

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

RENATO VIDAL DE OLIVEIRA

**PRÁTICAS DE SAÚDE PARA O CUIDADO DO HOMEM NA PERCEPÇÃO DO
ENFERMEIRO E DO USUÁRIO DE UM MUNICÍPIO DO ESPIRITO SANTO**

VITÓRIA, ES
2018

RENATO VIDAL DE OLIVEIRA

PRÁTICAS DE SAÚDE PARA O CUIDADO DO HOMEM NA PERCEPÇÃO DO
ENFERMEIRO E DO USUÁRIO DE UM MUNICÍPIO DO ESPIRITO SANTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra

VITÓRIA, ES
2018

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

Oliveira, Renato Vidal de.
O48p Práticas de saúde para o cuidado do homem na percepção do
enfermeiro e do usuário de um município do Espírito Santo / Renato
Vidal de Oliveira. - 2018.
84 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória, EMESCAM, 2018.

1. Práticas de saúde. 2. Saúde do homem – Enfermagem –
Espírito Santo (Estado). 3. Políticas públicas. 4. Atenção primária
à saúde – Espírito Santo (Estado). I. Bezerra, Italla Maria
Pinheiro. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 610.73

RENATO VIDAL DE OLIVEIRA

**PRÁTICAS DE SAÚDE PARA O CUIDADO DO HOMEM NA PERCEPÇÃO DO
ENFERMEIRO E DO USUÁRIO DE UM MUNICÍPIO DO ESPIRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 05 de março de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Italla Maria Pinheiro Bezerra
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCM
Orientadora

Profª Drª Maria Carlota de Rezende Coelho
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCM

Profª Drª Solange Rodrigues da Costa
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCM

Dedico esta pesquisa em primeiro lugar à Deus que me propiciou estar nesta posição de estudos e a minha família, em especial a minha esposa que sempre está ao meu lado apoiando-me independente das circunstâncias.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pela oportunidade de crescer como ser social, profissional e mestrando, pois através de todo conhecimento adquirido posso contribuir com a sociedade, em especial aos homens que tanto precisam avançar no cuidado à saúde.

Agradeço em especial à minha esposa que sempre está ao meu lado, podendo contar com ela em toda e qualquer situação, me apoiando em tudo o que faço, sendo fundamental neste momento.

Agradeço aos meus familiares que me apoiaram nesta jornada acadêmica incentivando-me nos momentos mais difíceis, podendo tornar esse sonho uma realidade.

Agradeço aos amigos que compartilharam das minhas angustias e incertezas, apoiando-me neste momento de construção, em especial dedico este momento as amigas Jaçamar e Aldirene que me prestaram solidariedade e ajuda nos momentos mais difíceis.

Agradeço ao corpo docente que apoiaram o meu crescimento incentivando-me a continuar nesta caminhada com o exemplo de profissionalismo.

Agradeço ao espaço de escrita científica, aos bolsistas de iniciação científica e todos os seus integrantes, que contribuíram para a minha evolução com crescimento na área acadêmica e pesquisa científica, ajudando a compreender esse mundo acadêmico tão importante.

Agradeço a instituição EMESCAM que contribuiu nesta fase da minha vida oportunizando esse aprendizado e a minha orientadora Dr^a Italla Maria Pinheiro Bezerra que com o seu brilhantismo inquestionável nos momentos difíceis com sabedoria soube me orientar.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

(Carl Jung)

RESUMO

Introdução: São inúmeros os fatores que contribuem para a dificuldade da população masculina em frequentar os serviços de saúde. Frente a isso, o público masculino torna-se passivo a enfermidades e a um relevante aumento dos índices de morbidade e mortalidade. Nesse sentido, com o objetivo de aprimorar as ações de atenção integral a saúde dos homens, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. No entanto, observa-se a necessidade de maior exploração e compreensão pelos profissionais enfermeiros nessa área, além da insuficiência de estudos sobre a população masculina relacionados à promoção da saúde. **Objetivo:** Analisar a percepção de enfermeiros e usuários sobre as ações de atenção à saúde do homem à luz da Política Nacional de Saúde do Homem. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada no município de Vitória, ES, tendo como cenário as Unidades de Saúde da Família inseridas na Estratégia Saúde da Família do município. Para tanto, foram entrevistados enfermeiros inseridos nas unidades há pelo menos seis meses e usuários homens atendidos pela área adstrita. Os dados foram analisados a luz da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** Evidenciou-se que os profissionais de enfermagem enfrentam desafios principalmente no conhecimento da Política Nacional de Saúde do Homem e de como promovê-la na atenção básica, pois trata-se de uma política considerada recente; além dos entraves relacionados a “resistência” do público masculino frente as ações que são propostas. Identificou-se ainda que a saúde do homem permanece sendo vinculada ao conceito de ausência da doença, o que implica em ações mais pontuais com foco em doenças crônicas, não enxergando ainda a aplicabilidade da política voltada a saúde do homem de forma a atender princípios como universalidade e integralidade. **Conclusão:** Estas percepções apontam-se como barreiras que dificultam o acesso do homem aos serviços de saúde e, conseqüentemente, implicações na aplicabilidade dessa política.

Palavras-chave: Saúde do Homem. Atenção Primária à Saúde. Políticas Públicas.

ABSTRACT

Introduction: There are numerous factors that contribute to the difficulty of the male population in attending health services. Against this, the male public becomes passive to diseases and a relevant increase of morbidity and mortality rates. In this sense, to improve the actions of comprehensive health care for men, the Ministry of Health established the National Policy for Comprehensive Health Care for Man. However, there is a need for greater exploration and understanding by nurses in this area, as well as the lack of studies on the male population related to health promotion. **Objective:** To analyze the perception of nurses and users about health care actions in the light of the National Human Health Policy. **Method:** This is a qualitative study carried out in the city of Vitória, ES, with the Family Health Units included in the Family Health Strategy as a scenario. For this, nurses were enrolled in the units for at least six months and male users attended by the nurses' assigned area. The data were analyzed considering the technique of content analysis proposed by Bardin. **Results:** It was evidenced that nursing professionals face challenges mainly in the knowledge of the National Policy on Human Health and how to promote it in basic care, since it is a policy considered recent; in addition to the obstacles related to the "resistance" of the male audience towards the actions that are proposed. It was also identified that the health of the man remains linked to the concept of absence of the disease, which implies in more punctual actions with a focus on chronic diseases, not yet seeing the applicability of the policy directed at the health of man to comply with principles such as universality and completeness. **Conclusion:** These perceptions point to barriers that impede the access of men to health services and, consequently, the implications of this policy applicability.

Keywords: Men's Health. Primary Health Care. Public policies.

LISTA DE ABREVIATURAS

COREQ – Critérios Consolidados para relatar uma Pesquisa Qualitativa;

ESF - Estratégia Saúde da Família;

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

SUS – Sistema Único de Saúde;

USF – Unidade de Saúde da Família.

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa das Regiões de Saúde do Município. Vitória, ES, Brasil, 2018	26
Figura 2: Fluxograma da pré-análise de Bardin. Vitória, ES, Brasil, 2018.	29
Figura 3: Fluxogramas de exploração do material e tratamento dos resultados segundo Bardin. Vitória, ES, Brasil, 2018	30
Figura 4. Categorias e evidências identificadas no estudo segundo técnica de Bardin. Vitória, ES, Brasil, 2018.....	33

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 Concepções sobre o Homem na Sociedade	16
1.2 Saúde do homem e às políticas de saúde	19
2. OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo geral	23
2.2 Objetivos específicos	23
3. MÉTODO	24
3.1 Tipo de estudo.....	24
3.2 Local do estudo	25
3.3 Participantes da pesquisa	26
3.4 Instrumentos de coleta.....	27
3.5 Organização e análise dos dados.....	28
3.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa	31
4. RESULTADOS.....	33
4.1 Caracterização dos participantes do estudo.....	33
4.2 Categorias e evidências do estudo	33
5. DISCUSSÃO	34
5.1 A saúde do homem na concepção dos enfermeiros e usuários.....	34
5.2 Estratégias de implementação relacionadas as ações da saúde do homem	37
5.3 Desafios da busca do homem relacionado ao atendimento de saúde na estratégia saúde da família	39
5.4 Limitações	43
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
7. REFERÊNCIAS.....	45

Apêndice A – Entrevista direcionada aos Enfermeiros	50
Apêndice B – Entrevista direcionada aos usuários	51
Apêndice C – Manuscrito Submetido a Revista Cadernos de Saúde Coletiva	52
Anexo A – Comprovante de Submissão	77
Anexo B – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	78
Anexo C – Carta de Anuência Prefeitura de Vitória	82
Anexo D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	83

1 INTRODUÇÃO

Os fatores contribuintes para a dificuldade da população masculina em frequentar os serviços de saúde são inúmeros. Estes apresentam amplas restrições em reconhecer suas próprias necessidades, alimentando a ideia de rejeição em relação à possibilidade de adoecer (LAURENTI, 2005; SCHWARZ, 2012).

Contudo, o homem historicamente é mais acometido do que as mulheres quando se trata da saúde, tornado a mortalidade masculina preponderante quando comparada ao sexo feminino (SCHWARZ, 2012). No final dos anos setenta, iniciaram-se estudos com foco na saúde do homem. Nos Estados Unidos foi evidenciado que embora os homens se considerem mais “poderosos” que as mulheres, eles estavam em desvantagem quando se tratava de morbimortalidade (LAURENTI, 2005).

A clientela masculina apresenta historicamente grande dificuldade em seu autocuidado, o que permite o relevante aumento dos índices de morbidade e mortalidade, exigindo do profissional de saúde ações realistas que transformem o cuidado curativo em preventivo, inserindo esse público nos serviços de saúde (FONTES et al, 2011).

Entretanto, observa-se que a Atenção Primária à Saúde atende quase que exclusivamente mulheres, crianças e idosos. Há muitas hipóteses que podem esclarecer o motivo da não procura do público masculino às unidades básicas de saúde, entre elas, está a identidade masculina de gênero, que foi construída há muito tempo atrás tornando o homem um ser sem cuidados consigo, interferindo negativamente na saúde. Além disso, os mesmos preferem utilizar de outros serviços, tais como farmácias, prontos socorros, hospitais, onde eles são atendidos mais rapidamente (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Outro ponto em discussão está relacionado às diversas questões que justificam ainda mais a ausência do público masculino nos serviços de saúde, como o medo de descobrir algo indesejado, tendo eles em mente que não descobrir a doença seria uma proteção e, neste caso, um fator determinante seria a vergonha de expor o seu corpo diante dos profissionais, como exemplo claro deste fato, seria o toque retal, para

a prevenção do câncer de próstata. O homem é visto como viril, invulnerável e forte; procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Deste modo, percebe-se que fatores culturais interferem na invulnerabilidade masculina, levando em questão a forma como é visto pela sociedade. Além disso, os acessos aos serviços de atenção primária acabam que, na maioria, estão voltados tradicionalmente e mais especificamente para o atendimento a mulheres e crianças, esses fatores aliam-se ao fato de que os horários de funcionamento dos serviços coincidem com os horários laborais dos trabalhadores, e mesmo quando frequentam os serviços de atenção primária, nem sempre suas necessidades de saúde são supridas (SILVA et al, 2013).

Para Duarte, Oliveira e Souza (2012) a Política Nacional e Integral de Saúde dos Homens (PNAISH) está em sua maior parte voltada para as causas biológicas, de morbidade e mortalidade, sendo que esses aspectos não devem ser limitados, abrangendo também a socialização do homem e o meio econômico em que vive. É preciso conhecer de forma detalhada, o público que se quer atrair para os serviços de saúde e desenvolver práticas, em especial, voltadas para a promoção e prevenção de agravos enquanto eixos prioritários na ESF.

Entre os inúmeros problemas atuais no segmento masculino, os murais das unidades estão direcionados, de modo geral, às mulheres, crianças, doenças crônicas como hipertensão e diabetes, grupo de idosos e muitas vezes, pouco, ou, nada voltado para o público masculino, o que exige que esta realidade mude, através de estratégias de acolhimento planejadas diante de comportamentos observados no público alvo (DUARTE; OLIVEIRA; SOUZA, 2012).

Para Gomes et al (2008) a atenção primária, parece ser ainda falha em relação à qualificação dos seus profissionais para com o segmento masculino, resultando, assim, em um mal acolhimento, ou a falta desse, o que afasta os homens do serviço. Essa realidade implica na necessidade de adoção de estratégias voltadas para o aumento de serviços de saúde para esse público, despertando, interesses para os

homens cuidarem de sua saúde, resultando em uma porta de entrada qualificada e com acolhimento eficaz.

Neste contexto, com o intuito de aprimorar as ações de atenção integral à saúde deste grupo, o Ministério da Saúde destacou como uma das prioridades do governo à PNAISH cujo seu principal objetivo é fortalecer o desenvolvimento de ações e serviços que visam à prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento, além de diversificados métodos de promoção da saúde e proteção de doenças voltadas para esse público (BRASIL, 2008).

Contudo, apesar da criação da PNAISH necessariamente direcionada ao primeiro nível de acesso e de contato da população masculina com os serviços de saúde, priorizando ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, às ações dos profissionais na atenção primária continuam fragmentadas em suas políticas de enfermidade, os quais destacamos nesse estudo, o trabalho dos enfermeiros na Estratégias Saúde da Família (ESF). Esses profissionais devem apresentar algumas habilidades que promovam ações específicas de saúde, que incentive a ida do público masculino às unidades de saúde, enfatizando a multicasualidade do processo saúde-doença tendo como finalidade planejar, organizar e desenvolver ações individuais e coletivas com o público alvo, como ações de promoção à saúde, articulação de saberes técnicos e populares e mobilização de recursos direcionados a comunidade que solidifiquem essas ações (FONTES et al, 2011).

Observa-se que especificamente para a enfermagem, o universo masculino até o momento tem sido pouco explorado pelos profissionais dessa área. Existe também uma grande necessidade de compreensão do público masculino em relação aos cuidados do enfermeiro, levando muitas vezes em contraposição a compreensão de valores, crenças e interpretação de visão de mundo dos homens em relação aos cuidados de saúde aplicados pela Enfermagem. Destaca-se ainda a insuficiência de estudos sobre o empenho da masculinidade relacionado ao estilo de vida saudável e a promoção de saúde, esses são fatores que bloqueiam a compreensão destes em questões envolvidas no seu acesso aos serviços de saúde existente no país (SILVA, 2010).

Portanto, torna-se necessário maior investimento do sistema de saúde em capacitação para os profissionais de saúde acerca da saúde do homem no contexto da PNAISH. É importante evidenciar que estes serviços devem possuir condições de infraestrutura qualificadas para garantir uma melhor assistência ao público masculino. Sugere-se também a implementação de um horário de atendimento mais amplo e flexível para assegurar o acesso dos homens ao atendimento nas unidades de saúde (SOUSA et al, 2015).

A PNAISH está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que é a porta de entrada do SUS e, assim privilegia a ESF de forma a evitar a setorialização da saúde, com políticas de humanização, visando estimular o autocuidado e garantindo o direito a saúde e cidadania de todos os homens. Com isso visa qualificar a saúde masculina na intenção de preservar linhas de cuidado que garantam a integralidade do atendimento e também considera a heterogeneidade dos homens, desmistificando e indo na contramão da masculinidade hegemônica, que trata todos os homens de forma igual, ignorando suas particularidades (BRASIL, 2009).

Para tanto, a atenção primária deve ser bem gerida, sendo composta por uma equipe humanizada, considerando que não havendo essa humanização, as práticas de promoção e prevenção acabam sendo dificultadas. Quando há pouca participação da equipe, provavelmente, a qualidade do serviço é prejudicada. Desta forma, é necessária uma gestão qualificada e humanizada para um bom andamento do serviço de saúde, fornecendo à clientela um melhor atendimento, integrando o atendimento com a gestão (BRASIL, 2009).

A humanização na saúde e na enfermagem tem como papel fundamental o profissional e sua participação ativa no atendimento, sendo ele também um ser humano; é capaz de demonstrar diante da população atitudes humanas e “desumanas” baseadas no contato entre comunidade e serviço de saúde. Deste modo, acaba sendo necessário refletir sobre as ações que esses profissionais desenvolvem com vistas à humanização e as ações que atendam às necessidades da população (CASATE; CORRÊA, 2005).

Diante desses aspectos, questiona-se: como a saúde do homem está sendo percebida pelos enfermeiros da atenção primária a saúde? E, como o público masculino se percebe enquanto usuário do serviço de saúde?

Acredita-se na importância de investigar como as ações voltadas para a saúde do homem estão sendo implementadas, pois podem contribuir para uma reorientação das práticas de saúde e dos serviços, contribuindo para o acesso desse grupo populacional aos serviços de atenção primária, assim como potencializando as estratégias e políticas públicas.

1.1 Concepções sobre o Homem na Sociedade

A identidade do homem está atrelada à estrutura familiar no decorrer da sua criação e é transmitida dos pais para os filhos, atribuindo valores e crenças de uma forma geral, aos quais é denominado como um fenômeno chamado de transgeracionalidade e que ajuda a entender a dinâmica familiar, formando no pai e na mãe modelos de espelhamento e identificação para os filhos (FALCKE; WAGNER, 2005).

Observa-se que uma criança que advém de um lar afetado socialmente e que não é transmitido conceitos na formação, forjados em exemplos saudáveis, é transformado em um homem com comportamentos difusos e muitas vezes inaceitáveis. Portanto os estereótipos de gênero são implantados no sujeito pela cultura que o cerca e não podem ser facilmente desfeitos na vivência humana (FALCKE; WAGNER, 2005).

Por isso, desde o momento que nascem, aprendem-se os significados de como é ser homem e daí o mundo pode estereotipadamente, impor crenças e significados distintos como: azul ou rosa, fraqueza ou força, submissão ou dominação, o que pode ser certo ou errado. Dessa forma o sujeito não saberá distinguir, o certo e o errado quando adulto e passa a praticar atitudes que, para ele, são normais, mas para a sociedade podem ser absurdas (FALCKE; WAGNER, 2005).

A construção da subjetividade masculina é um processo árduo, porque desde pequenos, os homens são colocados a pensar que por serem do sexo masculino devem se diferenciar, dentre outros, das meninas, dos homossexuais e das crianças, sendo forjados para proteger-se considerando mais fortes. Esse pensamento pode

levá-los a uma caminhada árdua, e no quesito saúde, podem se colocar em uma posição de vulnerabilidade física e psíquica, uma vez que não seria “normal” pensar ou admitir que estão doentes ou que estejam frágeis em determinada situação; quando a partir daí verificam-se resistências em procurar auxílio, para não demonstrar fraqueza e até usando a força contra a mulher para se desvencilhar de problemas conjugais (BRAZ, 2005).

Aos homens é atribuído um modelo individual e coletivo de ser, que é intitulado como um modelo hegemônico de masculinidade, e esse conceito traz inferências no que diz respeito à procura de uma unidade de saúde, afetando negativamente o autocuidado deste tipo de paciente. O homem é considerado socialmente, dentre outros adjetivos, como: viril, forte e invulnerável, e o fato de recorrer a um serviço de saúde básica para fazer uma rotina preventiva os igualariam, no seu imaginário coletivo, como vulneráveis, comparando-os às mulheres que estão mais presentes nesses espaços de saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Assim, revela-se que por muito tempo essas diferenças de sexo no adoecimento e na morte foram consideradas naturais e as explicações apoiavam-se na biologia. Essa realidade interferiu em toda a construção de conhecimentos científicos e tecnológicos da área de saúde por determinado tempo (AQUINO, 2005).

De acordo com Sabo (2000) as construções de conhecimentos científicos e tecnológicos da área de saúde foram apenas estudos exploratórios nos anos de 1970, tangenciado pela teoria e política feministas, organizado conceitualmente em torno da premissa de que a masculinidade tradicional produzia déficit de saúde.

A partir de 1980, pensamentos e conceitos se transformam e avançam de forma mais consistente, evidenciando-se, inclusive, uma mudança de terminologia: de estudos dos homens para estudos de masculinidades (COURTENAY, 2000).

A palavra masculinidade surgiu no século XVIII, para explicar critérios de diferenciação entre os sexos (OLIVEIRA, 2004). Existem vários modelos de masculinidade, entre eles alguns são mais valorizados em detrimento de outros. Aquele que é mais valorizado apresenta maior legitimidade e se apropria de outros

modelos, passa a concentrar maior poder e, por consequência, torna-se o modelo hegemônico (CECCHETTO, 2004).

Freitas, Coelho e Menezes (2013) complementam que a masculinidade depende de muitos fatores e acreditam existirem vários tipos a depender da classe, da etnia e de outras características do meio sociocultural em que ela se desenvolve; para os autores em cada ambiente e tempo cultural existe um tipo de masculinidade que se sobrepõe que atua com mais força, com regras e prescrições a que mais os homens aderem.

A masculinidade legítima e valoriza, principalmente, a competição, a hierarquia, o individualismo, as proezas sexuais, a força corporal, a racionalidade, a distância emocional, a dominação e a coragem de se arriscar (FREITAS; COELHO; MENEZES, 2013).

Para Schraiber, Gomes e Couto (2005), a não adesão aos serviços de saúde por parte do homem advém de variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, há séculos enraizados na cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. O fato de o homem se julgar invulnerável implica no cuidado, propiciando que ele se cuide menos e se exponha mais às situações de risco.

Desde a infância, o homem foi criado para ser forte e nos dias atuais, mesmo não sendo tão comum de se ouvir que o homem não pode chorar; esse pensamento ainda é presente em muitas sociedades. Assim, embora o conceito de masculinidade venha sendo contestado e tenha perdido seu rigor original na dinâmica do processo cultural, a concepção ainda prevalente de uma masculinidade hegemônica é o eixo estruturante pela não procura aos serviços de saúde (WELZER-LANG, 2001).

Nesse contexto, essa cultura machista, muitas vezes ainda impregnada em suas raízes, faz com que os homens se tornem dependentes quanto à atenção de sua saúde, vendo na figura da mulher, o ser cuidador. Esse fato faz com que eles busquem pouco o serviço, necessitando de uma justificativa socialmente aceitável para procurar um serviço de saúde (KORIN, 2001).

O modo de perceber o processo saúde-doença vem dos ensinamentos do processo educativo familiar, onde os homens aprendem a desprender-se das qualidades

identificadas como femininas, assim como prega-se que chorar e expressar seus sentimentos é considerado como um ato de fraqueza (GOMES et al, 2011).

Entretanto, para Korin (2001), essa aceitação do gênero masculino no modelo tradicional é perigosa para a saúde dos homens e isto pode explicar a maior parte das diferenças de mortalidade entre homens e mulheres. Os indicadores de saúde ilustram que as doenças acometem mais os homens, traduzindo-se por maior mortalidade desse sexo em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas (LAURENTI et al, 2005).

Ao realizar estudo com homens hospitalizados foi evidenciado que estes se previnem menos e a procura ao serviço só acontece quando acometidos com presença de sintomas graves, já estando comprometidas suas funções econômicas e sociais (COSTA; MAIA, 2009). Essa procura tardia ao serviço de saúde traz prejuízo para a saúde do homem, muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária (BRASIL, 2008).

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, 2008).

Desta maneira, embora existam outros fatores que contribuam para que os homens não procurem os serviços de saúde, a concepção da masculinidade ainda prevalece, pois ainda se observa uma ideia de que ela pode ser abalada com a procura por atendimento de saúde, o que implica na assistência integral ofertada pelos serviços.

1.2 Saúde do homem e as políticas de saúde

A saúde do homem é compreendida como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis, desde a atenção primária até os serviços especializados (BRASIL, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde, em 2010, cerca de 3.217.197 homens com idade entre 20 a 59 anos de idade realizaram consulta médica, o que resulta em uma média

de 0,06 consultas/homem/ano. Esta situação de defasagem é reflexo de uma história de gênero que é inerente a formação e essência masculina (BRASIL, 2012).

Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2008), evidencia-se uma defasagem na comparação do cuidado que o homem tem em relação às mulheres, no que se refere às consultas médicas realizadas, 20,8% dos homens e 10,1% das mulheres com idade entre 20 a 64 anos referiram não ter realizado nenhuma consulta médica nos 12 meses antecedentes a pesquisa. As motivações para buscar atendimento médico na população total foram: 50% doenças em geral; seguidas por puericultura, vacinação ou outros atendimentos de prevenção (22%); problemas odontológicos (14%) e acidentes e lesões (6%). As mulheres apontaram uma maior procura por esses atendimentos de saúde (vacinação e prevenção – 24%), entre os homens este percentual foi de (19%); os homens frequentaram mais os serviços de saúde para os casos de acidentes e violências (IBGE, 2010). Outro estudo revela e confirma a tendência na proporção da procura por atendimento de saúde maior entre as mulheres (18,5%) do que para os homens (11,9%) (BRASIL, 2013).

Sabe-se que o principal acesso ao serviço público de saúde brasileiro é dado preferencialmente por meio da atenção primária, especialmente pela ESF, sendo considerada o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo esta responsável pela organização de fluxos dos usuários. Esse serviço é de fundamental importância na construção de práticas que visam a promoção da saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2012).

Com o objetivo de avançar com essas práticas, o Ministério da Saúde implementa políticas que visam melhorar os índices e os avanços das condições de vida da população brasileira. Com esse intuito foi implantada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída pela Portaria nº 1.944/GM, de 27 de agosto de 2009, que tem como principal finalidade a redução dos indicadores de morbidade, mortalidade e agravos essa população alvo (BRASIL, 2008).

A PNAISH ainda visa a adoção de ações que tragam à tona questões mais particulares dos homens, a fim de trabalhar a promoção de ações de saúde que possibilitem trazer a realidade mais próxima a eles homens nos seus mais diversos

contextos. A PNAISH vem de encontro com uma realidade que é a equidade de gênero e se faz presente na agenda mundial de saúde há mais de duas décadas, fazendo do Brasil o país pioneiro na introdução da saúde do homem, na área técnica do governo federal (PNAD, 2008).

Na implantação dessa política houve a deliberação de responsabilidades às quais seriam aplicáveis as três esferas governamentais, porém, embora existam divisões de deveres, em comum, deve-se realizar a promoção junto a população de ações de informação, educação e comunicação de saúde, com objetivo claro de divulgar a proposta da política e promover a articulação inter setorial e institucional (BRASIL, 2009).

A PNAISH objetiva identificar as principais enfermidades e agravos à saúde, de modo que possa, estrategicamente, fazer um recorte metodológico na população masculina entre 20 a 59 anos, não restringindo, mas, incorporando uma parcela correspondente a 41,3% da população masculina que é considerada a força produtiva, exercendo um papel sociocultural e político importante na sociedade (BRASIL, 2009)

Em relação à essa política:

- a) O 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;
- b) Articular-se com as diversas áreas do governo com o setor privado e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à saúde e a qualidade de vida da população masculina;
- c) Fornece informações e orientação à população masculina, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem;
- d) Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;

- e) Realizar capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem, além da disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
- f) Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários; (BRASIL, 2008, p. 30)

As diretrizes são linhas de ação a serem seguidas para se elaborar planos em cada esfera de atuação da política, devendo contemplar os seguintes preceitos: integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade, de forma que se possa não apenas planejar, mas conseguir cumprir as metas do programa. Traz a integralidade como a sua principal diretriz que se baseia em duas perspectivas:

- a) Trânsito do usuário por todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contra referência entre a atenção primária e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção;
- b) Compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que abranjam inclusive as determinações sociais sobre a saúde e a doença (BRASIL, 2009)

Assim, percebe-se que a PNAISH foi pensada considerando as questões individuais do homem em seu meio social, através dos quesitos econômicos, biológicos e comportamentais. Para sua efetivação é necessário que ocorram mudanças na percepção da população masculina em relação a sua saúde, assim como a de sua família. Entretanto, cabe aos serviços públicos de saúde, uma reorganização de práticas baseadas na promoção da saúde para que homens se sintam integrados e acolhidos, sendo que este fluxo seja de maneira associada, articulada com outras políticas, com estrutura hierarquizada de atenção à saúde, priorizando a atenção primária como porta de entrada preferencial do SUS, portanto, vinculada à PNAB, privilegiando a ESF, como modelo assistencial preferencial para a reorientação da atenção primária (BRASIL, 2012).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a percepção dos enfermeiros e dos usuários sobre as ações de atenção à saúde do homem desenvolvidas em um município do Espírito Santo.

2.2 Objetivos específicos

Descrever a percepção do (a) enfermeiro (a) e usuários sobre as ações de promoção e prevenção de saúde do homem;

Identificar os fatores que favorecem a não procura do homem aos serviços básicos de saúde;

Identificar as facilidades/dificuldades para busca do homem por atendimento de saúde do homem na Estratégia de Saúde da Família.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva desenvolvida a partir de abordagem qualitativa, conduzida de acordo com a guideline internacional para pesquisas qualitativas COREQ (Critérios consolidados para relato de pesquisa qualitativa), obedecendo aos 32 itens estabelecidos pelo *checklist* (ROCHA et al, 2016).

Assim, orientou num processo para adequação internacional do procedimento de coleta de dados utilizado no estudo, onde a pesquisa respeitou todos os itens propostos e assim os descreveu de acordo com o recomendado nas propostas em cada seção do método (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

A abordagem qualitativa permite compreender o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que, juntas, formam um conjunto de fenômenos humanos entendidos como parte da realidade social, considerando que o ser humano se distingue pelo pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2009).

Assim, a sua maior preocupação não está na generalização que se obtém na amostra, mas sim, na caracterização, na compreensão e na interpretação das informações que são coletadas e analisada sobre um determinado fenômeno que ocorre num grupo, portanto, não havendo a necessidade de se adotar uma sistematização de seleção da amostra como normalmente é usual no estudo quantitativo (MOURA; FERREIRA, 2005).

Os estudos exploratórios possibilitam uma descrição tanto qualitativa como quantitativa do alvo a ser estudado, permitindo que para a coleta de dados sejam utilizados diversos métodos tais como, observação, entrevistas, questionários. (LAKATOS; MARCONI, 2010).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Vitória, Espírito Santo. Segundo a Prefeitura municipal de Vitória (PMV), o município concentra 49,84% do PIB da região metropolitana da grande Vitória (RMGV) e 29,03% do PIB do Espírito Santo. A capital é responsável por 26,17% do total de empregos formais no Espírito Santo e 42,52%, na região metropolitana da grande Vitória (RMGV).

De acordo com o IBGE (2010), dados mais recentes, Vitória tem uma população total de 327.801 habitantes com estimativa de 363.140 habitantes para o ano de 2017, a população masculina estudada com faixa etária entre 20 e 59 anos contabiliza 2.448 homens e corresponde a 26,55% da população geral.

Teve-se como cenário, as Unidades de Saúde da Família pertencentes a Estratégia Saúde da Família do município, este, que possui um total de 29 unidades de saúde, das quais 23 são consideradas ESF, 6 são Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo duas destas bases para o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). Assim, o município possui um total de 79 equipes de saúde da família e estão distribuídas em seis regiões de saúde estabelecendo uma média de 3,4 equipes por unidade.

A distribuição das equipes é feita de acordo com a densidade demográfica da população adscrita a unidade de cada região, podendo ter 2, 3, 4 e até 5 equipes por cada unidade de ESF. De acordo com a coordenadora do Programa de Saúde do Homem do município de Vitória, a política está implementada nas 23 ESF, e o município segue a PNAISH de acordo com o protocolo do MS, portanto não havendo materiais adaptados pelo município de Vitória.

As ESF estão distribuídas nas regiões de saúde da seguinte forma: Forte São João (4 USF), Centro (3 USF), Santo Antônio (3 USF), Maruípe (8 USF), Continental (1 USF) e São Pedro (4 USF). Contemplam um total de 79 equipes somente nas USF.

Logo abaixo, observa-se o mapa da regionalização da saúde em vitória, com as unidades que foram contempladas circundadas em vermelho para a coleta de dados.

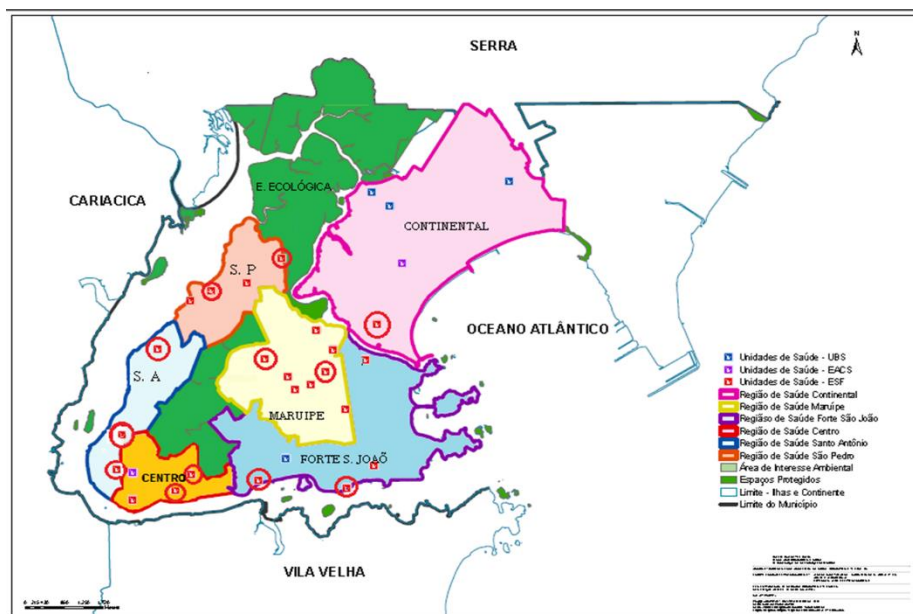


Figura 1. Mapa das Regiões de Saúde do Município. Vitória, ES, Brasil, 2018.

Fonte: Cartografia do município de vitória – ES, 2018.

Para se chegar aos cenários que fariam parte desse estudo, inicialmente foi realizado sorteio de forma aleatória nas seis regiões de saúde do município de Vitória, separando às ESF's igualitariamente, sorteando pelo menos, duas ESF's por cada região de saúde, gerando um total de 12 unidades.

Vale ressaltar que na Região Continental existe apenas uma Estratégia Saúde da Família, portanto, sorteou-se mais uma na região de Santo Antônio.

3.3 Participantes da Pesquisa

Participaram deste estudo os enfermeiros que compõem a ESF do Município de Vitória, tendo em vista que estes profissionais atuam no contato de acolhimento

direto com a população masculina. Assim como, usuários cadastrados nas unidades de saúde selecionadas.

Respeitando os critérios de inclusão do estudo, em relação aos profissionais, observou-se o tempo de serviço dos enfermeiros de um mínimo de seis meses de experiência de trabalho na ESF. Assim, dos 79 enfermeiros, 30 participaram desse estudo, sendo que durante as visitas, dois enfermeiros recusaram participar do estudo.

Quanto aos usuários, foram captados nas unidades participantes do estudo pelo menos dois usuários por unidade, perfazendo um total de 31 usuários.

Para preservar a identidade dos entrevistados da pesquisa utilizou-se a abreviatura “Enf”, para os enfermeiros e “R” para os usuários seguida do número relativo à ordem da entrevista (Enf1, Enf2, R1, R2 e assim sucessivamente).

3.4 Instrumentos de coleta

Os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevistas semiestruturado, conforme o que consta no apêndice 1, constituído com perguntas norteadoras que direcionaram para a investigação das práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais enfermeiros da atenção primária, em relação a saúde do homem e a implementação da PNAISH.

A entrevista direcionada aos enfermeiros abordou aspectos referentes à percepção que esses têm em relação as práticas de saúde voltadas para o atendimento do homem, tendo como referência a PNAISH.

As entrevistas semiestruturadas valorizam a presença do pesquisador e oferecem todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias a uma investigação de enfoque qualitativo. As entrevistas partem de certos questionamentos que não nascem a priori, mas de informações que o pesquisador já dispõe sobre o fenômeno que interessa estudar. Nesse sentido, o informante tem a liberdade para seguir a linha de seu pensamento

e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo pesquisador (TRIVINOS, 2009).

A aplicação das entrevistas foi realizada no período de Agosto a Outubro de 2017 a partir de agendamentos prévios. As entrevistas aconteceram antes ou depois de cada consulta de Enfermagem ou em horários reservados, de acordo com a preferência dos participantes do estudo, geralmente nos próprios consultórios de Enfermagem. As entrevistas dos usuários aconteceram em dias aleatórios seguindo as demandas dos atendimentos particulares a cada unidade.

Toda as entrevistas foram gravadas, com duração média de 10 a 15 minutos, e posteriormente foram transcritas na íntegra.

As entrevistas foram realizadas pelo autor do trabalho, mestrando do curso de políticas públicas e desenvolvimento local com o auxílio de alunos de iniciação científica. Esses receberam treinamento prévio com a professora orientadora da pesquisa acerca do processo de coleta de dados em entrevistas semiestruturadas.

Salienta-se que não houve relacionamento pessoal entre pesquisadores e participantes antes da realização das entrevistas, onde estes conheceram apenas a sua ocupação enquanto docente e suas linhas de atuação no trabalho acadêmico.

3.5 Organização e análise dos dados

A organização aconteceu mediante a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2009), seguindo uma organização dos dados por fases. Bardin (2009) propõe três etapas para melhor direcionar a análise, a saber:

- 1- Pré-análise: fase de organização propriamente dita. Nela escolhem-se os documentos que serão submetidos à análise, há a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração dos indicadores que fundamentem a interpretação final. Neste estudo, esta fase deu-se a partir dos depoimentos dos enfermeiros e usuários, iniciando com a transcrição e posterior interpretação dos mesmos.

- 2- Exploração do material: esta fase consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. Constitui a identificação das unidades de registro, unidades de contexto e temas que surgem a partir das leituras. Nesta etapa, foram identificadas as unidades temáticas e as unidades de registro deste estudo. No estudo isto aconteceu orientado pelas categorias analíticas advindas do referencial teórico adotado.
- 3- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta fase os resultados brutos são tratados de forma que ao final possuam um significado. Nela, o analista pode propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas. Na pesquisa, este momento se deu com a análise do material coletado tomando como referência o próprio referencial teórico adotado, políticas de saúde e a literatura.

Assim, após identificação dessas unidades, o material foi organizado segundo as categorias empíricas, que foram provenientes da busca das evidências expressas nas falas dos participantes do estudo, conforme demonstrado na figura 2, referente ao fluxograma de pré-análise.

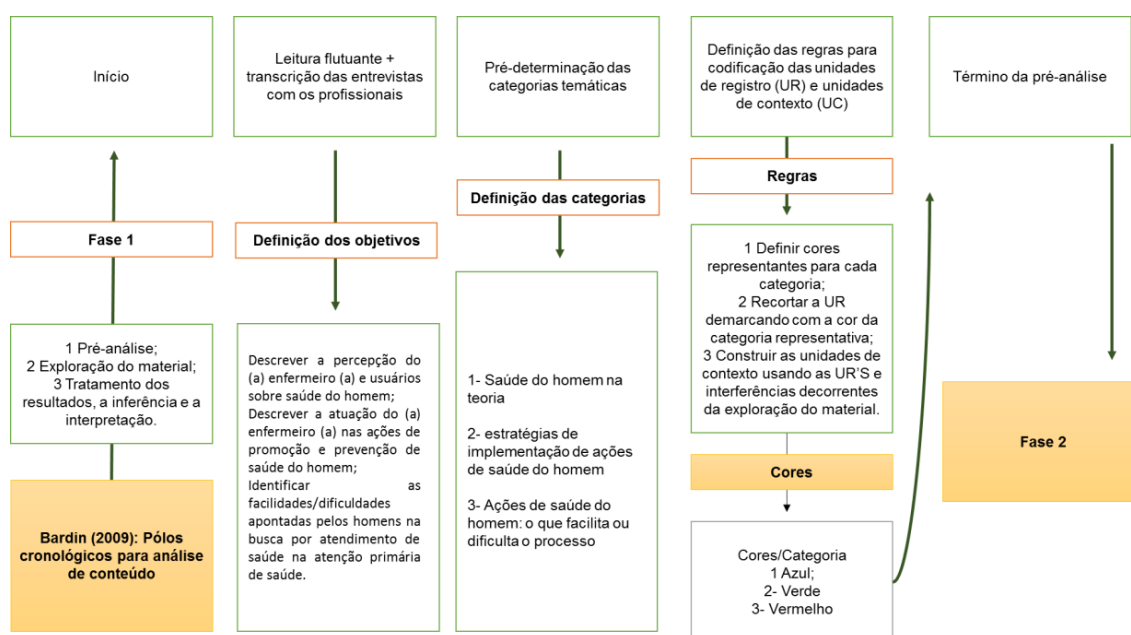


Figura 2. Fluxograma da pré-análise de Bardin. Vitória, ES, Brasil, 2018.

Posteriormente a esta etapa, seguem-se os demais passos da análise de Bardin, que são exemplificadas na figura 3.

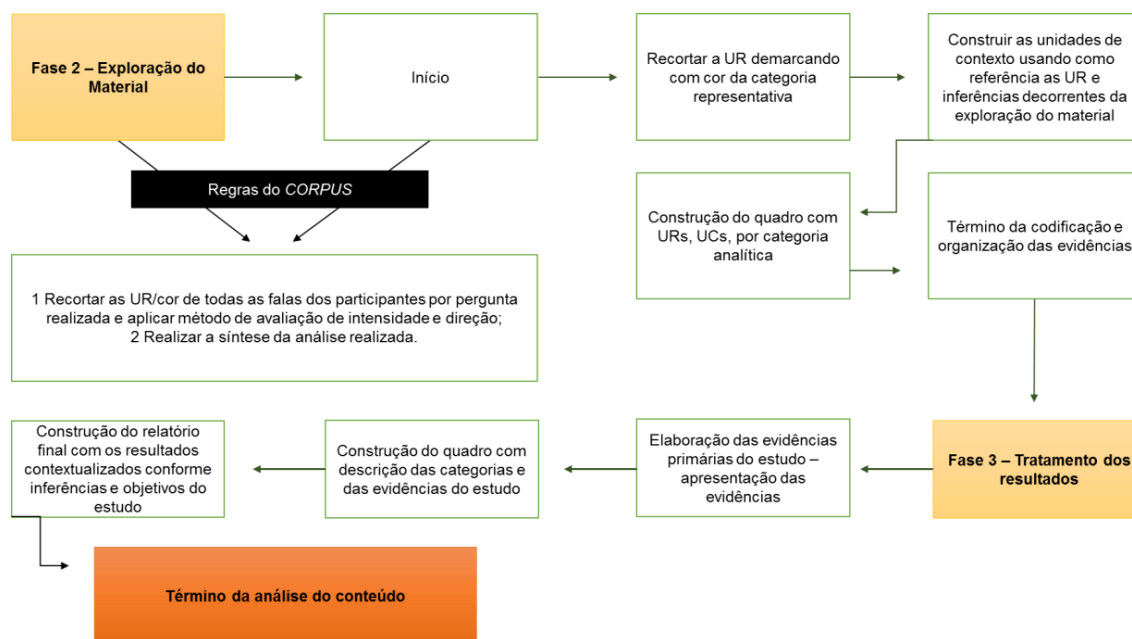


Figura 3. Fluxogramas de exploração do material e tratamento dos resultados segundo Bardin. Vitória, ES, Brasil, 2018.

Assim, seguindo os passos acima, a partir da leitura flutuante, os documentos foram organizados para constituição do **corpus** da pesquisa que foi constituído por 30 entrevistas realizadas. Após a construção do *corpus*, foram operacionalizadas as codificações, sendo identificadas as **unidades de registros** e, posteriormente, as **unidades de contexto**. Estas foram encontradas nas falas, por meio de palavras, que se agruparam segundo suas semelhanças e significados identificados.

Tabela 1: Unidades de registro, unidades de contexto e categorias analíticas segundo técnica de Bardin. Vitória, ES, Brasil, 2018.

Unidades de registro	Unidades de contexto	Categorias analíticas
Política; Saúde e Doença; Divergências entre homem e mulher	O conceito de saúde do homem, embora relacionado à política nacional de atenção integral à saúde do homem, restringe-se a um conceito voltado para ausência de doença e ainda a uma forte ligação em que o homem deve ser tratado diferente da mulher.	Saúde do homem na teoria
Ações pontuais; Autocuidado; doenças; Horários diferenciados	Estratégias voltadas para doenças crônicas, com foco no autocuidado e com ações pontuais com organização para atender os problemas do homem em horários que oportunizam maior acesso ao serviço.	Estratégias de implementação de ações de saúde do homem
Exames; agendamento; Capacitações; infraestrutura	Acesso a exames sem agendamento, sem fila de espera, contudo, necessário maior apoio da gestão na infraestrutura e capacitações.	Ações de saúde do homem: o que facilita ou dificulta o processo

3.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Este estudo “Práticas de saúde para o cuidado do homem na percepção do enfermeiro e do usuário de um município do Espírito Santo”, faz parte de um projeto maior denominado guarda-chuva com o título: Saúde do Homem na Atenção Primária: Análise das ações de prevenção e promoção da saúde à luz da Política Nacional de Saúde do Homem, tendo como pesquisadora responsável Cíntia de Lima Garcia. O projeto dessa pesquisa, assim faz parte desse projeto maior e é formado por uma equipe que têm como coordenadora principal Prof. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra, e orientando de mestrado Renato Vidal de Oliveira que participou ativamente da construção desse estudo sob a responsabilidade final da orientadora principal.

Essa pesquisa maior foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Juazeiro do Norte, recebendo o parecer aprovador sob o número

2.058.293 em 11 de Maio de 2017 (Anexo C), cumprindo as exigências formais dispostas nas Resoluções 466/12 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012; 2016), observando-se os quatro referenciais básicos da Bioética - autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

Em seguida o parecer do CEP foi enviado ao ETSUS (Anexo D) e a coleta de dados deu-se após a emissão da carta de autorização da pesquisa iniciando assim cada contato com os enfermeiros, sendo explicado todos os esclarecimentos necessários acerca da entrevista. Informou-se ainda quanto à desistência em participar da pesquisa quando assim o quiser, conforme prevê o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo E).

Para atender ao princípio da não-maleficência, a entrevista foi construída com perguntas claras e, quando houve dúvida por parte dos participantes do estudo a respeito destas, procurou-se esclarecê-las, no entanto, tendo o cuidado de não induzir respostas.

O princípio da justiça foi contemplado na garantia do anonimato dos informantes, pois esses não estão identificados na pesquisa. Estabelece-se para os enfermeiros identificações: Enf1, Enf2, Enf3, Enf4...Enf31 e de igual forma estabelece-se para os usuários a identificação: R1, R2, R3, R4...R15, portanto, suas identidades foram resguardadas.

Procurou-se, no curso de toda a pesquisa atentar-se as normas previstas e estabelecidas pelas resoluções nº466/12 e nº510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos participantes do estudo

Fizeram parte deste estudo 30 enfermeiros responsáveis por equipes de Estratégia Saúde da Família. A maior parte foi composta do sexo feminino (97%), com faixa etária de até 30 anos (13,3%), 31 a 60 anos (83,3%) e acima de 60 anos (3,3%). O tempo de experiência profissional na atenção primária foi de: até 10 anos (50%), de 11 a 20 anos (40%) e 21 anos ou mais (10%).

Os usuários participantes do estudo são todos do sexo masculino com faixa etária entre 20 e 59 anos, totalizando 31 participantes, com faixa etária de 20 a 30 anos (25,9%), 31 a 40 anos (29,6%) e 41 a 59 anos (44,4%).

4.2 Categorias e evidências do estudo

Tomando como referência as categorias do estudo, buscaram-se as evidências expressas nas falas e nos registros dos momentos de observação.

O quadro a seguir apresenta as **Categorias** e **Evidências** que orientaram o processo de organização desta fase do estudo, de acordo com os fluxogramas de exploração do material e tratamento dos resultados propostos por Bardin

Saúde do homem na concepção da política	Estratégias de implementação de ações de saúde do homem	Desafios quanto a busca do homem por atendimento de saúde na atenção primária
•Saúde do homem ligado à ausência de doença; •Fragmentação das ações.	•Ações curativistas; •Doenças crônicas; •Ações pontuais.	•Apoio da gestão; •Formação profissional; •Distribuição de horários de atendimentos.

Figura 4. Categorias e evidências identificadas no estudo segundo técnica de Bardin. Vitória, ES, Brasil, 2018.

5 DISCUSSÃO

5.1 A saúde do homem na concepção dos enfermeiros e usuários

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH tem o objetivo de reduzir o índice de morte e de agravos que acomete a população masculina. A partir de 2009, o Ministério da Saúde busca, no sentido de garantir o direito a assistência, adequar os serviços de saúde e os profissionais de saúde para um atendimento como rege os princípios doutrinário do Sistema Único de Saúde – SUS para atender a todos os cidadãos com equidade, integralidade e universalidade o indivíduo, a família e a comunidade (BRASIL, 2009).

Pereira e Nery (2014), apontam ser preciso desconstruir a visão curativista que conceitua o “homem forte”, ou seja, que saúde se restringe a ausência de doença, e que os atendimentos são baseados apenas no fornecimento de medicações, como vem ocorrendo.

Ao analisar a atenção na saúde da mulher, percebe-se que as ações são mais voltadas para a promoção e prevenção, assim como os programas de saúde existentes, que facilitam o acesso das mulheres nas unidades de saúde. Além disso, essas ações fazem a diferença nos atendimentos, pois identificam as necessidades do público feminino e as aproxima dos serviços (MARTINS; MALAMUT, 2013).

Desse modo, ao entrevistar profissionais enfermeiros e usuários sobre o que entendem acerca da saúde do homem, evidenciou-se que ainda há uma forte ligação da saúde como ausência de doença, identificado quando mencionam que “[..] são exames, uma atenção né, mas, mais centrada para que o homem procure mesmo atendimento para tratar da sua saúde né[...]” Enf 9; ou enfatizando ações curativista “[..] infelizmente a gente trabalha mais com a parte curativa, isso em todo serviço. Você não trabalha muito com a prevenção. [...]” Enf 5. Assim como se evidencia ainda uma fragmentação do cuidado do homem e da mulher “[..] eles veem a mulher com mais fragilidade [...]” R15 “O homem é preparado pela nossa sociedade não para cuidar, mas para ser cuidado. Então, ele não tem muito esse

costume de fazer a parte preventiva, mulher já se previne antes para não ficar doente[...]" Enf 5; "O atendimento do homem é diferenciado da mulher né[...]"R16.

Nesse contexto, apreende-se que a percepção por parte dos entrevistados é de uma saúde do homem vista como ausência de doença e centrada em medicalização. Com essa percepção de fragmentos do cuidado, ao diferenciar o homem da mulher em suas fragilidades, percebe-se que não ocorre o conceito ampliado de saúde, onde deveriam enxergar a saúde além da patologia. Assim, distancia-se do cuidado integrado onde os homens e mulheres deveriam ser vistos de forma integral, inseridos em um mesmo ambiente, com suas peculiaridades, mas sem um olhar "do ser frágil"; discurso que envolve a influência cultural.

Para Silva et al (2012) a concepção do curativismo é associada quando após transcorrido a fase de convalescência da doença o homem não adere para a promoção da sua saúde, desvalorizando a prevenção, por ter um fator muito forte da masculinidade e ser provedor do lar. Além disso, Figueiredo (2011) ainda acrescenta que a ausência de doença está correlacionada a manutenção do emprego, pois por ser o provedor do lar tem-se a ideia de que o homem não pode adoecer para não se ausentar do trabalho.

Também se observa nas entrevistas, em relação aos enfermeiros que possuem a ideia que os homens em seus cuidados são indolentes e não procuram atendimento, perpetuando para um modelo de cuidado fragmentado e curativista oferecido por esses profissionais (ALBUQUERQUE, 2014).

O profissional enfermeiro, que pertence a uma equipe de saúde, deve promover educação em saúde para que assim possa atuar em consonância com a política de saúde do homem na promoção e prevenção dos agravos acometidos a essa população. Dessa forma, a facilidade de inserir e promover a saúde do homem na atenção primária torna-se maior, e também favorece com que as ações respeitem a singularidade masculina, contemplando maior número de pessoas e viabilizando o processo. Assim, mostra como o enfermeiro é fundamental na política de saúde do homem e como é possível prevenir agravos de saúde quando se dá a assistência necessária (CARVALHO, 2013).

Nunes, Barrada e Landim (2013) reforça conduzindo desta forma, para um olhar mais específico, holístico e integral o qual é delegado ao enfermeiro atribuições que o toma como peça relevante nas unidades de saúde da atenção básica os tornando profissionais chave nesse processo.

O cuidado é associado a figura feminina tanto em relação a dar cuidado e a recebê-lo, e o público masculino considera desnecessário estar atento às suas necessidades de cuidado pelo serviço de saúde (SILVA, 2010).

A partir disso, os homens se sentem fora do grupo de cuidado, tanto a partir de suas percepções como na percepção do atendimento dos serviços de saúde (POZZATI et al, 2013).

Porém, o conceito ampliado de saúde reforça pontos importantes da política de saúde que beneficia uma parcela da sociedade até então menos favorecida, por meio da reorientação das práticas do cuidado; de estimular a participação da comunidade no planejamento e na implementação dos cuidados a serem prestados; e a responsabilidade dos governantes de prover a saúde (FERTONANI; PIRES, 2010).

Nesta perspectiva, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em conformidade com o conceito ampliado de saúde tenta garantir o direito a saúde em toda a sua singularidade e promover ações de saúde que possibilitam contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento (BRASIL, 2009).

Ainda assim, a falta de conhecimento do seu público dificulta na promoção da PNAISH, pois a maioria das propostas se dão para saúde como ausência de doença, logo entende-se que é preciso conhecer a população de atendimento para facilitar e viabilizar ações que reduzam problemas ainda mais graves (DUARTE; OLIVEIRA; SOUZA, 2012).

Rocha et al (2016), afirmam que é preciso vencer os preconceitos socioeconômicos e culturais para conhecer melhor a população masculina e possibilitar um melhor atendimento. Vale ressaltar que trabalhar a educação em saúde com seus familiares também é imprescindível. Além disso, a qualificação dos profissionais envolvidos neste processo é muito importante.

Em virtude desses aspectos, a saúde do homem vem tomando uma projeção cada vez mais importante por meio de debates, no sentido de reestruturação dos serviços de saúde com propostas que contribuam para a redução de agravos na Atenção Básica de saúde nos últimos anos, por meio da ESF como porta de entrada para a resposta das demandas dos problemas de saúde na comunidade (BRASIL, 2009).

Partindo desta perspectiva, a PNAISH vem com o intuito de facilitar o acesso do público masculino aos serviços de saúde no Brasil ao implementar ações na área da promoção e prevenção de tal forma que possa garantir a continuidade da assistência na atenção primária (ALVARENGA et al, 2013).

5.2 Estratégias de implementação relacionadas as ações da saúde do homem

Assim, quando abordados sobre as **ações de saúde promovidas pelos enfermeiros**, evidenciou-se estratégias voltadas para doenças crônicas, com foco no autocuidado, com ações pontuais por meio de campanhas *“[...] a gente tem os atendimentos individuais e tem os atendimentos em grupo[...] grupos voltados para as doenças cardiovasculares que acometem muito os homens” Enf. 03; “A gente faz durante umas duas vezes no ano uma campanha que a gente atende a semana inteira” Enf. 01; “Basicamente a gente tem o programa de planejamento familiar [...] infelizmente mais a parte curativa” Enf. 5 “[..]. Apesar do foco em ações curativistas, os profissionais relatam atender os problemas do homem em horários que oportunizam maior acesso ao serviço “Quando tem ação no final de semana, [...] eles procuram muito mais [...]” Enf. 19; “a gente faz no final de semana igual as ações, tem uma adesão maior dos homens. [...]” Enf. 16. Contudo, percebe-se um relato diferente quando os usuários falam dos horários de atendimento: “[...] deveria agilizar, fazer uma programação, dividir, se for possível por turnos, mais bem dividido, [...] tinha que organizar mais o horário, essa questão do horário entendeu?” R 21; “o que pega mais pra gente é o horário” R 20.*

Observa-se que os enfermeiros do estudo ainda conservam um cuidado direcionado a doença e, pontualmente oportunizam datas específicas ou aproveitam grupos de programas já pré-estabelecidos, valendo-se dos encontros para trabalharem com a saúde do homem. É um momento de oportunidades para abordá-los em relação ao

cuidado da saúde do homem, sendo que esta é a visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família enquanto estratégia de cuidado; mas os profissionais deixam claro a necessidade de melhor entendê-los para se trabalhar melhor de outras formas enquanto “coadjuvantes” de uma Política Nacional implementada recentemente.

Alvarenga, et al (2013), salienta que é importante a implementação da política de forma que as ideias ou estratégias de atuação por parte dos profissionais enfermeiros surjam de maneira que a prática da assistência à saúde do homem aconteça, e tanto os profissionais quanto os serviços possam se aperfeiçoar com objetivo de obter atendimento digno para os homens. Pois eles, normalmente, só vão aos serviços de saúde como acompanhantes ou para buscar medicamento (SOUSA et al, 2015).

No entanto, algumas ações praticadas pelos enfermeiros, no que tange o cuidado masculino, são pontuais, demonstrando dificuldade de como trabalhar rotineiramente e atrair o público de homens para promover à saúde preventiva. A falta de programas e estratégias específicos, aliado a não produção científica acerca do tema, facilita a não aplicabilidade de estratégias úteis para trabalhar com os homens de forma que os satisfaça, enquanto atendimento eficaz (MOREIRA; CARVALHO, 2016).

Para Alvarenga et al (2013), o homem só busca atendimento de saúde, apenas quando está acometido por alguma morbidade, que pode ser, dentre outros, hipertensão, diabetes ou até mesmo o câncer e mostra obstinação por não procurar atendimento preventivo ou participar de atividades ou ações de saúde de promoção ou prevenção.

Os resultados indicam uma situação onde tanto o enfermeiro como o usuário percebem a saúde como ausência de doença e de modo fragmentado, assim como os enfermeiros a desenvolverem ações pontuais e com foco na doença, faz com que esse usuário continue buscando os serviços de forma mais pontual e apenas quando se acha doente

5.3 Desafios da busca do homem relacionado ao atendimento de saúde na estratégia de saúde da família

Diante disso, e sabendo do desafio a se enfrentar, é importante ressaltar o que os entrevistados exprimem quando relatam acerca das dificuldades quanto a busca do homem por atendimento de saúde na atenção primária de saúde.

Os profissionais envolvem a questão da gestão e o apoio em infraestrutura e capacitações como pontos que comprometem o desenvolvimento de ações em saúde com foco na saúde do homem *“O que precisa o que a gente precisa é de suporte, suporte no sentido de infraestrutura [...]”* Enf. 23; *“na minha formação, eu tive saúde do adulto, não tive saúde do homem, mas eu tive saúde da mulher”* Enf. 26; *“um preparo também maior nosso pra saber lidar, no meu caso né, sou mulher vou atender um homem tem essa barreira [...]”* Enf. 25;. Por outro, os usuários enxergam que existe uma demora nos atendimentos, considerando a necessidade de voltar ao ambiente de trabalho e, assim, aponta a necessidade de organizar horários para eles *“Ser mais rápido o atendimento, principalmente na recepção”* R 23; TRANSGERA; *“o que pega mais pra gente é o horário”* R 20. Esses relatos vão de encontro com relatos dos profissionais quando indicaram que usavam de estratégias com adequação de horários para atendimento ao homem.

De acordo com os estudos de Alvarenga et al, et al (2013), percebe-se que existem fatores semelhantes dificultadores para aplicação da PNAISH conforme os relatos profissionais. Todo processo administrativo e as atividades burocráticas de gestão, além de outras atividades, favorecem a sobrecarga do profissional enfermeiro interferindo de forma negativa na execução da política de saúde do homem, uma vez que esse profissional que é fundamental em sua aplicação está atribuído de outras tarefas.

Outra dificuldade é a carência de atividades específicas para trabalhar com os homens na Atenção Primária (APS) de modo que atenda a execução da política. A insegurança na execução das práticas de saúde direcionadas aos homens pelos profissionais, faz com que seja necessário instrumentalizar o processo de ações por

meio de protocolos adicionais que possibilitem o direcionamento para atuação dos enfermeiros, de forma que contemple a PNAISH (ALVARENGA, 2013).

O despreparo para trabalhar com a política PNAISH ocorre, pois, o processo de formação acadêmica é falho no preparo dessas atividades. Assim, se faz necessário a educação continuada nos serviços para que os profissionais saibam lidar com os desafios do público masculino, e entender como atraí-los e recepcioná-los, para contemplar mais dessa população (MARTINS; MODENA, 2015).

Gomes et al (2011), consideram que não há uma sistematização do cuidado no atendimento nos poucos serviços existentes que consideram a população em destaque, e assim com esta falta de recursos é provocado uma queda na qualidade do atendimento, levando a um afastamento do público em questão. Ressaltam ainda, que falta um atendimento específico voltado para a população masculina. Esses usuários devem ser bem direcionados pelos profissionais e estes precisam estar habilitados e seguros para prestar os cuidados necessários e atendê-los da melhor forma possível, assim os homens irão sentir-se à vontade quando procurarem os serviços de saúde.

As queixas pelo horário de funcionamento das unidades de saúde ser no mesmo horário de trabalho dos homens é comum nas falas dos usuários de saúde e dos profissionais de enfermagem, pois é considerado como dificultador para a inserção deste público nos serviços de saúde. Rocha et al (2016), confirma a partir de estudos que o motivo de maior destaque para o homem não frequentar os serviços de saúde é a falta de tempo e a impossibilidade de ausentar-se do trabalho para consultar, supondo que somente um motivo muito importante poderia os tirar do trabalho. Esse fato ressalta ainda mais a visão curativista de que saúde é apenas ausência de doença.

Em uma pesquisa realizada com 22 homens usuários do serviço noturno, foram identificados que a oferta da assistência à saúde no período noturno ampliou a qualidade e as oportunidades, uma vez que era em momento diferente do horário laboral. Dessa forma, os homens não necessitavam se ausentar do trabalho. Nota-se que a importância de horários alternativos para aumentar a demanda do público

masculino na atenção primária. Outra pesquisa reforça que os participantes mencionaram novamente sobre o horário de trabalho ser incompatível com horário da assistência, sendo motivo para não comparecerem aos serviços de saúde (VIEIRA, 2008; ARAUJO, 2015)

Contudo, os horários de funcionamento das instituições públicas de saúde nem sempre são conciliáveis com os horários das pessoas que se encontram inseridas no mercado de trabalho formal, independentemente de serem homens ou mulheres (GOMES; NASCIMENTO, 2007).

Atualmente, há necessidade de discutir além das questões de gêneros, pois o foco do cuidado é para ambos os sexos, uma vez que tanto o homem quanto a mulher podem ser acometidos com os mesmos casos (ARAUJO, 2015; NEGRÃO; LEINA; RODRIGUES, 2015). Seja na inserção do homem no pré-natal familiar, seja em doenças como o câncer de mama, que em sua maioria acomete mulheres, mas também acontece com os homens. Assim, pode-se evitar que diagnósticos ou problemas não sejam considerados na atenção primária (STREY; PULCHERIO, 2010).

Na literatura, pesquisas que avaliaram serviços obtiveram como sugestões de usuários homens: aumento da oferta de atendimento, mais atenção por parte do profissional, maior facilidade na marcação de consultas e melhor remuneração dos profissionais de saúde, visando melhorias na qualidade da assistência. Houve também algumas reivindicações, como melhorar o atendimento do usuário homem nas campanhas, realização de reuniões de esclarecimentos, criação de setores separados do atendimento a mulheres e crianças, atendimento de urologia, revelando que não há igual preocupação, como nos casos das mulheres, que têm o acompanhamento ginecológico do especialista (GOMES et al, 2011).

A ausência dos homens nos serviços de saúde muitas vezes é explicada pela cultura de que ele deve ser o provedor de sua casa, em oposição a cultura feminina que tem por referência questões ligadas a reprodução, contracepção e gestação. Nesse contexto, mesmo o trabalho remunerado da mulher não é visto como forma socialmente justificada para explicar a indisponibilidade para o serviço de saúde. A

flexibilização do horário de trabalho das mulheres para frequentar os serviços indica haver, por parte dos empregadores, a ideia de que a mulher tem que se cuidar e o homem não (LINARD; CASTRO; CRUZ, 2011).

Ressalta-se ainda, que é um desafio acolher os homens nas unidades de saúde pelo fato de que o horário de atendimento é em sua maioria incompatíveis com os horários de trabalho dos homens (GOMES et al, 2011).

Ainda relacionado ao fator cultural, os homens são reconhecidos por demonstrarem impaciência na espera por atendimentos. Por isso, faz-se necessário garantir a acessibilidade universal e boas relações, na qual a escuta e a atenção às necessidades são fundamentais ao processo para que o serviço ofereça uma resposta sempre positiva aos problemas apresentados pelos usuários (FRANCO; BUENO; MERHY, 2004).

Estratégias devem ser incentivadas no sentido de viabilizar meios que atendam às necessidades de saúde dessa população, contudo, essas precisam ser iniciadas trabalhando com a desmistificação de que o homem não adoece e que sua masculinidade não é comprometida quando se procura o serviço de saúde. Deve-se prover meios para que os homens adquiram o hábito de utilizar os serviços de saúde de forma rotineira, pois se constata a pouca presença destes que usam justificativas para a não adesão de intervenções de saúde, sendo importante a identificação e compreensão dessas barreiras.

Necessita-se de mudança em processos de trabalho na perspectiva de obter uma discussão direcionada a sensibilização e estímulo a população masculina na busca dos serviços com foco na prevenção e promoção da saúde. Entretanto, essa mudança requer reestruturação desde a formação profissional, onde se inclui mudanças de currículos com foco em atender também as especificidades dessa população, vinculada a educação continuada à melhoria nos serviços de saúde.

Contudo, independente dos recursos utilizados para prática e viabilização de ações que foquem na saúde do homem e que atendam assim, aos pressupostos da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, a prevenção e promoção

da saúde não constituem responsabilidades limitadas do setor saúde, nem ao profissional de saúde e, sim da integração entre as três instancias de governo, que ao articulam políticas e ações, contribuindo com a melhoria das condições de vida da população.

5.4 Limitações

Na pesquisa qualitativa, a generalidade dos achados pode ser restrita a uma determinada configuração ou contexto, no entanto, os achados atuais do estudo são consistentes com pesquisas anteriores usando mesmas estratégias de coleta e análise.

Os enfermeiros e usuários foram previamente informados de que sua documentação seria analisada e a documentação foi transcrita textualmente. O texto variou em profundidade e comprimento. Alguns participantes relataram sumariamente e outras descreveram as discussões em mais palavras. No entanto, todos os discursos foram encontrados para fornecer informações importantes e claras sobre os componentes analisados, conforme avaliado nas entrevistas.

Os dados brutos consistiam em texto manuscrito que podem afetar a credibilidade, no entanto, todos os participantes na hora das entrevistas não foram induzidos às respostas e as perguntas foram direcionadas a respostas que trouxessem maiores detalhes para que assim na organização e análise tivessem dados mais precisos.

A saúde do homem tem sido cada vez mais reconhecida nas diretrizes internacionais, tornando este estudo relevante no atual quadro das discussões sobre ações de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resposta aos objetivos propostos pelo estudo evidenciou-se que o conceito de saúde do homem tanto na visão dos enfermeiros como dos usuários, ainda está centralizada nas ações voltadas a ausência da doença, de forma pontual por privilegiar o atendimento médico curativista com o foco nas doenças crônicas, em decorrência da não aplicabilidade da política voltada a saúde, logo não privilegiando a universalidade e a integralidade, pautadas nos princípios do Sistema Único de Saúde-SUS.

Existem barreiras que dificultam o acesso do homem aos serviços de saúde, gerando implicações quanto a aplicabilidade da política, do ponto de vista da organização, da gestão, infraestrutura e nos horários de atendimento. Isso é decorrente da falta de uma estratégia que evidencie a especificidade deste grupo masculino, privilegiando os aspectos biológicos e sociais.

Contudo, o estudo traz fatores que facilitam o atendimento dessa clientela como: a mudança nos horários de atendimento voltados para o homem, aumento na oferta de atendimento focado nas necessidades biológicas, e sócio econômicas, inserindo sob a ótica da política nacional de atenção integral a saúde do homem, respeitando os princípios da humanização e integralidade.

Conclui-se que enquanto não houver uma postura estruturante nos serviços de atenção básica sob a ótica da política de saúde do homem, que promova um movimento de implantação consolidado da política, mudando paradigmas, impactando e refletindo nas ações de saúde promovidos pelas equipes de saúde da família, não haverá mudanças efetivas no atendimento masculino.

7 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. A. et al. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.607-614, 2014.

ALVARENGA, W. A. et al. Política de saúde do homem: perspectivas de enfermeiras para sua implementação. **Rev Bras Enferm**, v.65, n.6, p.929-935, 2013.

ALVES, F. P. **Saúde do homem: ações integradas na atenção básica**. Ed. Universitária da UFPE, UNA-SUS, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9259>, acesso em : 12/2017

AQUINO, E. M. L. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 19-22, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil da Situação de Saúde do Homem no Brasil**. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto nacional de saúde da mulher, da criança e do adolescente fernandes figueira. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília, MS, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/12**. (2012) Acesso em 31 de outubro de 2017, disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510/2016**. (2016) Acesso em 31 de outubro de 2017, disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Cienc Saude Coletiva**, v.10, n.1, p.97-104, 2005.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005.

CAVALCANTI, J. R. D. et al. Assistência integral a saúde do homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.18, n.4, p.628-634, 2014.

CECCHETTO, F. R. **Violência e estilos de masculinidade**. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2004.

COSTA-JUNIOR, F. M.; MAIA, A. C. B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Psic. Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 55-63, Mar. 2009.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Social Science & Medicine**, v. 50, n. 1385, p. 1401, 2000.

DUARTE, S. J. H.; OLIVEIRA, J. R.; SOUZA, R. R. A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.3, n.1, p.308-317, 2012.

FALCKE, D.; WAGNER, A. **A dinâmica familiar e o fenômeno da transgeracionalidade**: definição e conceitos. In A. Wagner (Org.), Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares. EDIPUCRS, Porto Alegre, p.25-46, 2005.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P. Concepção de saúde de usuários da Estratégia Saúde da Família e novo modelo assistencial. **Revista oficial do conselho federal de enfermagem**, v.1,n.2,2010.

FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p.935-944, 2011.

FONTES, W. D. de et al . Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 430-433, 2011.

FREITAS, A. A. S.; COELHO, M. J.; MENEZES, M. F. B. Saúde do Homem, Masculinidades e a relação com câncer de laringe: Implicações para a Enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v.5, n.1, p.3493-3503.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, Supl.1, p.983-992, 2011.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, Mar. 2007.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência latino-americana**. v.2, n.2, p.67-79, 2001.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, p. 35-46, Mar. 2005.

LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. S.; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, 2012.

MARTINS, A. M.; MODENA, C. M. Saúde do homem nos serviços de atenção primária: desafios culturais e organizacionais. **Cadernos ESP**, v.9, 2017.

MARTINS, A. M.; MALAMUT, B. S. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 429-440, June 2013.

MOREIRA, M. A.; CARVALHO, C. N. Atenção Integral à Saúde do Homem: Estratégias utilizadas por Enfermeiras(os) nas Unidades de Saúde da Família do interior da Bahia. **Sau. & Transf. Soc.**, v.7, n.3, p.121-132, 2016.

NUNES, G. B. L.; BARRADA, L. P. LANDIM, A. R. E. P. Conceitos e práticas dos enfermeiros da estratégia saúde da família: saúde do homem. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 27, n. 1, 2013.

OLIVEIRA, P. P. A. **A construção social da masculinidade**. Editora UFMG, Belo Horizonte, 2004.

PEIXOTO, P. L.; ALVES, N. A. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.18, 2014.

POZZATI, R.; BEUTER, M.; ROCHA, L. S.; SANTOS, N. O.; BUDÓ, M. L. D.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. O cuidado na saúde dos homens: realidade e perspectivas. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, out/dez; v.21, n.4, p.540-545, 2013.

ROCHA, E. M. et al. A política nacional de saúde do homem e os desafios de sua implementação na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v.1, n.15, p.45-48, 2016.

SABO, D. Men's health studies: origins and trends. **Journal of American College Health**, v. 49, n. 3, p. 133-142, 2000.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, mar. 2005.

SCHWARZ, E. et al. Política de saúde do homem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.46, supl. 1, p. 108-116, 2012.

SILVA, B. T. O. et al. Prevenção e promoção da saúde do homem. **Revista Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente**, v. 2, n. 1, 2013.

SILVEIRA, C. L. G.; MELO, V. F. P.; BARRETO, A. J. R. Atenção à saúde do homem na atenção primária em saúde: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE**, v.11, n.3, p.1528-1535, 2017.

SOUSA, D. H. A. V. Os homens e as práticas de cuidado em saúde. **Revista Gênero & Saúde**. v. 4, n. 1, 2015.

WELZER-LANG, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Revista Estudos Feministas**. v. 9, n. 2, 2001.

Apêndice A - Entrevista direcionada aos Enfermeiros

Identificação:

Idade:

Sexo:

Local de residência:

Estado civil:

Formação acadêmica:

Tempo de experiência na unidade:

1. O que você entende por saúde do homem?
2. O que você entende pela política de saúde do homem do ministério da saúde?
3. Como é aplicada a política de saúde do homem?
4. Quais atividades você desenvolve para promover a saúde dos homens?
5. O que você identifica que possa prejudicar ou diminuir o acesso dos homens?
6. Quais as dificuldades que você identifica na hora de atender um homem?
7. O que você acha que poderia contribuir para facilitar o acesso e o atendimento dos homens pelos profissionais enfermeiros?

Apêndice B - Entrevista direcionada aos usuários

Identificação:

Idade:

Sexo:

Local de residência:

Estado civil:

1. Como você enxerga o atendimento referente à saúde do homem na unidade de saúde?
2. Relate quais são as dificuldades ou facilidades na procura de atendimento na unidade de saúde?
3. Você se sente bem quando é atendido por um enfermeiro na unidade de saúde quanto quer resolver algum problema? Por quê?
4. O que você acha que poderia melhorar para o homem ser atendido satisfatoriamente na unidade de saúde.

Apêndice C – Manuscrito Submetido a Revista Cadernos de Saúde Coletiva

SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ANÁLISE DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE À LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM

Renato Vidal de Oliveira (Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM)

Larissa Zuqui Ribeiro (Espaço de Escrita Científica da Enfermagem. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM)

Jamilly da Silva Galis (Espaço de Escrita Científica da Enfermagem. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM)

Jaçamar Aldenora dos Santos (Laboratório de Delineamento de Estudos e Escrita Científica. Faculdade de Medicina do ABC.)

José Lucas Souza Ramos (Laboratório de Delineamento de Estudos e Escrita Científica. Faculdade de Medicina do ABC.)

Luiz Carlos de Abreu (Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM)

Maria Carlota Rezende de Coelho (Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM)

Italla Maria Pinheiro Bezerra (Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM)

RESUMO

Objetivou-se analisar a percepção de enfermeiros e usuários sobre as ações de atenção à saúde do homem à luz da Política Nacional de Saúde do Homem. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada no município de Vitória, ES, tendo como cenário as Unidades de Saúde da Família inseridas na Estratégia de saúde da Família. Para tanto, foram entrevistados Enfermeiros inseridos nas unidades há pelo menos seis meses e usuários homens atendidos pela área adstrita dos enfermeiros. Os dados foram analisados a luz da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. Desta forma, evidenciou-se que os profissionais de enfermagem enfrentam desafios principalmente no conhecimento da Política Nacional de Saúde do Homem e de como promovê-la na atenção básica, pois trata-se de uma política considerada recente; além dos entraves relacionados a “resistência” do público masculino frente as ações que são propostas. Identificou-se ainda que a saúde do homem permanece sendo vinculada ao conceito de ausência da doença, o que implica em ações mais pontuais com foco em doenças crônicas, não enxergando ainda a aplicabilidade da política voltada a saúde do homem de forma a atender princípios como universalidade e integralidade. Por vez, estas percepções apontam-se como barreiras que dificultam o acesso do homem aos serviços de saúde e, conseqüentemente, implicações nessa aplicabilidade da política, a organização da gestão, infraestrutura e dificuldades nos horários de atendimentos.

INTRODUÇÃO

Os fatores contribuintes para a dificuldade da população masculina em frequentar os serviços de saúde são inúmeros¹⁻³. Estes apresentam amplas restrições em reconhecer suas próprias necessidades, alimentando a ideia de rejeição em relação à possibilidade de adoecer.

Contudo, o homem historicamente é mais acometido do que as mulheres quando se trata da saúde, fato que é constatado por indicadores, tornando a mortalidade masculina preponderante quando comparado ao sexo feminino¹. No final dos anos de 1970, iniciaram-se estudos com foco na saúde do homem. Nos Estados Unidos foi

evidenciado que embora mais poderoso que as mulheres, os homens estavam em desvantagem quando se tratava de morbimortalidade².

A clientela masculina apresenta grande dificuldade em seu autocuidado, o que permite o relevante aumento dos índices de morbidade e mortalidade, exigindo do profissional de saúde, ações realistas que insiram esse público nos serviços de saúde³.

Entretanto, há uma percepção errônea que a atenção primária de saúde atende quase que exclusivamente mulheres, crianças e idosos. Há muitas hipóteses que podem esclarecer o motivo da não procura do público masculino às unidades de saúde, entre elas, está a identidade masculina, que foi construída há muito tempo atrás tornando o homem um ser sem cuidados consigo, envolvendo então a saúde. Além disso, os mesmos preferem utilizar de outros serviços, tais como, farmácias, prontos socorros, hospitais, onde eles são atendidos mais rapidamente e atendem⁴.

Outro ponto em discussão está relacionado às diversas questões que justificam ainda mais a ausência do público masculino nos serviços de saúde, destacando-se, o medo de descobrir algo indesejado, tendo eles em mente que não descobrir a patologia seria uma proteção. O homem é visto como viril, invulnerável e forte; procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança⁴.

Deste modo, percebe-se que fatores culturais interferem na invulnerabilidade masculina, levando em questão a forma como é visto pela sociedade. Além disso, os acessos aos serviços de atenção primária, em grande maioria, estão voltados mais especificamente para o atendimento a mulheres e crianças, desta forma, esses fatores aliam-se também ao fato de que os horários de funcionamento dos serviços coincidem com os horários laborais dos trabalhadores, e mesmo quando frequentam os serviços de atenção primária, nem sempre suas necessidades de saúde são supridas⁵.

Para Duarte, Oliveira e Souza⁶ as políticas nacionais de saúde do homem estão em seu maior número voltadas para as causas biológicas, de morbidade e mortalidade, sendo que esses aspectos não devem ser limitados, abrangendo também a socialização do homem e o meio econômico em que vive. É preciso conhecer de forma

detalhada, o público que se quer atrair para os serviços de saúde e desenvolver práticas, em especial, voltadas para a promoção e prevenção.

Assim sendo, com intuito de aprimorar as ações de atenção integral a saúde dos indivíduos do sexo masculino, o Ministério da Saúde destacou como uma das prioridades do governo a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), cujo seu principal objetivo é fortalecer o desenvolvimento de ações e serviços que visam à prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento, além de diversificados métodos de promoção e proteção de saúde voltada para esse público⁷.

Contudo, apesar da criação necessariamente direcionada ao primeiro nível de acesso e de contato da população masculina aos serviços de saúde, as ações dos profissionais na atenção primária continuam fragmentadas em suas políticas de enfermidade, destacando-se o trabalho dos enfermeiros nas Estratégias Saúde da Família (ESFs). Esses profissionais devem apresentar algumas habilidades que promovam a ida desse público às unidades, enfatizando a multicasualidade do processo saúde/doença tendo como finalidade planejar, organizar e desenvolver ações individuais e coletivas com o público alvo, assim como ações de promoção a saúde, articulação de saberes técnicos e populares e mobilização de recursos direcionados a comunidade que solidifiquem essas ações³.

Diante desses aspectos, questiona-se: Como a saúde do homem está sendo percebida pelos enfermeiros da atenção primária a saúde? Como esse público se percebe quanto usuários dos serviços de atenção primária?

Acredita-se na importância de investigar como as ações voltadas para a saúde do homem estão sendo implementadas, pois pode contribuir para uma reorientação das práticas de saúde e dos serviços, contribuindo o acesso desse grupo populacional aos serviços de atenção primária, assim como potencializando as estratégias e políticas públicas.

Assim, o objetivo desse estudo é analisar a percepção de enfermeiros e usuários sobre as ações de atenção à saúde do homem à luz da Política Nacional de Saúde do Homem.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado no município de Vitória, ES, Brasil, seguindo o instrumento COREQ, que é um protocolo internacional para pesquisas qualitativas baseado em uma lista de 32 itens para entrevistas e grupos focais.

Assim, a escolha deste processo determinou-se para adequação internacional do procedimento de coleta de dados utilizado no estudo, onde a pesquisa respeitou todos os itens propostos e assim os descreveu de acordo com as orientações propostas em cada seção do método⁸.

O estudo teve como cenário as unidades de Estratégia Saúde da Família localizadas no referido município, este, que possui um total de 29 unidades de saúde, das quais 23 são consideradas Estratégia Saúde da Família (ESF), seis são Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo duas destas bases para o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). Assim, perfazendo um total de 79 equipes de saúde da família, distribuídas em seis regiões de saúde estabelecendo uma média de 3,4 equipes por unidade.

A distribuição das equipes é feita de acordo com a densidade demográfica da população descrita e a unidade de cada região, podendo ter 2, 3, 4 e até 5 equipes por cada unidade de ESF. De acordo com a coordenação do Programa de Saúde do Homem no município de Vitória, a política está implantada nas 23 unidades de ESF, e o município segue à PNAISH de acordo com o protocolo do MS, portanto não havendo protocolo próprio adaptado ao município de Vitória.

Para se chegar aos cenários que fariam parte desse estudo, inicialmente foi realizado sorteio de forma aleatória nas seis regiões de saúde do município de Vitória, separando às USF's igualmente, sorteando pelo menos, duas Unidades de Saúde por cada região de saúde, gerando um total de 12 unidades eleitas. Vale ressaltar que na Região Continental existe apenas uma Unidade de Saúde da Família e, portanto, sorteou-se mais uma Unidade de Saúde da Família na região de Santo Antônio.

Participaram deste estudo enfermeiros que compõem ESF, tendo em vista que estes profissionais atuam no contato de acolhimento direto com a população masculina. Assim como, usuários cadastrados nas unidades de saúde selecionadas.

Respeitando os critérios de inclusão do estudo, em relação aos profissionais, observou-se o tempo de serviço dos enfermeiros de um mínimo de seis meses de experiência de trabalho na ESF. Assim, dos 79 enfermeiros, 30 participaram desse estudo. Quanto aos usuários, foram captados nas unidades participantes do estudo, pelo menos, dois usuários por unidade, perfazendo um total de 31 usuários.

Para preservar a identidade dos entrevistados da pesquisa utilizou-se a abreviatura “Enf”, para os enfermeiros e “US” para os usuários seguida do número relativo à ordem da entrevista (Enf1, Enf2, US1, US2 e assim sucessivamente).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado com temas definidos previamente através de perguntas norteadoras que direcionaram para a investigação das práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais enfermeiros da atenção primária em relação de como ao atendimento ao homem de acordo com a PNAISH.

A aplicação das entrevistas foi realizada no período de agosto a outubro de 2017; a partir de agendamentos por meio de contato prévio aos enfermeiros, acontecendo antes ou depois de cada consulta de enfermagem ou em horários reservados, de acordo com a preferência dos participantes do estudo, geralmente nos próprios consultórios de enfermagem. As entrevistas dos usuários aconteceram em dias aleatórios seguindo demandas de atendimentos nas unidades de saúde.

Todas as entrevistas foram gravadas, com duração de 10 a 15 minutos cada e, posteriormente foram transcritas na íntegra.

As entrevistas foram realizadas pelo autor do trabalho, mestrando do curso de políticas públicas e desenvolvimento local, e dois alunos de iniciação científica. Esses receberam treinamento prévio com a professora Dr^a orientadora da pesquisa acerca do processo de coleta de dados em entrevistas semiestruturadas.

Salienta-se que não houve relacionamento pessoal entre pesquisadores e participantes antes da realização das entrevistas, onde estes conheceram apenas a sua ocupação enquanto docente e suas linhas de atuação no trabalho acadêmico.

A organização aconteceu mediante a técnica de análise de conteúdo de Bardin⁹, seguindo uma organização dos dados por fases, procurando, a partir daí conhecer aquilo que está por trás das palavras.

Seguindo os passos propostos por Bardin, a partir da leitura flutuante, os documentos foram organizados para constituição do *corpus* da pesquisa que foi constituído por 30 entrevistas realizadas. Após a construção do *corpus*, foram operacionalizadas as codificações, sendo identificadas as *unidades de registros* e, posteriormente, as *unidades de contexto*. Estas foram encontradas nas falas, por meio de palavras, que se agruparam segundo suas semelhanças e significados identificados.

Assim, após identificação dessas unidades, o material foi organizado segundo as categorias empíricas, que foram provenientes da busca das evidências expressas nas falas dos participantes do estudo, conforme demonstrado na figura 1 referente ao fluxograma de pré-análise.

Posteriormente a esta etapa, seguem-se os demais passos da análise de Bardin, que são exemplificadas na figura 2.

Seguindo os fluxogramas descritos, na tabela 1, descrevem-se as unidades de registro, unidades de contexto e categorias analíticas desenvolvidas no estudo.

O projeto desta investigação foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Juazeiro do Norte, recebendo o parecer aprovador sob o número 2.058.293 em 11 de Maio de 2017, cumprindo as exigências formais dispostas nas Resoluções 466/12 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humano, observando-se os quatro referenciais básicos da Bioética - autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça - contidos na mencionada Resolução^{35,36}.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes do estudo

Fizeram parte deste estudo 30 enfermeiros que trabalham e são responsáveis por equipes de Estratégia Saúde da Família. A maior parte foi composta do sexo feminino (97%). A faixa etária de até 30 anos (13,3%), 31 a 60 anos (83,3%) e acima de 60 anos (3,3%). O tempo de experiência profissional relacionada a atuação na atenção primária foi de: até 10 anos (50%), de 11 a 20 anos (40%) e 21 anos ou mais (10%).

Os usuários participantes do estudo são todos do sexo masculino com faixa etária entre 20 e 59 anos, totalizando 31 participantes, os quais tinham as seguintes faixas etárias: 20 a 30 anos (25,9%), 31 a 40 anos (29,6%) e 41 a 59 anos (44,4%).

Categorias e evidências do estudo

Tomando como referência as categorias do estudo, buscaram-se as evidências expressas nas falas e nos registros dos momentos de observação.

A figura 3 apresenta as **Categorias** e **Evidências** que orientaram o processo de organização desta fase do estudo, de acordo com os fluxogramas de exploração do material e tratamento dos resultados propostos por Bardin.

DISCUSSÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH tem o objetivo de reduzir o índice de morte e de agravos que acomete a população masculina. A partir de 2009, o Ministério da Saúde busca, no sentido de garantir o direito a assistência, adequar os serviços de saúde e os profissionais de saúde para um atendimento como rege os princípios doutrinário do Sistema Único de Saúde – SUS para atender a todos os cidadãos com equidade, integralidade e universalidade o indivíduo, a família e a comunidade¹⁰.

Pereira e Nery¹¹ apontam ser preciso desconstruir a visão curativista que conceitua o “homem forte”, ou seja, que saúde se restringe a ausência de doença, e que os atendimentos são baseados apenas no fornecimento de medicações, como vem ocorrendo.

Ao analisar a atenção na saúde da mulher, percebe-se que as ações são mais voltadas para a promoção e prevenção, assim como os programas de saúde existentes, que facilitam o acesso das mulheres nas unidades de saúde. Além disso, essas ações fazem a diferença nos atendimentos, pois identificam as necessidades do público feminino e as aproxima dos serviços¹².

Desse modo, ao entrevistar profissionais enfermeiros e usuários sobre o que entendem acerca da saúde do homem, evidenciou-se que ainda há uma forte ligação da saúde como ausência de doença, identificado quando mencionam que *“[...] são exames, uma atenção né, mas, mais centrada para que o homem procure mesmo atendimento para tratar da sua saúde né[...]” Enf 9*; ou enfatizando ações curativista *“[...] infelizmente a gente trabalha mais com a parte curativa, isso em todo serviço. Você não trabalha muito com a prevenção. [...]” Enf 5*. Assim como se evidencia ainda uma fragmentação do cuidado do homem e da mulher *“[...] eles veem a mulher com mais fragilidade [...]” R15* “O homem é preparado pela nossa sociedade não para cuidar, mas para ser cuidado. Então, ele não tem muito esse costume de fazer a parte preventiva, mulher já se previne antes pra não ficar doente[...]” *Enf 5*; *“O atendimento do homem é diferenciado da mulher né[...]” R16*.

Nesse contexto, apreende-se que a percepção por parte dos entrevistados é de uma saúde do homem vista como ausência de doença e centrada em medicalização. Com essa percepção de fragmentos do cuidado, ao diferenciar o homem da mulher em suas fragilidades, percebe-se que não ocorre o conceito ampliado de saúde, onde deveriam enxergar a saúde além da patologia. Assim, distancia-se do cuidado integrado onde os homens e mulheres deveriam ser vistos de forma integral, inseridos em um mesmo ambiente, com suas peculiaridades, mas sem um olhar “do ser frágil”; discurso que envolve a influência cultural.

Para Souza et al.¹³ a concepção do curativismo é associada quando após transcorrido a fase de convalescência da doença o homem não adere para a promoção da sua saúde, não valorizando a prevenção, por ter um fator muito forte da masculinidade e ser provedor do lar. Além disso, Figueiredo e Schraiber ¹⁴ ainda acrescentam que a ausência de doença está correlacionada a manutenção do emprego, pois por ser o provedor do lar tem-se a ideia de que o homem não pode adoecer para não se ausentar do trabalho.

Também se observa nas entrevistas, em relação aos enfermeiros que possuem a ideia que os homens em seus cuidados são indolentes e não procuram atendimento, perpetuando para um modelo de cuidado fragmentado e curativista oferecido por esses profissionais¹⁵.

O profissional enfermeiro, que pertence a uma equipe de saúde, deve promover educação em saúde para que assim possa atuar em consonância com a política de saúde do homem na promoção e prevenção dos agravos acometidos a essa população. Dessa forma, a facilidade de inserir e promover a saúde do homem na atenção primária torna-se maior, e também favorece com que as ações respeitem a singularidade masculina, contemplando maior número de pessoas e viabilizando o processo. Assim, mostra como o enfermeiro é fundamental na política de saúde do homem e como é possível prevenir agravos de saúde quando se dá a assistência necessária¹⁶.

Nunes¹⁵ reforça conduzindo desta forma, para um olhar mais específico, holístico e integral o qual é delegado ao enfermeiro atribuições que o toma como peça relevante nas unidades de saúde da atenção básica os tornando profissionais chave nesse processo.

O cuidado é associado a figura feminina tanto em relação a dar cuidado e a recebê-lo, com isso, o público masculino considera desnecessário estar atento às suas necessidades de cuidado pelo serviço de saúde¹⁷. A partir disso, os homens se sentem fora do grupo de cuidado, tanto a partir de suas percepções como na percepção do atendimento dos serviços de saúde¹⁸.

Porém, o conceito ampliado de saúde reforça pontos importantes da política de saúde que beneficia uma parcela da sociedade até então menos favorecida, por meio da reorientação para das práticas do cuidado; de estimular a participação da comunidade no planejamento e na implementação dos cuidados a serem prestados; e a responsabilidade dos governantes de prover a saúde¹⁹.

Nesta perspectiva, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em conformidade com o conceito ampliado de saúde tenta garantir o direito a saúde em toda a sua singularidade e promover ações de saúde que possibilitam contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento¹⁰.

Ainda assim, a falta de conhecimento do seu público dificulta na promoção da PNAISH, pois a maioria das propostas se dão para saúde como ausência de doença, logo entende-se que é preciso conhecer a população de atendimento para facilitar e viabilizar ações que reduzam problemas ainda mais graves⁶.

Rocha et al.²⁰, afirmam que é preciso vencer os preconceitos socioeconômicos e culturais para conhecer melhor a população masculina e possibilitar um melhor atendimento. Vale ressaltar que trabalhar a educação em saúde com seus familiares também é imprescindível. Além disso, a qualificação dos profissionais envolvidos neste processo é muito importante.

Em virtude desses aspectos, a saúde do homem vem tomando uma projeção cada vez mais importante por meio de debates, no sentido de reestruturação dos serviços de saúde com propostas que contribuam para a redução de agravos na Atenção Básica de saúde nos últimos anos, por meio da ESF como porta de entrada para a resposta das demandas dos problemas de saúde na comunidade¹⁰.

Partindo desta perspectiva, a PNAISH vem com o intuito de facilitar o acesso do público masculino aos serviços de saúde Brasil ao implementar ações na área da promoção e prevenção de tal forma que possa garantir a continuidade da assistência na atenção primária²¹.

Assim, quando abordados sobre as **ações de saúde promovidas pelos enfermeiros**, evidenciou-se estratégias voltadas para doenças crônicas, com foco

no autocuidado, com ações pontuais por meio de campanhas “[...] a gente tem os atendimentos individuais e tem os atendimentos em grupo[...] grupos voltados para as doenças cardiovasculares que acometem muito os homens” Enf. 03; “A gente faz durante umas duas vezes no ano uma campanha que a gente atende a semana inteira” Enf. 01; “Basicamente a gente tem o programa de planejamento familiar [...] infelizmente mais a parte curativa” Enf. 5 “[...]. Apesar do foco em ações curativistas, os profissionais relatam atender os problemas do homem em horários que oportunizam maior acesso ao serviço “Quando tem ação no final de semana, [...] eles procuram muito mais [...]” Enf 19; “a gente faz no final de semana igual as ações, tem uma adesão maior dos homens. [...]” Enf 16. Contudo, percebe-se um relato diferente quando os usuários falam dos horários de atendimento: “[...] deveria agilizar, fazer uma programação, dividir, se for possível por turnos, mais bem dividido, [...] tinha que organizar mais o horário, essa questão do horário entendeu?” R 21; “o que pega mais pra gente é o horário” R 20

Observa-se que os enfermeiros ainda conservam um cuidado direcionado a doença e, pontualmente oportunizam datas específicas ou aproveitam grupos de programas já pré-estabelecidos, valendo-se dos encontros para trabalharem com a saúde do homem. É um momento de oportunidades para abordá-los em relação ao cuidado da saúde do homem, sendo que esta é a visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família enquanto estratégia de cuidado; mas os profissionais deixam claro a necessidade de melhor entendê-los para se trabalhar melhor de outras formas enquanto “coadjuvantes” de uma Política Nacional implementada recentemente.

Alvarenga²¹ salienta que é importante a implementação da política de forma que as ideias ou estratégias de atuação por parte dos profissionais enfermeiros surjam de maneira que a prática da assistência à saúde do homem aconteça, e tanto os profissionais quanto os serviços possam se aperfeiçoar com objetivo de obter atendimento digno para os homens. Pois eles, normalmente, só vão aos serviços de saúde como acompanhantes ou para buscar medicamento¹³.

No entanto, algumas ações praticadas pelos enfermeiros, no que tange o cuidado masculino, são pontuais, demonstrando dificuldade de como trabalhar rotineiramente e atrair o público de homens para promover a saúde preventiva. A falta de

programas e estratégias específicos, aliado a não produção científica acerca do tema, facilita a não aplicabilidade de estratégias úteis para trabalhar com os homens de forma que os satisfaça, enquanto atendimento eficaz²².

Para Alvarenga, et al.²¹, o homem só busca atendimento de saúde, apenas quando está acometido por alguma morbidade, que pode ser, dentre outros, hipertensão, diabetes ou até mesmo o câncer em geral e mostra obstinação por não procurar atendimento preventivo ou participar de atividades ou ações de saúde de promoção ou prevenção.

Os resultados indicam uma situação onde tanto o enfermeiro como o usuário percebem a saúde como ausência de doença e de modo fragmentado, assim como os enfermeiros a desenvolverem ações pontuais e com foco na doença, faz com que esse usuário continue buscando os serviços de forma mais pontual e apenas quando se acha doente

Diante disso, e sabendo do desafio a se enfrentar, é importante ressaltar o que os entrevistados exprimem quando relatam acerca das dificuldades quanto a busca do homem por atendimento de saúde na atenção primária de saúde.

Os profissionais envolvem a questão da gestão e o apoio em infraestrutura e capacitações como pontos que comprometem o desenvolvimento de ações em saúde com foco na saúde do homem *“O que precisa o que a gente precisa é de suporte, suporte no sentido de infraestrutura [...]”*Enf 23; *“na minha formação, eu tive saúde do adulto, não tive saúde do homem, mas eu tive saúde da mulher”* Enf 26; *“um preparo também maior nosso pra saber lidar, no meu caso né, sou mulher vou atender um homem tem essa barreira [...]”*Enf 25;. Por outro, os usuários enxergam que existe uma demora nos atendimentos, considerando a necessidade de voltar ao ambiente de trabalho e, assim, aponta a necessidade de organizar horários para eles *“Ser mais rápido o atendimento, principalmente na recepção”* R23; *“Tinha que organizar mais o horário, essa questão do horário entendeu?”* [...]R21; *“o que pega mais pra gente é o horário”* R20. Esses relatos vão de encontro com relatos dos profissionais quando indicaram que usavam de estratégias com adequação de horários para atendimento ao homem.

De acordo com os estudos de Alvarenga et al.²¹, percebe-se que existem fatores semelhantes dificultadores para aplicação da PNAISH conforme os relatos profissionais. Todo processo administrativo e as atividades burocráticas de gestão, além de outras atividades, favorecem a sobrecarga do profissional enfermeiro interferindo de forma negativa na execução da política de saúde do homem, uma vez que esse profissional que é fundamental em sua aplicação está atribuído de outras tarefas.

Outra dificuldade é a carência de atividades específicas para trabalhar com os homens na Atenção Primária (APS) de modo que atenda a execução da política. A insegurança na execução das práticas de saúde direcionadas aos homens pelos profissionais, faz com que seja necessário instrumentalizar o processo de ações por meio de protocolos adicionais que possibilitem o direcionamento para atuação dos enfermeiros, de forma que contemple a PNAISH²¹.

O despreparo para trabalhar com a política PNAISH ocorre, pois, o processo de formação acadêmica é falho no preparo dessas atividades. Assim, se faz necessário a educação continuada nos serviços para que os profissionais saibam lidar com os desafios do público masculino, e entender como atraí-los e recepcioná-los, para contemplar mais dessa população²³.

Gomes et al.²⁴ consideram que não há uma sistematização do cuidado no atendimento nos poucos serviços existentes que consideram a população em destaque, e assim com esta falta de recursos é provocado uma queda na qualidade do atendimento, levando a um afastamento do público em questão. Ressalta ainda, que falta um atendimento específico voltado para a população masculina. Esses usuários devem ser bem direcionados pelos profissionais e estes precisam estar habilitados e seguros para prestar os cuidados necessários e atendê-los da melhor forma possível, assim os homens irão sentir-se à vontade quando procurarem os serviços de saúde

As queixas pelo horário de funcionamento das unidades de saúde ser no mesmo horário de trabalho dos homens é comum nas falas dos usuários de saúde e dos profissionais de enfermagem como dificultador de inserir o público masculino nos serviços de saúde, pois o trabalho é prioridade para eles. Rocha et al²⁰ confirma a

partir de estudos que o motivo de maior destaque para o homem não frequentar os serviços de saúde é a falta de tempo e a impossibilidade de ausentar-se do trabalho para consultar, supondo que somente um motivo muito importante poderia os tirar do trabalho. Esse fato ressalta ainda mais a visão curativista de que saúde é apenas ausência de doença.

Em uma pesquisa realizada com 22 homens usuários do serviço noturno, foram identificados que a oferta da assistência à saúde no período noturno ampliou a qualidade e as oportunidades, uma vez que era em momento diferente do horário laboral. Dessa forma, os homens não necessitavam se ausentar do trabalho. Nota-se que a importância de horários alternativos para aumentar a demanda do público masculino na atenção primária. Outra pesquisa reforça que os participantes mencionaram novamente sobre o horário de trabalho ser incompatível com horário da assistência, sendo motivo para não comparecerem aos serviços de saúde^{25,26}.

Contudo, os horários de funcionamento das instituições públicas de saúde nem sempre são conciliáveis com os horários das pessoas que se encontram inseridas no mercado de trabalho formal, independentemente de serem homens ou mulheres⁴.

Atualmente, há necessidade de discutir além das questões de gêneros, pois o foco do cuidado é para ambos os sexos, uma vez que tanto o homem quanto a mulher podem ser acometidos com os mesmos casos^{27,28}. Seja na inserção do homem no pré-natal familiar, seja em doenças como o câncer de mama, que em sua maioria acomete mulheres, mas também acontece com os homens. Assim, pode-se evitar que diagnósticos ou problemas não sejam considerados na atenção primária²⁹.

Na literatura, pesquisas que avaliaram serviços obtiveram como sugestões de usuários homens: aumento da oferta de atendimento, mais atenção por parte do profissional, maior facilidade na marcação de consultas e melhor remuneração dos profissionais de saúde, visando melhorias na qualidade da assistência. Houve também algumas reivindicações, como melhorar o atendimento do usuário homem nas campanhas, realização de reuniões de esclarecimentos, criação de setores separados do atendimento a mulheres e crianças, atendimento de urologia,

revelando que não há igual preocupação, como nos casos das mulheres, que têm o acompanhamento ginecológico do especialista²⁴.

A ausência dos homens nos serviços de saúde muitas vezes é explicada pela cultura de que ele deve ser o provedor de sua casa, em oposição a cultura feminina que tem por referência questões ligadas a reprodução, contracepção e gestação. Nesse contexto, mesmo o trabalho remunerado da mulher não é visto como forma socialmente justificada para explicar a indisponibilidade para o serviço de saúde. A flexibilização do horário de trabalho das mulheres para frequentar os serviços indica haver, por parte dos empregadores, a ideia de que a mulher tem que se cuidar e o homem não³⁰.

Ressalta-se ainda, que é um desafio acolher os homens nas unidades de saúde pelo fato de que o horário de atendimento é em sua maioria incompatíveis com os horários de trabalho dos homens³¹.

Ainda relacionado ao fator cultural, os homens são reconhecidos por demonstrarem impaciência na espera por atendimentos. Por isso, faz-se necessário garantir a acessibilidade universal e boas relações, na qual a escuta e a atenção às necessidades são fundamentais ao processo para que o serviço ofereça uma resposta sempre positiva aos problemas apresentados pelos usuários³².

Destaca-se ainda a promoção da saúde como uma das principais vias de mudança desse processo, pois ao se trabalhar com os ideais desta, retira-se a ideia do trabalho curativista e promove-se saúde em um contexto geral^{33,34}.

Estratégias devem ser incentivadas no sentido de viabilizar meios que atendam às necessidades de saúde dessa população, contudo, essas precisam ser iniciadas trabalhando com a desmistificação de que o homem não adoece e que sua masculinidade não é comprometida quando se procura o serviço de saúde. Deve-se prover meios para que os homens adquiram o hábito de utilizar os serviços de saúde de forma rotineira, pois se constata a pouca presença destes que usam justificativas para a não adesão de intervenções de saúde, sendo importante a identificação e compreensão dessas barreiras.

Necessita-se de mudança em processos de trabalho na perspectiva de obter uma discussão direcionada a sensibilização e estímulo a população masculina na busca dos serviços com foco na prevenção e promoção da saúde. Entretanto, essa mudança requer reestruturação desde a formação profissional, onde se inclui aí, mudanças de currículos com foco em atender também as especificidades dessa população, vinculada a educação continuada à melhoria nos serviços de saúde.

Contudo, independente dos recursos utilizados para prática e viabilização de ações que foquem na saúde do homem e que atendam assim, aos pressupostos da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, a prevenção e promoção da saúde não constituem responsabilidades limitadas do setor saúde, nem ao profissional de saúde e, sim da integração entre as três instancias de governo, que ao articulam políticas e ações, contribuindo com a melhoria das condições de vida da população.

Limitações

Na pesquisa qualitativa, a generalidade dos achados pode ser restrita a uma determinada configuração ou contexto, no entanto, os achados atuais do estudo são consistentes com pesquisas anteriores usando mesmas estratégias de coleta e análise.

Os enfermeiros e usuários foram previamente informados de que sua documentação seria analisada e a documentação foi transcrita textualmente. O texto variou em profundidade e comprimento. Alguns participantes relataram sumariamente e outras descreveram as discussões em mais palavras. No entanto, todos os discursos foram encontrados para fornecer informações importantes e claras sobre os componentes analisados, conforme avaliado nas entrevistas.

Os dados brutos consistiam em texto manuscrito que podem afetar a credibilidade, no entanto, todos os participantes na hora das entrevistas não foram induzidos às respostas e as perguntas foram direcionadas a respostas que trouxessem maiores detalhes para que assim na organização e análise tivessem dados mais precisos.

A saúde do homem tem sido cada vez mais reconhecida nas diretrizes internacionais, tornando este estudo relevante no atual quadro das discussões sobre ações de saúde.

CONCLUSÃO

A partir da análise das categorias evidenciou-se que a saúde do homem ainda é vinculada ao conceito de ausência da doença, o que implica em ações mais pontuais com foco em doenças crônicas, ainda privilegiando ações médico curativista, não enxergando ainda a aplicabilidade da política voltada a saúde do homem de forma a atender plenamente princípios como universalidade e integralidade.

Contudo verifica-se que apesar da intenção dos enfermeiros em fazer saúde na perspectiva da Política Nacional e Integra da Saúde dos Homens, é notório que ainda a integração “ensino - pesquisa - gestão” com as equipes de saúde, ainda são deficientes, dificultando o entendimento dos profissionais acerca da política, de forma a não conseguirem implantá-la a contento.

Verificou-se que os enfermeiros atuam de forma pontual, exercendo atividades já pré-estabelecidas, antes da política, como outros grupos focais transversais, e que não contempla o que a política preconiza. Hoje o enfermeiro enfrenta dificuldades para captar o homem no serviço, de modo que esse público específico enfrenta desafios pessoais e culturais para poder se fazer presente nas unidades de saúde, encontrando poucas facilidades para frequentá-las.

Por vezes observa-se nas falas dos enfermeiros e usuários que falta um caminho a percorrer de modo que, a infraestrutura com horários diferenciados de atendimento masculino, com vagas cativas para os usuários fazendo-os privilegiados em sua busca pelo cuidado, com acolhimento diferenciado e acolhedor, com profissionais capacitados e aptos a recebe-los e a implementação da gestão com linhas de cuidados feitas especialmente para atender esses homens, com fluxos próprios, mas não somente em data específicas, e sobremaneira com frequência e continuidade envolvendo seus familiares, faria diferença para a construção de um vínculo mais harmonioso entre a ESF e homens na busca do cuidado.

REFERÊNCIAS

- 1 Schwarz E, Gomes R, Couto MT, Moura ECD, Carvalho SDA, Silva SFCD. Política de saúde do homem. Rev S Pub, 2012; 46:108-116.
- 2 Laurenti R, Jorge MHPDM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. Ciência & Saúde Coletiva, 2005; 10:35-46.
- 3 Dias de Fontes W, Barboza TM, Conceição Leite M, Silva Fonseca RL, Santos LCF, Nery TCL. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. Acta paulista de enfermagem, 2011;24(3).
- 4 Gomes R, Nascimento EFD, Araújo FCD. 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. Cadernos de Saúde Pública, 2007; 23:565-574.
- 5 Silva PADS, Furtado MDS, Guilhon AB, Souza NVDO, David HMSL. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. Esc Anna Nery, 2012; 16(3):561-8.
- 6 Duarte SJH, de Oliveira JR, de Souza RR. A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, 2012; 3(1):308-317.
- 7 Brasil. Ministério 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: Ministério da Saúde; 2008.
- 8 Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International journal for quality in health care, 2007; 19(6):349-357.
- 9 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70 (Trabalho original publicado em 1977), 2010.
- 10 Ministério 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: Ministério da Saúde 2009.
- 11 Pereira LP, Nery AA. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. Esc. Anna Nery, Dez. 2014, 18(4):635-43.

- 12 Martins AM, Malamut BS. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Saude soc. 2013 jun;22(2):429-40
- 13 Nunes GBL, Barrada LP. Conceitos e práticas dos enfermeiros da estratégia saúde da família: saúde do homem. Revista Baiana de Enfermagem, 2013;27(1).
- 14 Figueiredo WDS, Schraibe LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2011; 16:935-944.
- 15 Nunes GBL, Barrada LP. Conceitos e práticas dos enfermeiros da estratégia saúde da família: saúde do homem. Revista Baiana de Enfermagem, 2013; 27(1).
- 16 Carvalho FPB, Silva SKN, Oliveira LC, Fernandes ACL, Solano LC, Barreto ELF. Conhecimento acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família. Rev. APS. 2013; 16(4):386-92.
- 17 Silva BTO, Freitas MM, Souza GDBS, Hardman MN, Sobral HCF, Silva AML. Promoção e prevenção da saúde do homem. Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente, 2013;2(1):95-101.
- 19 Fertoni HP, Pires DEP. Concepção de saúde de usuários da Estratégia Saúde da Família e novo modelo assistencial. Enfermagem em Foco, 2011;1(2):51-54.
- 20 Rocha EM, Medeiros ADL, Rodrigues KSLF, Cruz JPM, Siqueira MFC, Farias EFN, Lemes AG. A política nacional de saúde do homem e os desafios de sua implementação na atenção primária à saúde. Revista Eletrônica Interdisciplinar, 2016;1(15).
- 21 Andrade Alvarenga, W, Santos e Silva, S, Dantas da Costa Silva, ME, da Costa e Silva Barbosa, LD, Santiago da Rocha, S. Política de saúde do homem: perspectivas de enfermeiras para sua implementação. Revista Brasileira de Enfermagem. 2012;65(6):929-935.
- 22 Moreira MA, Carvalho CN. Atenção integral à saúde do homem: estratégias utilizadas por enfermeiras(os) nas Unidades de Saúde da Família do interior da Bahia. Saúde Transform. soc. 2016;7(3):121-32.
- 23 Martins AM, Modena CM. A saúde do homem nos serviços de atenção primária: desafios culturais e organizacionais. Cadernos ESP, 2017; 9(2):36.

- 24 Gomes R, Rebello LEFS, Nascimento EF, Deslandes SF, Moreira MCN. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. *Cienc. saude colet.* 2011;16(11):4513-21.
- 25 Julião GG, Weigelt LD. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. *R Enferm UFSM*, 2011;1(2):144-152.
- 26 Vieira LJES, Santos ZMSA, Landim FLP, Caetano JA. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. *Revista Ciênc. Saúde coletiva*, 2008;13(1):145-52.
- 27 Araújo MJO. Modelos de atenção à saúde mental das mulheres: linhas de cuidado na perspectiva dos direitos humanos, gênero e integralidade na saúde. In: *Saúde Mental e Gênero: novas abordagens para uma linha de cuidado*. Porto Alegre: Coletivo Feminino Plural, 2015:55-76.
- 28 Negrão T, Vargas R, Rodrigues LP. Saúde Mental e Gênero: novas abordagens para uma linha de cuidado. Porto Alegre: Coletivo Feminino Plural, 2015:55-76.
- 29 Strey MN, Pulcherio G. As tramas de gênero na saúde. *Gênero e Saúde: diálogos ibero-brasileiros*, 2010;11-33.
- 30 Linard AG, Castro MM, Cruz AKL. Integralidade da Assistência na Compreensão dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev gaúch enferm*, 2011;32(3):546-553.
- 31 Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011;16(Suppl.1):983-992.
- 32 Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 1999; 15:345-353.
- 33 Bezerra IMP, Sorpreso ICE. Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. *J Hum Growth Dev.* 2016; 26; 1:11-20. Doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>
- 34 Bezerra IMP. Translational medicine and its contribution to public health. *J Hum Growth Dev* 2017; 27; 1:6-9.

35 BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/12**. (2012) acesso em 31 de outubro de 2017, disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>

36 BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510/2016**. (2016) acesso em 31 de outubro de 2017, disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>

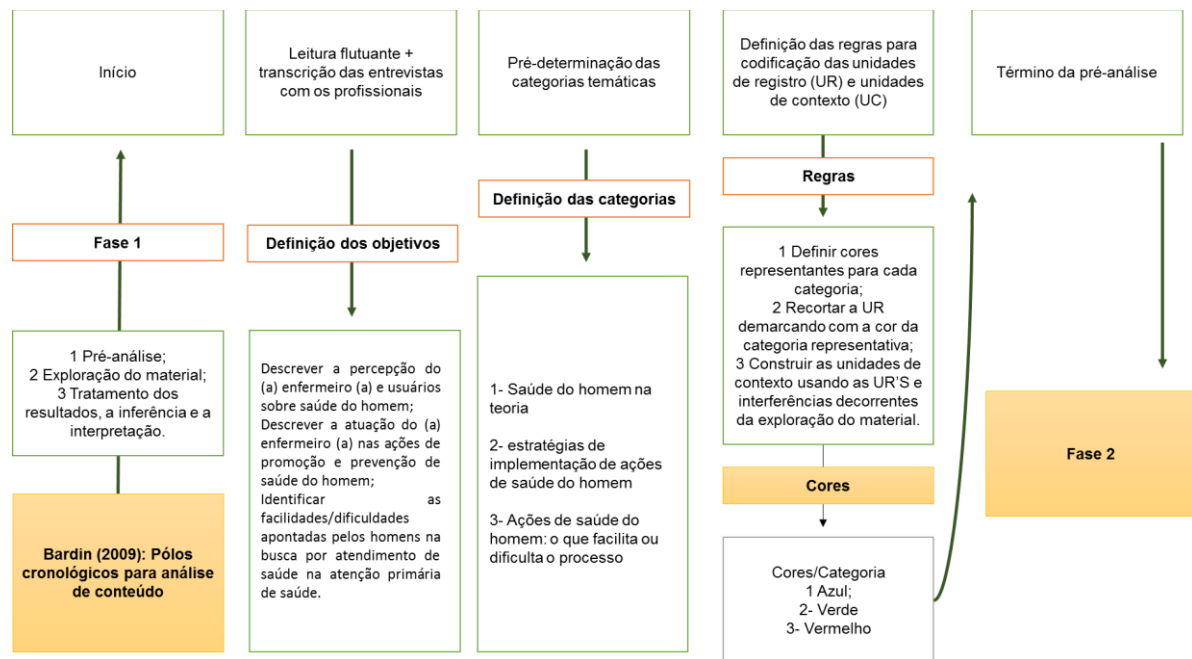


Figura 1. Fluxograma da pré-análise de Bardin. Vitória, ES, Brasil, 2018.

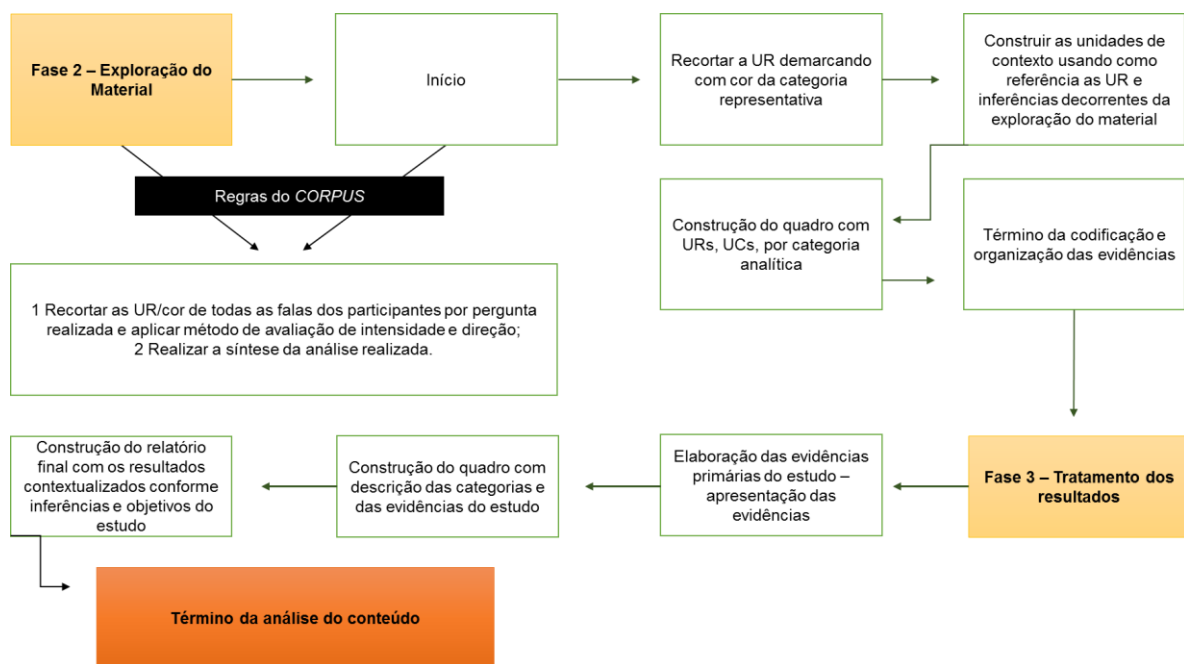


Figura 2. Fluxogramas de exploração do material e tratamento dos resultados segundo Bardin. Vitória, ES, Brasil, 2018.

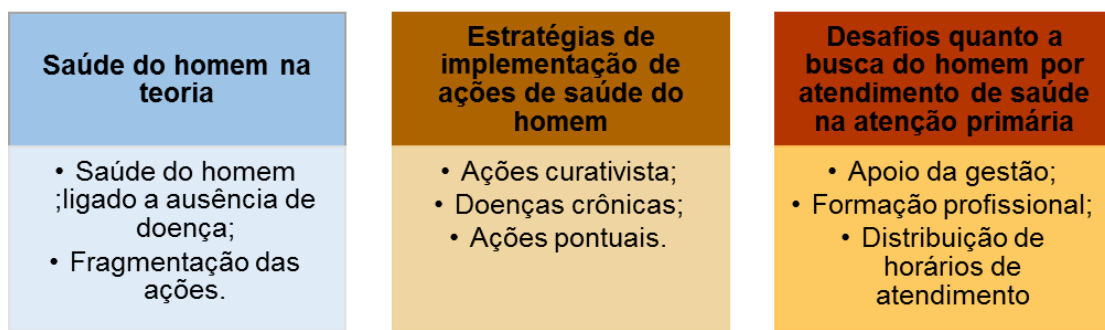


Figura 3. Categorias e evidências identificadas no estudo segundo técnica de Bardin. Vitória, ES, Brasil, 2018.

Tabela 1: Unidades de registro, unidades de contexto e categorias analíticas segundo técnica de Bardin. Vitória, ES, Brasil, 2018.

Unidades de registro	Unidades de contexto	Categorias analíticas
Política; Saúde e Doença; Divergências entre homem e mulher	O conceito de saúde do homem, embora relacionado à política de saúde do homem, restringe-se a um conceito voltado para ausência de doença e ainda a uma forte ligação em que o homem deve ser tratado diferente da mulher.	Saúde do homem na teoria
Ações pontuais; Autocuidado; doenças crônicas; Horários diferenciados	Estratégias voltadas para doenças crônicas, com foco no autocuidado e com ações pontuais com organização organizam para atender os problemas do homem em horários que oportunizam maior acesso ao serviço.	Estratégias de implementação de ações de saúde do homem
Exames; agendamento; Capacitações; infraestrutura	Acesso a exames sem agendamento, sem fila de espera, contudo, necessário maior apoio da gestão na infraestrutura e capacitações.	Ações de saúde do homem: o que facilita ou dificulta o processo

Anexo A – Comprovante de Submissão

Enc: Novo artigo (CSP_0323/18)

Italla Maria Pinheiro Bezerra

qua 21/02/2018 15:41

Itens Enviados

Para: itallamaria@hotmail.com <itallamaria@hotmail.com>;

Prezado(a) Dr(a). Italla Maria Pinheiro Bezerra:

Confirmamos a submissão do seu artigo "SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ANÁLISE DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE À LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM" (CSP_0323/18) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Profª. Marília Sá Carvalho
Profª. Claudia Medina Coeli
Profª. Luciana Dias de Lima
Editoras



Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Fundação Oswaldo Cruz

Rua Leopoldo Bulhões 1480

Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil

Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737

cadernos@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

Anexo B – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



FACULDADE DE JUAZEIRO DO
NORTE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ANÁLISE DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE À LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO HOMEM

Pesquisador: Cíntia de Lima Garcia

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67019717.4.0000.5624

Instituição Proponente: COLEGIO CULTURAL MODULO LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.058.293

Apresentação do Projeto:

O Ministério da Saúde destacou como uma das prioridades do governo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), cujo seu principal objetivo é fortalecer o desenvolvimento de ações e serviços que visam à prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento, além de diversificados métodos de promoção e proteção de saúde voltada para esse público. Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva desenvolvida a partir de abordagem qualitativa. O estudo terá como cenário às Unidades de Saúde da Família, que possui um total de 29 unidades, sendo estas, compostas por cerca de quatro equipes e, cada uma destas, sendo coordenada por um enfermeiro. Para selecionar as Unidades participantes, serão consideradas todas as unidades que no período da primeira fase da coleta (mapeamento das unidades) tiverem o profissional enfermeiro lotado há pelo menos seis meses. Estas unidades serão mapeadas a partir do contato prévio com o ETSUS e para chegar aos profissionais será realizado um agendamento para iniciar a coleta de dados. Os participantes da pesquisa serão enfermeiros e usuários das Unidades de Saúde da Família selecionadas, tendo como critérios de inclusão: enfermeiro inserido nas unidades de saúde há pelo menos seis meses e a presença destes no período de coleta estabelecido. Em relação aos usuários, farão parte deste estudo usuários do sexo masculino maiores de 18 anos cadastrados na unidade de saúde e que buscou o serviço por algum motivo. Para coleta dos dados,

Endereço: Rua São Francisco, 1224

Bairro: SAO MIGUEL

CEP: 63.010-475

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-2783

E-mail: comitetica@fjn.edu.br



será utilizada a entrevista semiestruturada, permitindo assim, uma aproximação com a realidade estudada. A entrevista direcionada aos enfermeiros abordará aspectos referentes à percepção que esses têm sobre saúde do homem e como acontece o acolhimento desse grupo populacional, bem como, das estratégias utilizadas para implementação de ações voltadas para esse público e de que modo se dá a participação dos usuários nessas ações. Já a entrevista direcionada aos usuários abordará a percepção das ações focadas para atender as suas necessidades, como estes são acolhidos nas unidades e como se dá a participação dos mesmos nas ações desenvolvidas pelos enfermeiros.

A organização dos dados será mediada pela técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Analisar a percepção dos enfermeiros (as) e usuários sobre as ações de atenção à saúde do homem

Objetivos Específicos

Descrever a percepção do (a) enfermeiro (a) e usuários sobre saúde do homem;

Descrever a atuação do (a) enfermeiro (a) nas ações de promoção e prevenção de saúde do homem;

Identificar os fatores que favorecem a não procura do homem aos serviços básicos de saúde;

Identificar as facilidades/dificuldades apontadas pelos homens na busca por atendimento de saúde na atenção primária de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo, mas que será reduzido mediante orientações e avisos da total proteção à confidencialidade, com particular ênfase na garantia do sigilo de informações confidenciais e sigilosas, obtidas na pesquisa, através do anonimato dos participantes, por meio da adoção de nomes-fantasia/pseudônimos. Nos casos em que o procedimento utilizado no estudo traga algum desconforto, o pesquisador será responsável para informar ao entrevistado que ele tem o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, não havendo qualquer tipo de constrangimento entre as partes.

Os benefícios esperados com o estudo serão no sentido de instigar a criação de novas linhas de pesquisa neste contexto, além de promover através do conhecimento um maior domínio acerca do tema abordado.

Endereço: Rua São Francisco, 1224

Bairro: SAO MIGUEL

CEP: 63.010-475

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-2783

E-mail: comitetica@fjn.edu.br



Continuação do Parecer: 2.058.293

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente trabalho respeitou os princípios éticos e legais estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da realização de pesquisas envolvendo seres humanos, não apresentando pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_897445.pdf	11/04/2017 21:29:35		Aceito
Folha de Rosto	FRR.pdf	11/04/2017 21:29:18	Cintia de Lima Garcia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.docx	11/04/2017 21:29:02	Cintia de Lima Garcia	Aceito
Outros	INSTRUMENTOsaudehomem.docx	06/04/2017 14:41:36	Cintia de Lima Garcia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOsaudedohomem.doc	06/04/2017 14:41:24	Cintia de Lima Garcia	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	06/04/2017 14:41:12	Cintia de Lima Garcia	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAsaudedohomem.docx	06/04/2017 14:41:00	Cintia de Lima Garcia	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua São Francisco,1224

Bairro: SAO MIGUEL

CEP: 63.010-475

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-2783

E-mail: comitetica@fjn.edu.br



FACULDADE DE JUAZEIRO DO
NORTE



Continuação do Parecer: 2.058.293

JUAZEIRO DO NORTE, 11 de Maio de 2017

Assinado por:
POLIANA MOREIRA DE MEDEIROS CARVALHO
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco,1224

Bairro: SAO MIGUEL

CEP: 63.010-475

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-2783

E-mail: comitetica@fjn.edu.br

Anexo C – Carta de Anuência Prefeitura de Vitória



PREFEITURA DE VITÓRIA
Secretaria de Saúde

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Origem	Destino	Data	Emitida por
SEMUS/ETSUS	SEMUS/ TODAS AS UNIDADES DE SAÚDE	19/05/2017	MARY

Resumo do Assunto

ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR

Sr.. (a) Diretor (a),

O projeto de pesquisa de mestrado da EMESCAM, intitulado: "Saúde do Homem na Atenção Primária: Análise das Ações de Prevenção e Promoção da Saúde à Luz da Política Nacional da Saúde do Homem", do pesquisador Renato Vidal de Oliveira, sob orientação da Professora Italla Maria Pinheiro Bezerra, foi aprovado para sua realização.

Esclarecemos que o presente tem como objetivo geral analisar a percepção dos enfermeiros(as) e usuários sobre as ações de atenção à saúde do homem nas Unidades de Saúde do Município de Vitória-ES.

A metodologia utilizada será coleta de dados, por meio de uma entrevista semiestruturada, sendo uma direcionada aos enfermeiros e outra aos usuários das Unidades de Saúde.

Ressaltamos que o pesquisador foi orientado que a liberação da pesquisa está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e/ou apresentação oral para a Secretaria Municipal de Saúde (PMV/SEMUS) e que a não devolutiva dos resultados em até dois meses após o término desta referida pesquisa, implicará no indeferimento de novas solicitações do (s) pesquisador (es). Informamos que o resumo da pesquisa poderá ser disponibilizado no site da PMV.

Solicitamos que a pesquisa seja viabilizada por este setor e informamos que esta autorização para realização da pesquisa tem validade por dois anos.

Atenciosamente,

Scheila Cristina de Souza Cruz
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

Anexo D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre “SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ANÁLISE DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE À LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO HOMEM”, e está sendo desenvolvida por Renato Vidal de Oliveira, do Curso de mestrado da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, sob a orientação da professora Italla Maria Bezerra.

Com este trabalho espera-se descobrir formas para contribuir na melhoria do atendimento ao homem na atenção primária de saúde.

Solicitamos a sua colaboração para participar da entrevista, que dura por volta de 30 minutos, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto.

Informamos que essa pesquisa não emprega riscos à saúde, a dignidade ou as finanças do participante, sendo mínima a probabilidade de qualquer desconforto, entretanto, caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do pesquisador responsável

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Assinatura do participante

Contato com o pesquisador responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador mestrando Renato Vidal de Oliveira, no tel.: (27) 33894906/ 999381972

Endereço: Rua Frei Aurélio Stulzer, 33 Bairro Praia da Costa, CEP: 29.101-065, Telefone: (27) 999338-1972

UF: ES Município: Vila Velha.