

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

MARCELO FIRMINO

**PROMOÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: necessidades, entraves e estratégias de
assistência integral a saúde**

UBERLÂNDIA
2019

MARCELO FIRMINO

**PROMOÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: necessidades, entraves e estratégias de
assistência integral a saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT), como requisito obrigatório para a Defesa de Mestrado.

Linha de Pesquisa: Saúde Ambiental

Orientadora: Prof. Dra. Gerusa Gonçalves Moura

UBERLÂNDIA

2019

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

F525 Firmino, Marcelo, 1979-
2019 PROMOÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: [recurso eletrônico] :
necessidades, entraves e estratégias de assistência integral
a saúde / Marcelo Firmino. - 2019.

Orientadora: Gerusa Gonçalves Moura.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2155>
Inclui bibliografia.

1. Geografia médica. I. Gonçalves Moura, Gerusa , 2604-,
(Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-
graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III.
Título.

CDU: 910.1:61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074

MARCELO FIRMINO

**PROMOÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: necessidades, entraves e estratégias de
assistência integral a saúde**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Gerusa Gonçalves Moura (Orientadora)
Universidade Federal de Uberlândia

Prof. Dr. Frank José Silveira Miranda (Membro Titular)
Universidade Federal de Uberlândia

Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme (Membro Titular Externo)
Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima (Membro Suplente)
Universidade Federal de Uberlândia

Data _____ / _____ / _____

Resultado _____

Se Eu Morresse Amanhã

Se eu morresse amanhã, viria ao menos
Fechar meus olhos minha triste irmã;
Minha mãe de saudades morreria
Se eu morresse amanhã!

Quanta glória pressinto em meu futuro!
Que aurora de porvir e que manhã!
Eu pendera chorando essas coroas
Se eu morresse amanhã!

Que sol! que céu azul! que doce n'alva
Acorda a natureza mais louçã!
Não me batera tanto amor no peito
Se eu morresse amanhã!

Mas essa dor da vida que devora
A ânsia de glória, o dolorido afã...
A dor no peito emudecera ao menos
Se eu morresse amanhã!

Álvares de Azevedo

AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir cada passo galgado;

Aos meus pais por acreditarem e incentivarem, em todas as minhas realizações;

A minha esposa, que caminhou comigo durante a realização deste trabalho;

Ao meu filho Gustavo, que nasceu nos momentos finais desta pesquisa;

Ao meu amigo William Douglas Guilherme por colaborar na realização desse trabalho;

A Universidade Federal de Uberlândia, por proporcionar a realização de uma pós-graduação de alta qualidade;

E a minha orientadora, Prof. Dra. Gerusa Gonçalves Moura, pela atenção, incentivo, desprendido durante esses meses que passamos juntos, para concretizar este trabalho.

Dedico este trabalho a minha mãe, que sempre me ofertou tudo, que podia para que assim, eu conseguisse realizar meus objetivos, a meu pai que sempre esteve presente apoiando minhas conquistas, a minha esposa, que esteve comigo, em todos os momentos de minha caminhada no mestrado, e a meu filho Gustavo, meu grande orgulho.

RESUMO

Em 2009, o SUS elaborou o Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, que articulava áreas do governo, do setor privado e da sociedade civil, com informações e orientações à população masculina, sobre promoção, prevenção, tratamento e recuperação de injurias à saúde, com objetivo de melhorar as condições de saúde do cidadão brasileiro, reduzindo, assim, a morbidade e mortalidade. Contudo existe uma serie de fatores que colaboram para que o homem não busque por serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), dentre eles, o sentimento de invulnerabilidade, preconceito para com os exames diagnósticos, horário de trabalho que coincide com o horário de atendimento do posto de saúde, a possibilidade de não ter seu problema de saúde resolvido em um dia apenas, dentre outros. Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa é compreender os fatores que levam o homem a não procurar por serviços na Atenção Primária à Saúde, tendo como local de pesquisa o bairro Morada Nova, em Uberlândia/MG, e o Quilombo Kalunga Mimoso sediado no território de Arraias, no Tocantins. Para a realização da pesquisa, a metodologia baseou-se na revisão bibliográfica sobre a temática primeiramente. Em seguida, foi aplicado um questionário adaptado, tendo como base o Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) com a população masculina na faixa etária de 20 e 59 anos, residente no território do Unidade Saúde da Família (USF) do bairro Morada Nova na cidade de Uberlândia/MG e no Quilombo Kalunga Mimoso, no distrito de Arraias/TO. Com a realização da pesquisa, pode-se verificar que a população masculina pesquisada, tanto de Uberlândia/MG como Quilombo/TO têm baixa escolaridade, além de ser mais numerosa na faixa dos 30 aos 49 anos. A USF é a porta de entrada a serviços de saúde na atenção primária e todos os entrevistados dependem, exclusivamente, do SUS para atender as suas necessidades de saúde. O homem ainda mantém o sentimento de invulnerabilidade, serviços de prevenção e promoção à saúde são subutilizados por essa população diante disso. A busca por serviços de saúde por eles serve apenas para alívio de sintomas ou mediante algum agravão instalado. O homem ainda tem preconceito com relação a sua saúde, tanto que foi constado que houve uma pequena procura pela realização do exame de próstata. Os medicamentos ofertados pelo SUS não foram suficientes para satisfazer a todas as necessidades de saúde dessa população. A USF do Morada Nova apresentou resolutividade satisfatória de agravos à saúde dessa população, dentro da sua complexidade proposta. Apesar da baixa procura, a população pesquisada mostra-se satisfeita com o atendimento e os serviços prestados pela USF. As justificativas da recusa em participar de ações de saúde direcionadas do homem persiste como as mesmas respostas já amplamente divulgadas na literatura: “não tenho tempo”, “não tenho interesse”, “trabalho”, “desconheço as atividades voltada para ao homem na USF” e a “distância do quilombo à USF”. Os grupos masculinos manifestaram o desejo da existência de atividades direcionadas exclusivamente ao público masculino na USF. A interação dos profissionais de saúde com o seu público possibilita que o homem se sinta à vontade de falar de sua situação de saúde com qualquer profissional. Mesmo após dez anos do incremento da Política Nacional de Saúde do Homem, este ainda carece de serviços de promoção e prevenção de doenças, e os serviços da APS ainda não conseguem inserir o homem totalmente em seu rol de ações. Esse é um assunto complexo e esperamos que os resultados desta pesquisa possam subsidiar a organização dos serviços de saúde, o planejamento de ações na saúde direcionadas ao público masculino.

Palavras-chave: Saúde do Homem. Atenção Primária à Saúde. Saúde do Quilombola. Promoção à Saúde do Homem.

ABSTRACT

In 2009, the SUS elaborated the National Program for Comprehensive Health Care for Man, which articulated areas of government, the private sector and civil society, with information and guidance to the male population on the promotion, prevention, treatment and recovery of health, aiming at improving the health conditions of the Brazilian citizen, thus reducing morbidity and mortality. However, there are a number of factors that contribute to the fact that men do not seek health services in Primary Health Care (PHC), among them, the feeling of invulnerability, prejudice towards diagnostic exams, working hours that coincide with the time of the health service, the possibility of not having their health problem solved in one day, among others. In this sense, the objective of this research is to understand the factors that lead the man not to seek services in Primary Health Care, having as a research site the neighborhood Morada Nova, in Uberlândia / MG, and Quilombo Kalunga Mimoso based in the territory of Arraias, in Tocantins. For the accomplishment of the research, the methodology was based on the bibliographical revision on the subject first. Then, an adapted questionnaire was applied, based on the Strengthening of the National Policy for Integral Attention to Man's Health (PNAISH) with the male population in the age group of 20 and 59 years, residing in the territory of the Family Health Unit (USF) of the neighborhood Morada Nova in the city of Uberlândia / MG and Quilombo Kalunga Mimoso, in the district of Arraias / TO. With the research, it can be verified that the male population surveyed, both from Uberlândia / MG and Quilombo / TO have low levels of education, besides being more numerous in the 30 to 49 age group. The USF is the gateway to health services in primary care, and all respondents rely exclusively on SUS to meet their health needs. Man still maintains the feeling of invulnerability, prevention services and health promotion are underutilized by this population in front of it. The search for health services by them is only for the relief of symptoms or through some established aggravation. The man still has prejudice regarding his health, so much that it was recorded that there was a small demand for the prostate examination. The drugs offered by SUS were not enough to satisfy all the health needs of this population. The USF of Morada Nova presented a satisfactory solution to the health of this population, within its proposed complexity. Despite the low demand, the population surveyed is satisfied with the service and services provided by USF. The justifications for refusal to participate in directed health actions of men persist as the same answers already widely published in the literature: "I do not have time", "I have no interest", "work", "I do not know the activities focused on the man in USF "And the" distance from the quilombo to USF ". The male groups expressed their desire for activities exclusively aimed at the male audience at USF. The interaction of health professionals with their public makes it possible for the man to feel free to talk about his health situation with any professional. Even after ten years of increasing the National Health Policy of Man, it still lacks services of promotion and prevention of diseases, and APS services still can not insert man fully in his role of actions. This is a complex subject and we hope that the results of this research can support the organization of health services, planning health actions directed at the male population.

Key words: Men's Health. Primary Health Care. Quilombola Health. Man Health Promotion.

LISTA DE ABREVIASÕES E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NOAS	Norma Operacional de Assistência à saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAISH	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNH	Programa Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	Uberlândia/MG: faixa etária dos homens entrevistados do Bairro Morada Nova, 2018	35
Gráfico 02	Uberlândia/MG: escolaridade dos homens entrevistados do Bairro Morada Nova, 2018	35
Gráfico 03	Uberlândia/MG: acesso a serviços de saúde na UBSF pelos entrevistados do Bairro Morada Nova, 2018	36
Gráfico 04	Uberlândia/MG: porcentagem de homens que necessitaram de receita após atendimento na USF pelos entrevistados do Bairro Morada Nova, 2018	38
Gráfico 05	Uberlândia/MG: acesso a medicamentos após atendimento na UBSF pelos entrevistados do Bairro Morada Nova, 2018	39
Gráfico 06	Uberlândia/MG: tempo de espera para atendimento segundo os entrevistados do bairro Morada Nova, 2018	40
Gráfico 07	Uberlândia/MG: efetividade da USF para resolução de necessidade de saúde segundo os entrevistados do bairro Morada Nova, 2018	41
Gráfico 08	Uberlândia/MG: participação do homem nas campanhas de promoção e prevenção a saúde do homem segundo os entrevistados do Bairro Morada Nova, 2018	43
Gráfico 09	Uberlândia/MG: participação em alguma atividade relacionada à saúde do homem, pelos entrevistados do Bairro Morada Nova, 2018	44
Gráfico 10	Quilombo Kalunga Mimoso, Arraias/TO: faixa etária dos entrevistados, 2018	48

Gráfico 11	Quilombo Kalunga Mimoso, Arraias/TO: escolaridade dos homens entrevistados, 2018	48
Gráfico 12	Quilombo Kalunga Mimoso, Arraias/TO: acesso a serviços de saúde pelos entrevistados, 2018	49
Gráfico 13	Quilombo Kalunga Mimoso, Arraias/TO: acesso a medicamentos após atendimento na USF pelos entrevistados, 2018	51
Gráfico 14	Quilombo Kalunga Mimoso, Arraias/TO: efetividade da USF para resolução das necessidades de saúde segundo os entrevistados, 2018	52
Gráfico 15	Quilombo Kalunga Mimoso, Arraias/TO: participação em campanhas de promoção e prevenção a saúde do homem de acordo com os entrevistados, 2018	54
Gráfico 16	Quilombo Kalunga Mimoso, Arraias/TO: participação em alguma atividade relacionada à saúde do homem na USF pelos entrevistados, 2018	56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Quilombo Kalunga Mimoso, Arraias/TO: casa típica da comunidade 46

Figura 2 Quilombo Kalunga Mimoso, Arraias/TO: escola da comunidade 47

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 Brasil: ações e responsabilidades mínimas da atenção básica do município, 2002	25
--	----

LISTA DE TABELA

Tabela 1 Uberlândia/MG: motivo pela busca por serviços de saúde na atenção primária segundo os entrevistados do Bairro Morada Nova, 2018	37
Tabela 2 Quilombo Kalunga Mimoso, Arraias/TO: motivo da busca por serviços de saúde no município de Arraias pelos entrevistados, 2018	50

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1 - UMA BREVE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DA SAÚDE DO HOMEM NO BRASIL: a Instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem ...	21
1.1 O Modo de Vida do Homem e suas Vulnerabilidades.....	31
CAPÍTULO 2 - A SAÚDE DO HOMEM EM UBERLÂNDIA/MG: um estudo no Bairro Morada Nova	34
2.1 O perfil dos homens e sua relação com os serviços de saúde	35
2.2 Questões Relacionadas a Adesão do Homem as Ações de Promoção e Prevenção à Saúde na USF Morada Nova	42
CAPÍTULO 3 - A SAÚDE DO HOMEM KILOMBOLA: um estudo no Quilombo Kalunga Mimoso	46
3.1 O perfil dos Quilombolas Kalunga Mimoso e sua relação com a saúde ..	47
3.2 Questões Relacionadas a Adesão do Homem as Ações de Promoção e Prevenção à Saúde no Quilombo Kalunga Mimoso	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	62
ANEXO 01	69
ANEXO 02	75
ANEXO 03.....	76

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua criação em 19 de setembro de 1990, revela-se como importante agente na promoção, prevenção e tratamento de agravos à saúde da população brasileira. Os primeiros programas de saúde pública eram direcionados à saúde da mulher e da criança, ação necessária, pois a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimava, em 1990, 585.000 mortes maternas, sendo que apenas 5% desses óbitos ocorriam em países desenvolvidos. A mortalidade infantil era outro problema que necessitava de intervenção.

Ao longo dos anos de consolidação do SUS, vários programas de saúde foram criados com a finalidade de atender às diversas necessidades da população brasileira, no entanto a população masculina não contava com um programa de saúde com enfoque em suas características até 2009.

Em 2010, a população brasileira era de, aproximadamente, 190 milhões de habitantes, a proporção de homens era 48,8%. Desses 93 milhões de homens, 56% estavam na faixa etária entre 20 a 59 anos (MOURA, 2012). As projeções populacionais, em 2018, apontavam que o Brasil teria 208 milhões de habitantes, e pouco mais de 58 milhões compreenderia a parcela masculina, com idade entre 20 e 59 anos (IBGE, 2019). Esse grupo populacional extenso de homens em idade economicamente ativa era desassistido de um projeto específico de saúde e padecia de agravos inerentes exclusivamente ao sexo masculino, como violência, acidentes de trânsito e doenças prevalentes no homem (BRASIL, 2009B).

Diante dessa situação, o SUS desenvolveu, em 2009, um programa para atender especialmente o público masculino, denominado de Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que tem como princípio a equidade e universalidade nas ações e serviços de saúde, incluindo equipamentos, insumos e material educativo. Também assegura a articulação dentre as áreas do governo, do setor privado e da sociedade civil, com informações e orientações à população masculina sobre a promoção, prevenção, tratamento e recuperação de injurias à saúde. (BRASIL, 2009B).

O Programa também prevê ações para o estímulo precoce do homem nas atividades de atenção primária à saúde relativas a doenças recorrentes; além da capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento. E, para acompanhar os resultados das ações propostas, busca-se elaborar indicadores que permitam aos gestores monitorar e avaliar,

continuadamente, os serviços de saúde, desempenho dos profissionais de saúde em consonância com a participação do usuário, avaliando seu impacto e alterando as estratégias que se fizerem necessárias. (BRASIL, 2009B).

Existe uma série de fatores que cooperam para que o homem não busque por serviços de saúde público na atenção primária¹, que é a porta de entrada para os serviços de saúde. Dentre eles, o clichê atribuído ao gênero masculino, de que este não adoece, e que tal circunstância é sinal de fragilidade, alimenta, em nossa cultura, a sensação de invulnerabilidade na população masculina. Admitindo a condição cultural de saúde imaculável do homem, seria um contraponto procurar por serviços de saúde, uma vez que o médico, ao diagnosticar algum agravão na sua saúde, equivaleria negar esta condição irrefutável no homem. (BRASIL, 2009B).

Existem ainda outros fatores que são apontados pelo público masculino como barreiras para procurar atendimento à saúde: as grandes filas, horário de trabalho que coincide com o horário de atendimento do posto de saúde, a possibilidade de não ter seu problema de saúde resolvido em um dia apenas, levando à perda de mais dia de labor, entre outros (BRASIL, 2009B).

A resistência masculina em buscar, na atenção primária, atendimento à saúde, tem reflexo no diagnóstico tardio de doenças previníveis, que implica o agravamento da doença, requerendo tratamento especializado e de alto custo. O diagnóstico tardio requer tratamento em grandes centros, geralmente, fora do domicílio do indivíduo, e isso contribui para o desgaste físico e emocional no paciente, e também da sua família. A cultura interpresa ao homem e pelo homem em não procurar atendimento à saúde eleva as taxas de mortalidade e morbidade. (BRASIL, 2009B).

Segundo Moura (2012), a mortalidade geral do Brasil, em 2010, na faixa etária dos 20 a 59 anos, foi de 3,5 por mil habitantes, sendo 2,5 vezes maior nos homens, quando comparada à das mulheres. A maior causa de óbito em homens é relacionada a causas externas, que são os acidentes de trânsito, a violência e os acidente de trabalho; a segunda, às doenças do aparelho circulatório, e a terceira às neoplasias.

Diante das necessidades de saúde do homem, torna-se imperativo entendermos os motivos que o afasta dos serviços de promoção da saúde e prevenção de doenças.

¹ Atenção primária refere-se a uma gama de procedimentos ofertados a população em unidades básicas de saúde, ou seja, é a porta de entrada daqueles que procuram por assistência à saúde.

Identificando-se as causas que influencia negativamente o acesso a serviços de saúde, podemos propor alguma intervenção e, consequentemente, trazer melhorias nas atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde do homem.

Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa é compreender os fatores que levam o homem a não procurar por serviços na atenção primária à saúde (APS), tendo como campo de estudo o bairro Morada Nova em Uberlândia/MG, e o Quilombo Kalunga Mimoso, sediado no território de Arraias no Tocantins. Como objetivos específicos, elencamos: a) Discutir a promoção da saúde e prevenção de doenças, na saúde do homem; b) Avaliar o perfil da população masculina com relação ao seu interesse em buscar os serviços de saúde; c) Levantar os motivos que levam os homens a procurar, ou não, pelos serviços de saúde.

Para desenvolver esta pesquisa, a metodologia proposta baseou-se na pesquisa qualitativa, com abordagem explicativa. De acordo com Minayo (2010, p. 57), o método qualitativo “[...] é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.” E ainda, segundo a autora, esse tipo de “[...] método permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, e propicia a revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.”

Nessa perspectiva, foi aplicado um questionário adaptado de Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2013), com a população masculina na faixa etária de 20 e 59 anos, residente no território do Unidade Saúde da Família (USF) do bairro Morada Nova, na cidade de Uberlândia/MG, e no Quilombo Kalunga Mimoso, no distrito de Arraias/TO.

Os participantes da pesquisa na cidade de Uberlândia, no bairro Morada Nova, foram escolhidos por sorteio em quantidade igual nas seis micro áreas que compreendem o território da Unidade Básica de Saúde do bairro em questão. De acordo com o cadastro da USF do bairro Morada Nova, em 2018 encontrava-se, nos registros, o efetivo de 974 homens com idade oscilando entre 20 a 59 anos. Por isso, optamos por realizar a pesquisa por amostragem populacional.

Com a finalidade de definir a amostra populacional recorreu-se, de acordo com Luiz e Magnanini (2000), ao cálculo das populações finitas, permitida, quando se tem o tamanho da população. Portanto, o cálculo da amostragem da população foi definido pela expressão de

erro padrão de prevalência. Para fins de realizarmos os cálculos decidimos pelo arredondamento dos 974 homens cadastrado na USF do bairro Morada Nova, para 1000 inscritos, pois, assim, aumentamos a confiabilidade da amostra e adequamos a oscilação provável naquela população. Portanto, a população masculina e flutuante oscila em números próximos de 1000 homens. Com uma margem de erro esperado de 10% e nível de confiança 90% para a amostra, aplicamos a fórmula das populações finitas.

$$n = \frac{Z^2 \frac{\alpha}{2} N(1 - P)}{\epsilon r^2 P(N - 1) + Z^2 \frac{\alpha}{2}(1 - P)} \quad (1)$$

$$n = \frac{(1,64)^2 \cdot 1000(1 - 0,5)}{\left(\frac{0,1}{0,5}\right)^2 \cdot 0,5(1000 - 1) + (1,64)^2 \cdot (1 - 0,5)} \quad (1)$$

Logo, $n \cong 69$ homens.

Dessa forma, a amostra populacional sugerida foi de 69 pessoas do gênero masculino conforme os cálculos apresentados.

Com a finalidade de aumentar a confiabilidade da amostragem deve-se aumentar a amostra em 20%, (Luiz e Magnanini, 2000), então das 69 previstas, chegamos a 84 entrevistados, arredondando para 100 as entrevistas a serem realizadas sem comprometer a confiabilidade da amostra. Assim, a amostra populacional pesquisada em Uberlândia foi de 100 homens residentes no bairro Morada Nova.

O recrutamento para a pesquisa ocorreu durante a visita domiciliar realizada pelo pesquisador, momento em que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado e, mediante sinalização positiva do participante, foi aplicado o questionário.

No Quilombo Kalunga Mimoso/TO foi aplicado o questionário a toda população masculina também com idade entre 20 e 59 anos de idade. Não foram encontrados dados oficiais no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre a população quilombola residente nos limites da cidade de Arraias/TO. Durante o projeto de extensão desenvolvido pelo mestrandos Marcelo Firmino, o Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme e a Prof.^a Dra. Gerusa Gonçalves Moura, no território do Quilombo Kalunga Mimoso, intitulado “Promoção à saúde do homem: necessidades, entraves e estratégia de assistência integral a

saúde”, identificamos 98 famílias compostas, em sua maioria, por mulheres. No entanto, observamos apenas 30 homens que ainda residem no quilombo Kalunga Mimoso, dentro dos critérios determinados pelos pesquisadores, o que se constituiu na nossa amostra.

Os dados obtidos do questionário foram tabulados manualmente, e com uso de planilha do Excel® 2016, e expressos na forma de tabelas, visando identificar a ocorrência das características de incidem no homem e que repercutem na pequena procura por serviços de saúde, pela população masculina proposta.

Nesse sentido, este trabalho está estruturado em 3 capítulos. O primeiro é uma revisão bibliográfica da saúde do homem no Brasil desde a lei Eloi Chaves, em 1923 que criou os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), que evoluíram, posteriormente para INANPS na década de 1970, que, discretamente, já passava para os estados e municípios algumas atividades destinadas à saúde da população e prestava serviços de atenção a saúde independente da existência de carteira de trabalho assinada. Os anos de 1990 marcaram a mudança para o atual sistema de saúde o Sistema Único de Saúde (SUS), e, desde a sua criação, o SUS é aprimorado com a existência de diversos programas de saúde, para os vários estratos populacionais, culminando, em 2009, com Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

O segundo capítulo traz um estudo por amostragem populacional do bairro Morada Nova, na cidade de Uberlândia/MG, onde identificamos quais as necessidades de saúde do homem, juntamente com os obstáculos que interferem na sua demanda e adesão por serviços de saúde na atenção primária.

No terceiro capítulo, temos a pesquisa desenvolvida no Quilombo Kalunga Mimoso, situado dentro dos limites da cidade de Arraias/TO. Nesta pesquisa, verificamos as necessidades de saúde do homem, quais os entraves que influenciam na oferta e adesão de serviços de saúde na atenção primária.

E, nas considerações finais, tecemos um comparativo entre os resultados encontrados na pesquisa de Uberlândia/ MG e Arraias/TO.

CAPÍTULO 1

UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DA SAÚDE DO HOMEM NO BRASIL: a Instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

No século XX, antes da existência do SUS, o Ministério da Saúde, com apoio dos estados e municípios, desenvolvia as ações de promoção e prevenção, que se davam pelas atuações no controle de endemias e vacinação, ou seja, eram condutas gerais, sem nenhum tipo de discriminação à população beneficiada. O Ministério da Saúde dispunha, também, de poucos hospitais, e os existentes eram especializados em tratar doenças psiquiátricas e tuberculose (BRASIL, 2002A).

A assistência médico-hospitalar era ofertada aos associados dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs, criados pela Lei Eloi Chaves em 1923 para os trabalhadores urbanos), de diversas categorias profissionais, como bancários, comerciários, profissionais liberais, industriários e, dentre outros, ou seja, para aqueles que podiam pagar pelos serviços. A assistência médico-hospitalar prestada à população definida como indigente, que não tinha nenhum direito, era executada por alguns municípios e estados, mas, principalmente, pelas instituições filantrópicas na forma de caridade. (BRASIL, 2002A).

Os IAPs passaram por uma fusão que repercutiu na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O INAMPS foi responsável pelo desenvolvimento de uma grande estrutura hospitalar de assistência à saúde que beneficiava aos trabalhadores formais com “carteira assinada” ou aqueles que podiam pagar pelos serviços médico-hospitalares. O INAMPS criou uma desigualdade, pois aplicava seus recursos em regiões mais desenvolvidas, como o Sul e Sudeste. Nas demais regiões, apenas nas cidades de maior porte. As regiões Norte e Nordeste foram as que menos receberam recursos. (BRASIL, 2002A).

Os recursos do INAMPS financiavam a sua própria rede de hospitais e ambulatórios, como também pagavam por serviços médico-hospitalar na rede privada de assistência à saúde. O trabalhador rural começou a ser assistido pelo INAMPS na década de 1970, quando este enquadrou-se na Lei Complementar nº 11, de 1971, do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural/Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (Prorural/Funrural). Assim, o trabalhador rural obteve direito a serviços de saúde semelhante

ao trabalhador urbano, segundo Brasil (2002A).

Nos anos de 1970, o financiamento do INAMPS começou a entrar em crise e uma de suas medidas de economia de despesas, que passou a vigorar na década de 1980, foi contratar serviços de saúde das secretarias municipais e estaduais de saúde, por meio de convênios. Nesse mesmo período, o INAMPS aumentou a cobertura da população a serviços médico-hospitalar, ao deixar de exigir a carteira de segurado para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) nasceu do convênio do INAMPS com os governos estaduais, para ofertar serviços de saúde tanto à população na rede pública como na rede privada que atendia pelo INAMPS. (BRASIL, 2002A).

Assim, podemos verificar que começava a se construir no Brasil um sistema de saúde com tendência à cobertura universal mesmo antes da aprovação da Lei 8.080 (também conhecida como Lei Orgânica da Saúde), que instituiu o SUS.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1990, mudou-se o foco do modelo de saúde biomédico sanitarista, até então, voltado para o tratamento de doenças, para um outro modelo, que tem como princípios e diretrizes a universalização, a equidade e a integralidade.

Explicando melhor esses princípios, a universalização prevê que todo cidadão tem direito aos serviços de saúde e este é garantido pelo Estado. Como as pessoas têm necessidades distintas de serviços de saúde, a equidade possibilita tratar desigualmente os desiguais, ou seja, em um grupo populacional uma parcela pode requerer por mais investimento em saúde que os demais, e é nesse momento que a equidade oferece mais a uns, do que a outros, em função de suas necessidades, portanto, investindo mais onde haja maior carência. A integralidade tem por princípio garantir um conjunto de serviços de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

O SUS tem também os “Princípios Organizativos” da regionalização e hierarquização, descentralização e participação popular. A regionalização é o processo articulado entre os serviços que já existem, com o comando único destes. Já a hierarquização é a divisão dos níveis de atenção em primário, secundário e terciário, garantindo o acesso da população aos diversos serviços, até no limite dos recursos disponíveis de uma determinada região. A descentralização é o princípio da redistribuição das responsabilidades e deveres entre os três níveis de governo. Os conselhos e conferências de saúde são a forma de que a participação

popular dispõe para controlar e avaliar a execução das políticas de saúde e, não menos importante, garantir a gestão de forma única dos serviços de saúde desde o Município. (BRASIL, 1990).

Com foco na descentralização e para que os municípios assumissem o papel de gestores do SUS no município, foi instaurado o Programa de Saúde Pública denominado “Saúde da Família”, criado pela Portaria nº 692, de 25 de março de 1994, com a finalidade de proporcionar ações de promoção e prevenção à saúde com uma equipe de saúde composta, preliminarmente, de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que atuariam nas comunidades. (BRASIL, 1994).

Contudo ainda era necessário reafirmar o novo modelo de gestão a ser desempenhado pelos Municípios, Estados e União, então, foi estabelecida a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB - 1/96), com a finalidade de delimitar deveres, gestão financeira e administrativa, ou seja, orientar o modelo de gestão do SUS e definir que este tem a:

[...] finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com a consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União. (BRASIL, 1996, p. 6).

Por conseguinte, a NOB - 1/96 reafirmou a necessidade de descentralização dos serviços de saúde, reorganizando o modelo assistencial dos municípios e do Distrito Federal uma vez que em definiu:

- [...] os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- c) os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social. (BRASIL 1996, p. 7).

Visando adequar o modelo do SUS às demandas de saúde da população brasileira, que apresenta elevada morbidade e mortalidade por “Acidente ou Violência” na faixa etária de 5 a

39 anos, sendo a população mais afetada por este agravo o público masculino. A Portaria nº 737, de 18 maio de 2001, norteou o Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidente ou Violência, que estabelecia como problema de saúde pública o conjunto das ocorrências accidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde.

[...] Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas". (BRASIL, 2001, p. 2).

Foi mediante a Portaria nº 737, de 18 maio de 2001, que se estabeleceu a importância de reduzir a ocorrência de morbimortalidade por violência e acidente na população brasileira, sendo o homem mais vulnerável a estes agravos. Esta portaria definiu que o atendimento de urgência seria destinado a qualquer paciente de alto risco, a qualquer faixa etária. Entretanto, verificou-se que recomendações específicas de conduta multiprofissional eram destinadas as crianças (maus tratos, abuso sexual), às mulheres (aumento da auto estima e violência) e aos idosos (maus tratos), ao passo que sobre o homem adulto não havia nenhuma menção neste sentido.

Em 2002, a Portaria nº 373, de 27 de fevereiro, estabeleceu a "Norma Operacional de Assistência à Saúde" (NOAS – 2002B), ampliando as responsabilidades dos municípios na atenção básica e reafirmando os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização. Além disso, definiu as ações e responsabilidades estratégicas mínimas da atenção básica a serem executadas pelo município, como salientado no Quadro 1.

Tais ações de responsabilidades mínimas tinha por finalidade especificar as obrigações a serem implementadas nos municípios, dando prosseguimento ao programa de descentralização das ações de saúde, reafirmando a necessidade de o município assumir a gestão dos serviços de saúde. A regionalização da saúde deu-se por meio da criação da Região de Saúde, com polos locais com oferta de serviços de saúde hierarquizada, com ofertas de serviços da atenção primária pelo Município, atenção secundária pelo Estado e atenção terciária pela União, no Distrito Federal, tanto a atenção primária e a secundária são de sua responsabilidade. A NOAS – 2002B veio para aprimorar a organização do SUS, visando superar as dificuldades e os impasses provenientes da implantação do SUS.

Quadro 1 – Brasil: ações e responsabilidades mínimas da atenção básica do município, 2002B

Ação	Responsabilidades
Controle da Tuberculose	Busca ativa de casos. Diagnóstico clínico de casos. Acesso a exames para diagnóstico e controle: laboratorial e radiológico. Cadastramento dos portadores. Tratamento dos casos BK+ e BK -. Medidas preventivas.
Eliminação da Hanseníase	Busca ativa de casos. Diagnóstico clínico de casos. Cadastramento dos portadores. Tratamento Supervisionado dos casos. Controle das incapacidades físicas. Medidas preventivas.
Controle da hipertensão	Diagnóstico de casos. Cadastramento dos portadores. Busca ativa de casos. Tratamento dos casos. Diagnóstico precoce de complicações. 1º Atendimento de urgência. Medidas preventivas.
Controle da Diabetes Melittus	Diagnóstico de casos. Cadastramento dos portadores. Busca ativa de casos. Tratamento dos casos. Monitorização dos níveis de glicose do paciente. Diagnóstico precoce de complicações. 1º Atendimento de urgência. Encaminhamento de casos graves para outro nível de complexidade. Medidas preventivas e de promoção da saúde.
Saúde Bucal	Prevenção dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes. Cadastramento de usuários. Tratamento dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes. Atendimento a urgências odontológicas.
Saúde da Criança	Vigilância Nutricional. Imunização. Assistência às doenças prevalentes na infância.
Saúde da Mulher	Pré-natal. Prevenção de câncer de colo de útero. Planejamento Familiar.

Fonte: BRASIL, 2002B, p. 68.

Nessa reorganização, o SUS verificou que os indígenas enfrentavam situações de tensão social, ameaças e vulnerabilidades. Para enfrentar tais circunstâncias, a Atenção à Saúde do Indígena foi oficializada pela Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002 e determinou a promoção, elaboração e adequação de planos, projetos e programas de saúde em conformidade com as necessidades dos povos indígenas (BRASIL, 2002C).

Porém a Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002, estabeleceu as diretrizes gerais de atendimento ao indígena e não diferenciou o tratamento ofertado ao homem, à mulher ou à criança indígena.

[...] organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;

- preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
 - monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
 - articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
 - promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
 - promoção de ações específicas em situações especiais;
 - promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
 - promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- controle social. (BRASIL, 2002C, p.13).

Outros programas de saúde foram postos em prática, aumentando a oferta por serviços de promoção e prevenção nos municípios, e todos eles executados pelo Programa de Saúde da Família como “A Política Nacional de Saúde da Pessoa com deficiência”, criada pela Portaria nº 1060, de 05 de junho de 2002, que definiu as responsabilidades do gestor federal, estadual e municipal sobre o cidadão portador de necessidades e preconiza:

[...] a reabilitação da pessoa portadora de deficiência, a proteção a sua saúde e a prevenção dos agravos que determinem o aparecimento de deficiências, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas entre os diversos setores da sociedade e a efetiva participação da sociedade. (BRASIL, 2002D, p. 1).

De acordo com Brasil (2002D), apesar do Censo de 1991 apontar que 50,4% da população eram compostas por mulheres e 49,6% de homens, quando se analisou a população deficiente, a situação inverteu-se, a população masculina com deficiência era maioria (com 55,6%), a feminina com 44,4%. A deficiência mais representativa no homem é a motora, atribuída a causas externas, como acidentes de trabalho e trânsito.

Mas, de acordo como Brasil (2010), o IBGE apontou que na população total de

pessoas com alguma deficiência, que era de 45 milhões, novamente, observa-se uma reviravolta, pois, agora, a parcela feminina é de 56,6%, ao passo que a masculina é de 43,4%. O que explica a predominância feminina no grupo populacional de deficientes físicos é o processo de envelhecimento em que se encontra o país, e a mortalidade masculina maior que a feminina nas idades avançadas.

O Programa Saúde da Família, desde a sua criação, já tratava de assuntos pertinentes à saúde da mulher, da criança, do idoso e de algumas doenças crônicas e degenerativas, contudo era necessário adequá-lo às carências da população, por isso, a criação do programa “A Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher”, que, em seu plano de ação de 2004 a 2007, visava promover, dentre outras, melhores condições de vida, planejamento familiar, inclusive com a presença do homem neste quesito, e redução da morbimortalidade materna e feminina por causas evitáveis, como destaca Brasil (2004B, p. 12);

- . Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST.
- . Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde.
- . Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes.
- . Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.
- . Promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina.
- . Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina.
- . Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero.
- . Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério.
- . Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade.
- . Promover a atenção à saúde da mulher negra.
- . Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade.
- . Promover a atenção à saúde da mulher indígena.
- . Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids nessa população.
- . Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres.

Com a evolução dos programas de saúde e a constante discussão sobre as necessidades de saúde da população brasileira era essencial implementar novos recursos, para, assim, atender aos mais diversos extratos populacionais de mulheres, trabalhadores e homens. Também reafirmar os princípios SUS que estão na Lei nº 8080, de 19 setembro de 1990, ou

seja, garantir a todos o direito à saúde (universalidade), investir mais onde a carência é maior (equidade) e possibilitar o acesso aos diversos níveis de atenção à saúde (integralidade), como promoção e prevenção da saúde, tratamento e reabilitação.

Um recurso novo aplicado sob orientação dos Ministério da Saúde foi “A Política Nacional de Humanização” (PNH) do SUS, implementada em 2004, que veio com a finalidade de reafirmar o SUS na construção de políticas de saúde, tendo como prioridade o atendimento com hora marcada; redução de filas de espera; identificação dos profissionais envolvidos no atendimento; gestão participativa das unidades de saúde por usuários e trabalhadores; capacitação dos profissionais e valorização do profissional alocado nas unidades de saúde. O financiamento proposto das ações do PNH seria originado pela pactuação entre os municípios, Estado e União (BRASIL, 2004C). Essas condutas mencionadas anteriormente pretendiam melhorar o acolhimento e alavancar a participação popular, demonstrando o interesse do SUS em ofertar serviços de qualidade a população brasileira.

O extrato populacional economicamente ativo tem particularidades no que toca a sua demanda por serviços de saúde, aproveitando a bandeira da PNH, observamos as condições de implementar ações a saúde do trabalhador. A Portaria Interministerial nº 153, de 13 de fevereiro de 2004, definiu as ações a serem empregadas visando à Saúde do Trabalhador, com o comprometimento do Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e Previdência Social em promover ações sinérgicas voltadas para a saúde do trabalhador, compartilhamento de informações e ações de caráter intersetorial, garantindo o direito a segurança e à saúde do trabalhador (BRASIL, 2004A). Entretanto, essa portaria interministerial buscou a superar a fragmentação, desarticulação e superposição das ações implementadas pelos setores do Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente. Sendo um bom exemplo de articulação de vários setores com o fim de fornecer subsídios para conhecermos melhor a situação do trabalhador brasileiro.

Um momento importante para a terapêutica é o fornecimento de medicamentos, pelo SUS, com a finalidade de proporcionar atenção integral na atenção à saúde, para o tratamento e reabilitação. Nessa perspectiva, pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, instituiu-se o programa Farmácia Popular, voltado a fornecer e subsidiar medicamentos.

Art. 1 - Fica instituído o Programa "Farmácia Popular do Brasil", que visa à disponibilização de medicamentos, nos termos da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, em municípios e regiões do território nacional.

§ 1º A disponibilização de medicamentos a que se refere o caput será efetivada em farmácias populares, por intermédio de convênios firmados com Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos, bem como em rede privada de farmácias e drogarias.

§ 2º Em se tratando de disponibilização por intermédio da rede privada de farmácia e drogarias, o preço do medicamento será subsidiado, (BRASIL, 2004D, p. 1).

O Conselho Nacional de Saúde formado pelos gestores municipais de saúde, gestores estaduais de saúde e o gestor federal, em 2006, objetivando a descentralização, à gestão e à organização do SUS, identificaram na população brasileira a necessidade de atender prioritariamente alguns grupos populacionais, assim elaboraram O Pacto pela Saúde, originado pela Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que definiu as prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Gestão do SUS.

As prioridades do PACTO PELA VIDA e seus objetivos para 2006 são: [...] Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral. [...] contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama. [...] reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarréica e por pneumonias.

II – O PACTO EM DEFESA DO SUS, mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional; Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde.

III – O PACTO DE GESTÃO DO SUS estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. (BRASIL, 2006, p. 45).

Décadas após o início dos primeiros programas de atenção à saúde, o Ministério da Saúde vislumbrou as peculiaridades do perfil masculino e, assim, a Política Nacional de Saúde do Homem foi criada pela Portaria nº 1944, de 27 de agosto de 2009, que;

[...] visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2009A, p.1).

Em 2010, estimava-se que a população masculina fosse de 52 milhões para aqueles com 20 a 59 anos de idade (MOURA, 2012), o que significava que 48% da população brasileira era desassistida de um programa de saúde específico, ou seja, que contemplasse as

necessidades do homem.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) tem por diretriz central a integralidade da atenção à saúde da população masculina, em dupla perspectiva, como destaca Brasil (2009B, p. 49):

[...] trânsito do usuário por todos os níveis da atenção, 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;

[...] 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.

O homem tem a seu desfavor todo um elemento cultural e social que interfere diretamente nos planos do SUS, quando se refere à construção de um modelo de saúde que atenda às necessidades do público masculino. Segundo Aith (2013), nota-se que é grande a importância dada à promoção da saúde no campo das políticas públicas, seja no âmbito internacional como no âmbito nacional. A consolidação normativa da Política Nacional de Promoção a Saúde foi de relevância ímpar para o avanço e desenvolvimento das políticas de saúde pública no Brasil, mas uma simples edição não é condição suficiente para o cumprimento da norma legal.

O Ministério da Saúde, em conjunto com as esferas de governo federal, estadual e municipal que integram o SUS, compreenderam que é urgente melhorar os indicadores de qualidade de vida e padrões de vida mais longa e, para isso, é essencial desenvolver cuidados específicos para o homem jovem e adulto. O Plano de Atenção à Saúde do Homem objetiva, entre outras ações, mobilizar e informar especialmente os homens na faixa etária de 20 a 59 anos sobre os cuidados com a saúde, já que estes somente procuram os serviços de saúde, quando estão doentes, o que eleva a demanda por serviços especializados de custo maior, se comparado aos serviços de saúde ofertados na atenção primária. (BRASIL, 2009B).

Para que tenhamos sucesso na elaboração de planos e metas voltados para a saúde do homem é interessante e essencial conhecer os entraves que cerceiam a oferta de saúde ao universo masculino.

1.1. O Modo de Vida do Homem e suas Vulnerabilidades

O modo de vida do homem tem ligação com a região geográfica em que está inserido, sua cultura e como ele se relaciona em sociedade nos assuntos ligados à saúde. Um segmento do espaço geográfico pode ser definido como território, quando apropriado pelo homem, e recebe definições de limites, restrições ao acesso dos que a ele não pertence. Esse território é onde acontecem todas as ações cotidianas, estabelecem-se os poderes, onde a história do homem plenamente se realiza a partir de sua existência. (LIMA, 2016).

Monken e Barcelos (2005) afirmam que o indivíduo deve ser compreendido como um ser dentro da família, alocado em um domicílio, concomitantemente com o lugar em que se vive. Sendo representado pelos fatores próximos, comuns à coletividade, pois esse somatório cria os hábitos e costumes locais que devem ser considerados dentro de um contexto de saúde.

Portanto, o contexto do lugar onde se vive, com seus determinantes e condicionantes da vida cotidiana, devem ser reconhecidos para o estabelecimento de boas práticas de saúde, com a finalidade de construir um território saudável, (LIMA e SANTOS, 2018).

Para Lima (2016), o contexto em que as pessoas estão inseridas pode influenciar, direta ou indiretamente, na saúde de uma população. Assim, ações de saúde devem ter como orientação as especificações do território, da vida diária nos locais onde ela acontece. Conforme a “Carta de Otawa”, essa construção dar-se-ia a mediante políticas públicas saudáveis, ambientes propícios, engajamento da ação comunitária, mudança no estilo de vida e hábitos pessoais, habitação, educação, paz, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentável, justiça social e equidade. Assim, a construção de territórios saudáveis passa a ser uma estratégia da atenção primária à saúde, pois tem reflexo direto na qualidade de vida das pessoas. (GUIMARÃES et al., 2014).

De acordo com Lima e Santos (2018), o estilo de vida retrata o modo de vida, sendo este o resultado das condições de vida e o comportamento que são definidos nas relações sociais. Tem reflexo na cultura, pois é o somatório dos hábitos e costumes formados ao longo da vida no convívio familiar, amigos, na igreja, e de outros grupos sociais dos quais o indivíduo pertença. Repercute na história de vida produzindo hábitos, modo de pensar. Sofre influência social porque o contexto de vida e as normas sociais são estabelecidas pelos grupos sociais, aos quais o indivíduo faz parte como família, companheiros de trabalhos, amigos, inclusive o grupo religioso, se impõem sobre o indivíduo. Pertencer a um grupo significa partilhar de seus valores, atitudes e comportamentos.

A construção do universo masculino em seu território fornece a matriz cultural que permeia a vida em sociedade e estabelece os valores e crenças em que a sociedade se apoia. No caso específico para a saúde do homem criam-se, fatores que afetam diretamente no *status quo* do perfil de acesso a saúde masculina.

A cultura instituída, historicamente, de que o homem é um ser forte e que, portanto, qualquer sinal de adoecimento ou mesmo de um comportamento de cuidado com sua saúde demonstra a sua vulnerabilidade. A vida cotidiana do ser masculino influencia na fragilização ou afastamento dos homens nas questões de autocuidado e na busca pelos serviços de saúde, seja pela organização destes serviços, que se não se adaptam a atividade laboral da população masculina, seja pela própria dinâmica individual de cada homem. Mesmo aqueles com maior nível educacional, em unanimidade, desconhecem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (RODRIGUES et al., 2015).

Gomes, Nascimento e Araújo (2007) relatam que os homens, por se sentirem inatingíveis, tornam-se vulneráveis a agravos de saúde, uma vez que retardam o diagnóstico precoce, consequentemente, dificultando o tratamento preventivo. Essa resistência na procura por atendimento à saúde eleva as taxas de mortalidade e morbidade por doenças possivelmente previníveis e, até mesmo, de doenças crônicas não transmissíveis.

O homem traz consigo condições ligadas ao gênero masculino de que este não adoece, nutrindo, em nossa cultura, a sensação de invulnerabilidade do homem. A busca por serviços na UBSF seria um contraditório, uma vez que o homem não adoece. Acentuasse a isso as filas nos postos de saúde, a necessidade de ausência ao trabalho para tratar da saúde e temos uma variável que afasta o homem da atenção primária.

Em um trabalho de pesquisa realizado com as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios de Itacoatiara, Rio Branco, Anápolis, Maringá e Volta Redonda, Paulista, Campo Grande, Curitiba, São Gonçalo e Aracaju, demonstrou-se que as ações de promoção à saúde do homem são um assunto pouco abordado. O cadastro da população adscritas nos territórios do ESF não era atualizado em um terço das ESF, somente 23,3% dos homens mencionaram ser convidados para ao menos uma consulta médica anual. No exame pré-natal nenhuma das ESF aborda assuntos de natureza da saúde do homem. Quando estes apresentaram alguma queixa específica do trato geniturinário masculino ou alteração na micção foram encaminhados para atendimento especializado. Apenas 16,6% das ESF realizam atividades voltadas para a saúde do homem e 30% das ESF têm horário alternativo

para atendimento da população masculina (das 18 às 22 horas); contudo apenas 7% relataram o horário como empecilho para buscar atendimento à saúde (BRASIL, 2013).

Não é habitual ver homens transitando nos serviços de APS em busca de prevenção, tratamento e promoção da saúde. Quando procuram os serviços de saúde, recorrem à atenção secundária ou terciária. Por isso, é preciso adotar estratégias capazes de mobilizar a população masculina adulta, compreendida na faixa 20 aos 59 anos de idade, para a adoção da APS como porta de entrada no sistema de saúde (CARRARA, 2009).

Segundo Góis (2008), o SUS caminha quando prioriza a atenção primária, uma vez que está relacionada à moradia com o acesso a serviços de saúde qualificados, participação popular e a mobilização social. Onde se reconhecem os saberes do cidadão, responsabilidades, capacidade de aprendizado e competências para lidar sobre os assuntos de sua saúde.

De acordo com Vieira (2013), é imperiosa a participação popular para ajudar a identificar os problemas de saúde da população de uma determinada região, e, juntamente com os gestores de saúde, propor métodos de inclusão do público masculino na atenção básica. Duarte, Oliveira e Souza (2012) também declararam que a comunidade deve participar do planejamento das ações de saúde na atenção básica e, portanto, o homem, como membro desta comunidade, precisa trazer suas particularidades, de modo que possam realmente ser sujeitos de todo o processo, com responsabilidades definidas.

Um ponto relevante é a capacidade dos profissionais de saúde em compreender as necessidades do público masculino. Nessa perspectiva, Carneiro et al. (2016) concluíram que grande parte dos profissionais não conhecem a PNAISH e poucos compreendem a sua importância para o acompanhamento integral do homem, o que influencia diretamente a assistência a esse público-alvo. Assim, a deficiência de recursos materiais e humanos capacitados para a implementação de mais uma política, bem como a falta de interesse do próprio homem em cuidar da sua saúde fazem com que todo o processo se resuma a ações pontuais para o público masculino, na maioria das vezes, não direcionadas especificamente ao homem, desconsiderando, portanto, as reais carências desse público-alvo e tampouco os indicadores de saúde referenciados na PNAISH.

Entender os costumes e as condições em que está inserido o homem no seu espaço, dentro da cultura local, reconhecer a existência de uma determinação social da saúde e que os modos de vida dos indivíduos não são de sua livre escolha é de suma importância para compreendermos os entraves que prejudicam o homem em sua jornada por obter saúde.

CAPÍTULO 2

A SAÚDE DO HOMEM EM UBERLÂNDIA/MG: um estudo no Bairro Morada Nova

O bairro Morada Nova está situado na região Oeste do município de Uberlândia/MG e foi criado em 1982, como sítio de recreio, numa área que ainda era definida como rural e, portanto, não estava contemplada no Plano Diretor da cidade de Uberlândia/MG daquela época.

O Plano Diretor de Uberlândia tem a finalidade de ser um instrumento de ação política voltado ao desenvolvimento urbano e ambiental da cidade. Tem objetivo de direcionar o Poder Público, a iniciativa privada e os desejos da coletividade local, sendo a principal normativa entre o cidadão, as instituições e o meio físico. Propõe-se que sua execução dar-se-á pela implementação de políticas e diretrizes setoriais conectadas, que atendam aos eixos territorial, de infraestrutura, institucional ambiental, social, econômico e serviços, dentro do dimensionamento municipal e regional. O que temos a dizer é que o referido bairro Morada Nova não dispunha, inicialmente, de serviços urbanos como: posto de saúde, água tratada, rede de esgoto, rede de água pluvial, asfalto e transporte público, dentre outras melhorias.

Em 2014, iniciaram-se os trâmites para a inclusão do bairro Morada Nova no Plano Diretor do município de Uberlândia/MG. Entretanto, mesmo após ocorrer essa inclusão, o bairro ainda apresentava uma série de problemas, como a falta de coleta de esgoto, asfalto e rede de água pluvial; entretanto, dispõe de água tratada, posto de saúde, transporte público, escola estadual e municipal. A população total estimada no bairro Morada Nova é de aproximadamente, 10.000 pessoas (UBERLÂNDIA, 2014).

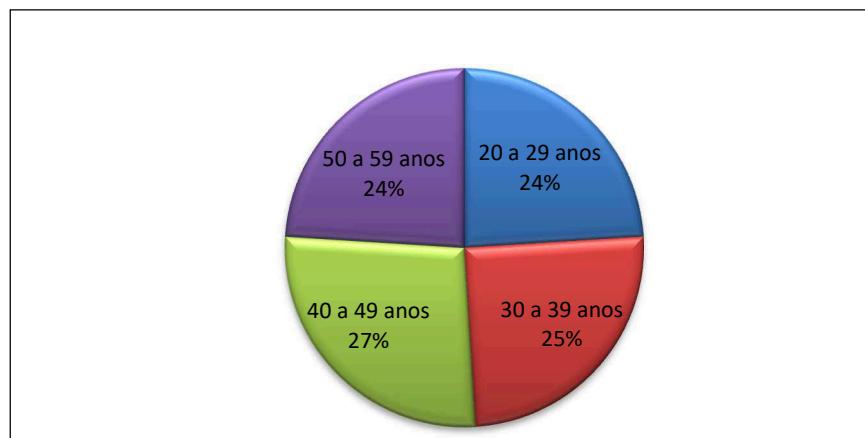
O bairro Morada Nova dispõe das seguintes estruturas sociais: uma praça e um campo de futebol para atividades de lazer. A participação popular da Associação dos Moradores do Bairro Morada Nova na busca de melhorias para o bairro é perene, mas uma destas ações é a sua participação assídua no Conselho de Saúde do Setor Oeste, em busca de avanços para o bairro no tocante a melhorias na saúde de sua comunidade.

Atualmente, o bairro Morada Nova possui duas equipes do Programa Saúde da Família, e os questionários foram aplicados recorrendo a área de abrangência de apenas uma dessas equipes, o que resultou na aplicação de 100 questionários com a população masculina residente no bairro, cujas características sociodemográficas serão demonstradas a seguir.

2.1. O perfil dos homens e sua relação com os serviços de saúde

Iniciamos pela faixa etária, na qual observou uma distribuição nas quatro faixas populacionais, semelhante à divulgada na pirâmide etária absoluta do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), sendo a população de homens maior na faixa etária dos 30 aos 49 anos, conforme exibem os dados do Gráfico 1.

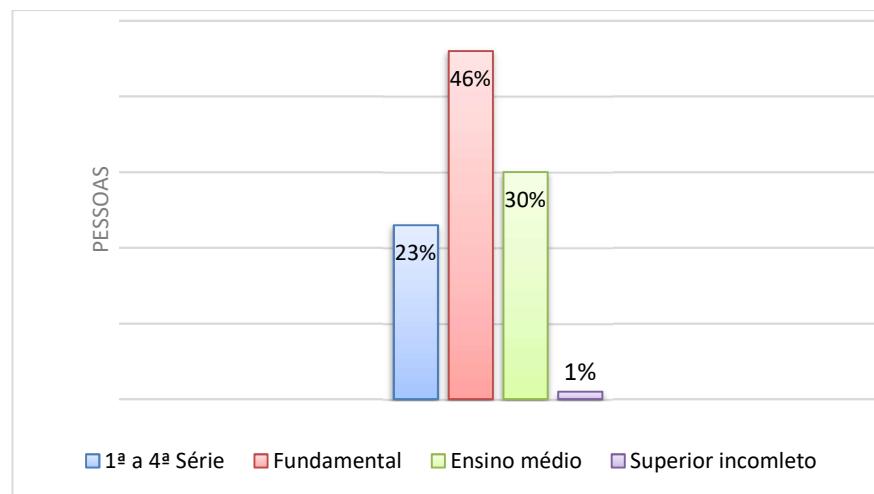
Gráfico 1 – Uberlândia/MG: faixa etária dos homens entrevistados do Bairro Morada Nova, 2018



Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Com relação à escolaridade, encontrou-se a seguinte distribuição: 23 entrevistados (23%) possuem apenas os Anos Iniciais do Ensino Fundamental; 46 homens (46%) concluíram todo o Ensino Fundamental; 30 homens (30%) o Ensino Médio e apenas 01% possui Ensino Superior incompleto, como ilustra no gráfico 2.

Gráfico 2 – Uberlândia/MG: escolaridade dos homens entrevistados do Bairro Morada Nova, 2018



Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Agora investigaremos os fatores que influenciam o homem a buscar por serviços de saúde e qual a sua expectativa sobre o serviço de saúde ofertado. Ao serem questionados sobre qual serviço de saúde recorriam, todos os homens entrevistados responderam que tinham a USF (Unidade de Saúde da Família) como principal meio de acesso a serviços de saúde do SUS. A população masculina pesquisada do bairro Morada Nova não dispunha de acesso à rede privada de saúde, deste modo todos os entrevistados eram usuários da USF do bairro Morada Nova.

Ao indagar os homens sobre quando buscaram atendimento em serviços de saúde, verificou-se que 63% homens entrevistados informaram ter procurado por atendimento por serviços de saúde na USF em um período maior que 30 dias e menor de que um ano. Enquanto que 27% entrevistados estiveram na Unidade Básica de Saúde da Família em um intervalo menor de 30 dias; 10% entrevistados afirmaram que há mais de um ano que não vão a USF (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Uberlândia/MG: acesso a serviços de saúde na USF pelos entrevistados do Bairro Morada Nova, 2018



Fonte: Pesquisa Direta, 2018.

Assim, pôde-se constatar que 90% dos homens entrevistados procuraram por serviços de saúde na atenção primária em um período de um ano para a resolução de alguma necessidade de saúde. O que dá a falsa impressão de que o homem é assíduo nas questões relativas a sua saúde, enquanto que, na realidade, o homem busca por serviços de saúde quando apresenta alguma doença ou percebe uma piora de sua saúde. (COSTA-JUNIOR e MAIA, 2009).

Os entrevistados que procuraram por atendimento para a resolução de agravos à saúde foram 49 homens, sendo os motivos diversos: emergência hipertensiva (pressão alta), diabetes descompensada, febre, diarreia, tosse, amigdalite, ferimentos, curativos, fraturas, dor repentina e transtorno mental. Já para a procura por serviços de prevenção à saúde, tivemos 39 homens entrevistados passando por atendimento, sendo os serviços procurados: vacinação e exames de rotina (check-up/rotina). Os serviços de promoção à saúde foram os menos procurados, apenas dois homens buscaram atendimento e os procedimentos eram ligados ao planejamento familiar (vasectomia).

Os dados encontrados apontam para o fato da baixa procura por atendimentos de promoção à saúde e prevenção da doença, podendo ser explicado pela afirmação de Vieira et al. (2013), que a cultura masculina predominante no homem, associada à sensação de invulnerabilidade, afasta o homem da atenção primária, pois tal fato é visto como demonstração de fraqueza.

Analizando o questionário, identificamos que, entre as causas de busca por atendimento (lembmando que uma pessoa pode buscar atendimento por mais de uma causa) na USF do bairro Morada Nova pela população masculina, no ano de 2018, foram os exames de rotina/check-up, eventos de dor repentina, vacinação, entre outros, como exibe a Tabela 1.

Tabela 1 - Uberlândia/MG: motivo para busca por serviços de saúde na atenção primária segundo os entrevistados do Bairro Morada Nova, 2018.

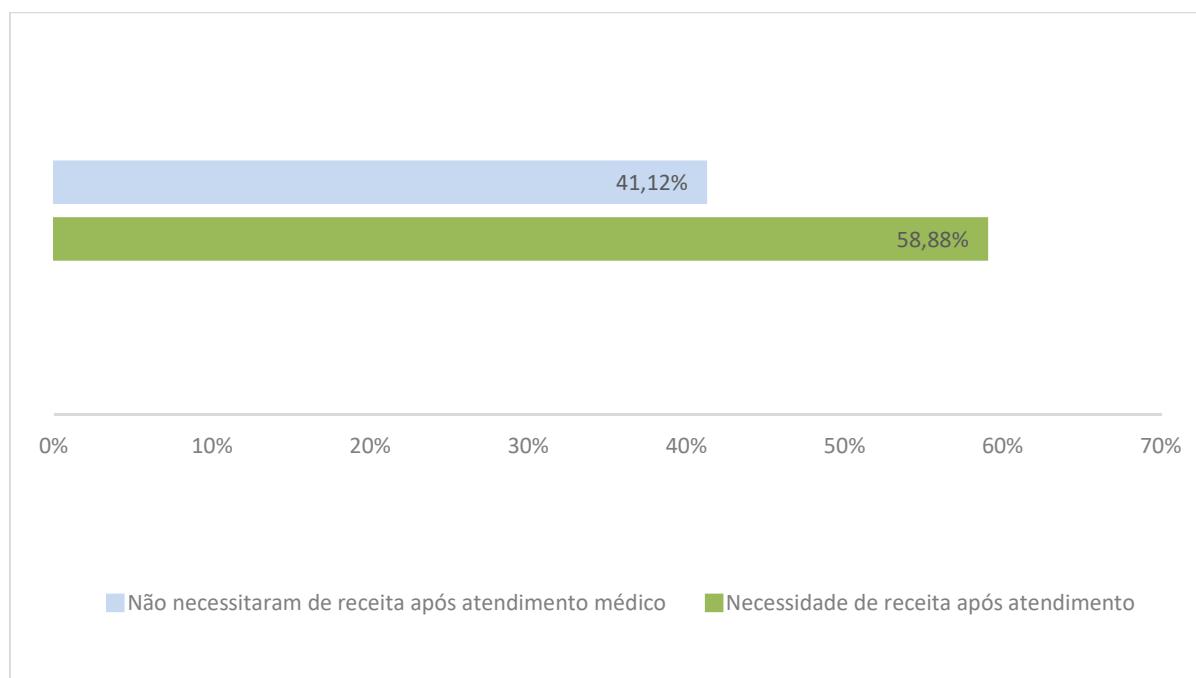
Serviço de saúde procurado	Número de Ocorrências	% de cada ocorrência
Check-up/rotina	29	30,45
Dor repentina, ferimento, fratura	14	14,70
Vacinação	12	12,60
Febre, diarreia, tosse, amigdalite	12	12,60
Tratamento de dente	09	9,45
Pressão alta, diabetes	04	4,20
Curativos	04	4,20
Realizar vasectomia	03	3,15
Depressão, nervosismo, saúde mental	03	3,15
Doença cardíaca	02	2,10
Realização de cirurgia	02	2,10
Exame admissional	01	1,05
Exame de próstata	00	00
Problemas respiratórios	00	00
Total	95	100%

Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Nenhum dos participantes alegaram ter procurado a USF do bairro Morada Nova com a finalidade de realizar o exame de próstata. Cavalcante et al. (2014) encontraram situação semelhante no comportamento masculino para outras atividades de prevenção, o homem é predisposto a fazer atividades de promoção a saúde, mas, quando o tema é câncer de próstata, existe um constrangimento que induz o indivíduo a afastar-se dos serviços de atenção primária. Contudo houve 29 homens entrevistados que se submeteram ao exame de rotina, e nesse exame é realizada a dosagem do antígeno prostático por amostra de sangue, que é o melhor método de prevenção do câncer de próstata e, quando necessário, é combinado o exame de toque retal (GUEDES e CALDEIRA JUNIOR, 2014).

Dos 90 homens que buscaram por atendimento na USF, 53 homens (58,88%) tiveram a necessidade de prescrição de medicamento, em outros 37, (41,12%), não, como demonstrado no gráfico 4.

Gráfico 4 – Uberlândia/MG: porcentagem de homens que necessitaram de receita após atendimento na USF pelos entrevistados do Bairro Morada Nova, 2018.

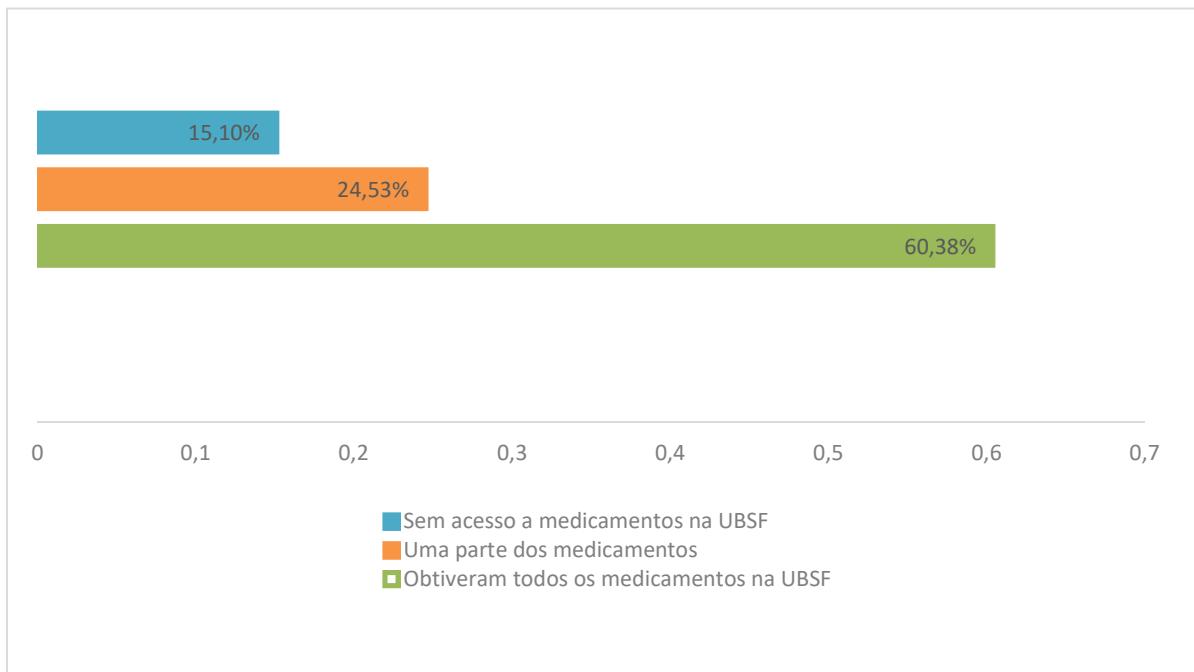


Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Daqueles que buscaram por medicamentos na USF, 32 homens (60,38%) conseguiram todos os remédios, 13 homens (24,53%) conseguiram uma parte dos medicamentos na USF e 8 homens (15,10%) não obtiveram nenhum dos seus fármacos na USF (Gráfico 5). Portanto, 39,63% dos que precisavam de remédios não encontraram todos os medicamentos na USF, e

isso comprova o que Vieria e Zucchi (2014) afirmam, ou seja, que o SUS prioriza alguns medicamentos em função do custo, segurança e eficácia. Mas muito ainda falta ao SUS para avançar e organizar, a fim de garantir o acesso a medicamentos para uma assistência de saúde integral.

Gráfico 5 – Uberlândia/MG: acesso a medicamentos após atendimento na USF pelos entrevistados do Bairro Morada Nova, 2018



Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Daqueles que não receberam os medicamentos prescritos na USF, 9,43% receberam-nos por doação da comunidade, 5,67% não tinham condições financeiras de comprar os medicamentos, portanto, não tiveram acesso a nenhum dos medicamentos prescritos. Os dados encontrados convergem com as afirmações de Nascimento et al. (2017), apesar da adoção de uma relação de medicamentos essenciais com financiamento público garantido pelo SUS, temos a oferta dos fármacos aquém das exigências da população. Assim, segue o desafio de garantir o acesso de medicamentos no campo da atenção básica, sendo que a baixa disponibilidade pode prejudicar os tratamentos já iniciados, o que eleva os gastos com atenção à saúde e compromete a qualidade de vida das pessoas.

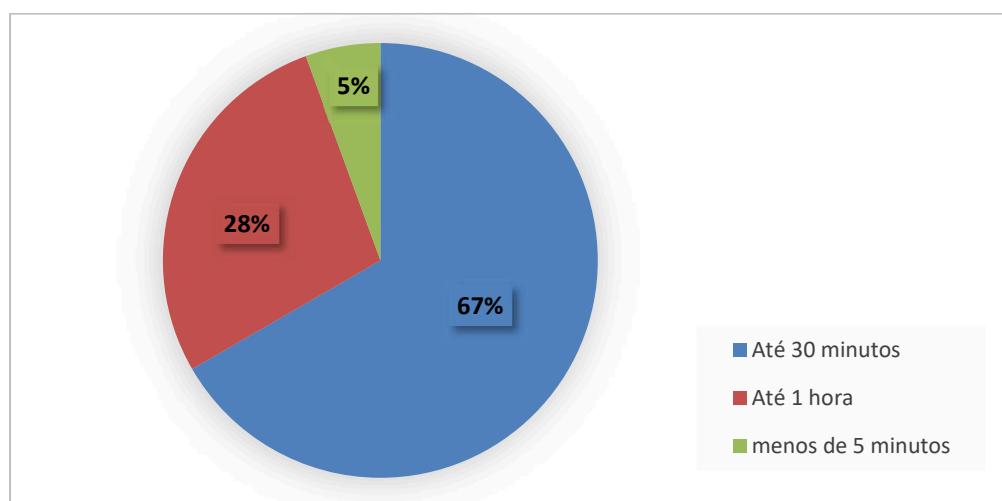
Ainda que o aumento global de 61,6% nas receitas próprias entre os anos de 2005 a 2009 para a assistência farmacêutica, o SUS ainda demonstra dificuldade de garantir acesso racional aos fármacos. Avanços já ocorreram, porém muitos esforços ainda são necessários a fim de garantir uma aquisição de medicamentos eficiente (VIEIRA e ZUCCHI, 2013).

Os sistemas de saúde devem assegurar aos cidadãos o acesso a medicamentos, pois constituem uma parte essencial do direito à saúde. De acordo com Assembleia Geral da Nações Unidas (2015), dentro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável alcançáveis até 2030, aprovados nas Nações Unidas, corroboram a necessidade de garantir o acesso universal a medicamentos e vacinas, tendo como finalidade assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

Quanto ao tempo de espera daqueles que recorrem aos serviços da USF, para 60 (60%) homens entrevistados, o atendimento ocorreu entre 15 a 30 minutos; para 25 homens (25%) entrevistados, o tempo foi de 30 a 60 minutos, e 5 homens (5%) entrevistados disseram ter sido atendidos em menos de 15 minutos (Gráfico 6).

Sobre a qualidade do atendimento, a maioria 61 homens (61%) entrevistados avaliaram o atendimento na USF como bom, 21 homens (21%) consideram muito bom, 7 homens (7%) avaliaram como regular e apenas 01 indivíduo (01%) ponderou o atendimento como ruim. Essa presteza no atendimento caracteriza resolutividade na assistência, o que aproxima aquele homem, que não pode ausentar-se do trabalho. Deste modo, essas informações sobre a opinião do usuário é a melhor ferramenta de que dispomos sobre o que ainda pode ser feito para satisfazer as demandas desses usuários de serviços de saúde (ROSA, PELEGRINI e LIMA, 2011).

Gráfico 6 – Uberlândia/MG: tempo de espera para atendimento segundo os homens entrevistados do bairro Morada Nova, 2018



Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Dos 90 homens atendidos, apenas 20 foram encaminhados para outro serviço de

saúde, ou seja, 22,22% não tiveram seus problemas de saúde resolvidos na USF. Essa condição de atender às exigências de saúde de um indivíduo e resolvê-lo até o nível de sua complexidade chamamos de resolutividade (BRASIL, 1990). Rosa e Labate (2005) indicam que a atenção primária à saúde consegue solucionar de 80% a 85% dos problemas de saúde da população, fato próximo do que foi demonstrado na USF local (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Uberlândia/MG: efetividade da UBSF para resolução de necessidade de saúde segundo os homens entrevistados do bairro Morada Nova, 2018



Fonte: Pesquisa direta, 2018.

De todos os homens entrevistados, apenas 10 não procuraram os serviços da USF no último ano. Destes apenas cinco tiveram algum agravão na saúde, porém não buscaram atendimento, uma vez que não consideraram a doença importante. Dos 5 homens entrevistados que apresentaram algum problema de saúde, 3 não fizeram nada para melhorar seu estado de saúde, um tomou remédio caseiro “Chá” e o outro se automedicou.

Para Domingues et al. (2017), automedicação é uma prática comum nos homens, sendo a dipirona a droga mais usada em associação com orfenadrina, cafeína e o paracetamol. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) tornou público as diretrizes para avaliar os medicamentos usados na automedicação, mas, em países em desenvolvimento, a automedicação é um complemento ao sistema de saúde. O fato de apenas um dos entrevistados de todo o universo pesquisado admitir a automedicação não quer dizer que os outros não a fizeram. O fato de um dos entrevistados se automedicar expressa que, mesmo

apresentando algum agravo a saúde, este optou por se medicar, ainda que sem recomendação de profissional médico.

Portanto, a população masculina possui escolaridade inferior, quando comparada às mulheres, o nível de escolaridade não foi um fator que facilitou a adesão do homem aos serviços de atenção primária, como era esperado. A população masculina é mais numerosa na faixa dos 30 aos 49 anos.

O homem ainda mantém o sentimento de invulnerabilidade, apenas 39% buscaram por ações de prevenção à saúde e 2% promoção à saúde, mas a maior porção dos entrevistados, 59%, buscaram por serviço de saúde diante de algum agravo instalado.

A USF é a porta de entrada a serviços de saúde na atenção primária e todos os entrevistados dependem exclusivamente do SUS para atender suas demandas de saúde. O homem procura por serviços de saúde ante algum agravo a sua saúde.

Observamos que o homem ainda tem preconceito com relação a sua saúde, pois nenhum homem buscou realizar o exame de próstata, mas, em contrapartida, a dosagem do antígeno prostático dentre os exames de rotina ocorreu em 30,45% das ocorrências em busca de serviços de saúde.

Os medicamentos ofertados pelo município não foram suficientes para satisfazer às carências de saúde da população, pois 39,63% dos homens não obtiveram todos os fármacos essenciais ao tratamento de seus agravos fornecidos pelo SUS. Também verificamos que 01% se automedicação e 1% usou de terapias alternativas como o uso de plantas medicinais para tratamento de alguma doença.

A USF do Morada Nova resolveu 77,78% dos agravos à saúde da população estudada, o que implica dizer que apresentou resolutividade satisfatória aos agravos à saúde de sua população, dentro da sua complexidade proposta. A população mostra-se satisfeita com os serviços prestados pela USF, 65% dos entrevistados foram atendidos com tempo de espera menor que 30 minutos e 82% classificaram o atendimento como bom ou muito bom.

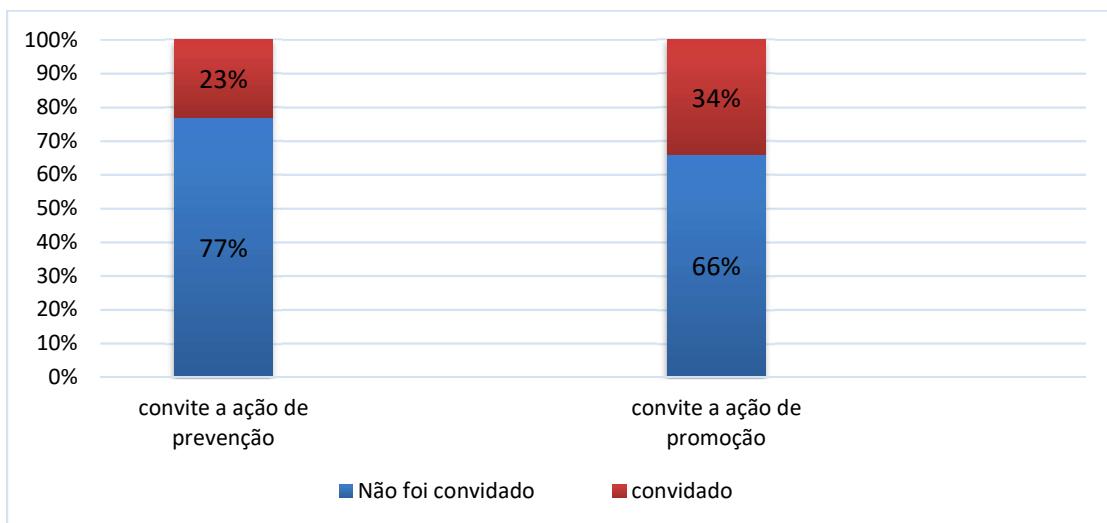
2.2. Questões Relacionadas a Adesão do Homem as Ações de Promoção e Prevenção à Saúde na USF Morada Nova

As questões relacionadas à adesão das ações de promoção da saúde e prevenção de

doenças têm a finalidade de demonstrar os principais eventos na interação do homem com a oferta de serviços de prevenção e promoção da saúde na USF.

Do universo de homens entrevistados, 77 deles (77%) não foram convidados para consulta de rotina e 66 homens (66%) não recordam de ser convidado para outra atividade sem ser consulta na USF (Gráfico 8). Das situações possíveis para esse fato, e que o homem comprehende o aspecto biológico do processo de adoecimento e valoriza o processo de tratamento a medicação, dando menor importância a medidas que proporcionam à promoção e à prevenção, como mecanismo de atender às necessidades pessoais de saúde (MARIN, 2013).

Gráfico 8 – Uberlândia/MG: participação do homem nas campanhas de promoção e prevenção a saúde do homem segundo os entrevistados do Bairro Morada Nova, 2018



Fonte: Pesquisa direta, 2018.

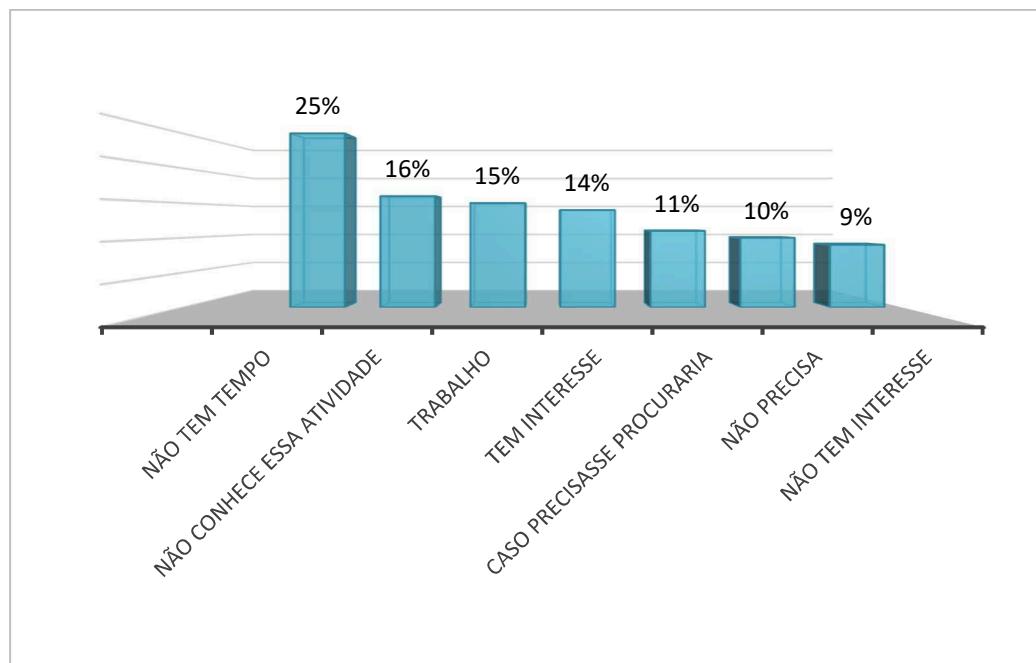
Do público pesquisado, 34 homens, (34%) receberam convite para outra atividade sem ser consulta na USF; 23 homens (23%) foram convidados a comparecer à consulta de rotina e 30 homens (30%) participaram de grupos educativos de prevenção a diabetes e hipertensão arterial. Duas pessoas foram a palestras sobre prevenção do câncer de próstata e dois homens em reuniões do Conselho de Saúde do Setor Oeste² na USF.

Quanto ao conhecimento sobre a existência de alguma atividade direcionada aos homens na USF, apenas 20 entrevistados (20%) tinham conhecimento. E, quando indagados se participariam de alguma atividade direcionada ao público masculino, 84 dos entrevistados

² O Conselho de Saúde do Setor Oeste representa a participação popular na elaboração de políticas e sugestões de ações em saúde para a população do setor oeste de Uberlândia/MG.

(84%) responderam que não participariam. Ao passo que 16 entrevistados (16%) responderam que poderiam participar de alguma atividade deste fim (Gráfico 9). Esse cenário vai de acordo com Silva et al. (2010), que esclarecem que o homem usa das responsabilidades de provedor do lar e da família como um empecilho para a participação nas ações de promoção à saúde.

Gráfico 9 – Uberlândia/MG: participação em alguma atividade relacionada à saúde do homem, pelos entrevistados do Bairro Morada Nova, 2018



Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Uma condição encontrada foi que, quando perguntados sobre o desejo de que existisse alguma atividade voltada aos homens, 97 dos entrevistados argumentaram que gostaria de que serviços ou atividades voltadas especificamente para o homem fossem disponibilizados na USF Morada Nova em horário e dia oportuno.

Dos entrevistados, 89 homens (89%) asseguraram sentir-se à vontade para falar da sua saúde com qualquer profissional da USF, independente se for homem ou mulher. Dos que se sentem constrangidos de falar sobre o tema, que totalizam 11 homens (11%), destes 07 homens preferem falar sobre a sua saúde com homens e 03 com mulher e apenas 01 alegou timidez. A situação encontrada é comentada por Figueiredo (2005), pois o vínculo estabelecido entre o homem e os serviços de saúde, associado à sensibilidade dos profissionais sobre as carências do gênero masculino e as demandas trazidas pelos homens usuários dos serviços de saúde, repercute positivamente na interação entre os profissionais

independe de seu gênero, com o público masculino.

Quanto à participação do homem nas atividades de promoção e prevenção, apenas 30% da amostra participaram de atividades que não sejam consulta, voltadas para a promoção da saúde. Apenas 20% sabiam da existência de alguma atividade voltada à promoção a saúde do homem. Tais fatos apontam a necessidade de trabalhar a divulgação das atividades ofertadas nas USF, e até mesmo a importância de estender o horário das atividade da USF para o horário do trabalhador.

As justificativas da recusa em participar de ações de saúde direcionadas do homem persiste como as mesmas respostas já amplamente divulgadas na literatura: “não tenho tempo”, “não tenho interesse”, “trabalho”, “desconheço de alguma atividade voltada para ao homem na USF”. Contudo, deve-se insistir na divulgação de campanhas da unidade de saúde em escolas, igrejas, feiras locais, locais de grande aglomeração de pessoas ou seja, são essenciais ações perenes focadas nas necessidades do homem e, por que não, eventos em finais de semana, propiciar o horário estendido compreendido como horário do trabalhador a partir das 17 horas até às 22 horas e consultas/atendimento com hora marcada.

No entanto 97% dos homens manifestaram o desejo da existência de atividades direcionadas exclusivamente ao público masculino na USF. A interação dos profissionais de saúde com o seu público e o fácil acesso a serviços de saúde possibilitam que o homem se sinta à vontade de falar de sua situação de saúde com qualquer profissional.

A capacitação da equipe de saúde deve ser constante, a fim de compreender as reais necessidades do público masculino e interpretar as mudanças indispensáveis ao bom atendimento, e, assim, inserir o homem na atenção primária.

CAPÍTULO 3

A SAÚDE DO HOMEM KILOMBOLA: um estudo no Quilombo Kalunga Mimoso

O Quilombo Kalunga Mimoso localiza-se no sudeste do estado de Tocantins a 130 km da cidade de Arraias. Os remanescentes do Quilombo Kalunga Mimoso (Figura 1) residem em uma parte do que foi todo o território Kalunga, que outrora abrangia os municípios de Cavalcante, Teresina de Goiás e Monte Alegre. Mesmo em territórios administrativos diferentes, os Kalunga têm a mesma ascendência (ARAÚJO e FOSCHIERA, 2012).

As moradias utilizam, em sua construção, a madeira, folha de coqueiro e o barro. As paredes são confeccionadas de pau-a-pique, o teto de palhas, o piso de chão batido (Figura 1). O modo de vida daqueles que vivem na região do quilombo Kalunga Mimoso é singelo e, de acordo com Araújo e Foschiera (2012), a economia local vem do cultivo do arroz, feijão, batata-doce, mandioca, produção de farinha, pecuária, coleta de frutos silvestres, atividade de pesca escassa, ou seja, as atividades agrícolas e pecuária são de subsistência.

Figura 1 - Quilombo Kalunga Mimoso, Arraias/TO: casa típica da comunidade, 2018



Fonte: Pesquisa direta, 2018.

O Quilombo Kalunga Mimoso, por estar na zona rural, não tem acesso à de saneamento básico, posto de saúde, iluminação rural. A comunidade do Quilombo Kalunga Mimoso não dispõe de uma Unidade de Saúde voltada para a promoção e prevenção à saúde, mas tem o serviço de um agente comunitário de saúde. Os serviços de saúde mais próximos do Quilombo fica a 130 km, no município de Arraias, e ocorrem mediante atendimento em postos de saúde, uma centro de saúde (Policlínica) e um hospital regional, todos caracterizados como públicos. Contudo o moradores do Quilombo Kalunga Mimoso têm a sua disposição uma escola e transporte escolar para as crianças (Figura 2).

Figura 2. Quilombo Kalunga Mimoso, Arraias/TO: escola da comunidade, 2018



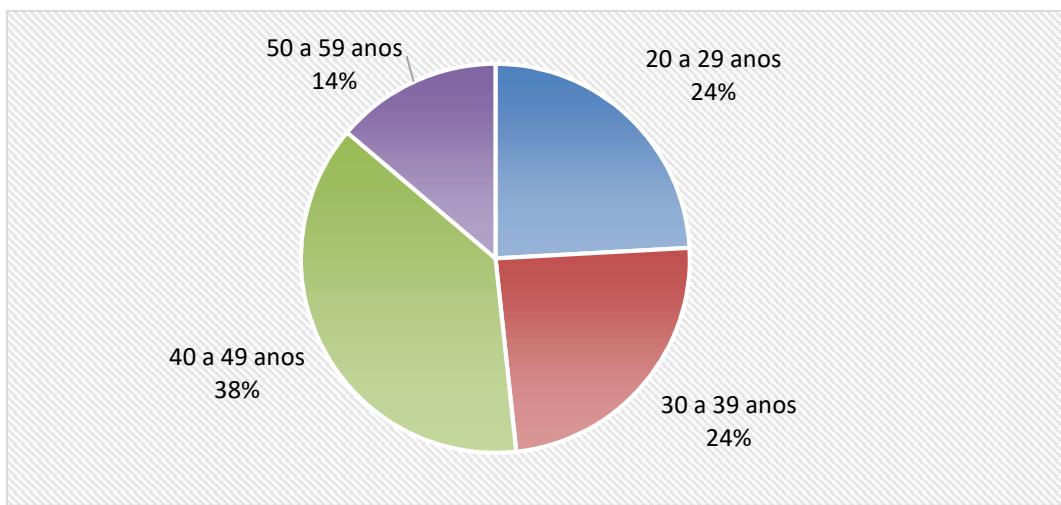
Fonte: Pesquisa direta, 2018

O desenvolvimento da pesquisa no Quilombo Kalunga Mimoso ocorreu dentro do seu território e resultou na aplicação do questionário a 29 homens com idade de 20 a 59 anos. A pesquisa traz informações sobre os anos de 2017 a 2018.

3.1. O perfil dos Quilombolas Kalunga Mimoso e sua relação com a saúde

Com relação aos dados sócios demográficos, a distribuição por faixa etária registra a seguinte situação, de acordo com o Gráfico 10, e é semelhante à exposta por IBGE (2019), que demonstra maior densidade populacional entre homens na faixa etária dos 30 a 49 anos.

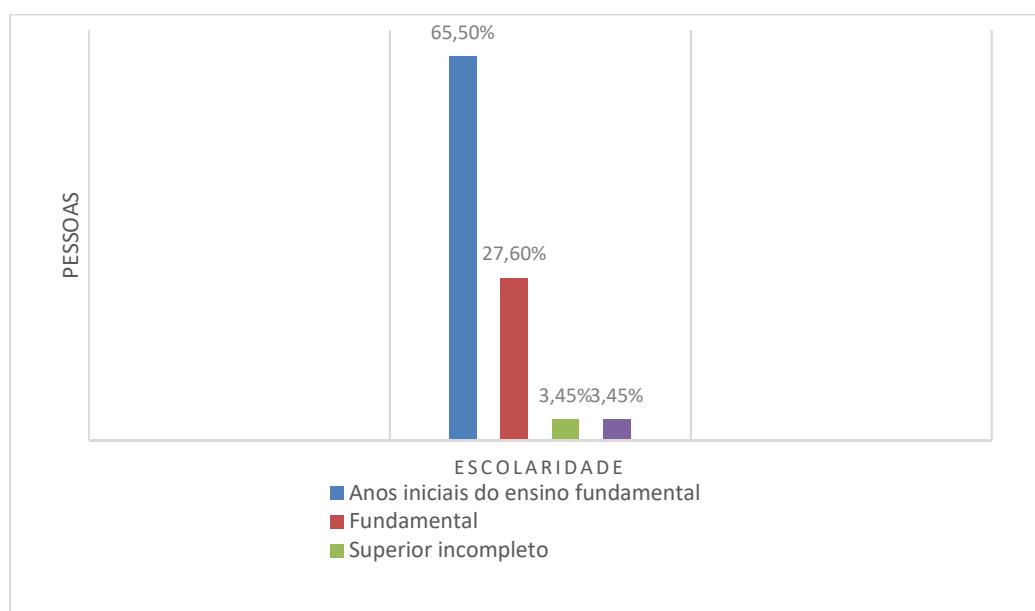
Gráfico 10 - Quilombo Kalunga Mimoso, Arraias/TO: faixa etária dos entrevistados, 2018.



Fonte: Pesquisa direta, 2018.

A formação escolar dos entrevistados foi a seguinte: 19 homens (65,50%) com conclusão apenas dos Anos iniciais do Ensino Fundamental; 8 indivíduos (27,60%) com Ensino Fundamental, 1 homens (3,45%) tem Ensino Superior incompleto e 1 homem (3,45%) tem Ensino Superior completo (Gráfico 11). Comparando com os dados apresentados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, IBGE (2014), pela qual a população masculina tem menos anos de estudo que população feminina na mesma faixa etária e a maioria dos homens estuda até 9 anos.

Gráfico 11 - Quilombo Kalunga Mimoso, Arraias/TO: escolaridade dos homens entrevistados, 2018

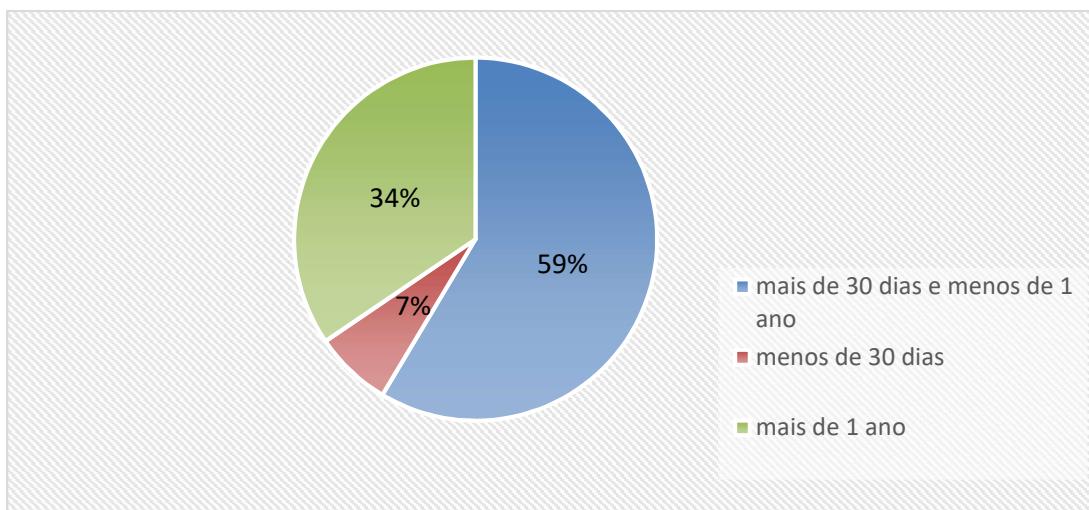


Fonte: Pesquisa direta, 2018

No retrato de saúde do homem quilombola, temos o objetivo de identificar os fatores que têm influencia no modo de vida do homem no que tange a sua necessidade por serviços de saúde e expectativas sobre o serviço ofertado.

A população masculina foi perguntada sobre quando buscou por serviços de saúde, encontramos que 02 homens (7%) buscaram em um período menor que 30 dias. No intervalo maior que um mês e menor que um ano, 17 homens (59%) entrevistados e 10 quilombolas (34%) ficaram mais de um ano sem procurar por serviços de saúde na atenção primária (Gráfico 12). Esses dados sugerem que a maioria dos homens procuram por serviços de saúde, mas a condição de saúde destes homens encontra-se agravada ou com alguma limitação que requer de tratamento imediato (BRASIL, 2009; COSTA-JUNIOR e MAIA, 2009).

Gráfico 12 - Quilombo Kalunga Mimoso, Arraias/TO: acesso a serviços de saúde pelos entrevistados, 2018



Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Da população submetida à pesquisa, 65% procuraram por serviços de saúde em um intervalo menor que um ano, com a finalidade de resolver sua necessidade de saúde. Destes, 19 homens que buscaram por atendimento a saúde apenas 06 homens (31,60%) buscaram por serviços de prevenção a saúde como, vacinação e exame de próstata; os outros 13 representantes do grupo masculino (68,40%), buscaram atendimento pelos seguintes agravos à saúde: febre, diarreia, amigdalite, curativo, pressão alta, diabetes, tratamento dentário, trauma/fratura, dor nas costas (Tabela 2). Não foi registrado pelo público pesquisado nenhuma atividade voltada à promoção da saúde. Vieira et al. (2013) afirmam que ações de

promoção e prevenção são elementos de pouca importância para o homem, e Couto et al. (2010) demonstram que as USF são espaços preponderantemente feminino e que o homem busca por atendimento a saúde quando verifica que há alguma doença instalada.

Tabela 2 – Quilombo Kalunga Mimoso, Arraias/TO: motivo da busca por serviços de saúde no município de Arraias pelos entrevistados, 2018

Serviço de saúde procurado	Número de Ocorrências	% de cada ocorrência
Dor repentina, ferimento, fratura	04	19,04
Vacinação	04	19,04
Outros/ consulta para dor nas costas	03	14,28
Pressão alta, diabetes descompensado	03	14,28
Curativos	02	9,52
Febre, diarreia e amigdalite	02	9,52
Exame de próstata	02	9,52
Tratamento dentário	01	4,76
Realizar vasectomia	00	00
Doença cardíaca	00	00
Exame admissional	00	00
Realização de cirurgia	00	00
Check-up/rotina	00	00
Problemas respiratório	00	00
Depressão, nervosismo, saúde mental	00	00
Total	21	100%

Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Analisando os dados, encontramos que 9,52% dos homens procuraram por exame preventivo ao câncer de próstata. Nenhum homem entrevistado realizou algum exame de check-up/rotina, e a única atividade de prevenção à saúde foi a vacinação 19,04%.

A dificuldade de acesso à saúde na população masculina quilombola evidencia as afirmações de Ribeiro, Gomes e Moreira (2017), o homem demonstra um temor pelo câncer de próstata, disfunção erétil e doenças sexualmente transmissíveis e entende a necessidade de prevenir doenças, mas essa prática ainda é pouco usual, o que sugere que o homem não pleiteia por ações que objetivam cuidar de sua saúde.

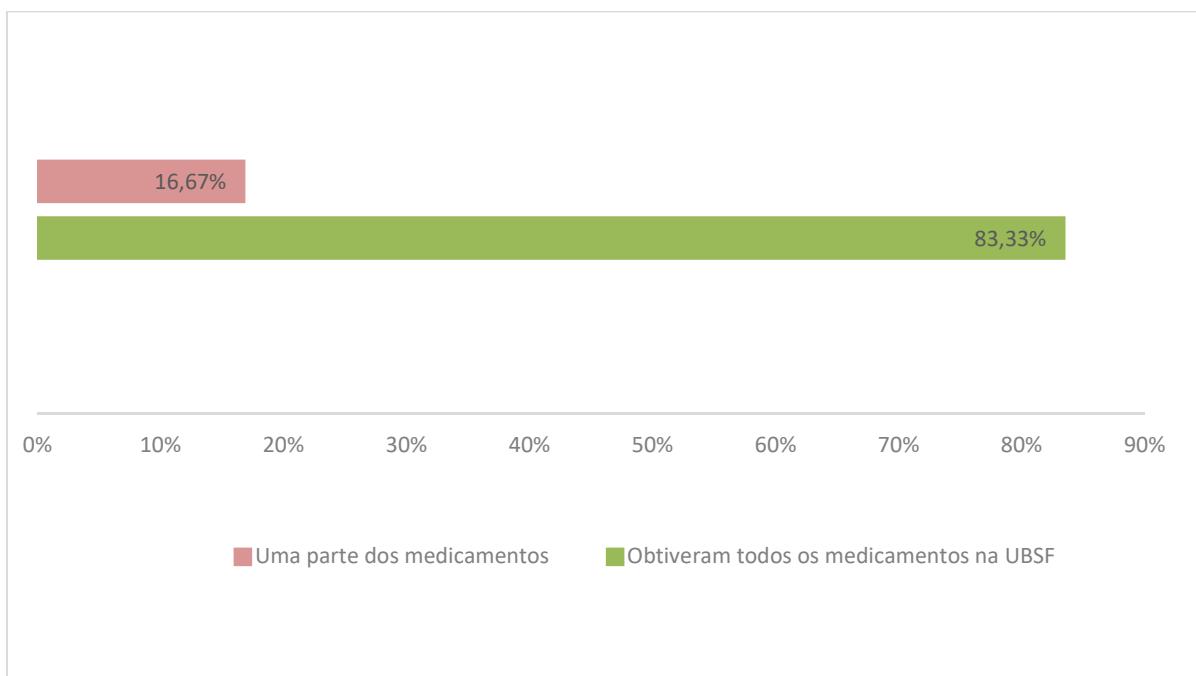
Daqueles que precisavam de atendimento nos serviços de saúde, 06 homens entrevistados foram a USF, 04 a Policlínica, 06 ao Pronto Socorro e 02 se submeteram à internação hospitalar. Como o nosso objetivo é a atenção primária, os atendimentos à saúde que não efetuados na USF foram descartados da pesquisa.

Todos os 06 homens (100%), que foram atendidos na USF, no intervalo menor que

um ano, receberam receita médica e apenas um quilombola não conseguiu todos os medicamentos na USF, tendo que comprá-los (gráfico 13).

Os 83,33% que receberam a medicação estão dentro das estatísticas encontradas por Tavares et al. (2016), que, em seu estudo, verificaram que a população mais pobre obteve a maioria dos medicamentos utilizados para o tratamento de doenças crônicas fornecido pelo SUS, ou seja, o nível de acesso a medicamentos para tratamento de doenças crônicas equiparou-se ao resultado do World Health Survey, quando a oferta de medicamentos atinge de 72% a 85% da população.

Gráfico 13 – – Quilombo Kalunga Mimoso, Arraias/TO: acesso a medicamentos após atendimento na USF pelos homens entrevistados, 2018



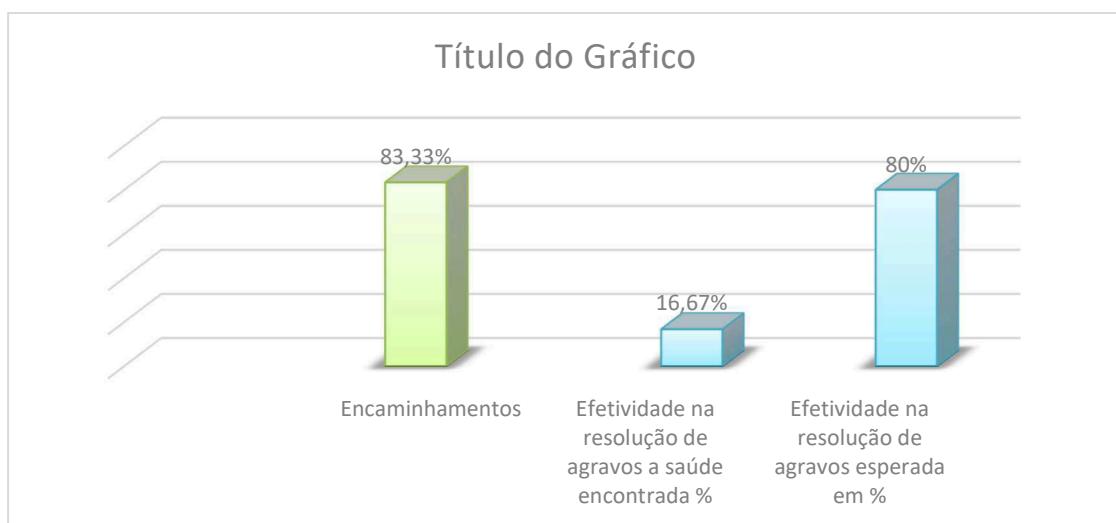
Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Quanto ao tempo de atendimento da USF, um homem entrevistado relatou uma espera de mais de duas horas, um deles aguardou até duas horas, outro por até 60 minutos e, em contrapartida, dois esperaram menos de 30 minutos e um deles menos de 15 minutos. Sobre o atendimento, 1 homem (16,66%), classificou como bom, 3 quilombolas (50%) bom e 02 homens (33,34%), regular. Portanto, ao aumentar a compreensão sobre as vivências e as expectativas dos usuários de serviços de saúde, as unidades de saúde conseguem se organizar para atender as demandas de saúde dos usuários, resultando em pacientes satisfeitos que respondem melhor ao tratamento, pois desenvolvem uma adesão eficiente a terapêutica

(SISSON, 2010).

Dos 06 homens quilombolas entrevistados e atendidos na USF, 05 homens (83,33%) foram encaminhados para outros serviços de saúde, portanto, a USF resolveu 16,67% dos problemas de saúde do público estudado (gráfico 14). Nedel et al (2010) informam que quanto maior a efetividade da atenção primária, menor seriam os encaminhamentos para outros serviços de saúde, o que resultaria menos internações hospitalares.

Gráfico 14 – Quilombo Kalunga Mimoso, Arraial/TO: efetividade da USF para resolução de necessidade de saúde segundo os homens entrevistados, 2018



Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Na comunidade quilombola, 10 indivíduos (34,45%) de toda a amostragem não procuraram por serviços de saúde por mais de um ano. Destes homens, 06 homens (60%) relataram não apresentar nenhum problema de saúde e 04 homens (40%) tiveram algum agravão, mas não procuraram por atendimento médico. A razão para não procurar por atendimento nos serviços de saúde foi a falta de dinheiro para o transporte, segundo dois homens quilombolas entrevistados, e dois arraianos não acharam importante/não precisava. Esses 04 homens resolveram seus problemas de saúde de acordo com a sua cultura, valeram-se remédio caseiro - o chá de ervas medicinais.

É comum, na comunidade quilombola do Kalunga Mimoso o uso de ervas medicinais, garrafadas para as doenças mais simples, e se submetem aos curandeiros e as parteiras da localidade para as mais diversas enfermidades (ARAÚJO e FOSCHIERA, 2013). Zeni et al (2017) explicam que a escolha por plantas medicinais é a terapia de escolha nos remédios caseiros, além de ser uma alternativa de baixo custo e confiável naquela comunidade.

O homem residente do quilombo Kalunga Mimoso tem em média 09 anos de estudo, seu nível de instrução não foi fator determinante para adesão à atenção primária à saúde. O quilombola recorre exclusivamente ao SUS. A população é maior na faixa etária de 40 a 49 anos.

Apenas 31,58% dos homens buscaram por serviços na USF de prevenção e não há relatos no público quilombola de ações de promoção à saúde, e a maior procura por atendimentos aos serviços de saúde foram aqueles destinados à resolução de agravos a saúde.

No quilombo, 6,90% da população pesquisada realizaram o exame de próstata, entretanto não encontramos nos entrevistados a ocorrência de exames preventivos, dentre eles, a dosagem do antígeno prostático por amostra de sangue, sendo que este exame é amplamente utilizado para prevenção do câncer de próstata. Atribui-se a pígia procura por exames de prevenção ao câncer de próstata ao preconceito masculino, mas deve-se lembrar que a distância do Quilombo Kalunga Mimoso a USF, a falta de dinheiro para o transporte são também fatores que concorrem para essa situação.

A oferta de medicamentos na USF atendeu 83,33% da população, contudo esses foram medicamentos para tratamento de doenças crônicas. O fato de identificarmos 16,77% do público masculino não ter acesso a todos os medicamentos prescritos pode estar diretamente ligado à questão da escolha do profissional, ao optar por medicamentos padronizados na rede municipal de saúde para tratamentos das doenças.

No Quilombo Kalunga Mimoso é comum o uso de plantas medicinais, garrafadas para tratamento da saúde. Encontramos que em 34,45% da amostra estudada, não houve por serviços de saúde na USF, ou por outro serviço de atenção à saúde na cidade de Arraias/TO, por período maior que 1 ano, e destes homens apenas 4 alegaram alguma enfermidade que foi solucionada com o uso de ervas medicinais

Na comunidade quilombola, 83,33% da população foi encaminhada para atendimento em outros serviços de saúde. As dificuldades de acesso a serviços de saúde na cidade e Arraias como a falta de uma unidade de saúde e até mesmo a distância e o fato de homem se expor ao risco, convergem para a falta de resolutividade na USF, quando se trata da saúde do quilombola.

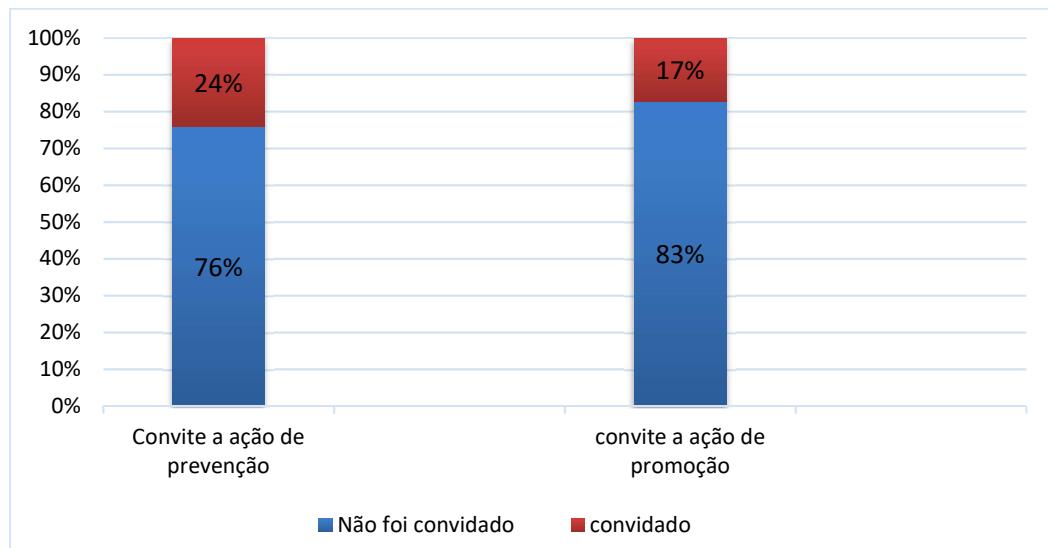
No público quilombola, 50% dos homens foram atendidos na USF, em um intervalo de até 30 minutos, e 66,66% classificaram o atendimento como bom/muito bom, o que demonstra a satisfação da população com o serviço ofertado na USF.

3.2. Questões Relacionadas à Adesão do Homem as Ações de Promoção e Prevenção à Saúde no Quilombo Kalunga Mimoso

As questões relacionadas à adesão das ações de promoção e prevenção à saúde têm a finalidade de demonstrar os principais eventos na interação do homem com a oferta de serviços de prevenção e promoção da saúde do Quilombola da região do Kalunga Mimoso.

Do universo pesquisado, apenas 07 homens (24%) mencionam ser convidados a comparecer à USF para realizar consulta de rotina, o restante da população pesquisada, 22 homens (76%), não foram convidados para uma consulta. Quanto ao convite para alguma atividade que não fosse consulta, 05 homens (17%) receberam convite para outra atividade na USF sem ser consulta, os demais 24 homens (83%) não foram convidados (Gráfico 15).

Gráfico 15 – Quilombo Kalunga Mimoso, Arraias/TO: participação em campanhas de promoção e prevenção a saúde do homem de acordo com os entrevistados, 2018



Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Uma das circunstâncias que explica esse fenômeno na atenção básica é descrito por Rocha et al (2012), que destacam que, na USF, é grande a demanda da população para tratamentos de agravos à saúde ou de conforto imediato dos sintomas e doenças que poderiam ser evitados, se as ações de promoção e prevenção fossem executadas adequadamente. O

Programa Saúde da Família ainda está ligado à ação curativa, por outro lado, as pessoas estão preocupadas em tratar a doença e não em ações de promoção e prevenção de doenças.

Do público pesquisado, apenas 07 mencionaram ser convidados para realizar consulta e dentre os 05 homens que receberam convite para outras atividades na USF que não fosse consulta, apenas 01 participou das atividades oferecidas, que foi a reunião do Conselho de saúde³ do Quilombo Kalunga Mimoso.

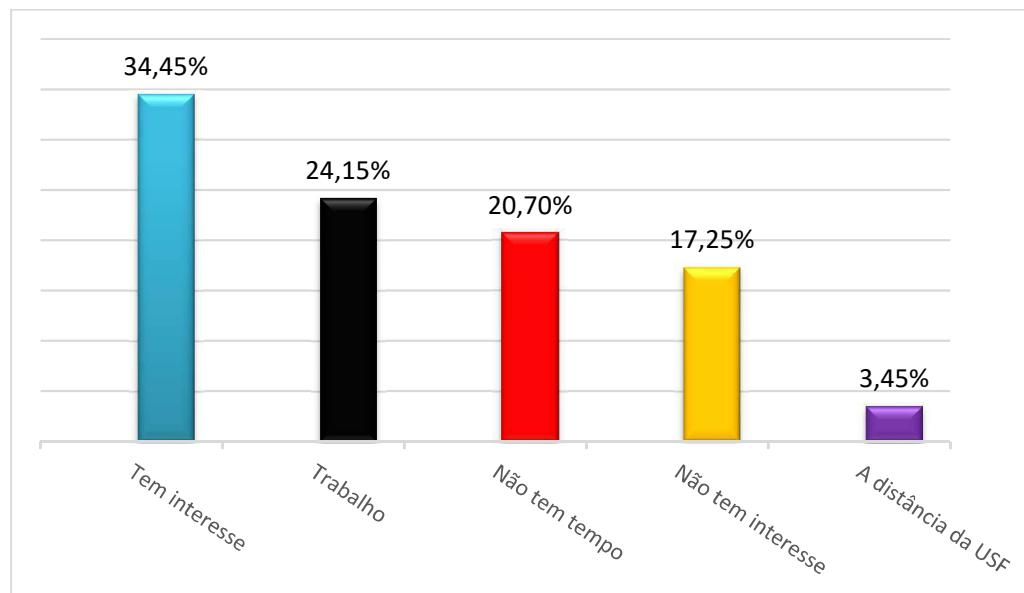
Esta situação é descrita por Oliveira et al (2015) e Guerriero, Ayres e Hearst (2002), o homem, ao desempenhar as atividades de provedor de seu lar, cria dificuldades para ações de autocuidado, pois não faz parte de seus hábitos a prevenção de doenças, que é uma conduta considerada como pouco importante, portanto, não é razoável que o trabalhador falte ao trabalho para ir ao posto de saúde em busca de prevenção a doenças, inclusive as Doenças Sexualmente Transmissíveis. Existe outro fator que colabora para essa situação que é o horário praticado na USF, que converge para essa situação.

Sobre a existência de alguma atividade direcionada aos homens na USF, 15 quilombolas declararam não conhecer ações de saúde direcionadas aos homens na USF. Sobre participar de atividades com foco nas necessidades de saúde do homem, 10 homens entrevistados acenaram o desejo em participar de tais atividades direcionadas a homens na USF e 19 entrevistados recusaram comparecer nas atividades específicas para o homem na USF (Gráfico 16). É a justificativa mais presente na recusa em participar de alguma atividade na USF e descrita por Alves et al. (2011), quando cita que a principal justificativa dos homens para não procurar por atendimento na USF é o trabalho, pois homens têm medo de comunicar no trabalho que estão doentes, pela possibilidade de demissão.

Uma situação interessante ocorreu quando se perguntou ao público Quilombola se eles gostariam de alguma atividade direcionada ao homem na USF, e por unanimidade, todos queriam atividades direcionadas exclusivamente aos homens dentro do Quilombo Kalunga Mimoso, para que não precisassem deslocar até Arraias/TO.

³ O conselho de saúde do Quilombo Kalunga Mimoso representa a participação popular na elaboração de políticas e sugestão de ações em saúde para a comunidade Quilombola Kalunga Mimoso.

Gráfico 16 – Quilombo Kalunga Mimoso, Arraias/TO: participação em alguma atividade relacionada à saúde do homem na USF pelos entrevistados, 2018



Fonte: Pesquisa direta, 2018.

De todos os entrevistados, apenas 2 homens (6,9%) não se sentem à vontade de falar sobre problemas de saúde com mulheres, pois preferem homem e os demais, 27 entrevistados (93,1%), afirmaram sentir-se à vontade para falar sobre problemas de saúde com qualquer profissional. A facilidade na comunicação decorre do esforço dos profissionais em atender às necessidades de saúde do homem, o que colabora para uma interação profissional e paciente confiável e, consequentemente, facilita a comunicação entre eles (KNAUT, COUTO e FIGUEIREDO, 2012).

No público quilombola, 3,45% da população pesquisada participaram de atividade na USF que não fosse consulta e, mesmo assim, foi uma reunião do conselho de saúde. E 48,28% dos homens quilombolas tinham conhecimento de alguma atividade direcionada às necessidades do homem na USF, que atende ao Quilombo Kalunga Mimoso. Essa situação direciona para a falta de oferta de serviços de saúde na atenção primária. A USF não conseguiu atingir seu objetivo de inserir o homem no seu portfólio de ações de promoção à saúde, pois 76% da população masculina não conseguem ser notificados para atividades de prevenção, e 83% dos quilombolas não foram comunicados de ações de promoção à saúde.

A principal justificativa, para não participar de atividades na USF direcionadas ao homem, persiste como as mesmas respostas já amplamente divulgadas na literatura: “não tenho tempo”, “não tenho interesse”, “trabalho” e a distância do Quilombo a USF também foi

um fator dito como negativo à participação do homem em atividades na USF. Todos os homens residentes no quilombo, por unanimidade confirmaram que gostariam que houvesse alguma atividade específica para o homem. Assim, a boa interação profissional de saúde e paciente tende a uma facilidade do homem expressar-se com o profissional independente do sexo.

O trabalho em capacitação da equipe de saúde, a necessidade de compreender os anseios de saúde do homem quilombola são fundamentais para o desenvolvimento de um atendimento que coloque o homem dentro das USF fora do momento de doença, mas dentro de um contexto de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi uma oportunidade de interrogar os homens e durante as entrevistas compreender um pouco de suas necessidades, entraves e as estratégias para a promoção da saúde frente aos obstáculos encontrados.

Ambos os públicos, mineiro e quilombola, pesquisado confirmaram ter no SUS o único e principal meio de obter assistência à saúde. A concentração de indivíduos é maior na faixa etária dos 30 a 49 anos e decresce a partir dos 50 anos, por isso, justifica-se trabalharmos a prevenção e a promoção da saúde a partir dos 20 anos, para obtermos uma população com melhores condições de saúde. O nível de escolaridade não influenciou a adesão do homem nos serviços de atenção primária, tanto no estudo de Uberlândia/MG como em Arraias/TO.

O homem não acredita na probabilidade de perecer ante a um quadro de doença, já que o próprio status quo do modelo social vigente, que o coloca como pilar principal de seu grupo social sustenta essa posição e lhe dá uma falsa sensação de imponência. Enquanto que, na realidade, o homem adentra os serviços de saúde com a finalidade de alívio de sintomas, ou, com a sua saúde agravada, necessitando maior tempo de tratamento e recursos financeiros. Portanto, tanto em Uberlândia/MG como em Arraias/TO, observa-se o sentimento de invulnerabilidade com relação à prevenção e promoção da saúde.

Nota-se a persistência do preconceito, principalmente, sobre ações relacionadas ao câncer de próstata, tanto no público mineiro como nos quilombolas. No uberlandense, uma fração da amostragem utilizou a dosagem do antígeno prostático como método auxiliar para prevenção do câncer de próstata, enquanto que o exame de toque da próstata é negligenciado, apesar da facilidade de acesso a USF. Para o arraiano, ambos os métodos de prevenção de diagnóstico foram subutilizados, mas acrescenta-se a essa condição um fato exclusivo dos quilombolas a dificuldade de acesso a serviços de saúde, uma vez que estão a 130 quilômetros de Arraias.

A assistência farmacêutica é importante, pois visa garantir o uso racional e seguro de medicamentos o que contribui para a cura e/ou controle da doença. No estudo de Uberlândia e de Arraias, houve a falta de alguns dos medicamentos prescritos. Das causas responsáveis pela falta de medicamentos, temos as questões de logística, o esgotamento de aporte

financeiro estatal para compra de medicamentos, ou a questão da escolha do profissional de saúde, ao optar, ou não, por medicamentos padronizados na rede municipal de saúde para tratamentos das doenças, daí um percentual maior, ou menor de pessoas que precisaram adquirir medicamentos fora da rede municipal de saúde.

Quando a assistência a saúde se demonstra insuficiente para atender às necessidades da população, torna-se comum a automedicação e o uso de terapia com plantas medicinais para tratamento de algum agravão, pois são meios baratos de tratamento ou alívio de sintomas. No estudo realizado em Uberlândia a automedicação e o uso de ervas medicinais apareceram de forma discreta, mas, em Arraias o uso de chás com plantas curativas é algo habitual em sua cultura.

A eficácia da USF pode ser aferida, quando verificamos que esta consegue atender aos problemas de saúde da população dentro do seu nível de competência. Tanto para o homem überlandense, como para o arraiano do estudo, observou-se que o modo operante da USF tem como foco o tratamento de doença. Ainda assim, apesar dessa característica curativista nas USF, encontramos situação satisfatória na resolução dos agravos no Morada Nova, mas, para o quilombo a USF, não atingiu a eficiência esperada. A facilidade de acesso a serviços de saúde em Uberlândia, em detrimento ao que ocorre no Quilombo Kalunga Mimoso, aponta para uma maior eficiência da USF no Bairro Morada Nova, quando comparada a USF que atende à população quilombola.

O tempo de atendimento é muito importante, pois este é um dos fatores que colaboram para afastar, ou aproximar, o homem dos serviços de saúde. Na USF do bairro Morada Nova, a maioria dos entrevistados, foram atendidos dentro de um período de 30 minutos, e quanto à satisfação este foi aferido como bom/muito bom. Na comunidade de homens quilombola consideram o tempo de atendimento adequado e também classificaram o atendimento como bom/muito. A percepção dos profissionais de saúde sobre as carências de saúde de uma população aumenta a confiabilidade do público atendido pela USF, e, consequentemente, o cliente/paciente satisfeito evidencia uma adesão terapêutica melhor, e melhores respostas ao tratamento, com melhores condições de saúde para a referida população.

No estudo realizado, a amostra überlandense e quilombola não tem o costume e o hábito de procurar por oferta de serviços de prevenção e promoção da saúde. O homem não participa das atividades de promoção e prevenção, não conhece as atividades voltadas a saúde, do homem. O homem, quando convidado a participar de atividades de promoção à saúde

aponta as seguintes justificativas, tanto na população residente no bairro Morada Nova, como no Quilombo Kalunga Mimoso, “não tenho tempo”, “não tenho interesse”, “trabalho”, “desconheço de alguma atividade voltada para ao homem na USF” e a “distância do Quilombo à USF”. Contudo devemos insistir na divulgação de campanhas da unidade de saúde em escolas, igrejas, feiras locais, locais de grande aglomeração de pessoas, ou seja, são imprescindíveis ações perenes focadas nas necessidades do homem e porque não, eventos em finais de semana, propiciar o horário estendido, compreendido como horário do trabalhador, a partir das 17 horas até às 22 horas e consultas/atendimento com hora marcada.

A maioria dos homens pesquisados citaram que gostariam que houvesse alguma atividade específica para o homem. Tampouco o homem apresenta-se constrangido para conversar de seus problemas de saúde com qualquer profissional independente do sexo. A boa interação entre profissional de saúde e paciente converge para uma facilidade do homem em expressar-se com o profissional seja qual for o sexo.

O homem é mais suscetível a agravos de causas externas, tem participação pífia nas ações de prevenção e promoção de doenças, tem hábitos de riscos, como uso de bebidas alcoólicas, tabagismo, e procura por tratamento de sua saúde para tratar sintomas, ou, quando da doença instalada. A precisão do homem de pertencer a um grupo, que tem como hábitos/costumes arraigados em sua cultura, tais situações de risco, torna difícil a implementação de práticas de saúde, por que esse é seu estilo de vida.

Ora, se o estilo de vida não é criado pelo homem, mas sim incorporado pelo homem pela sua cultura, antes de querer mudar os hábitos no homem, é forçoso compreender e, portanto, é interessante criar uma nova cultura, a cultura de cuidar da saúde e, por consequência, a mudança de hábitos.

A capacitação da equipe de saúde deve ser constante a fim de compreender as reais necessidades do público masculino e interpretar as mudanças pertinentes ao bom atendimento, e, assim, inserir o homem na atenção primária.

Este estudo resultou do esforço conjunto entre a pesquisadora Profa. Dra. Gerusa Gonçalves Moura e mestrando Marcelo Firmino do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT), com o Prof. Dr. Wiliam Douglas Guilherme, da Universidade Federal do Tocantins, ao entregar uma pesquisa que revele a situação do homem com suas características, carências e obstáculos para os profissionais de saúde.

Este estudo é de relevância para a ciência, pois aponta que, mesmo após 10 anos do incremento da política nacional de saúde do homem, este ainda carece de serviços de promoção e prevenção de doenças, e os serviços de APS ainda não conseguem inserir o homem totalmente em seu rol e ações. Esse é um assunto complexo, esperamos que os resultados desta pesquisa possam subsidiar a organização dos serviços de saúde, e o planejamento de ações na saúde direcionadas ao público masculino, para que o PNASH seja literalmente integrado à atenção básica, com reflexo positivo no perfil da morbimortalidade do homem no Brasil.

REFERÊNCIAS

- AITH, F. A. Marcos legais da promoção da saúde no Brasil. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 92, n. 2, p. 148-154, jun. 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79977/83903>. Acesso em: 05 jun. 2018.
<https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v92i2p148-154>
- ALVES, R. F. et al . Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 152-166, dez. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000300012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 abr. 2019.
- ARAÚJO, S. R. E.; FOSCHIERA, A. A. As contradições entre a realidade socioeconômica da comunidade quilombola mimoso do kalunga e a garantia dos direitos legais de educação e território. **Revista Pegada Eletrônica**, v. 13, n. 2, p. 203-227, fev. 2013. Disponível em: [ht tp://revista.fct.unesp.br/index.php/pegada/article/view/1831/0](http://revista.fct.unesp.br/index.php/pegada/article/view/1831/0). Acesso em: 12 jan. 2019.
<https://doi.org/10.33026/peg.v13i2.1831>
- BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 15 set. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 692, de 25 de março de 1994. Programa de agentes comunitários e de saúde da família: PACS/PSF. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 29 mar. 1994. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/. Acesso em: 10 set. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma operacional básica do sistema único de saúde nob-sus 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 nov. 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nob.pdf>. Acesso em: 25 out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 737, de 18 de maio de 2001. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 maio 2001. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2076.pdf>. Acesso em: 05 set. 2018
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília, Ministério da Saúde, (2002, A). 44p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional Da Assistência À Saúde 01/02. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 139, n. 40, fev. (2002, B). p.52 – 68. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 20 fev. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Política de atenção à saúde dos povos indígenas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 fev. (2002, C). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 18 set. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1060, de 05 de junho de 2002. A Política Nacional de Saúde da Pessoa com deficiência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 jun. (2002, D). Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=om_gmg&controller=document&id=887. Acesso em: 18 set. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 153, de 13 de fevereiro de 2004. Programa de saúde do trabalhador. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 fev. (2004, A). Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/01_85.pdf. Acesso em: 18 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: plano de ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde, (2004, B). 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização - A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, (2004, C). 20p.

BRASIL. Decreto nº 5090, de 20 de maio de 2004. Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília, DF, março de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 maio. (2004, D). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm. Acesso em: 25 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 23 fev 2006. Seção 1, p.43-51

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1944, de 27 de agosto de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 ago. (2009, A). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html. Acesso em: 06 set. 2018.

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: Ministério da Saúde, (2009, B). 92p.

BRASIL. Ministério de Orçamento Planejamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Características gerais da população, religião e pessoa com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 215p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. **Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)**: compromisso versus ação na atenção básica. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, 2013. 89p.

CARNEIRO, L. M. R. et al. Atenção integral à saúde do homem: um desafio na atenção básica. **Rev. Bras. Prom. Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 4, p. 554-563, out./dez. 2016.
<https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p554>

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2018.
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300006>

CAVALCANTI, J. R. D. et al. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 628-634, dez. 2014.

COSTA-JÚNIOR, F. M.; MAIA, A. C. B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília (UnB), v. 25, n. 1, p. 55-63, 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/28859>. Acesso em: 20 abr. 2019.
<https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000100007>

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, Jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci_abstract&tlang=pt. Acesso em: 18 jan. 2019.
<https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000200003>

DOMINGUES, P. H. F. et al. Prevalência e fatores associados à automedicação em adultos no Distrito Federal: estudo transversal de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 319-330, jun. 2017. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000200003&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000200319&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 18 mar. 2019
<https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200009>

DUARTE, S. J.; OLIVEIRA, J. R.; SOUZA, R. R. A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**, v. 3, n. 1, p. 308-317, jan. 2012. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/24296>. Acesso em: 10 jun. 2018.
<https://doi.org/10.18673/gs.v3i1.24296>

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, mar. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200500100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 abr. 2019.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017>

FUCHS, A. M. S.; FRANÇA, N. M.; PINHEIRO, M. S. F. **Guia para normalização de publicações técnico-científicas**. Uberlândia: EDUFU, 2013. 286p.
<https://doi.org/10.14393/EDUFU-978-85-7078-342-4>

GUEDES, G. A.; CALDEIRA JUNIOR, A. M. As Vantagens da Utilização do Exame Antígeno Prostático Específico (PSA) no Diagnóstico do Câncer de Próstata. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, Valparaíso de Goiás, v. 1, p. 89-96, jan./jun. 2014.

GUERRIERO, I.; AYRES, J. R. C.M.; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 50-60, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500008. Acesso em: 22 mar. 2019.

<https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000500008>

GUIMARÃES, R. B.; LIMA, S. C.; PICKENHAYN, J. A. **Geografia e saúde sem fronteiras**. Uberlândia: Assis, 2014. 160p.

GÓIS, C. V. L. **Saúde comunitária: pensar e fazer**. São Paulo: Aderaldo e Rothchild, 2008. 191p.

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. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565 - 574, mar. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2007000300015&script=sci_abstract&tlang=pt. Acesso em: 08 abr. 2017.

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2014**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015microdados.shtm>. Acesso em: 22 abr. 2019.

IBGE. **Projeção da população**. Pirâmide etária absoluta. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm. Acesso em: 25 abr. 2019.

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000011&nrm=iso. Acesso em: 23 abr. 2019.

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000011>

LIMA, S. C. **Território e promoção da saúde**: perspectivas para a atenção primária à saúde. Jundiaí: Paco Editorial, 2016. 184p.

LIMA, S. C.; SANTOS, F. O. **Promoção da saúde e redes comunitárias para a construção de territórios saudáveis**. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2018. 176p.

LUIZ, R. R.; MAGNANINI, M. M. F. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 9-28, ago./dez. 2000.

MARIN, M. J. S. et al. Conhecendo os motivos da não adesão às ações educativas em saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 500-509, jul./set. 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/668>. Acesso em: 27 out. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo.

Hucitec, 2010. 407p

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024>

MOURA, E. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes, 2012. 128p.

NASCIMENTO, R. C. R. M. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, supl. 2, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S03489102017000300303&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 18 mar. 2019.

NEDEL, F. B. et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 19, n. 1, p. 61-75, mar. 2010. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100008. Acesso em: 10 mar. 2019. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742010000100008>

OLIVEIRA, M. M. et al. Men's health in question: seeking assistance in primary health care/A saude do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saude. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 1, 2015, p. 273-285. Disponível em: <http://galegroup.ez34.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?id=GALE|A399412342&v=2.1&u=capes&it=r&p=AONE&sw=w#>. Acesso em: 22 mar. 2019.

ROCHA, P. A. et al. Promoção da Saúde: a concepção do enfermeiro que atua no programa saúde da família. *Rev. Bras. Promoção Saúde*, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 215-220, 2012. Disponível em: <http://www.bioline.org.br/pdf?bh12032>. Acesso em: 21 mar. 2018. <https://doi.org/10.5020/18061230.2012.p215>

RIBEIRO, C. R.; GOMES, R.; MOREIRA, M. C. N. Meetings and disagreements between men's health, the promotion of participatory parenting and sexual and reproductive health in basic care. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 41 - 60, jan. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?frbrVersion=3&script=sci_arttext&pid=S0103331201700010041&lng=en&tlng=en. Acesso em: 20 fev. 2019.

RODRIGUES, M. E. V. et al. O cuidado à saúde da população masculina em tempos de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: o que eles falam. *Cultura de los Cuidados*, v. 19, n. 41, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.16>. Acesso em: 11 jun. 2018. <https://doi.org/10.14198/cuid.2015.41>

ROSA, W. D. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W.; Lima, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. **Rev. Gauch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 345-51, 2011.
<https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200019>

SILVA, M. E. D. C. et al. Resistência do homem às ações de saúde: percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da família. **NOVAFAPI**, Teresina, v. 3, n. 3, p. 21-5, 2010.

SISSON, M. C. et al. Satisfação dos usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde em itinerários terapêuticos o sul do Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 15, n. 36, p. 123 - 136, 2010. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?frbrVersion=4&script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100010&lng=en&tlang=en#ModalArticles. Acesso em: 21 mar. 2019.
<https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000042>

TAVARES, N. U. L. et al. Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 2, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300313&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 abr. 2019.

UBERLÂNDIA. **Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2014**. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/print.php?id=7442>. Acesso em: 10 out. 2018.

United Nations General Assembly. **Resolution adopted by the General Assembly of the United Nations on 25 September 2015, Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, A/RES/70/1**. United Nations; 21 October 2015. Disponível em: http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf. Acesso em: 18 mar. 2019.

VIEIRA, K. L. D. et al. Atendimento da população masculina em Unidade Básica de Saúde da Família: motivos para a (não) procura. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p.120-127, jan./mar. 2013.

<https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000100017>

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 73 - 84, mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100008&lng=en&nrm=issn. Acesso em: 05 ago. 2018.

<https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100008>

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Gestão da Assistência Farmacêutica: Análise da situação de alguns municípios. **Tempus**, Brasília, v. 8, n. 4, p.11-29, dez. 2014.
<https://doi.org/10.18569/tempus.v8i4.1581>

World Health Organization. **Guidelines for the medical assessment of drugs for use in self-medication**. Copenhagen; 1986. 31p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66154/WHO_EDM_QSM_00.1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 10 ago. 2018.

ZENI, A. L. B. et al. Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na Atenção Primária em Blumenau, Santa Catarina, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2703-2712, Aug. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002802703. Acesso em 11 fev. 2018.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.18892015>

ANEXO 1
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Qual a sua idade?

2. Até que série e grau o senhor completou com aprovação na escola?
 1. () PRIMÁRIO (série): ()1^a ()2^a ()3^a ()4^a
 2. () ENSINO FUNDAMENTAL/1^a GRAU (série): ()5^a ()6^a ()7^a ()8^a/9^a
 3. () GINÁSIO (série): ()1^a ()2^a ()3^a ()4^a
 4. () ENSINO MÉDIO/COLEGIAL/MÉDIO PROFISIONALIZANTE/2^o GRAU (ano): () 1^a () 2^a
() 3^a
 5. () ENSINO SUPERIOR (ou mais): () Completo () Incompleto
 6. () Pós Graduação
 7. () Não estudou
 8. () Não sabe informar
 9. () Não quis responder

Retrato da saúde do entrevistado

1. Quando foi a última vez que o senhor procurou atendimento de saúde em qualquer local?
 1. () nos últimos 30 dias
 2. () entre 1 mês e 1 ano
 3. () mais de 1 ano (pule para 14)
 4. () nunca procurou (pule para 14)
 5. Não sabe (pule para 14)

2. Por que o senhor procurou atendimento?
 1. () febre, diarréia, tosse, amigdalite
 2. () curativo
 3. () vacinação
 4. () exame da próstata
 5. () realizar vasectomia
 6. () doença cardíaca
 7. () pressão alta, diabetes, colesterol elevado (crônicas)

8. () tratamento dos dentes
9. () dor repentina, ferimento, fratura
10. () realização de cirurgia
11. () check-up, rotina
12. () exame admissional
13. () problema respiratório
14. () depressão, nervosismo, saúde mental
15. () outro – Qual ? _____

3. O serviço que o senhor procurou era:

1. () do SUS (público)
2. () particular (pule para 17)
3. () de convênio (pule para 17)
4. () da empresa (pule para 17)
5. não sabe (pule para 17)

4. Este serviço era:

1. () UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA do bairro
2. () outra unidade de saúde (posto de saúde/centro de saúde) (pule para Q17)
3. () ambulatório de especialidades (pule para Q17)
4. () pronto socorro (para casos de atendimento de emergência) (pule para 17)
5. () hospital (para casos de internação) (pule para Q17)
6. não sabe (pule para Q17)

5. O senhor foi atendido?

1. sim (pular para 7)
2. não

6. Qual destes motivos explica melhor porque o senhor não foi atendido?

1. () o serviço estava fechado (pule para 17)
2. () não tinha vaga (pule para 17)
3. () não tinha profissional para atender (pule para Q17)
4. () não tinha equipamento (pule para 17)
5. () outro – Qual ? _____ (pule para 17)

7. Quanto tempo o senhor esperou para ser atendido:

1. () até 15 minutos
2. () de 15 até 30 minutos
3. () de 30 até 60 minutos
4. () de 1 até 2 horas
5. () mais de 2 horas

8. O profissional de saúde receitou um ou mais medicamentos?

1. sim, um
2. sim, mais de um
3. não (pule para 12)

9. O senhor conseguiu o(s) medicamento(s) receitado(s)?

1. sim, todos
2. sim, em parte
3. não (ir para 11)

10. O senhor teve de pagar pelo(s) medicamento(s) adquirido(s)?

1. sim, todos
2. sim, em parte
3. não

11. Qual dos motivos explica melhor porque o senhor NÃO conseguiu todos os medicamentos?

1. () não pôde pagar pelos medicamentos
2. () não encontrou os medicamentos
3. () ainda não deu tempo de conseguir
4. () não achou necessário
5. () já tinha em casa

12. Como o senhor avalia o atendimento desta consulta?

1. () muito ruim
2. () ruim
3. () regular
4. () bom

5. () muito bom

13. O senhor foi encaminhado para atendimento em outro serviço de saúde?

1. sim
2. não

14. No último ano, o senhor teve algum problema de saúde, como gripe, febre, dor, ferimento, mas não procurou atendimento?

1. Teve algum problema de saúde, mas não procurou atendimento
2. Não teve algum problema de saúde (pule para 17)

15. Qual destes motivos explica melhor porque o senhor não procurou por atendimento?

1. () não sabia onde ir
2. () não tinha dinheiro para o transporte
3. () não tinha dinheiro para a consulta
4. () não podia se ausentar do trabalho ou tinha outro compromisso
5. () não foi atendido da vez anterior
6. () foi mal atendido outra(s) vez(es)
7. () não achou importante/não precisava
8. () outro – Qual ? _____

16. Como o senhor resolveu/tratou este problema?

1. não fez nada
2. falou com o farmacêutico, que passou remédio
3. tomou remédio caseiro
4. tomou remédio que já tinha em casa ou pegou com um amigo/parente
5. outro – Qual ? _____

Questões relacionadas com o dia a dia

17. No último ano, o senhor foi convidado para alguma consulta na USF?

1. sim
2. não

18. E para outra atividade na USF, sem ser a consulta?

1. sim
2. não (pular para 19)

18a. Se SIM, para qual outra atividade na USF o senhor foi convidado sem ser a consulta? (RESPOSTA MÚLTIPLA)

1. grupo educativo
2. palestra
3. reunião do conselho de saúde
4. outra? Qual _____

18b. E o senhor participou de alguma atividade?

1. sim (pular para 19)
2. não

18c. Por que o senhor NÃO participou? (apenas se 18b=2)

1. não teve interesse
2. não teve tempo
3. incompatibilidade de horário (ex.: trabalho/escola)
4. outro motivo, qual? _____

19. O senhor sabe se existe alguma atividade direcionada aos homens na ESF?

1. Sim
2. Não

19a. E o senhor participaria de alguma atividade direcionada aos homens na ESF?

1. Sim
2. Não, por quê? _____ (vá para 20)

19b. O senhor gostaria que existisse alguma atividade direcionada aos homens na ESF?

1. Sim
2. Não

20. O senhor se sente a vontade para falar sobre sua saúde com qualquer profissional da unidade, seja ele homem ou mulher?

1. Sim (agradeça e encerre)
2. Não.

20a. Por que o senhor não se sente a vontade para falar sobre sua saúde com qualquer profissional da unidade?

1. Prefiro homem
2. Prefiro mulher
3. Timidez
4. Medo
5. Pouco tempo de consulta
6. Outro, qual? _____

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Promoção à saúde do homem: necessidades, entraves e estratégias de assistência integral a saúde”, sob a responsabilidade dos pesquisadores **Profº. Drº. Gerusa Gonçalves Moura (coordenadora), docente de 3º grau do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia; Marcelo Firmino, aluno do curso de Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia.**

Nesta pesquisa nós estamos buscando **avaliar a razão da baixa procura de homens por serviços de saúde, para assim desenvolver estratégias de promoção a saúde do homem.**

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador **Profº. Drº. Gerusa Gonçalves Moura (coordenadora) e Marcelo Firmino antes da aplicação do questionário. O termo será recolhido momentos antes da aplicação do questionário, após ser esclarecida, realizada a leitura, e explicada todas as finalidades do trabalho.**

Na sua participação, você **responderá a um questionário com perguntas, que visa definir as causas da baixa adesão do homem aos serviços de saúde.** Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa. O pesquisado não fará nenhum deslocamento de qualquer distância para responder ao questionário.

Os riscos consistem em que você **possa ser identificado ou sentir constrangido, com perguntas de cunho pessoal, contidas no questionário. Caso isso aconteça o pesquisador estará à disposição para ouvir e dar todo apoio necessário ao participante. Contudo o pesquisador executará todas as medidas, a fim de assegurar o sigilo e o bem-estar do pesquisado.**

O benefício consiste em desenvolver um modelo de promoção a saúde do homem, com estratégias específicas para a prevenção e promoção da saúde.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados, devendo o pesquisador responsável devolver-lhe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por você.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: **Profº. Drº. Gerusa Gonçalves Moura Campus Santa Mônica – Bloco – 3E – Sala 128, telefone: 3239-4591 ou no e-mail; gerusa.moura@ufu.br e o mestrando Marcelo Firmino no e-mail; marcelo.firmino@ufu.br.**

Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131.* O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, de de 20.....

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

ANEXO 3



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROMOÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: NECESSIDADES, ENTRAVES E ESTRATÉGIAS DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE

Pesquisador: Gerusa Gonçalves Moura

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 92750317.4.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.070.482

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de respostas às pendências apontadas no parecer consubstanciado número 2.991.379, de 30 de Outubro de 2018.

"Conforme apresenta o protocolo: "A baixa procura de homens por serviços de saúde, aumenta os gastos do SUS com a população masculina. Esse fato ocorre devido a resistência masculina a procura por atendimento por saúde na atenção primária. Assim procura-se identificar, o que afasta o homem dos serviços de saúde, e desenvolver uma estratégia para promoção e prevenção a saúde do homem."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Objetivo geral desta pesquisa e elaborar estratégias para aumentar a adesão do homem a serviços de saúde na atenção primária.

Objetivo Secundário: 1. Avaliar o perfil da população masculina com relação ao seu interesse em buscar por serviços de saúde.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 3.070.482

2. identificar os fatores que interferem na busca por serviços de saúde na atenção primária do território da unidade básica de saúde no município de Uberlândia e Arraias.
3. Propor ações que contribuam para a melhoria da promoção a saúde do homem.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

“Riscos: Existem riscos para os participantes da pesquisa, como ser identificado dentre outros. A equipe de pesquisa utilizar-se-á do sigilo com finalidade de minimizar os riscos de identificação dos participantes. Somente a equipe de pesquisa terá acesso aos dados do questionário aplicado. Benefícios: O benefício da pesquisa para a população consiste em fornecer subsídios que identifique sobre as causas que afasta a população masculina dos serviços de promoção e prevenção a saúde. Portanto teremos um parâmetro para elaboração de um plano de atenção a saúde do homem.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto qualitativo e explicativo, com o objetivo de elaborar estratégias para aumentar a adesão do homem aos serviços de saúde na atenção primária. Serão 69 participantes no total (n justificado) do gênero masculino cadastrados no PSF do Bairro Morada Nova em Uberlândia e habitantes do Quilombo Kalunga Mimoso em Arraias do Tocantins. Será aplicado um questionário (cerca de 10 minutos) aos participantes da pesquisa, na sua própria residência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 2.991.379, de 30 de Outubro de 2018, foram atendidas.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.070.482

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Abril de 2019.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que queiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 3.070.482

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	08/11/2018		Aceito
Básicas do Projeto	ETO_945266.pdf	22:31:51		Aceito
Outros	RELATÓRIO_DE_PENDENCIA_02.docx	08/11/2018 22:31:05	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.docx	08/11/2018 22:17:22	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RELATORIO_DE_PENDENCIAS.docx	16/09/2018 17:32:02	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
Outros	declaracao_co_participante_quilombo.pdf	11/09/2018 16:47:10	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
Outros	declaracao_co_participante_uberlandia.pdf	11/09/2018 16:44:00	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Modelo_TCLE.doc	11/09/2018 16:28:05	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
Outros	Termo_compromisso_equipe_executora.pdf	01/07/2018 07:55:01	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
Outros	Declaracao_Instituicao_Co_Participante_0.pdf	18/06/2018 17:32:27	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	28/05/2018 08:41:28	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Modelo_Termo_de_Compromisso_Equipe_Executora.doc	28/05/2018 08:31:39	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA_DE_DADOS.docx	28/05/2018 08:28:12	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_MARCELO.pdf	16/08/2017 11:12:20	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_DRA_GERUSA.pdf	16/08/2017 11:03:00	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.070.482

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLANDIA, 10 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Karine Rezende de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br