual equipe aquele profissional pertence, equipe 01 ou equipe 02, de modo a garantir o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa.

Portanto contextualizando as falas dos participantes da pesquisa de modo a não trazer qualquer prejuízo, garantindo, portanto uma melhor compreensão e conseqüentemente trazendo um melhor entendimento das respostas.

## 6 RESULTADOS E DISCURSÕES

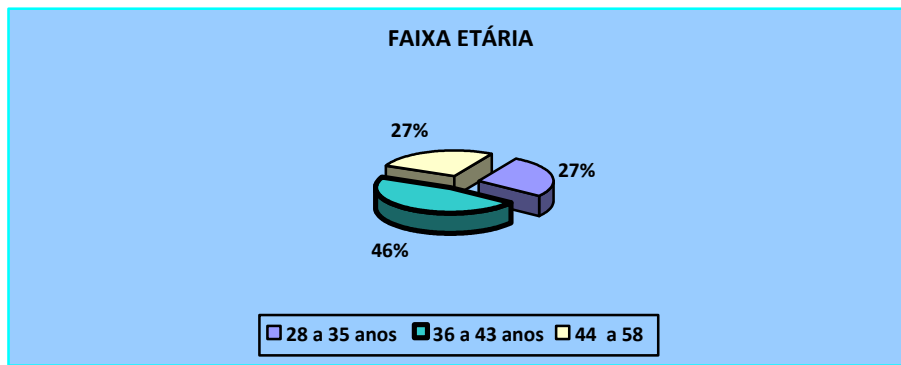
Na análise quantitativa observou-se que os profissionais em sua maioria são do sexo feminino segundo o gráfico mostra:



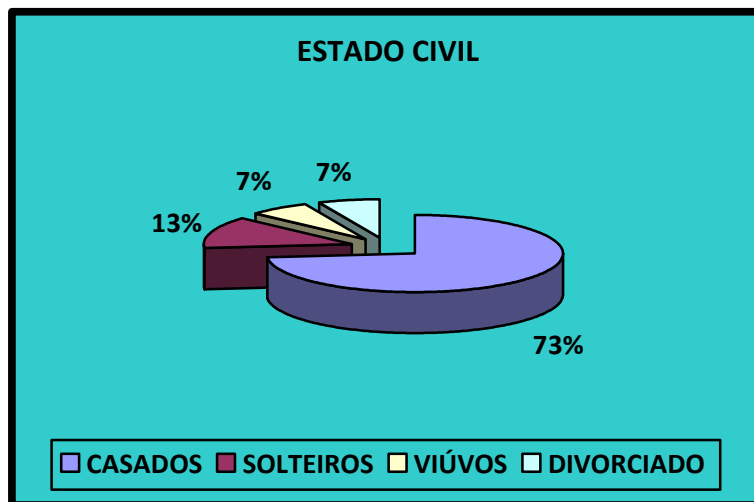
Os profissionais das duas equipes de estratégia de saúde da família é em sua maioria do sexo feminino, trazendo a ênfase de que as unidades básicas de saúde em que está inserida as 2 ESF é consideravelmente um ambiente feminino.

A prevalência de profissionais do sexo feminino mostra a questão de gênero que está explícita na atenção primária, justificando a não procura dos homens a UBS, pois eles se sentem menos a vontade em receber atendimento de um profissional de saúde do sexo oposto, inibindo completamente a sua ida a procurar a prevenção e promoção a saúde indo a unidade somente quando já esta doente em busca somente da terapêutica assistencial para resolutividade do problema de forma imediata (BRAZ, 2005)

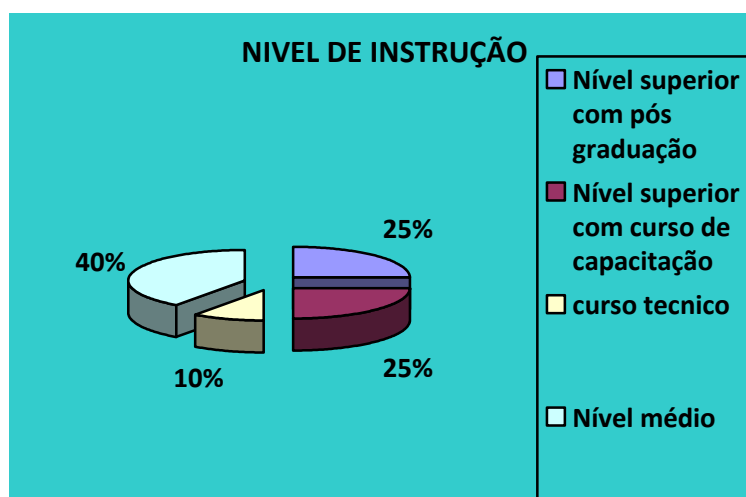
Outro dado que vale ressaltar foi diferença de faixa etária dos profissionais pesquisados tendo em sua maioria a idade mínima de 30 anos, sendo o profissional mais jovem com 28 anos e o mais velho com 58 anos.



Outro fator em destaque é que esses profissionais que fazem parte das equipes de estratégia de saúde da família são em sua maioria casados.



Quanto ao nível de instrução dos profissionais que compõe as duas ESF tem em sua grande parte, profissionais de saúde com nível médio completo.



A maior parte dos profissionais que compõe a estratégia de saúde da família são agentes comunitários de saúde que tem em sua formação, somente o nível médio, ou seja, o segundo grau completo, justificando portanto a sua maior prevalência no requisito

Na análise qualitativa foram destacadas três categorias para uma melhor abrangência na análise de dados:

1º Categoria: Entendendo a política;

2º Categoria: Saúde e Gênero;

3º Categoria: estratégias a serem desenvolvidas para aplicabilidade da política.

### **Entendendo a política.**

Foi identificado que a política de saúde do homem é um importante desafio para as unidades básicas de saúde, pois apenas metade dos participantes da pesquisa a caracterizou como parte fundamental e necessária. Tais profissionais ainda destacaram que só sabem a parte teórica da política como, seus princípios e diretrizes, que em sua parte pratica desconhecem sua implementação, pois o que se conhece é parte de informações que os mesmos buscaram através dos cadernos de saúde pública, bem como a retirada dessas informações na íntegra através do próprio site do ministério da saúde, já que não foi disponibilizado nenhum insumo ou capacitação para o conhecimento da mesma.

*(...) A política vem trazendo diretrizes pra que agente priorize, para a população que até então agente não tem visto, agente tem programa, pra mulher, pra criança, pra gestante, e o homem tem sido esquecido, então essa política ela vai trazer diretrizes pra que agente também comece a observar e a ver, que o homem deve também deve fazer parte, que homem também precisa ter saúde, então agente precisa trabalhar com esse homem, e a política ela vai trazer essas diretrizes de como agente pode tá trabalhando (...)pra que agente possa atrair esse homem pra que agente possa tá trabalhando de acordo também com o perfil epidemiológico do que acontece com o homem, então desse levantamento foi feita a política ( enfermeira equipe 02)*

Vale ressaltar que a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem veio como uma reorientação de um modelo assistencial, inserindo esse homem na unidade básica de saúde já que é a porta de entrada para assistência preventista, de forma a garantir a esse homem vivenciar as mesmas pratica de saúde que a mulher, o idoso e a criança vivenciam, respeitando uma lógica de atenção prestada baseada em suas necessidades masculinas.

*(...) Ela foi criada com a finalidade de tentar fazer a prevenção principalmente das doenças acometidas ao homem, (...) o acesso desse sexo masculino a unidade básica de*



*saúde, (...) e daí agente tem como prevenir e tratar alguma patologia que já vem acometendo esse homem (Médico equipe 02)*

Acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquizados nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede, possibilitando melhoria do grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe de saúde (BRASIL, 2009, p. 28)

Para que essa população tenha acesso é necessário que o Profissional que irá atendê-lo também, tenha capacidade para prestar essa assistência necessária seja aquela de promoção a saúde como realizar intercorrências para não favorecer agravos a doenças pré-existentes utilizando a terapêutica necessária.

Entretanto vale ressaltar que a outra metade dos participantes da pesquisa justificou o seu desconhecimento sobre a política de saúde do homem, pela falta de informação da própria unidade, bem como não houve nenhuma capacitação para os profissionais que compõe a ESF.

*(...) Eu sei alguma coisa, através de televisão, porque aqui no posto mesmo não foi feito nenhuma atividade, não foi feito nenhum treinamento sobre isso não, não o que eu sei é só isso mesmo (agente comunitário de saúde equipe 01).*

*(...) porque os homens são completamente desinformados, nunca tem tempo de vir ao médico só é trabalho e a rotina do dia-a-dia, então fica muito difícil, sem ter uma noção, sem ter um treinamento, pra poder informar, chega lá e dizer olhe o governo criou um sistema da saúde do homem, e agente não ter uma informação por completo pra dar ao homem (Agente de saúde equipe 01)*

A Capacitação dos profissionais por meio de trazer as informações a esses profissionais, na parte que se refere a técnicas para o atendimento ao homem é um dos princípios que preconiza a política, fundamenta essa assistência baseada em técnicas destinadas ao atendimento ao público masculino, pois é necessário que se tenha acesso a informação para repassar a população em geral de forma a garantir uma prevenção de agravos como terapêutica correta.

Informações e orientação à população masculina, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos e das enfermidades do homem (BRASIL, 2009, P.28)

Entender a política destinada à população masculina e conseqüentemente suas necessidades, é o ponto chave para que essa política se efetive de forma concreta, trabalhando com ações conjuntas inserindo esse homem estratégia de saúde da família e facilitar o acesso às unidades básicas de saúde com ações direcionadas a esse publico, com a finalidade de sem

duvida prevenir os principais agravos como também priorizar a assistência respeitando suas singularidades, dando a ele o direito a informação.

### **Saúde e Gênero.**

Embora não se negue que os homens têm necessidades de saúde, foi destacado que os homens em sua maioria não procuram a Unidade Básica de Saúde segundo o que informou todos os participantes da pesquisam

*(...) O homem realmente procura quando tá com alguma coisa ele normalmente procura, ele não procura na prevenção, ele procura na parte curativa, (...)Eles só vem realmente mas pela parte curativa, dificilmente vem um pra procurar a parte preventiva, eles vem realmente, mas assim quando não consegue resolver a coisa na farmácia(Enfermeira equipe 01)*

O homem em sua maioria é educado desde a infância a serem protetores e provedores, desde cedo são treinados para suportar sem chorar suas dores físicas e emocionais, dando a ele um ar de invulnerabilidade (WHO, 2000).

Os homens utilizam mais objetivamente outros serviços que atendem mais diretamente suas demandas, que seriam farmácias e pronto-socorro (urgência e emergência), pois o atendimento seria rápido e direto (FIGUEIREDO, 2005).

Portanto é uma questão educacional e cultural a própria educação familiar favorece esse contexto cultural, os homens não vêm à unidade de saúde por acharem desnecessário, a necessidade em ter assistência em saúde favorece a indagação da idéia nas mentes masculinas de fragilidade, fazer a prevenção é algo destinado a mulher, pois remete o cuidar dos outros e essa responsabilidade culturalmente foi direcionada a mulher.

Essa invisibilidade masculina destacada também por Couto 2010, retrata a presença pouco efetiva qualitativamente, além de pouco presentes e assíduos, oferecem uma maior resistência a irem aos serviços faltam as consultas e não seguem corretamente o tratamento, segundo opinião defendida por todos os entrevistados.

*(...) é mais difícil o acompanhamento de patologias no sexo masculino, certo, principalmente, não só o acompanhamento das patologias e o tratamento em si, mas principalmente a prevenção, por tudo isso que eu já falei, é mais complicado, por uma questão cultural, (...)muitas vezes vem trazido pela mulher que fica escutando as queixas, ou então uma filha, certo na rotina é isso que agente ver, ou trazido pela esposa ou filha que escuta as queixas, e depois de muito tentar ela traz, é assim que*

*acontece, mas a procura do próprio sexo masculino ela é reduzida por todo aqueles aspectos que eu já lhe disse, existe algo a se feito principalmente a nível educacional pra que isso mude ( Medico equipe 02)*

*(...) só se dá quando ele ver que é a ultima hora, deles dizerem que não suporto mais ficar em casa agüentando essa dor , ai que eles procuram o posto de saúde, mas fora isso , é uma dificuldade pra eles virem (Técnica de enfermagem equipe)*

Outro ponto importante destacado pelos participantes da pesquisa que dificulta o acesso desse homem ao posto de saúde foi os poucos profissionais do sexo masculino na Estratégia de saúde da família para atender a esse usuário masculino, ou ate mesmo profissionais específicos para atendê-lo, como é o caso de urologista.

*(...) Ter profissionais específicos, o que não acontece, nós não temos, nós não temos urologista, nós não temos nefrologista se temos o nefrologista falta o exame de PSA, se o homem vem a unidade, entendeu, falta o médico de saúde da família, que ele seja voltado pra ele, saúde da família, não temos, não é o que acontece (...) Primeiro teria que trocar todos os profissionais de saúde começando lá de cima, certo, colocaria um médico de saúde da família, eu acredito que hoje não seja possível porque a demanda de médico é pouca, certo, pra mim médico é caso batido, ou pelo menos que a cada 15 dias tivesse um médico pra atender só o homem, um urologista, certo, uma assistente social, uma enfermeira, que trabalhasse com saúde do homem, destinada só pra aquele atendimento, agora é difícil (técnica de enfermagem equipe 01)*

É observada a necessidade em ter profissionais destinados a público masculino, envolvendo, também a questão de gênero que não se baseia somente nas diferenças de sexo, mas conseqüentemente nas necessidades deste homem, portanto tendo um maior numero de profissionais do mesmo sexo direcionado para atender o gênero masculino, deixando –o mais a vontade em esboçar suas diversas necessidades em saúde, facilita a promoção a saúde (SCHRAIBER et.al , 2010)

*(...) ainda falta realmente capacitação dos profissionais , porque é preciso entender que já é difícil ele vim e que quando esse homem vem ele tem que ser bem acolhido, pra que ele volte mais vezes, e quando agente não faz isso , ai infelizmente na realidade agente ta o colocando pra fora e ele não vai voltar mais, ai agente ainda tem essa barreira em relação a esse acesso(...)agente precisa de capacitação, de pessoal e meios que agente tenha instrumentos próprios, desde insumos até material pra que agente trabalhe com o homem (Enfermeira equipe 02)*

O próprio ambiente da unidade e a própria organização e caracterização não favorecem a permanência dos homens, já que todas as ações em saúde observadas no roteiro não participante são destinadas a mulher, o idoso e a criança, a ele é destinada apenas a entrega de preservativos, apontado também por Couto,2010.

“Na caracterização dos serviços, chamou a atenção como os ambientes não favorecem a presença e permanência dos homens, já que todos apresentam como espaços demarcadamente femininos” (COUTO,2010, p. 260)

Outra dificuldade de acesso destacada pelos sujeitos da pesquisa foi o funcionamento dos serviços primários de saúde, justificando a rara presença masculina. Observa-se que a questão de horário fundamenta essa questão, pois o horário de funcionamento da UBS é de 7 às 11hs e de 13 às 17hs horário em que esse homem está em horário de pico de trabalho, restringindo esse acesso a saúde.

Segundo Couto (2010) a disponibilização de horários específicos para atender essa demanda favorecia um atendimento mais abrangente, como facilitaria a esse homem a procurar o serviço primário de saúde, na hora do almoço poderia ser uma possibilidade ou ate mesmo a noite, notara-se uma maior assiduidade da população masculina nesse horários criados, essa questão de horário é bastante lembrada nas falas da maior parte dos sujeitos da pesquisa.

*(...) Acho que a maior dificuldade de acesso é a questão de horário, acho que é o maior problema, eles alegam muito isso, que o horário para eles fica extremamente inviável, mas assim, talvez as políticas públicas de saúde precisassem ver uma forma melhor de organizar isso (enfermeira equipe 01)*

Embora boa parte dos participantes da pesquisa tenha destacado que existe sim dificuldade de acesso a unidade básica de saúde, tanto pela questão cultural como a questão de horário, ocorreu que quatro participantes enforcaram em seus discursos que não existe essa dificuldade de esse homem vir a unidade, já que a mesma funciona de segunda a sexta, tem médicos e outros profissionais a disposição deste usuário masculino basta somente ele vir a UBS que será atendido

*(...) eu acho assim que chegou aqui procurar pra fazer uma consulta com o clinico geral aqui, acho que não tem nenhuma dificuldade, o que falta é eles virem procurar a unidade de saúde pra fazer a consulta (Agente comunitário de saúde equipe 01)*

Nessa perspectiva atribui ao homem total responsabilidade em vir à unidade em busca de atendimento, tirando do profissional toda e qualquer responsabilidade para com a esse usuário masculino. Entretanto deve-se ressaltar que a responsabilidade é de ambas as partes, o homem tem o dever e obrigação de procurar assistência, como também cabe ao profissional a responsabilidade de trazer informações necessárias e trabalhar junto a este homem ações em saúde, quebrando as barreiras culturais mostrando a ele a importância de se cuidar, ambos tendo a responsabilidade de forma igualitária.

## **Estratégias a serem desenvolvidas para aplicabilidade da política**

Ao que desrespeito a estratégias usadas para atender esse usuário masculino, segundo alguns sujeitos da pesquisa, a única estratégia usada para atender ao homem é a entrega de preservativos, que se limita a questão de um dia específico destinado a isso, ou utiliza a dia da demanda livre pra fazer uma consulta.

*(...) eles procuram atendimento na demanda livre (agente comunitário de saúde equipe 01)*

*(...) agente vai ter alguns programas como DSTs/ Aids como a entrega de camisinha, que por falta de pessoal é muito restrito o horário para entrega da camisinha(enfermeira equipe 02)*

No roteiro não participante foi evidenciado que não se utiliza estratégias específicas destinadas ao público masculino, deixando uma lacuna sobre como trazer esse homem a unidade , e quando ele vem como acolhe-lo, importantes papeis a serem desenvolvidos por todos que fazem parte da Estratégia de saúde da família, e quando ele não vier traçar ações para direcionar esse homem ao posto de saúde, que pé a atenção primária buscando meios de promover a saúde masculina.

Embora se tenha destacado que o homem não um atendimento exclusivo destinados a ele os sujeitos da pesquisa indagaram argumentos de estratégias a serem utilizadas para uma melhor implementação desta política.

O sentido das falas foi que seria necessário que houvesse primeiro uma capacitação dos profissionais para acolher esse homem, depois seria necessário dispor de materiais e insumos para atender esse usuário, informação destinada a esse homem, mostrando que ele tem direito a saúde, como também dispor de horários específicos para atender a demanda masculina.

*(...), uma campanha em cima disso, um foco, informando procure o posto faça seus exames, não acho que com informação aqui do posto com cartazes, pra orientar, ai iria trazer muito homem pra cá, porque aqui é melhor, com palestras e educação, seria uma estratégia(Atendente de Consultório dentário equipe 02)*

Schaiber et.al (2010) destaca que é importante destinar ao homem estratégias para atende-lo como acolhe-lo bem, propiciando um ambiente viável tirando do foco a decoração feminina do ambiente das unidades básicas de saúde, deixando tal decoração de forma neutra para uma atendimento mais igualitário

É de extrema importância desenvolver estratégias para atender ao público alvo serve como eixo de promover uma assistência integral, favorece ainda uma maior resolutividade nos problemas trazidos por esta população, evidenciando e implementando ações por meio a prevenir principais agravos, bem como direcionar uma terapêutica necessária e efetiva.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises empreendidas demonstram que o conhecimento parcial sobre a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem distância os profissionais em entender as necessidades masculinas e conseqüentemente priorizar ações programáticas direcionada ao público alvo, já que a informação funciona como instrumento para propor transformações nas ações assistenciais em saúde.

Isso se deve ao restrito trabalho de todos os profissionais que compõe a estratégia de saúde da família, que se deve segundo foi indagada nas suas falas, e percebidas no roteiro não participante que se segue segundo a demanda, onde a pouca ou rara procura dos usuários masculinos a unidade de saúde se deve a falta de informação como também a prevalência de todo um contexto culturalmente implementado durante anos.

É imprescindível reconhecer que gênero é dentre outras conotações, a ordenadora de práticas sociais, sendo condicionada a questão do meio em que esse indivíduo está inserido, pois o atual padrão tradicional de atenção em saúde impede de forma sucinta que haja nos serviços uma assistência progressivamente integral dificultando para a unidade o enfrentamento das questões de gênero.

Constatou-se que a falta de capacitação dos profissionais os deixa totalmente despreparados para fazer o acolhimento correto deste homem, como também a ausência de profissionais específicos que é o caso do urologista deixa uma lacuna a ser preenchido, vale ressaltar que existe ainda dificuldade de acesso para que esse usuário masculino possa vir à unidade de saúde a procura de assistência, onde se destacou que a questão de horários inviáveis, funciona como barreira deste acesso, que o funcionamento da UBS é das 7 às 11hs da manhã e das 13 às 17hs da tarde, horário que estes homens estão no trabalho.

Vale salientar que não há atualmente nenhuma estratégia usada para aplicabilidade da política de saúde do homem, apesar da mesma ter sido lançada há quase dois anos, bem como não existe uma integralidade entre profissionais e comunidade para informar sobre os princípios e diretrizes de forma a garantir o seu direito deste homem a ter saúde.

É importante lembrar que a responsabilidade em promover a saúde é tanto do profissional que compõe a estratégia de saúde da família, como também do próprio usuário masculino, tanto em promover saúde e buscar meios de estimular a educação continuada, para

que haja uma consolidação de informações com a finalidade em construir novos contextos culturais sobre o adoecimento e o cuidar de sua saúde.

Portanto pode-se afirmar que é necessário que ocorra um delineamento e dissolução da política, capacitando os profissionais, dispor de insumos e horários flexíveis para que a demanda masculina venha surgir nas UBS, não somente na parte curativa, mas na promoção e prevenção a saúde, de forma a promover uma melhor adesão, utilizando a informação na dinâmica da atenção básica, colocando na rotina do serviço a saúde do homem, de modo a garantir assistência integral, priorizando a sua qualidade e implementação.

## **REFERÊNCIAS**



AQUINO, Estela M L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n.esp, p. 121-132. 2006.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE, Governo Federal. **Entendendo o SUS**. 2006.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e diretrizes**, Brasília, 2009.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE, SIH 2007. DATASUS - **Sistema de Informações Hospitalares do SUS**. Brasília, 2007.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Saúde da Família.

Disponível

em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/faq/faqcategoria.cfm?idcat=941&idquest=2338>

Acesso: 15/04/2011

BRASIL. **Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990**.

BRASIL. **Ministério da Saúde/INAMPS. Resolução n°273, de 17 de julho de 1991**.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva**. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRAZ, Marlene. A construção de subjetividade masculina e seu impacto sobre saúde do homem: reflexão bioética sobre a justiça distributiva. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 10, n.5, p. 97-104, 2005.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; JESUS, Cristiane Herold de; CREVELIM, Maria Angélica. A estratégia de saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde Social**, v. 19, n. 3, p. 709-716, 2010.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.659-678. 2009.

CARVALHO, Sergio Resende. As condições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9,n.3, p.669-678, 2004.

**Ciênc. saúde coletiva v.10 n.1 Rio de Janeiro jan./mar. 2005**

Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000100001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100001&lng=pt&nrm=iso) texto homem em na pauta coletiva Acessado : 28/04/11

CONASS. **Violência: uma epidemia silenciosa**, nº 16. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2008.

COSTA, Rosely Gomes. Saúde e masculinidade: Reflexões de uma perspectiva de gênero. **Revista brasileira de Estudos de População**, v.20, n.1, p. 79-90, 2003.

COUTO, Márcia Thereza. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo a (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **interface -Comunicação saúde educação**.v.14, n. 33, p. 257-270,abr/jun, 2010.

DUTRA, José Luiz. Onde você comprou essa roupa tinha para homem? A construção de masculinidades nos mercados alternativos da moda. In Goldenberg (org). **Nu & vestido**, p.359-441, 2002.

ELIAS, Paulo Eduardo. Descentralização e Saúde no Brasil: Algumas Reflexões Preliminares. **Saúde e Sociedade**. v. 5, n. 2, p. 17-34, 1996.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência a saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p. 105-109, 2005.

GOMES, Romeu. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 8, p. 825-9, 2003.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, maio 2006.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira, ARAUJO, Fabio Carvalho 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. **Caderno de saude pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar, 2007.

GOMES, R. A. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2005.

GROSSI, Mirian Pillar. Masculinidades: Uma revisão teórica. **Antropologia em primeira mão**. Florianópolis- SC, p.1-37, 2004.

GUTIERREZ, Denise Machado Duran; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder**, Família, redes sociais e saúde: O imbricamento necessário. Florianópolis, 25-28 agosto, 2008.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p. 35-46, 2005.

MENDONÇA, Waglânia de, et. al . Paternidade: Responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Rev. Saúde Pública** v.43, n.1, p. 85-90, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORAES, Nilson. et al. Saúde do homem. **Trabalho de sociologia- enfermagem**. São Paulo, 2009. Disponível em: [www.nilsonmoraes.pro.br/./SOC-ENFSaudedoHomem](http://www.nilsonmoraes.pro.br/./SOC-ENFSaudedoHomem)  
Acessado em: 18/10/2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**, Décima Revisão, 1996.

OLIVEIRA, Denize Cristina de, et. al. O sistema de saúde na cartografia mental de profissionais de saúde. **Texto contexto de enfermagem**, v. 16, n.3, p. 377-386, Florianópolis, 2007.

OSINAGA, V.L.M. et al. Trabalhando com histórias de vida de familiares de pacientes psiquiátricos. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 34, n.4, p. 401-6, dez. 2000.

PINHEIRO, Rejane Sobrinho, et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p. 687-707, 2002.

PISCITELLI, Adriana. Gênero em perspectiva. **Cadernos PAGU**,v.11, p.141-155, UNICAMP, 1998

RADIS, Comunicação em Saúde. **Saúde do homem: Nova Política de atenção quer levar o “sexo forte” aos postos.** Rio de Janeiro, outubro, 2008.

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA. Departamento de Atenção Básica- Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Saúde da Família.** v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

SENADO FEDERAL. SECRETARIA ESPECIAL DE EDITORAÇÃO E PUBLICAÇÕES SUBSECRETARIA DE EDIÇÕES TÉCNICAS. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL Texto promulgado em 05 de outubro de 1988 Brasília**  
Disponível: [http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/CON1988.pdf](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf) Acessado em : 25/04/2011.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Os Instrumentos Normatizadores (NOB) no Processo de Descentralização da Saúde. *Saúde e Sociedade.* v. 10, n. 2, p. 47-74, 2011.

SCILIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, n. 17, v.1, p. 29-41, 2007.

SCHRAIBER, Lília Blima; GOMES, Romeu.; COUTO Márcia Thereza. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

SCHRAIBER, Lília Blima et al. Necessidades de saúde e masculinidades: Atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.5, p. 961-970, 2010

SILVA, Gulnar Azevedo e, et al. Diferenças de gênero na tendência de mortalidade por câncer de pulmão nas macrorregiões brasileiras. **Rev. Brasileira de epidemiologia**, v.11, n.3, p.411- 419, 2008.

SILVA, Margareth Martha Arilha. Masculinidades e Gênero: discursos sobre responsabilidade na reprodução. **Mestrado em Psicologia Social.** PUC, São Paulo, 1999.

SILVA, Thálita Cavalcanti Menezes da; AMAZONAS, Maria Cristina Lopes de Almeida; VIEIRA, Luciana Leila Fontes. Família, Trabalho, Identidades de gênero. **Psicologia em Estudo**, v.15, n.1, p.151-159, jan/mar, 2010.

SOUZA, E. R. de. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, n.10 v.1, p. 59-70, 2005.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Íris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: Reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Social**, v. 19, n.3, p. 509-517, 2010.

TAHAN, Jennifer; CARVALHO, Antonio Carlos Duarte de. Reflexões de Idosos Participantes de Grupos de Promoção de Saúde Acerca do Envelhecimento e da Qualidade de Vida. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4, p. 878-888, 2010.

UNIFESP. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira [et al.]. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

URBAN, Cícero de Andrade. **Bioética Clínica**. Texto: Saúde e doença: Aspectos Antropológicos. Autor: Hubert Lepargneur. Rio de Janeiro: Revinter., 2003.

WHO. **Men, Ageing and Health**. World Health Organization. Geneva, 2001.

# APÊNDICE

## APÊNDICE A

### SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Ilmo (as) Srs. (as):

Diretor da Unidade de Saúde DR. José Fernandes de Melo, localizado no bairro Lagoa do Mato Mossoró-RN

Sou aluna do Curso de Graduação em enfermagem pela FACENE-RN, o qual se encontra em fase de conclusão. Nesse momento estou desenvolvendo uma pesquisa cujo título é: **SAÚDE DO HOMEM: Conhecimento e Aplicabilidade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família** sob a orientação da Prof. Ms. Francisca Patrícia Barreto de Carvalho. Para o bom desenvolvimento dessa pesquisa necessitamos da sua autorização no sentido de utilizarmos, quando preciso, o espaço físico da instituição sob sua gerência, realizando uma coleta de dados mediante uso de observação documental dos registros dessa instituição, a fim de avançarmos em nosso trabalho. Esclarecemos que as informações serão tratadas com sigilo, sendo preservada a imagem da Unidade. E o produto de pesquisa fará parte do meu trabalho de conclusão de curso - Monografia, a qual será apresentada ao colegiado da Faculdade de Enfermagem Nova esperança de Mossoró (FACENE-RN).

Desde já agradecemos a compreensão e estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

**Francisca Patrícia Barreto de Carvalho**  
**Samara Karla Nogueira Silva**

<sup>1</sup> Entregue aos Diretores/ Coordenadores da unidade de saúde Dr. José Fernandes de Melo

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Esta pesquisa é intitulada **SAÚDE DO HOMEM: Conhecimento e Aplicabilidade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família**. Está sendo desenvolvida por Samara Karla Nogueira Silva, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de enfermagem Nova Esperança- FACENE Mossoró sob orientação da prof.Ms. Francisca Patrícia Barreto. O projeto de pesquisa apresenta os seguintes objetivos. **Objetivo geral** Analisar o entendimento dos profissionais de saúde sobre o conhecimento e aplicabilidade da Política Nacional de Atenção Integral de Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família. **Objetivos específicos:** Avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde na Unidade Básica de Saúde da Família sobre a política de saúde do homem; Averiguar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os aspectos de saúde/doença do homem; Compreender a partir dos profissionais de saúde como se dá o processo de inserção da população masculina a Unidade Básica de Saúde da Família; Identificar no cotidiano da Unidade Básica de Saúde da Família quais estratégias são utilizadas pelos profissionais de saúde da família para implementar da Política Nacional de Atenção Integral de Saúde do Homem.

A justificativa desta pesquisa é reconhecer as necessidades singulares do homem no conhecimento dos profissionais de saúde, pelo seu contexto social em que este homem esta inserido, sobretudo para a produção do conhecimento acerca da saúde do homem e suas implicações, para tanto, na trajetória acadêmica e na vivencia dos serviços de saúde vivenciou a necessidade de implementação da política de saúde do homem. Portanto é necessário que a equipe de Estratégia de saúde da família assim como seus colaboradores desmistifique a idéia que as necessidades masculinas, não são de maneira singular, portanto o seu processo de adoecimento precisa conseqüentemente ser melhor entendido.

A sua participação nesta pesquisa é muito importante por isso solicitamos sua contribuição no sentido participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa bem como, o direito de desistir da mesma, destacando que não será efetuada nenhuma forma de gratificação devido a sua participação. Informamos ainda que a referida pesquisa não apresente nenhum risco aparente, aos participantes.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de entrevista individual norteada por um Roteiro de Entrevista, o (a) senhor (a) responderá a algumas perguntas sobre a Saúde do Homem, os mesmos farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

As pesquisadoras<sup>1</sup> e o Comitê de Ética em Pesquisa<sup>2</sup> estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do (a) senhor(a) na realização desta pesquisa.



Eu, \_\_\_\_\_ concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado. Fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos e da justificativa da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Mossoró, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2011.

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Participante

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa

<sup>1</sup> Endereço do Pesquisador Responsável (trabalho): Francisca Patrícia Barreto de Carvalho - Av. Presidente Dutra, 701- Bairro Alto de São Manoel. E-mail: [fpatriciab@hotmail.com](mailto:fpatriciab@hotmail.com)

<sup>2</sup> Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa – FACENE/FAMENE – Av. Frei Galvão, 12 – Bairro Gramame – Paraíba/ Brasil. CEP:58.067-695 Tel/Fax: (83) 2106-4792. E-mail: [cep@facene.com.br](mailto:cep@facene.com.br)

## APÊNDICE C

### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE

TEMAS A SEREM OBSERVADOS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Os profissionais de saúde na UBSF têm o conhecimento sobre a política de saúde do homem?			
Qual impacto que ocorreu no cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família após a implementação da política de saúde do homem?			
Quais estratégias são utilizadas pelos profissionais de saúde para implementar a política de saúde do homem, utilizadas no cotidiano da UBSF?			
Quais as práticas de saúde são realmente realizadas destinadas ao público masculino?			
Evidenciar e observar estratégias usadas para atender o público masculino da UBSF?			
Os profissionais das Estratégias de saúde da família, estão capacitados para desenvolver a política de forma correta?			

Anotações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE D

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. **Sexo:** M ( ) F ( )

2. **Idade:** \_\_\_\_\_

3. **Cor:** ( ) Branco ( ) Pardo ( ) Negro ( ) Outro: \_\_\_\_\_

4. **Estado Civil:** ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Divorciado ( ) Separado ( ) Viúvo ( )

Outro: \_\_\_\_\_

5. **Nível de Instrução:** ( ) Fundamental Incompleto ( ) Fundamental Completo ( ) Médio Incompleto ( ) Médio Completo ( ) Técnico ( ) Superior Incompleto ( ) Superior Completo ( ) Pós-Graduação ( ) Curso de capacitação

6. **Profissão:** \_\_\_\_\_

7. **Natural de:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_

#### I – ROTEIRO DE PERGUNTAS

1. O que você entende sobre a Política Nacional de Atenção Integral de saúde do homem?
2. Quais seriam os pontos fundamentais para o desenvolvimento dessa política?
3. Você acha que existe nos serviços a definição de gênero para definir o contexto masculino?
4. O que você entende sobre o processo saúde / doença desse gênero?
5. Segundo sua percepção como se dá a procura aos serviços das unidades básicas de saúde por parte da população masculina?
6. Existe a dificuldade de acesso a UBSF por parte da população masculina, por quê?
7. Quais estratégias são usadas para atender esse novo gênero aqui na unidade?