

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA
DE MOSSORÓ – FACENE/ RN

RÍSSIA KELLY FERREIRA MACÊDO DE OLIVEIRA

**OS ASPECTOS DO GÊNERO E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO
INTEGRADA À SAÚDE DO HOMEM**

MOSSORÓ/RN

2014

RÍSSIA KELLY FERREIRA MACÊDO DE OLIVEIRA

**OS ASPECTOS DO GÊNERO E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO
INTEGRADA À SAÚDE DO HOMEM**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança FACENE-RN, como exigência parcial para o título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof.^a Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins

MOSSORÓ/RN

2014

RÍSSIA KELLY FERREIRA MACÊDO DE OLIVEIRA

**OS ASPECTOS DO GÊNERO E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO
INTEGRADA À SAÚDE DO HOMEM**

Monografia apresentada pela aluna Ríssia Kelly Ferreira Macêdo de Oliveira, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: _____ de _____ de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (FACENE/RN)

Orientadora

Prof.^a Esp. Cássia Maria Guerra de Sousa (FACENE/RN)

Membro

Prof.^a Esp. Verusa Fernandes Duarte (FACENE/RN)

Membro

*Dedico este trabalho a minha família, em especial ao meu pequeno homem, **Charlejandro Filho**, mainha te ama incondicionalmente, vocês representam a força, determinação e inspiração em todos os momentos no percurso desta pesquisa.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar ao senhor meu Deus, pela sua imensa graça. Glória e louvores te dou por me proporcionar esta conquista, ofertando teu divino amor, me abençoando com entendimento e sabedoria. Somos espelhos que refletem a tua imagem. Obrigada por me amparar nos momentos de dificuldade desta trajetória, me ofertando anjos durante essa caminhada, por me lembrar que a desistência não condiz com o alcance da vitória.

Agradeço à minha família a qual é meu rochedo e minha fortaleza. Especialmente, ao meu filho, Charlejandro Filho, meu pequeno, por ele sou capaz de coisas inimagináveis, por você sou melhor, faço, desfaço e refaço, pois você é minha promessa de Deus para ser uma pessoa com mais humanidade e amor; a voinha, Maria das Dores, por seu imenso amor e dedicação ao cuidar de mim e de meu filho; a voinho, José de Arimatéia, pelo amor de pai que sempre me proporcionou; a mainha, Núbia, que sempre me apoiou nas minhas investidas; ao meu irmão Claudionor, pelo carinho; meu pai, Agamenon, eu consegui; a minha tia Hilda, pelos conselhos, e seu esposo Glênio que possui um coração enorme sempre pronto a servir; a tia Rita Maria pela confiança que em mim depositou e me ajudou no termino da faculdade; ao meu tio Marcos pelo apoio e por suas palavras que sempre me encorajaram e sua esposa Elianeide por ser essa pessoa especial e cativante; às minhas primas Hildeglênia e Glória, crescer ao lado de vocês foi uma honra; a princesinha, Anna Luiza, que me deixa cheia de orgulho quando diz que sou sua segunda mãe; ao meu esposo, Charlejandro, meu rapaz, o amo muito, diante de Deus nos tornamos um só; a tia Elionora e sua família que me acolheram em Mossoró quando me mudei para estudar e trabalhar. Com muita emoção, agradeço a toda minha família que sempre me mantém firme e me faz um ser único em meio a muitos.

A família que ganhei ao me casar: Albenice, Raquel, Raabe, Lo-Roama e Raimundo por sempre me tratarem tão bem e me fazerem me sentir que sou de casa; Isac e Kesiane, meus grandes amigos, vocês são muito especiais; ao meu sogro que tenho muito carinho; minha sogra, Dona Ruth, uma mulher do Senhor, obrigada por suas orações; aos meus cunhados, que tenho muito respeito e suas esposas pelas orações nesse momento de turbulência das quais necessitei.

Aos amigos maravilhosos que o Senhor me concedeu, sejam os de infância, Carla, Raquel e Lucimara, sejam os que ganhei durante passos que trilhei, Jaiza, Poliana, Claudinha, Thiago, Greycy e Joelma. A Arikson que me auxiliou nessa conquista, pontuando seu conhecimento. A Vinicius pelo carinho com meu filho. Aos meus vizinhos que sempre torceram por mim. A Weline que me fez compreender mais sobre o companheirismo. E a todos os outros que agraciaram e contribuíram de forma direta e indireta na minha vida.

Aos colegas de sala, estarão sempre em meu coração; obrigada por me permitirem dividir não somente conhecimento, mais momentos únicos e inesquecíveis: Alana, a mais que admirável; Cris, pelo jeito doce e amável; Eliane, por ser determinada; Hosana, pelo jeitinho menininha cativante; Izabela, pela sinceridade; Celinho, pelo humor o qual me ofertou sorrisos; Joyce por ser brigona mas possui uma sensibilidade enorme; Larissa ou amiga pelos seus muitos "arrasou", sempre prestativa; Mariana, que apresenta ser uma pessoa frágil, mas é sinônimo de força; Janice muito dedicada; Maria pela garra; Kelle pela generosidade e Witson meu amigo, pequeno grande homem você vai longe. A todos vocês que representam para mim muitas outras características e me permitiram guardar um pouquinho de cada um de seus dons para me construir como pessoa.

A todos os professores que me enriqueceram com conhecimento e despertaram em mim, o quanto é gratificante sermos capazes, e que o bom profissional vai além do esperado.

A todos os funcionários que me recebiam durante esses quatro anos de forma gentil sendo mais que agradáveis, passando a ser amigos: Raimundo, por sempre perguntar como estou; Priscila, a qual perturbei constantemente com o assunto "fies"; Sarinha, Liginha, Natalia, Vanessa que sempre acrescentaram em meus trabalhos seus dedinhos mágicos nas correções. E todos os outros que enriquecem a faculdade deixando a Faculdade um ambiente familiar.

A minha tão querida orientadora Patrícia Helena, por suas eloquências, buscando em mim o meu melhor, ampliando meus horizontes na busca pelo saber.

As professoras Cássia e Verusa que me proporcionaram a honra de serem membros de minha banca examinadora, contribuindo na minha qualificação acadêmica, permitindo observar percepções preciosas no desenvolvimento desse trabalho.

Aos homens que participaram de forma voluntária, aceitando fazer parte de minha pesquisa e me proporcionando compreender aspectos inerentes as suas particularidades.

Um fervoroso obrigada a todos!

Graças, porém, a Deus que em Cristo sempre nos conduz em triunfo, e por meio de nós difunde em todo lugar o cheiro do seu conhecimento.

2 Coríntios: 2.14

RESUMO

Esta pesquisa teve como enfoque a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem e os aspectos relacionados ao gênero masculino. O estudo teve como objetivo geral: Analisar a participação dos homens nos serviços de saúde ofertados na atenção básica e relação com a Política Nacional de Atenção Integrada a Saúde do Homem; e como objetivos específicos: Destacar os condicionantes sociais e profissionais dos participantes; Analisando na opinião dos participantes o conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Integrada a Saúde do Homem; identificando a motivação dos homens a procura do serviço de saúde na Atenção Integrada da Saúde do Homem. Abordar um estudo descritivo e exploratório numa perspectiva quantitativa e qualitativa, que foi desempenhada em três Unidades Básicas de Saúde do Município de Mossoró – UBS Francisco Pereira de Azevedo, UBS Dr. Antônio Soares Júnior e UBS Vereador Lahyre Rosado – e contou, para efetivação da pesquisa, com a participação de 15 homens residentes na área de abrangência das UBS's (Unidades Básicas de Saúde), por meio de um roteiro de entrevistas, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na observação dos dados quantitativos foi utilizada a análise estatística, e dados qualitativos, desempenhou-se através da técnica analítica do discurso por categorização. Os resultados demonstram que as participações dos homens no serviço de saúde ofertado na atenção básica, possui predominância etária na faixa entre 24 a 34 anos; que estes são naturais do município de Mossoró, casados, que concluíram o ensino fundamental II completo, são funcionários públicos da prefeitura municipal de Mossoró, com jornada de trabalho de 8 horas diárias. A mesma equivalência percentual deu-se na análise dos homens que trabalham no comércio e são Celetistas. Quanto ao fato de possuírem conhecimento sobre a PNAISH, em suma, não conhecem, e os dados coletados alude à masculinidade, gênero, fatores comportamentais e culturais. No que tange à procura pelos serviços de atenção básica os mesmos destacam ser um ambiente muito feminino e que não possui dia específico para o seu atendimento, sendo necessária uma atuação mais ativa por parte dos profissionais do setor, com uma escuta qualificada e uma linguagem mais acessível aos mesmos, num ambiente que atenda as suas singularidades, concluindo-se, daí, que existem problemáticas sociais, culturais, biológicas e psicológicas que interferem na atuação desses homens na atenção básica de gênero que representa o serviço preventivo.

Palavras-chave: Política de saúde do homem. Gênero. Atenção básica de saúde.

ABSTRACT

This research was to focus on National Policy of Integrated Health and Human aspects that concern males. The study aimed to: analyze the participation of men in health services offered in primary care and relationship with the National Policy on Integrated Health Human; and specific objectives: To highlight the social and professional conditions of the participants; Analyzing the opinion of the participants knowledge about the National Policy on Integrated Health Human; identifying the motivation of men to search for the health service in the Care of Human Health Integrated. Addressing a descriptive and exploratory study, and a quantitative and qualitative approach, which was performed in three basic health units in the city of Mossoro UBS Francisco Pereira de Azevedo, UBS Drº Antonio Soares Junior, UBS Councilman Lahyre Rosado. With the participation of 15 men to carry out the research, residing in the area covered by UBS's (Basic Health Units) through an interview script, after signing the Informed Consent (IC). In the quantitative analysis we used the statistical analysis for qualitative data analysis was performed through the analytical technique of speech categorization. The results show that the participation of men in the health service offered in primary care have predominance: age between ages 24-34; are natural in the city of Natal, married, finished elementary school II complete, are civil servants, with the working day of 8 hours per day, working in the municipal government of Mossley and the same percentage in commerce and are alcoholics. As for having knowledge about PNAISH in short do not know and the data refers to masculinity, gender, behavioral and cultural factors. And regarding the demand for services in primary care the same out to be a female environment and has no specific day for your service. An act, but active by professionals as qualified listening better language requiring access to, an environment that meets their singularities. Concluding that there are social, cultural, biological and psychological problems that interfere with the performance of these men in primary care which is preventive service.

Keywords: Men's health policy. Genre. Primary health care

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS	11
2.1. OBJETIVO GERAL	11
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3. REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1. O HOMEM NO CONTEXTO SOCIAL	12
3.2. PATRIARCADO, MASCULINIDADE, PAPÉIS PERTENCENTES AO GÊNE- RO MASCULINO	13
3.3. POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRADA A SAÚDE DO HOMEM	15
3.4. PARTICIPAÇÃO DO HOMEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ATENÇÃO BÁSICA	18
4. PERCURSO METODOLÓGICO	20
4.1. TIPO DE PESQUISA	20
4.2. LOCAL DA PESQUISA	21
4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA	21
4.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	22
4.5. PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	22
4.6. ESTRATÉGIA PARA ANÁLISE DOS DADOS	23
4.7. ASPECTOS ÉTICOS	24
4.8. FINANCIAMENTO	25
5. ANÁLISE DOS RESULTADOS	26
5.1. ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS	26
5.2. ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS	31
5.2.1. Conhecimento sobre a PNAISH	32
5.2.2. Satisfação acerca de ações e serviços destinados ao homem	33
5.2.3. Dia específico a saúde do homem	34
5.2.4. Desafios na procura dos serviços	35
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICES	43
ANEXO	47

1 INTRODUÇÃO

A adoção de medidas para a implementação e promoção da saúde voltada ao gênero masculino apresenta entraves em vários aspectos culturais, sociais, econômicos e institucionais, estando esta classe não muito receptiva à procura por medidas de saúde voltadas à prevenção de agravos que lhe acomete, ou seja, sua procura pelos serviços primários de saúde que representam a porta de entrada à promoção à saúde (GOMES, 2003).

Medidas governamentais exprimem por meio de ações voltadas à saúde o reconhecimento da importância dos cuidados com a saúde do gênero masculino antes que alguma enfermidade o atinja, para que este se conscientize da necessidade dos exames rotineiros, e desfaça da sua mente alusões utópicas referentes a tais exames, os quais só servem para prevenir e prorrogar sua vida (BRASIL, 2008).

As principais causas da morbimortalidade masculina são complicações no aparelho circulatório; doenças do coração; neoplasias; cânceres; colesterol elevado, diabetes e pressão alta, consequências da má alimentação e do sedentarismo; problemas no aparelho respiratório, referentes ao uso excessivo do tabagismo; exposição frequente a acidentes de trânsito e de trabalho (FIGUEIREDO, GOMES, NASCIMENTO, 2005).

A PNAISH - Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem, instituída em novembro de 2008 com o intuito de qualificar a assistência prestada a esta clientela, paralelo à prestação de cuidados que presam pela humanização do atendimento em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde, expressam a integralidade, universalidade e equidade, onde a política procura delinear ações, metas e objetivos para alcançar um número promissor de homens em busca dos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Segundo o ministério da saúde, o Brasil é o primeiro país da América Latina, e o segundo do continente americano, a instituir uma política de saúde voltada à população masculina, abordando a faixa etária de 20 a 59 anos. Essa política está contida nos parâmetros do “Programa Mais Saúde: direito de todos” promulgado em 2007, com o intuito de enfatizar o desenvolvimento do bem-estar do cidadão brasileiro, e concomitantemente, promover uma melhoria na saúde (BRASIL, 2010).

No lustro do século passado se aborda, em nossa sociedade, aspectos culturais do gênero masculino aos quais estão enraizados até os dias atuais, seguindo uma linha pautada em valores e crenças, sobre o patriarcalismo inerente ao homem, como provedor do lar, o qual é dotado de uma hegemonia masculina que não o faz observar questões biológicas, como o processo de adoecimento, ou demonstrar fragilidades. Os estereótipos de gênero dotam o homem como um ser que não possui vulnerabilidades, que é educado para ser forte e, em quem a patologia representa uma inconstância que não condiz com a sua identidade masculina (BRITO; SANTOS; MACIEL, 2010).

Interpretar a complexidade do gênero masculino atribui aos profissionais de saúde uma responsabilidade em procurar uma melhor maneira de abordar este público, para que o homem adentre nos serviços de saúde melhorando sua expectativa de vida garantindo seus direitos pela saúde, passando a ser sujeito ativo no seu processo de saúde doença (FIGUEIREDO, 2005).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que a expectativa de vida para a população masculina passou de 70,6 anos em 2011 para 71,0 anos em 2012. Já para as mulheres, a esperança de vida era 77,7 anos, elevando-se para 78,3 anos em 2012. Esses dados corroboram a desatenção dos homens com as medidas de prevenção primária, onde o público masculino procura por serviços de saúde de caráter rápidos como os de urgência e emergência.

No dia 19 de novembro é celebrado o Dia Internacional do Homem. Esta data tem como objetivo a promoção da saúde do homem, igualdade entre os gêneros e incentivar a busca aos atendimentos públicos precocemente, pois, a procura por médicos apenas em situação grave ou de internação acarreta em prejuízos para o paciente e sua família, em sua maioria emocional, os quais poderiam ser contidos com uma consulta simples de prevenção (BRASIL, 2008).

A temática partiu do pressuposto de que os homens não procuram os serviços primários de saúde devido a particularidades inerentes ao gênero, passando a ser vitimados pela sua própria masculinidade, e por ser um assunto pouco abordado, mas de extrema necessidade para que se efetive um cuidado, contribui, dessa forma, para o desenvolvimento de metas e diretrizes pautadas na realidade profissional diária, e para que este trabalho possa ser objeto de uso na esfera disciplinar e social, quebrando o paradigma biologista (MACDONALD, 2006; NASCIMENTO; GOMES, 2008; KNAUTH; MACHADO, 2005).

Pleiteando realizar uma pesquisa paralela aos estudos efetuados na disciplina de saúde coletiva e as experiências em campo durante as Atividades Práticas Integradoras para obtenção da graduação em enfermagem, almeja-se somar as práticas e saberes e discutir a participação dos sujeitos do sexo masculino nos serviços de saúde da atenção básica.

Mediante a Política Nacional de Atenção Integrada a Saúde do Homem, visualiza-se a necessidade de discutir o seguinte problema: quais os entraves vistos pelo gênero masculino em sua participação nos serviços de saúde ofertados na atenção básica? Dessa forma, tendo essa indagação como norte, os profissionais tenham respaldo na construção de uma melhor assistência a esta população.

Acredita-se que o público masculino não possua muito conhecimento acerca dos serviços de saúde destinados ao mesmo, e por meio de uma construção cultural patriarcal dessa classe, observa-se que os mesmos são vitimados por seu próprio preconceito.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a participação dos homens nos serviços de saúde ofertados na atenção básica e relação com a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Destacar as condicionantes sociais e profissionais dos participantes;
- Analisar na opinião dos participantes o conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem;
- Identificar a motivação dos homens a procura do serviço de saúde na Atenção Integrada da Saúde do Homem.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Busca-se fundamentar o presente estudo, por meio de um referencial teórico que descreve sobre a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem, bem como o próprio homem no contexto social, destacando questões como o patriarcado, o papel desse homem na sociedade, sua masculinidade e explanando sua participação nos serviços de saúde.

3.1 O HOMEM NO CONTEXTO SOCIAL

A década de 70 foi de extrema relevância para a saúde do homem, e aliada à contribuição dos estudos norte-americanos, o tema homem e saúde apresentou repercussões no que se refere aos gêneros onde este período foi marcado pelas revoluções feministas, passando a moldar uma nova visão sobre o sexo masculino, e como a maioria dos estudos eram direcionados ao sexo feminino buscou-se destacar a masculinidade no campo da saúde doença (GOMES, 2007).

Nos anos 80, tal perspectiva caminhou de forma mais contundente, visando uma mudança no contexto da denominação de estudos dos homens para estudos de masculinidade. Observou-se que a masculinidade está atribuída à conceituação do gênero destacando valores, funções e condutas que se almejam em um homem (COUTO; GOMES, 2005).

Em meados da década de 90, a terminologia homem e saúde foram focalizadas na perspectiva do gênero, onde a masculinidade hegemônica dificulta a realização de uma abordagem integral, e as noções de virilidade, equidade e desigualdade articulava-se a questões étnicas, de raça e orientação sexual, classe econômica, social, religião e etc. Buscando assim, a compreensão acerca do processo de promoção na saúde doença para os homens (GOMES; SCHRAIBER, 2005).

A Constituição Federal Brasileira, no lustrado do ano 1988, descreve em seu artigo 196: “saúde um direito de todos e um dever do estado”. Articulando por meio da mesma constituição as leis n. 8.080/90 e 8.142/90, que regulamentam o SUS (Sistema Único de Saúde). A primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização de funcionalidades dos serviços da saúde, universalidade de acesso, que compreende um dos princípios do SUS. E

a Lei n. 8.142 dispõe sobre participação da comunidade e como são dispostas as verbas orçamentárias entre as três esferas tripartites dos entes federativos – União, Estado e Municípios (CARVALHO; SANTOS, 2006).

3.2 PATRIARCADO, MASCULINIDADE, PAPÉIS PERTENCENTES AO GÊNERO MASCULINO.

A soberania dos homens para com as mulheres, a ideia de posse e a hierarquia em volta do ambiente familiar, e ainda, as relações de trabalho desumanas eram frequentes no feudalismo da Idade Média, no Brasil Imperial, com o coronelismo e, por mais obsoleto que pareça frente às tantas evoluções, no mundo contemporâneo, em interiores de cidades pequenas, com o sistema de parceria (FONSECA, 2000; MACEDO, 1990; MACHADO, 2000; D'AVILA NETO, 1994).

No patriarcado, além da opressão, exclusão e subordinação das mulheres, direcionadas para reproduzir e comandar o lar sem suplantarem a ordem dos maridos, há uma relação de amizade e solidariedade financeira entre os homens (MACHADO; FONSECA, 2000).

A desigualdade do patriarcado é definida pelos próprios patriarcas, os quais mantêm o poder em suas mãos, configurando-se como a mais alta autoridade, impondo suas concepções aos subordinados e aplicando severas punições aos que ousem confrontar suas ordens (MACHADO, 2000; D'AVILA NETO, 1994).

Por meio desta retrospectiva histórica observa-se que essa cultura patriarcal perfaz, há séculos, nossa sociedade destacando questões lineares a crenças e valores do sexo masculino. No campo da saúde e doença, estudos mostram que o processo de adoecimento é visto por esses homens como um sinal de vulnerabilidade e fragilidade, não levando em conta a condição biológica. Desta forma, resultam em procurar menos os serviços de saúde e se expõem mais a situações de risco. (SCHRAIBER et al, 2000; SABO, 2002; BOZON, 2004).

Outra condicionante a ser frisada são as barreiras institucionais que o homem encontra, onde, sendo este possuidor da função de provisão, em muitos casos, único responsável pelo sustento familiar, tendo em vista que o horário de funcionamento dos serviços de saúde choca com o horário de trabalho (GOMES et al, 2007; KALCKMANN et al, 2005; SCHRAIBER, 2005).

Caminhando nesta mesma linha, temos dados demonstrativos de que as responsabilidades financeiras no âmbito familiar têm passado por transformações, não mais sendo de exclusividade do homem. O sustento familiar ganhou a contribuição materna e o público feminino tem boa participação nas medidas de prevenção e procura pelos serviços primários de saúde (BORSA; FEIL, 2008).

Tendo como norte essa linha de raciocínio acerca das concepções culturais e institucionais, visto que a masculinidade vem sendo construída há anos e está em uma constante transformação e que a presença de homens na atenção primária é menor que a das mulheres, verificamos que esta fundamentada no histórico sociocultural destes homens e que o cuidado com a saúde não é vislumbrado como uma prática do sexo masculino (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Segundo os mesmos autores, os homens procuram os serviços de saúde de forma imediata pelo incomodo da situação de insegurança, medo e fragilidade ignorando os sinais patológicos, por acreditarem que a perspectiva preventiva pertence ao gênero feminino e que isso representaria uma incerteza da masculinidade inserida socialmente.

Estudos mostram que o índice de mortalidade masculina não está relacionado às questões biológicas, mas associada a condicionantes comportamentais e sociais relativos aos estereótipos de gênero, constatando-se, desta forma, que as medidas preventivas e a promoção à saúde necessariamente precisam observar as mudanças comportamentais e as relações de diversidades de hábitos inerentes ao gênero (LAURENTE; MELLO-JORGE E GOTLIEB, 2005).

Villela (2005) descreve que o modo como os homens destacam sua masculinidade e a vivenciam está inserido nas singularidades de seu processo de adoecimento e morte. E que a masculinidade esta relacionada à própria identidade masculina.

Schraiber, Gomes e Couto (2005) destacam que a inclusão dos homens em discussões sobre o processo de prevenção e promoção à saúde promove, não somente melhorias na saúde dos mesmos como também na saúde de suas esposas, salientando que existem condicionantes na qualificação da saúde que necessitam da participação mútua. Os autores ainda ressaltam a dependência do cuidado à saúde vista pelos homens casados, onde o casamento é visto como um fator de proteção aos fatores de adoecimento. E ainda, que o desemprego é a

impossibilidade de prover o sustento familiar são questões indispensáveis na análise de riscos de saúde para o sexo masculino.

Braz (2005) destaca o preconceito sexual alicerçado na sociedade, tanto na construção de políticas públicas quanto na assistência desempenhada pelos profissionais de saúde, chefes, colegas de trabalho e parceiras, os quais agem com estranheza quando os homens encaminham-se ao serviço de saúde de forma preventiva, fato esse considerado coisa de mulher.

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRADA A SAÚDE DO HOMEM

Alguns populares tiveram prioridades ao direito à saúde, como o caso dos loucos e homossexuais, que passaram a receber atenção peculiar por apresentarem perigo à sociedade; as mulheres, pela atividade atribuída a ela como reprodutora; e as crianças e os idosos, que necessitam de cuidados especiais, por serem frágeis frente a certas patologias. Portanto, alguns problemas eram resolvidos, ganhando mais visibilidade, e ao mesmo tempo, outros permaneciam na penumbra, como é o caso dos homens (CARRARA, 2009).

A Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem, instituída pela Portaria Nº 1.944 de 27 de agosto de 2009, descrita em sua maioria por meio de um conjunto de cinco seminários realizados entre os meses de abril e junho de 2008, com Sociedades Médicas e profissionais da saúde, pesquisadores, acadêmicos, representantes do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e de entidades civis, organizadas para discutir os principais problemas de saúde que afetam os homens (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde reconhece a necessidade de maior investimento nessa área humana, visando melhorias no acesso ao serviço de saúde. Nesse sentido, algumas metas foram estabelecidas na tentativa de expandir o SUS com trabalho de qualidade e, entre essas, a implantação desenvolvimento de ações voltadas para a Atenção à Saúde do Homem (BRASIL, 2008).

O tema saúde do homem pleiteia uma política que supera o modelo centrado na mulher e vai de encontro ao gênero, destacando que a saúde, para ambos, deve ser observada por meio das individualidades, concepções e diversidades que

transcendem à doença, ressaltando esse modelo de política e proporcionando ao homem a garantia dos seus direitos (GOMES, 2008).

A política Nacional de atenção Integral à Saúde do Homem é uma estratégia idealizada pelo Ministério da Saúde, e está alinhada à política Nacional de Atenção Básica. Ambas possuem estratégias de humanização que almejam fortalecer ações desenvolvidas pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e auxiliam nos serviços e cuidados à saúde do homem com o propósito de estimular o autocuidado, visando ao reconhecimento de que é um direito básico e cidadão para a população masculina (BRASIL, 2009).

A compreensão dos riscos pertinentes às diferenças no processo de adoecimento que afetam aos homens e as mulheres vêm sendo estudado nas duas últimas décadas por diversos pesquisadores (SCHRAIBER et al, 2005). Mas, constata-se que os estudos que permeiam o comportamento masculino acerca da promoção à saúde e mudança no estilo de vida saudável são insuficientes (GOMES, 2008).

A consolidação da PNAISH tem papel imprescindível para a mudança de paradigmas acerca da saúde masculina. Seus princípios valorizam questões de gênero, ao orientar ações e serviços de saúde para os indivíduos, com integralidade e equidade, primando pela humanização no serviço prestado (BRASIL, 2008).

A política desenvolvida nesse aspecto tem como objetivo principal aumentar e tornar fácil o acesso da população masculina aos serviços de saúde, colaborando com a diminuição das taxas de mortalidade e morbidade. E objetiva especificamente a organização de redes básicas que prestem atenção à saúde do homem, garantindo que os cuidados sejam integrais e cuja porta de entrada a Estratégia Saúde da Família, para facilitar o acesso dessa população, sempre promover ações e atividades; capacitar os profissionais da saúde para o atendimento do público alvo; acionar o homem tanto no planejamento reprodutivo quanto nos cuidados com a sua família; e aliar-se com a sociedade civil para organizar promoções relacionadas com a saúde do homem (BRASIL, 2010).

Saliente-se que os homens usam bem menos a assistência primária de saúde que as mulheres, o que os leva a altas taxas de morbimortalidade por buscarem os serviços de forma imediata e tardia, o que resulta no retardo da assistência, gravidade da doença, maiores custos ao sistema de saúde e desgaste físico e emocional ao paciente e à sua família (FIGUEIREDO, 2005).

Com desenvolvimento dessa política, o Brasil se torna o primeiro país da América Latina e o segundo do continente americano – ficando atrás apenas do Canadá – a elaborar um programa que presta assistência especificamente voltada ao homem. A Política põe em foco os principais problemas de saúde identificados na população masculina, tais como a violência, população privada de liberdade, alcoolismo e tabagismo, pessoas com deficiência, sexualidade e mortalidade (BRASIL, 2008).

As divergências no processo de adoecimento e morte entre homens e mulheres, são destacadas no índice de mortalidade do sexo masculino e do sexo feminino, que em sua maioria, apresentam uma expectativa de vida que chega a cerca de 7 anos a mais nas mulheres do que nos homens (SCRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Dados revelam que muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária (BRASIL, 2009).

Grande parte da não adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica, o homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (KEIJZER, 2003; SCHRAIBER et al, 2000; SABO, 2002; BOZON, 2004).

Figueiredo (2005) destaca que as taxas de mortalidade masculina poderiam diminuir ou manterem-se controladas com a efetivação de práticas de promoção à saúde, realizadas nas unidades básicas de saúde de forma cotidiana. Mas, observa-se que a participação dos homens em ações de saúde é um desafio para o sistema de saúde (GOMES, 2003).

A política, por meio de um dimensionamento de fatores preveníveis e evitáveis, busca melhorar os parâmetros da expectativa de vida dos homens, visando à garantia de serviços e ações que possibilitem a prevenção, promoção e recuperação da saúde masculina, em consonância com os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde), e qualificação da assistência por meio da humanização, e realização de cuidados integrais de saúde (BRASIL, 2009).

3.4 PARTICIPAÇÃO DO HOMEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ATENÇÃO BÁSICA

Destaca-se um modelo de atenção voltado às ações e serviços desenvolvidos de forma individual e coletiva, pautadas na assistência integral às pessoas e exigências de sua comunidade (BRASIL, 2008). Partindo do pressuposto de que este modelo de assistência voltado à família e destinado a grupos específicos, como saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, saúde do idoso, e saúde do homem, deixa a desejar (GOMES, 2003).

Figueiredo (2005), expressa que para compreender o problema pertinente ao homem e serviços de saúde temos que observar uma complexa relação que envolve um triplo dimensionamento. Em primeiro lugar, o homem na qualidade de sujeito em divergentes aspectos de vida. Em segundo lugar, a assistência de saúde, como se dá esse atendimento ao homem em relação às suas singularidades. E o terceiro, envolve laços existentes entre o homem e a assistência de saúde.

Contudo destaca-se, de acordo com o autor acima citado, a necessidade que a saúde do homem precisa ser vista com mais atenção para sua efetivação, primando pela quantificação, qualificação, humanização e integralidade considerando suas especificidades e relações culturais, familiares e sociais.

Braz (2005) explicita a construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem, ressaltando que a temática 'saúde do homem', em contraposição à saúde feminina, tem sido pouco discutida e enfatizada nas políticas públicas e nas investigações. Através da análise de Pinheiro (2002) que apontam que existem mais homens em internamento em estado geral grave, como para a assistência nos serviços e emergência, mostrando a necessidade de formular e inovar propostas de atendimento direcionadas ao gênero masculino.

Figueiredo (2005) elucida que a ideia de que as Unidades Básicas de Saúde são serviços destinados quase de exclusivamente às mulheres, crianças e idosos, destacando a pouca procura pelos homens aos serviços primários, e enumerando, ainda, quatro possibilidades de justificativa da ausência dos homens, ou sua invisibilidade nesses serviços, e que estão atribuídas a fatores sociais de identidade masculina, que não se preocupa com a saúde. Outra condicionante é a procura pelos serviços de pronto atendimento, pronto socorros e farmácias, que são atendimentos que demandam menos tempo. A terceira justificativa está atribuída à

UBS, onde os homens sentem dificuldade de serem atendidos por considerarem um espaço feminino, haja vista, ser frequentado, em sua maioria, por mulheres, e ainda, os profissionais em grande parte serem do sexo feminino.

A última justificativa segundo Figueiredo (2005) é que as Unidades Básicas de Saúde desenvolvem pouco ou nenhum programa e atividade acessível aos homens. Levantando questionamentos sobre as necessidades de saúde dos homens e ampliação dos serviços, necessitando focalizando a atenção à saúde do homem que contemple ações e programas particulares à população masculina e que se articule a cada região.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Este tópico elucida o tipo de pesquisa, o local em que foi realizada, a população participante, amostras, os instrumentos utilizados para a coleta de dados e os procedimentos necessários para sua realização, aspectos étnicos, financiamento, orçamento e cronograma, produção e análise dos dados, bem como as considerações bioéticas para a realização desta pesquisa.

4.1 TIPO DE PESQUISA

O estudo em foco possui caráter descritivo e exploratório, resultando em uma investigação quantitativa e qualitativa, ao buscar analisar os entraves oriundos da não procura pelos serviços primários de saúde pelo gênero masculino em algumas Unidades Básicas de Saúde do Município de Mossoró. Para a realização desse estudo fez-se a necessária utilização de pesquisas em livros e artigos científicos retirados de sites da internet.

Segundo Gil (2009) a pesquisa é definida como um processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico, utilizando metodologia científica, permitindo a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social, e tem como objetivo fundamental descobrir repostas para problemas mediante o emprego de procedimento científico.

Pesquisas descritivas são realizadas com o propósito de descrever aspectos de uma população ou analisar a distribuição de determinadas características ou atributos, onde os fatos serão observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles (RICHARDSON, 2010).

A pesquisa exploratória tem como principal objetivo a formulação de questões ou de um problema, com a finalidade de proporcionar uma visão geral de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis, para a realização de um estudo futuro mais preciso (MARCONI; LAKATOS, 2007).

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2010), é caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada de situações apresentadas pelos entrevistados como as relações, crenças, percepções e das opiniões, através de coletas e/ou produtos das interpretações que os mesmos fazem a respeito de como vivem sentem e pensam. Já a quantitativa, caracteriza-se pela quantificação tanto

das modalidades de coleta das informações, quanto por meio de estatísticas, desde a mais simples a mais complexas (RICHARDSON, 2010).

4.2 O LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em três Unidades Básicas do município de Mossoró, ressaltando-se que a escolha por essas áreas de abrangência deu-se por meio de fatores estratégicos, como a importância do componente familiar no âmbito de formação educacional, social e afetiva (GUTIERREZ e MINAYO, 2008). Compreendendo que nas Unidades Básicas de Saúde são considerados os serviços primários à saúde dos indivíduos, e onde a PNAISH deve ser desenvolvida através de ações e serviços para os homens. E por serem locais os quais foram campo de estágio para acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/FACENE.

- UBS Francisco Pereira de Azevedo. Av. Pedro Paraguai, S/N, Liberdade I.
- UBS Vereador Lahyre Rosado. Rua: João Nepomuceno de Moura, S/N, Sumaré.
- UBS Doutor Antônio Soares Júnior. Rua: Antônio Geraldo de Medeiros, S/N, Bom Jesus.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população para a efetivação da pesquisa foi formada por homens usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS). A amostra é constituída de cinco (05) homens que estejam recebendo assistência em cada uma dessas Unidades Básicas de Saúde do município de Mossoró, perfazendo um total de quinze (15), utilizando a técnica de amostragem aleatória.

População, segundo Gil (2009), que é um conjunto de indivíduos que possuem pelo menos uma característica em comum, é um termo, em geral, usado para se referir ao total de habitantes de um lugar.

Ainda segundo o mesmo autor, a amostra aleatória consiste em atribuir a cada elemento da população um número único, para depois selecionar alguns

desses elementos de forma casual. Os métodos utilizados para estabelecer equivalência estimativa de pesquisa podem ser desde o uso de simples dados para sorteio até as tabelas de números aleatórios.

Os critérios de inclusão para os participantes foram:

- Participantes que residam nas áreas de abrangência das UBS's;
- Serem do sexo masculino;
- Possuírem condições mentais preservadas;
- Faixa etária de 20 a 75 anos.

Os critérios de exclusão utilizados ocorreram com homens que não residem nas áreas de abrangência das UBS's e que não tenham interesse e/ou disponibilidade em participar da referida pesquisa.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A obtenção de dados da pesquisa deu-se por meio de um roteiro de entrevistas. Segundo Marconi e Lakatos (2007), na realização deste tipo de instrumento o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe fórmula perguntas de maneira metódica; proporcionando ao investigado, verbalmente, as informações necessárias para a coleta de dados.

Segundo Gil (2009), este instrumento de coleta de dados é constituído por um roteiro de entrevistas onde a presença do investigador é fundamental para a obtenção de informações ao apresentar questões elaboradas de forma simplificada e com clareza, possibilitando que a leitura pelo investigador e entendimento pelo investigado ocorram sem maiores dificuldades.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE – FAMENE João Pessoa – PB e encaminhamento de Ofício pela Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE, Mossoró-RN, foi realizada a coleta de dados por meio de entrevistas que foram gravadas com um MP4 e, posteriormente, transcritas na íntegra para avaliação e discussão dos dados.

Marconi e Lakatos (2007) citam que a entrevista é um encontro entre duas pessoas, afim de que uma delas obtenha informações a respeito do que as entrevistadas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, diante do assunto abordado para a coleta de dados para a pesquisa.

Antes da aplicação do instrumento para coleta de dados, os participantes foram informados quanto aos objetivos e metodologia da pesquisa, bem como em relação à garantia do sigilo das informações. Os participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que serão mantidos em arquivos por cinco anos, pela pesquisadora responsável.

A coleta de dados foi realizada no período correspondente entre o mês de setembro e outubro, do ano em referência na pesquisa.

4.6 ESTRATÉGIAS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Dentre os eixos norteadores para os procedimentos metodológicos para a análise dos dados quantitativos visando uma melhor interpretação foram realizadas técnicas estatísticas, representadas por gráficos, e a posterior interpretação destes, oferecendo ao pesquisador melhor entendimento da literatura.

Este método utilizado por meio de habilidade, evidenciando de forma sucinta e precisa para uma melhor compreensão, pode ser utilizado na forma de gráficos analíticos ou informativos (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Outra forma metodológica utilizada foi à análise qualitativa, desenvolvida através da técnica analítica do discurso por categorização, que é compreendida por uma classificação de elementos que constituem um conjunto, estando a diferenciação, seguida de reagrupamento por meio do gênero pautado em critérios previamente definidos (BARDIN, 1979).

Vale salientar, que esse procedimento é uma tentativa de delinear, na objetivação durante a análise, todo o conjunto de material a ser analisado nos mesmos critérios e respeitando o princípio da homogeneidade para realizar uma categorização, subdividida em quatro, a saber, exaustiva, exclusivas, concretas, e por último, a adequada, que compreende que sua categorização deve ser adaptada ao conteúdo e ao objetivo a que se quer chegar (MINAYO; DESLANDES E GOMES, 2007).

Os participantes da pesquisa foram identificados por nomes de super-heróis, como forma de preservar a identidade e abordar a questão do gênero.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Isto posto e após a pesquisa ser analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança /FACENE, e estando o mesmo estudo pertinente aos requisitos legais da Resolução CNS 466/2012, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, dando âmbito às seguintes definições de que pesquisa tem o objetivo de desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável, pesquisa envolvendo seres humanos, protocolo de pesquisa, pesquisador responsável, instituição de pesquisa, promotor, patrocinador, risco de pesquisa, dano associado ou decorrente da pesquisa, sujeito da pesquisa, consentimento livre e esclarecimento, indenização, ressarcimento, comitês de ética em pesquisa, vulnerabilidade, incapacidade de dar o seu consentimento (BRASIL, 2012).

E que o mesmo estudo atende a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem/COFEN 311/2007, compreende ao código de ética da enfermagem, o qual inclui ao profissional os seus direitos, princípios e responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética, além de atender aos interesses da classe, levando em consideração a assistência em enfermagem à população (COFEN, 2007).

Como foram citados, os aspectos legais de proteção aos seres humanos na pesquisa foram prontamente atendidos. Posterior à análise e à aprovação, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança /FACENE, foi executada a coleta de dados.

Os homens, concordantes com a pesquisa, assinaram o Termo de Livre Consentimento, e tiveram a total autonomia quanto à recusa na participação da pesquisa, bem como a uma desistência em qualquer momento.

Informamos ainda, que o referido trabalho apresenta como risco gerar constrangimento no participante da pesquisa, apesar de ter como benefícios contribuir na discussão sobre a temática abordada e na melhoria da qualidade da assistência ao homem na atenção básica de saúde, sendo esta de extrema

importância para o campo acadêmico para que desta forma possa ser instrumento para construção de outros trabalhos.

4.8 FINANCIAMENTO

O custeio com a construção da pesquisa foi de total responsabilidade da pesquisadora participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança se responsabilizou em disponibilizar o referencial bibliográfico disponível em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como a disponibilizou sua bibliotecária, o professor orientador e a banca examinadora.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Esse capítulo objetiva descrever, organizar e discutir os dados coletados no percurso da pesquisa com o intuito de alcançar os objetivos propostos, onde na primeira parte, serão observados os dados de análise quantitativa referentes à caracterização da amostra, e na segunda parte, os dados de análise qualitativa.

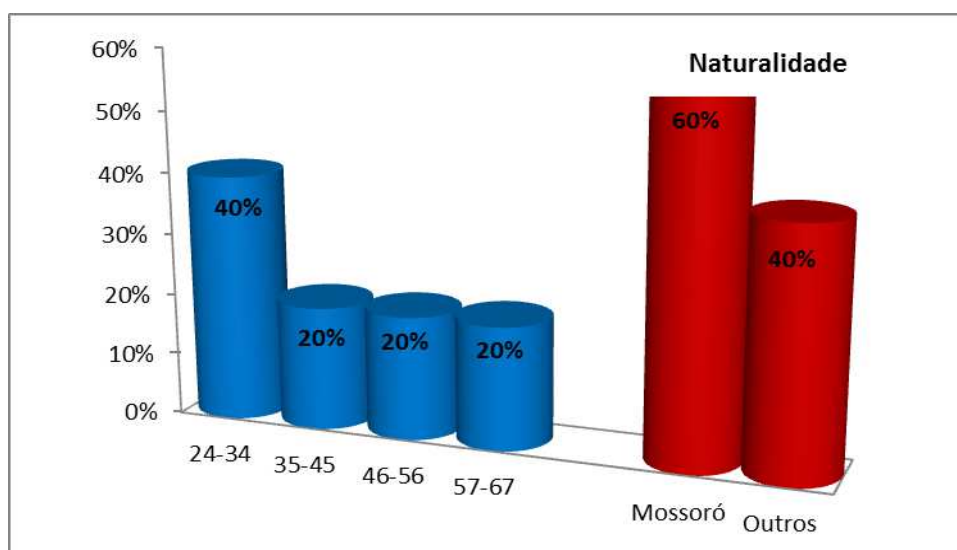
5.1 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS

A coleta dos dados quantitativos foi realizada por meio de um roteiro de entrevistas, o qual oferece ao leitor a descrição de informações sobre a situação socioeconômica dos participantes, contendo perguntas sobre idade, naturalidade, estado civil, escolaridade, profissão, jornada de trabalho, local de trabalho, o uso de tabaco e consumo de álcool.

Segundo o Instituto de Geografia e Estatística – IBGE as modificações sociais e econômicas às quais nossa sociedade passa reflete nas condições de vida e saúde da população, alavancando assim, demandas para o sistema de saúde, moldando uma nova visão de necessidades de cada cidadão.

Os dados coletados para efetivar a análise quantitativa serão visualizados a seguir em forma de gráficos estatísticos para melhor interpretação dos resultados adquiridos destacaremos a idade e naturalidade dos participantes da pesquisa.

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes por faixa etária e naturalidade.



Fonte: PESQUISA DE CAMPO, FACENE-RN 2014.

Participaram da pesquisa 15 homens na faixa etária de 24 a 67 anos, havendo predominância de 40% entre as idades de 24 a 34 anos, e 20% entre as idades de 35 a 45 anos, 20% de 46 a 56 e 20% de 57 a 67 anos de idade.

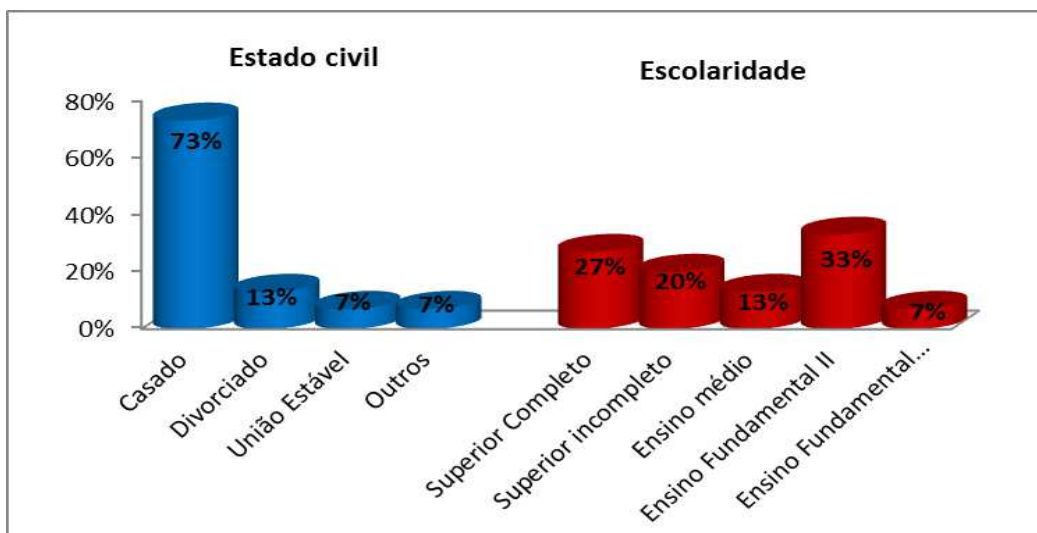
No que se refere à naturalidade, 60% são naturais de Mossoró e os outros 40% de cidades próximas, mas, que possuem residência nas localidades adstritas das UBS's.

Este gráfico demonstra a faixa etária na qual podemos vislumbrar um pouco a quebra da estigma da invulnerabilidade dos homens com idade entre os vinte e trinta anos, (40%) destes dados podem estar associados à política de saúde que foi desenvolvida em 2008. A política de saúde do homem, foi implementada com o intuito de quebrar paradigmas inerentes ao gênero masculino que procuram os serviços de saúde de forma imediatista e curativista (BRASIL, 2009).

Segundo Braz (2005) o homem possui uma estrutura educacional resguardada na negação de fragilidade e invulnerabilidade ao adoecimento, ficando assim, mais propício a agravos físicos e psíquicos que poderiam ser evitados em muitos casos.

Já na perspectiva da naturalidade, essa demonstra o crescimento da população da cidade de Mossoró, sendo 60% nascidos e residentes e 40% são naturais de cidades próximas, mas, possuem residência fixa nas localidades adstritas as UBS's, caracterizando, assim, a busca por novos meios de sobrevivência, mudança de habitat para construção de novos lares, e almejando melhores condições de vida (JORGE; CARVALHO, 2010).

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes por estado civil e escolaridade.



Fonte: PESQUISA DE CAMPO, FACENE-RN 2014

Neste gráfico podemos observar que 73% dos homens são casados, 13% divorciados, 7% união estável, e 7% em situações mais diversas. É importante destacar que a predominância dos homens que se encontravam em uma Unidade Básica de Saúde é de casados, refletindo-se assim, no cuidado de suas mulheres. Existindo, portanto, um percentual de homens que ao ver suas mulheres buscando o serviço de saúde, dirige-se ao serviço preventivo, seja para o cuidado consigo, seja para com o familiar. De acordo com os estudos realizados por Schraiber; Gomes; Couto (2005) destaca-se que homens casados procuram mais o serviço de saúde do que os que não possuem parceira.

No item escolaridade, 27% possuem ensino superior completo, 20% superior incompleto, 13% ensino médio, 33% ensino fundamental II completo, 7% ensino fundamental II incompleto.

Gomes (2007) aponta que homens que possuem ensino superior compreendem a problemática em questão, mas, no entanto não colocam o conhecimento direcionado a seu favor, ou seja, há pouca procura pelo serviço de saúde.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes por profissão, jornada de trabalho e local de trabalho.

Profissão	%
Funcionários Públicos	33,3%
Comércio	26,7%
Autônomos	6,7%
Agricultores	6,7%
Aposentados	6,7%
Marinheiros	6,7%
Frentistas	6,7%
Estudantes	6,7%
Jornada de trabalho	%
6h/dia	20%
8h/dia	33%
12h/dia	13%
9h/dia	7%
Não possui jornada de trabalho	13%
Indeterminada	7%
Confinamento	7%
Local de trabalho	%
Prefeitura de Mossoró	27%
Décimo Segundo Batalhão de Polícia Militar de Mossoró	7%
No Campo	7%
Navio	7%
Posto de Combustível	7%
Centro comercial do município	13%
Escritório	13%
Táxi	7%
Sem ocupação	13%

Fonte: PESQUISA DE CAMPO, FACENE-RN 2014

Destacaremos aqui os participantes pelas suas profissões, sendo 33% funcionários Públicos, 27% trabalham no comércio 7% são autônomos, 7% agricultores, 7% aposentados, 7% marinheiros, 7% frentista, 7% estudante. No que diz respeito à jornada de trabalho, 20% possuem uma jornada de trabalho de 6 horas diárias, 33% possui uma jornada de 8 horas semanais e 7% relatou que era indeterminada, 13% 12 horas diária, 7% 9 horas diária, 13% não possui jornada são estudantes e aposentados, em 7% a jornada é por confinamento, 28 dias trabalhando por 28 dias de folga. Quanto ao local de trabalho, 27% trabalham na Prefeitura Município de Mossoró, 7% no Décimo Segundo Batalhão de Polícia Militar de Mossoró, 7% no campo, 7% navio, 7% no posto de combustível, 13% no centro

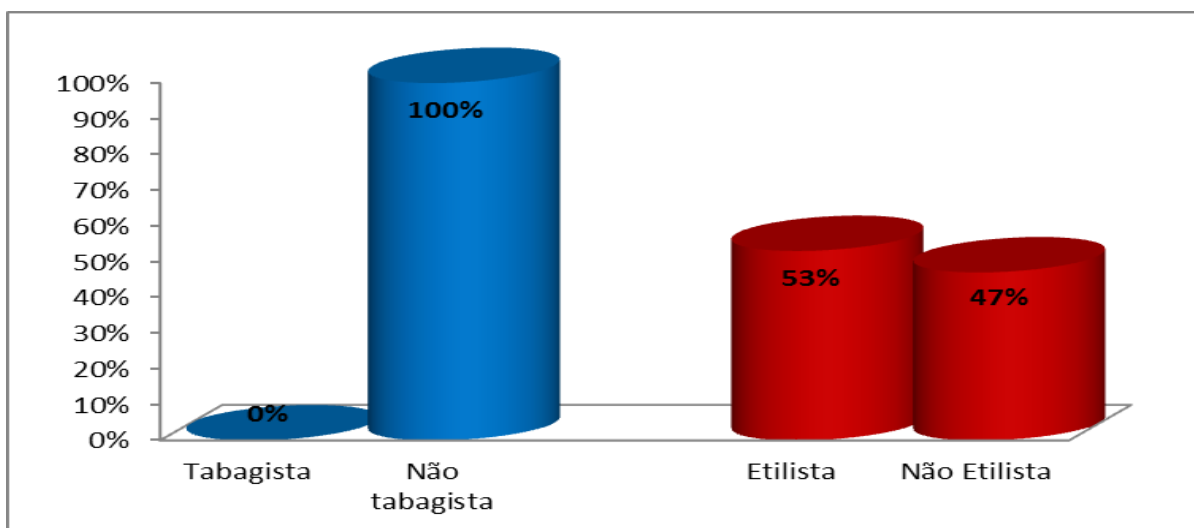
comercial do município, 13% em escritório e 13% estão sem ocupação e 7%, como em taxistas.

Esses dados corroboram com a questão da jornada de trabalho que impossibilita os homens de procurarem os serviços de saúde nas UBS's coincidindo com os horários de trabalho e dificultando o acesso e a investida dos mesmos na procura pelo serviço de forma preventiva, conseguinte o horário de funcionamento incompatível destaca o que os homens possuem receio de ser ausentes do trabalho para comparecerem a assistência à saúde. Contudo acredita-se que a adequação do horário estendendo-se ao noturno resolveria o aumento da demanda por parte dos homens.

Braz (2005) destaca que a incompatibilidade de horários nas UBS's sendo que seu horário de disponibilidade é até às 17 horas existindo desta forma um problema onde na maioria dos casos a um choque de horários inviabilizando que o homem busque o serviço de saúde de forma preventiva terminando por procura o serviço de forma imediatista nos serviços de urgência e emergência os quais comportam um horário de 24 horas de atendimento.

Evidenciamos também, que a não procura pelos serviços de saúde de forma preventiva, tem acarretado maiores custos ao sistema de saúde (BRASIL, 2009). Assim, como bem cita o autor, a problemática dos maiores custos poderia ser diminuída com uma simples consulta e determinaria ao homem, que se incorpora ao serviço de saúde, ser protagonista dos cuidados com seu próprio eu biológico.

Gráfico – 3 Distribuição dos participantes pelo uso de tabaco e consumo de álcool.



Fonte: PESQUISA DE CAMPO, FACENE-RN 2014

Através desses resultados evidenciamos que o consumo de álcool é um problema de saúde muito incidente em homens. Segundo o DATASUS (2006) a estimativa de internações por problemas mentais e comportamentais acometem, mais homens que mulheres.

Observamos, mediante os dados explícitos no gráfico, que 53% dos homens são etilistas e 0% tabagista. O Centro Brasileiro de informação sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID (2006) evidencia que o consumo de álcool está associado a transtornos graves e que seu impacto é dez vezes maior que o do conjunto das drogas ilícitas.

5.2 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

Mediante a análise e discussão qualitativas embasadas nos princípios da categorização posposta por Bardin, o autor elucida que a categorização pode ser previamente realizada por meio de um conhecimento que o pesquisador possui ou por meio da análise do material de pesquisa (BARDIN, 1979).

Dessa forma, apresentaremos a caracterização dos participantes da pesquisa por meio de categorias que foram divididas em conhecimentos sobre a PNAISH, satisfação acerca de ações e serviços destinados ao homem, dia específico à saúde do homem e desafios na procura dos serviços.

Por meio das categorias apresentadas, foi desempenhada a análise dos dados dos quais destacaremos as considerações acerca das informações contidas nas falas dos entrevistados, opinião da pesquisadora e discussão da literatura consultada.

A fim de manter o anonimato dos participantes, os mesmos foram denominados com nomes de super-heróis, sendo eles: *Batman, Hulk, Capitão América, Homem – Aranha, Aquaman, Lanterna Verde, Professor Xavier, Homem de Ferro, Wolverine, Ciclope, Thor, Hellboy, Robin, Spike, Superman.*

Saliente-se que essa escolha se deu quanto ao fato de que, quando crianças, almejamos sermos heróis que se submetem a situações de risco e acreditam serem capazes e invulneráveis, que abandonam as suas necessidades em prol das necessidades do outro, sendo que todos possuem suas fragilidades, como o *superman* dos quadrinhos, que se enfraquece diante da kriptonita. Portanto, todos,

heróis ou não, necessitam de cuidados, e temos que buscar uma atuação ativa do homem nas UBS's.

5.2.1 Conhecimento sobre a PNAISH participação em ações

A fala dos participantes sobre a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem demonstra-nos a falta de conhecimento que os mesmos possuíam sobre essa política e o que ela realmente representa. Segundo Brasil (2008), a PNAISH foi instituída a fim de direcionar ações de atenção integral a saúde do homem, buscando por parte dos mesmos o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico de todos os homens. A seguir, transcrevemos essas falas que aduzem a “nossos” heróis:

Conheço, conheço, Saúde pública da.. do bairro e minhas filhas são da área de saúde e eu gosto de ler muito sobre saúde. (Batman)

Sim, As Ações que foram divulgadas pela imprensa. (Spike)

Acho que um pouco só, tou mei intermediário ai nessa questão. Eu as campanhas de televisão e internet. (Aquaman)

De acordo com Oliveira (2004) a masculinidade é considerada um espaço de sentido simbólico que molda atitudes, valores, funções, comportamentos e emoções desempenhados por uma cultura, onde os homens são suggestionados a seguirem outros que pactuam desses mesmos símbolos.

A PNAISH busca quebrar estigmas e paradigmas inerentes ao gênero masculino, o que elucida as altas taxas de morbimortalidade. Os homens não buscam o serviço de atenção básica como as mulheres, sendo acometidos dessa forma por agravos que poderiam ser evitados caso fosse feito com regularidade, medidas preventivas (BRASIL, 2008; FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO ET AL, 2002).

Gomes et al. (2011) enfatiza que os principais causas que levam o homem a procurar uma UBS's são doenças crônicas ou complicações desencadeadas pelas mesmas.

Somente 27% dos participantes afirmaram possuírem conhecimento sobre a política, 7% de forma intermediaria e os outros 67% não possuíam nenhum

conhecimento. Dentre os 27% que possuíam, não elucidavam de forma sucinta o conhecimento sobre a política nem a participação em ações de saúde.

Por meio dessas falas, observamos a necessidade da implementação de forma mais atuante da PNAISH para que esse público busque a assistência nas UBS's de forma efetiva, solucionando uma gama de problemáticas que são ocasionadas pela não procura pela atenção básica. A adesão dos homens à assistência de forma preventiva melhoraria a sua expectativa de vida, haja vista, viverem sete anos menos que as mulheres (IBGE, 2007).

Acredita-se que uma alternativa positiva à adequação dos homens às UBS's seria uma escuta qualificada por parte dos profissionais, o que possibilitaria aos usuários uma assistência integral, proporcionando aos mesmos a visão de que uma UBS pode ser um ambiente familiar que contribui de maneira ativa para uma melhora na qualidade de vida.

5.2.2 Satisfação acerca de ações e serviços destinados ao homem

Nessa categoria, evidenciamos a insatisfação dos homens no que concerne às ações e serviços destinados aos mesmos. Segundo Lucchese (2003) as políticas públicas de saúde possuem uma função que corresponde a proporcionar ao Estado resposta acerca das necessidades de saúde da população através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva. Assim reflete a fala dos entrevistados:

Também to intermediário nessa questão assim. Porque acho que poderia ser um pouco mais eficiente, mas, mas específico, acho que a questão da mulher da saúde da mulher e bem mais observada que a do homem. (Aquaman)

Necessita um pouco mais de informação. (Spike)

Eu to achando pouco era pra te mais certo, mas o homem era pra se precaver mais se cuida mais da saúde porque o homem esta deixando muito a desejar. (Batman)

O Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi instituído em 1983, através de movimentos feministas e sanitaristas. O PAISM era direcionado à assistência ao pré-natal e ao parto, construindo uma proposta de

atenção à saúde das mulheres por meio do atendimento às suas singularidades e necessidades múltiplas.

Diante do exposto, podemos observar que as medidas de saúde destinadas à proteção da mulher estão há mais tempo no quadro de políticas públicas do país, e que, mediante este fato estas possuem um cuidado maior com a própria saúde do que os homens, sentindo-se mais familiarizadas com o ambiente e por isso, os profissionais da área da saúde possuem um melhor engajamento com este público; diferentemente do que é visualizado em relação à saúde do homem, ou seja, a organização e capacitação dos profissionais para trabalhar com esse público ainda está passando por adequações.

5.2.3 Dia específico à saúde do homem

As falas colhidas nas entrevistas evidenciam que os entrevistados não possuíam conhecimento se na unidade básica existia ou não dia específico para seu atendimento e outros relataram que não existia, depreendendo-se daí, falhas no serviço de saúde prestada nas unidades e das atenções básicas que não disponibilizam um dia para ações e serviços para esse público:

Que eu saiba não. (Ciclope)

Não sei. (Superman)

Não conheço nenhum dia. (Homem-Aranha)

O período que eu conheço só o período de Novembro, Novembro azul dia específico eu não conheço. (Spike)

A PNAISH foi proposta e demonstra que a população masculina busca os serviços de saúde especializados e necessita de meios que qualifiquem e fortaleçam a atenção básica para atuação de maneira incidente na promoção à saúde (BRASIL, 2008).

O cuidado com a saúde é considerado um estigma para muitos homens, os quais estão relacionados ao estereótipo de gênero e aspectos culturais e sociais que permeiam este público. Outro fator da não adesão são as barreiras institucionais que ainda não têm como equacionar o horário de trabalho e a espera pela assistência (GOMES, 2003; KEIJZER, 2003; SCHRAIBER et al, 2000).

Caminhando de encontro aos questionamentos expostos pelos autores acima destaque que a não aderência de um atendimento específico ao homem é um problema institucional que necessita ser solucionado para chamar a atenção deste público que possui necessidades específicas de promoção e intervenção de saúde multifatorial.

5.2.4 Desafios na procura dos serviços

Nessas falas podemos explicitar fatores que interferem na não aderência às medidas de proteção à saúde, à assistência na atenção básica, que é considerado a porta de entrada para o serviço de saúde.

O machismo. (Lanterna Verde)

Por não ter o serviço específico para saúde do homem a gente fica assim um pouco com receio, vergonha, certo, por que não é uma coisa assim muito, muito aberta ao público masculino...Tem também a questão do preconceito por ser homem, fica aquela questão, mas também, o corre-corre do dia a dia...O preconceito é o que nos deixa assim com mais vergonha de procurar a unidade básica pra conversar sobre essa questão da saúde do homem. (Aquaman)

Vivemos numa sociedade em que o papel de cuidadora é algo feminino e relacionado ao cuidado que não é inerente ao homem e sim uma especificidade da mulher (WELZER-LANG, 2004; LYRA-DA-FONSECA et al, 2003; TELLERÍA, 2003; HARDY; JIMENEZ, 2000; MEDRADO et al, 2005).

A desvalorização ao seu autocuidado está associada ao estado de fraqueza adquirido por meio da masculinidade (COSTA, 2003). Estão na identidade masculina, papéis sociais e culturais que aludem ao gênero como o machismo e a invulnerabilidade ao biológico e seu processo de adoecimento (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Segundo Braz (2005) o homem é vítima de preconceito por ser considerado um ser forte, de forma física e emocional, o que resulta na não procura pelo serviço de saúde. Outro problema visto pelos homens é a quebra de sua privacidade em relação a manusear suas partes íntimas evidenciando que sua opção sexual será violada.

Nessa perspectiva, estão as falas abaixo que permeiam a dificuldade de acessibilidade dos homens com aspectos voltados a negativa da prevenção pela ausência do patológico.

A falta de interesse de prevenção, só vou quando tiver doente.´´
adoecimento. (Superman).

O fato de não esta doente. (Homem de Ferro)

Eu que é mesmo o, é. (...)Digamos uma falta, não apresentou ainda pelo menos de forma clara um tipo de doença então em função disso eu nunca procurei.(Spike)

A PNAISH almeja sensibilizar os homens acerca do reconhecimento e atuação dos mesmos no gozo de seus direitos, buscando a quebra de paradigmas como os destacados nas falas dos participantes que comprometem o acesso à atenção básica. Outro fator que não pode deixar de ser exposto é a maneira como os homens veem a UBS, como locais com aparência feminina, seja pela parte organizacional decorativa, seja pela maioria dos funcionários serem do sexo feminino.

Figueiredo (2005) explicita uma ideia de feminilização paralela ao cuidado de saúde que emergiu da dificuldade dos homens em expressar suas necessidades de saúde o qual é visto como fragilidade, em feminilização perante os outros. Gomes; Nascimento e Araújo (2007) evidenciam que os homens sentem vergonha de ficar exposto a outro homem ou a uma mulher, e junto a isso, o receio de que o médico descubra alguma patologia que o leva a risco de vida, quebrando o imaginário social de invulnerabilidade.

Pelas falas dos participantes a seguir entende-se que a necessidade de investidas maiores na saúde do homem com relação à falta de conhecimento que os mesmos demonstram não possuem sobre os serviços que lhes são destinados inibem sua investida a assistência a saúde nas UBS.

É o mal atendimento. (Professor Xavier)

A falta de conhecimento é um dos motivos na,na saúde do homem e na saúde publica. (Hellboy)

Falta de conhecimento. (Thor)

Mediante isso Paschoalick; Lacerda; Centa (2006) destacam que o atual cenário de saúde requer mecanismos de ação dos profissionais de saúde, para que,

desta forma, aumente a participação dos homens na acessibilidade e na atenção básica de saúde.

A partir desses questionamentos a não acessibilidade do homem ao sistema de saúde, e como já foi elucidado, do provedor do lar – em muitas famílias é do homem a responsabilidade no sustento familiar –, do patriarca, é uma questão historicamente arraigada à cultura estereotipada do gênero. Segundo Figueiredo e Schraiber (2008), uma das dificuldades encontradas na recusa pela assistência à saúde está ligada ao incômodo de se ausentar do trabalho.

trabalhando ai só procuro mesmo quando vou fazer um check-up geral, ou as vezes to doente ai procuro. (Wolverine)

As falas descritas reiteram o enfoque dado na identificação de consequências que permeiam o comportamento do homem em seu aspecto biológico, social, psicológico e emocional, e que o remetem a um imaginário de invulnerabilidade, inexpressividade, força e virilidade. Junte-se a isso o preconceito, o machismo, o problema de equacionar a jornada de trabalho com o horário da assistência nas UBS, dentre outros apontados e que nos expressam dificuldades de intervenção na promoção e prevenção de agravos a essa parcela da população.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos pressupostos de construção que modelaram esta pesquisa o referencial teórico metodológico nos permitiu aludir a uma diversidade de fatores transversais ao funcionamento dos serviços, ao conhecimento acerca da PNAISH, a questões inerentes ao estereótipo do gênero masculino enraizado culturalmente, aos aspectos sociais e psicológicos que interferem na adesão dos mesmos aos serviços de atenção básica de saúde, os quais foram analisados, organizados e discutidos por meio de categorias para melhor distribuição das falas dos participantes.

Neste contexto, salientamos avaliar a participação dos homens nos serviços de saúde de atenção básica, com o intuito de identificar através dessa avaliação, quais critérios explicitam a negativa do público masculino em adentrar ao serviço preventivo e sua relação com a PNAISH. Contudo, observamos falhas no sistema onde os homens possuíam pouco ou nenhum conhecimento acerca da política e apresentaram uma rejeição enorme ao verbalizarem sobre o assunto, atribuindo à política, uma invasão de sua privacidade.

Mediante isso, considera-se salutar a necessidade de uma implementação mais atuante por meio dos profissionais aos quais é perceptível a barreira institucional. Os homens não possuem um dia específico ao seu atendimento, não se sentem a vontade, por ser um ambiente considerado feminino e, como conseqüente, os profissionais envolvidos devem agir forma a procurar romper com atitudes antissociais e incorporar novos conceitos, numa linguagem acessível a eles para estimulá-los às medidas de prevenção, desmistificando os problemas que os impedem de atuar como protagonistas do seu autocuidado.

Estratégias devem ser elaboradas para tornar o ambiente mais neutro e ações e intervenções devem ser realizadas em seus nos locais de trabalho. Palestras devem ser feitas a fim de atraí-los para as unidades de saúde, visitas devem ser feitas às suas casas ou em lugares onde existam homens, nas praças, campos de futebol, entre outros. Observar se há adequação de um atendimento que ultrapasse as 17 horas, com disponibilidades de profissionais que garantam a assistência à sua saúde e à uma boa qualidade de vida, para que gozem dos seus direitos como cidadãos e possuam conhecimento dos agravos da não adesão ao serviço preventivo, envolvendo-se e procurando diminuir os índices de morbimortalidade.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed.70, 1979
- BRITO,R.S;SANTOS,D.L.A;MACIEL,P.S.O.Olhar masculino acerca de atendimento na estratégia saúde da familiar.**Rev.Rene**, 2010.
- BORSA, Juliane Callegaro; FIEL, Cristiane Friedrich. **O papel da mulher no contexto familiar**: uma breve reflexão. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt>>. Acesso em: 17 Maio 2014.
- BOZON, Michel. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/consultapublica>> Acesso: 20 mar. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais saúde**:Direito de Todos.4.ed. Brasília:MS, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>> Acesso: 25 mar. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/12. **Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2007**. Disponível em <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2007/educação/Brasil/>Acesso em 07 Abr. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.944. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Ministério da Saúde**. 2009b. Disponível em : <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944-27-08-2009.html> Acesso em 10 Abr. 2014.
- BRAZ, Marlene. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100016&lng=pt&nrm=iso> . Acesso em 04 Abr. 2014.
- CARRACA, S. Comentários diagonais sobre a emergência dos homens na pauta da Saúde coletiva. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.1, jan./mar. 2005.
- CARVALHO, G.I; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: Comentário á Lei Orgânica da Saúde Leis Nº 8.080/90 e Nº8.142/90. 4.ed. Campinas: Unicamp, 2006.
- CEBRID (2006). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil : estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005 / E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], -- São Paulo : **CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas**: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo.

COFEN. Resolução 311/2007. **Código de ética dos profissionais de saúde**. 2007. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html Acesso em: 20 Abr. 2014.

COUTO, T. M.; et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface-comunic., Saúde, Educação**, v. 14, n.33, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a03v14n33.pdf>. > Acesso em: 20 Abr. 2014.

D'ÁVILA NETO, M.I. O autoritarismo e a mulher: o jogo da dominação macho-fêmea no Brasil. Rio de Janeiro: Artes & Contos, 1994.

FIGUEIREDO W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p.105-9, 2005. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1413-8123200500017&lng=&nrm=isso. Acesso em: 05 Abr. 2014.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2005.

FONSECA, T.M.G. **Gênero, subjetividade e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2000.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES R, NASCIMENTO EF, ARAÚJO FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?scriit=sci_arttex&pid=S0102-311X2007000300015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 05 Abr. 2014.

GOMES R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, 2003

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007.

GOMES, R. **Sexualidade masculina: gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GUTIERREZ, D. M. D; MINAYO, S. C .M. Família, redes sociais e saúde: o imbricamento necessário. **Fazendo Gênero**, Florianópolis, n.8, ago. 2008. Disponível em: http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST34/Gutierrez-Minayo_34.pdf > Acesso em: 18 Abr. 2014.

KALCKMANN, S. et al. Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual. In: ADORNO, R.; ALVARENGA, A.; VASCONCELOS, M. P. (Org.). **Jovens, trajetória, masculinidades e direitos**. São Paulo: Edusp, 2005.

KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: CÁCERES, C.F. (Edit.). **La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina**. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003

KNAUTH, Daniela R.; MACHADO, Paula S. Comentários ao artigo “Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva”. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 Abr. 2014.

LAURENTI, R; JORGE, M. P. H. M.; GOTLIEB, D. L. S. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, 2005.

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Revista ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.447, 2003.

MACDONALD, J.J. Shifting paradigms: a social-determinants approach to solving problems in men’s health policy and practice. **M.J.A.**, v.185. n. 8. Out., 2006. Disponível em: http://www.mja.com.au/public/issues/185-_08_161006/mac10104_fm.html > Acesso em: 04 Maio 2014.

MACHADO, L.Z. Perspectivas em confronto: relações de gênero ou patriarcado contemporâneo? In: SIMPÓSIO RELAÇÕES DE GÊNERO OU PATRIARCADO CONTEMPORÂNEO, REUNIÃO BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA, 52., 2000. **Anais...** Brasília: SBP, 2000.

MACEDO, J.R. **A mulher na idade média**. São Paulo: Contexto, 1990.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia de Científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2007

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes**, Brasília, 2004.

MINAYO, M C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

NASCIMENTO, Pedro. Homem e saúde: diversos sentidos em camp. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 Abr. 2014.

NASCIMENTO, F. E; GOMES, R. Marcas identidárias masculinas e a saúde dos homens jovens. **Cad. Saúde Pública**, jul. 2008.

NASCIMENTO, F. E; GOMES, R.; REBELLO, S. F. E. L. Violência é coisa de homem? "A naturalização da violência nas falas de homens jovens". **Ciência & saúde Coletiva**, v.14, n. 4, p. 1151-1157, 2009.

NASCIMENTO, P. R. E; TRENTINI, M. Cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev.Latino-am Enfermagem**, v.12, n. 2, p.550-557, mar./abr. 2004.

PINHEIRO RS; VIACAVA F; TRAVASSOS C; BRITO AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v.7, 2002.

RICHARDSON,R.J. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas,2010.

SABO, Donald. O estudo crítico das masculinidades. In: ADELMAN, Miriam; SILVESTRIN, Celsi Brönstrup. (Orgs.). **Gênero plural**. Curitiba: Ed. UFPR, 2002.

SCHRAIBER LB, GOMES R, COUTO MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Abr. 2014.

SCHRAIBER LB. Eqüidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, W; MONTEIRO, S (Org.). **Gênero e saúde**: Programa Saúde da Família em questão. São Paulo:ABRASCO, 2005.

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

VILLELA, Wilza. Gênero,saúde dos homens e masculinidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Abr. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado Senhor,

Esta pesquisa tem como título “Os Aspectos do Gênero e a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do homem” e está sendo desenvolvida por Ríssia Kelly Ferreira Macedo de Oliveira (Pesquisadora Participante), aluna do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança- FACENE-RN sob a orientação da Professora Especialista Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (Pesquisadora Responsável). A pesquisa apresentada tem como objetivo geral: Analisar a participação dos homens nos serviços de saúde ofertados na atenção básica e a relação com a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem. E como objetivos específicos: destacar os condicionantes sociais e profissionais dos participantes; analisar, na opinião dos participantes o conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Integrada a Saúde do Homem; identificar a motivação dos homens à procura do serviço de saúde na Atenção Integrada da Saúde do Homem.

Justifica-se a presente pesquisa pela relevância desse tema ser significativa para o serviço de saúde, pois, poderá contribuir para novas estratégias de abordagem com os usuários e este trabalho possa ser objeto de uso na esfera disciplinar e social, quebrando o paradigma biologista.

A realização dessa pesquisa conta com a sua participação, por isso, solicitamos sua contribuição para participar da pesquisa. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada a sua privacidade, tendo, o senhor, a liberdade de se recusar a participar em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

Os dados serão coletados através de um roteiro de entrevistas, com questões referentes à temática. As entrevistas serão gravadas em um MP4 e depois transcritos o conteúdo, que posteriormente farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso e futuramente poderá ser publicado, no todo ou em parte, em eventos científicos, e outros, tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

Informamos, ainda, que o referido trabalho apresenta como risco gerar constrangimento no participante da pesquisa. Tem como benefícios contribuir na discussão sobre a temática abordada e na melhoria da qualidade da assistência ao homem na atenção básica de saúde, sendo esta pesquisa de extrema importância para o campo acadêmico e para que, desta forma, possa ser instrumento para construção de outros trabalhos.

A sua participação na pesquisa é voluntária, sendo assim, o senhor não é obrigado a fornecer as informações solicitadas pelas pesquisadoras. Ademais, estaremos à sua disposição para esclarecimentos que se façam necessários em qualquer etapa desta pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos sua valiosa contribuição ao conhecimento científico.

Eu _____
 RG nº. _____ CPF nº. _____, concordo em participar desta pesquisa, declarando que cedo os direitos do material coletado, e que fui devidamente esclarecido, estando ciente dos seus objetivos e da justificativa, inclusive para fins de publicação futura, tendo a liberdade de retirar meu consentimento, sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, ____/____/2014

 Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins / Pesquisadora responsável ¹

 Participante da pesquisa/ Testemunh

¹ Endereço residencial da pesquisadora responsável: Av. presidente Dutra, 701- Alto de São Mateus - Mossoró - RN- CEP 59628-000 Fone/Fax: (84) 3312-0143 E-mail: patriciahmcmartins@hotmail.com
 Endereço do Comitê de Ética e Pesquisa: Av. Frei Galvão, Nº12- Bairro Gramame – João Pessoa - Paraíba - Brasil CEP: 58.067-695 – Fone/Fax: +55 (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados

Roteiro de entrevista**PARTE I: DADOS REFERENTES A SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA**

1. Nome: _____

2. Idade _____

3. Naturalidade _____

4. Estado civil:

 casado União Estável Viúvo Outros

5. Escolaridade:

 Não Alfabetizado Ensino Superior Completo. Ensino Fundamenta I I Incompleto Ensino Superior Incompleto Ensino Fund. I Completo Ensino Médio Ensino Fund. II Incompleto Ensino Fund. II Completo.

6. Profissão: _____ Jornada de Trabalho: _____

Local de Trabalho: _____

7. Tabagista: a. Sim b. Não8. Etilista: a. Sim b. Não**PARTE II: dados referentes à procura pelo serviço de saúde.**

1. O senhor conhece a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem?
Através de quais ações de saúde?

2. O senhor está satisfeito com ações e serviços destinados ao homem?

3. Existe algum dia específico à saúde do homem na sua UBS?

4. Qual dificuldade o Senhor tem para procurar os serviços de saúde da UBS?

ANEXO

ANEXO A - Certidão



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN
 Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 7ª Reunião Ordinária realizada em 13 de Agosto 2014 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "OS ASPECTOS DO GÊNERO E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRADA A SAÚDE DO HOMEM", protocolo número: 93/14, CAAE: 34433414.2.0000.5179 e Parecer do CEP: 792.434, Pesquisadora responsável: **Patrícia Helena de Morais Cruz Martins** e das Pesquisadoras associadas: **Ríssia Kelly Ferreira Macedo de Oliveira, Cássia Maria Guerra de Sousa e Verusa Fernandes Duarte**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/12/2014, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 16 de Setembro de 2014

Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.
 Maria do Socorro Gadelha Nóbrega
 Vice-Coordenadora do CEP-FACENE/FAMENE

Maria do Socorro Gadelha Nóbrega
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FACENE/FAMENE