

**UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AMBIENTE E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM AMBIENTE E SAÚDE**

RAPHAEL CASCAES PEREIRA

**PERCEPÇÕES DE HOMENS SOBRE O CUIDADO E A
ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO CATARINENSE**

**LAGES
2017**

RAPHAEL CASCAES PEREIRA

**PERCEPÇÕES DE HOMENS SOBRE O CUIDADO E A
ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO CATARINENSE**

Dissertação de Mestrado, vinculada ao Curso de Mestrado em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense, apresentado à Banca Examinadora para a obtenção do título de Mestre em Ambiente e Saúde.

Orientadora: Dra. Lenita Agostinetto

Coorientadora: Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel

Linha de pesquisa: Condições da vida e Manejo ambiental

LAGES
2017

P673p Pereira, Raphael Cascaes.
Percepções de homens sobre o cuidado e a assistência à saúde em um município catarinense / Raphael Cascaes Pereira. – Lages : Ed. do autor, 2017.
92 p. : il.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Planalto Catarinense. Programa de Mestrado em Ambiente e Saúde
Orientadora : Lenita Agostinetto
Coorientadora : Juliana Cristina Lessman Reckziegel

1. Medicina. 2. Saúde do homem. 3. Políticas públicas de saúde.
I. Agostinetto, Lenita (orient.) . II. Reckziegel, Juliana Cristina Lessman (orient.) . I. Título.

CDD 613

RAPHAEL CASCAES PEREIRA

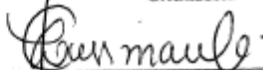
Dissertação intitulada "PERCEPÇÕES DE HOMENS SOBRE O CUIDADO E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO CATARINENSE" foi submetida ao processo de avaliação e aprovada pela Banca Examinadora em 07 de julho de 2017, atendendo as normas e legislações vigentes do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense para a obtenção do Título.

MESTRE EM AMBIENTE E SAÚDE

Banca examinadora:



Dr. Lenita Agostinotto (PPGAS - UNIPLAC)
Orientadora



Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel (PPGAS - UNIPLAC)
Coorientadora



Dra. Maria Conceição de Oliveira (UFFS)



Dra. Natalia Veronez da Cunha (PPGAS - UNIPLAC)

Dr. Livia Pimenta Reno Gasparotto (IFPR)

“Lute com determinação, abrace a vida com
paixão, perca com classe e vença com
ousadia, porque o mundo pertence a quem se
atreve e a vida é muito bela para ser
insignificante”.
(Charles Chaplin)

Dedico este trabalho a minha esposa Susana Xavier Souza, que é a pessoa onde me alicerço nos momentos de dificuldades e que faz minha vida ter sentido e alegria.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me concedido a conquista desta realização pessoal e profissional.

Aos meus familiares que compreenderam minha ausência, me animaram no cansaço, me incentivaram no desânimo, foram minha força nos momentos de fraqueza e me motivaram constantemente, relembrando a valorização do estudo recebido como maior herança de nossos pais.

A minha orientadora Lenita Agostinetto e coorientadora Juliana Cristina Lessmann Reckziegel que, de uma forma muito profissional e dedicada, mostraram o caminho pelo qual trilhei.

A Secretária Municipal de Saúde, Diretores, Médicos e Pacientes homens da Policlínica Municipal de Saúde Centro de Especialização Eneo Pacheco de Andrade por compreenderem a grandeza e a necessidade desta pesquisa.

A Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) por oportunizar a capacitação profissional, em busca d maior qualificação.

PERCEPÇÕES DE HOMENS SOBRE O CUIDADO E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO CATARINENSE

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa fortalecer a inserção desta população no Sistema Único de Saúde, por meio de ações específicas de promoção da saúde e prevenção de doenças, considerando que existem barreiras sócio histórico culturais, ambientais e do próprio sistema de saúde que dificultam o acesso e a concretização das ações. Aponta-se também que as questões normativas de gênero influenciam significativamente nas condutas individuais e coletivas de saúde. Nesta perspectiva, o objetivo desta pesquisa foi identificar as interações entre ambiente, cuidados e descuidados relacionados à saúde do homem e propor estratégias de educação em saúde enfocando as diretrizes da Política de Nacional Atenção Integral à Saúde do Homem. Este foi um estudo de natureza descritiva, qualitativa e interpretativa, utilizando-se da Pesquisa Convergente-Assistencial, como método e estratégia para a prática de educação em saúde. A pesquisa foi desenvolvida no contexto da rede de Atenção em Saúde do município de Lages na Policlínica Municipal de Saúde do município, mediante aprovação pelo Comitê de ética em Pesquisa da UNIPLAC segundo o parecer nº 1.549.372. Participaram 20 indivíduos do sexo masculino, em idade entre 20 e 59 anos, cadastrados para atendimento com especialista em urologia na Policlínica. A partir do cadastro foi feito o primeiro contato via telefone com os pacientes convidando-os a participar da pesquisa. A coleta de dados foi dividida em duas etapas, sendo que na primeira foram realizadas entrevistas em domicílio e na segunda foi realizado um grupo de educação em saúde, baseando nos pressupostos da Pesquisa Convergente Assistencial. Na entrevista em domicílio buscou-se captar e compreender a realidade dos participantes da pesquisa. Cada entrevista teve áudio gravado e conduzida a partir de um roteiro pré-estabelecido pelo pesquisador com perguntas norteadoras voltadas aos principais problemas associados à população masculina. A segunda parte da pesquisa referiu-se à formação de grupos de educação em saúde com os sujeitos que já haviam participado da entrevista previamente. Esta etapa ocorreu na Policlínica onde os participantes foram encaminhados a uma sala desta Unidade após a consulta com o médico urologista. Neste instante o pesquisador mediu uma roda de conversa, tratando de assuntos que foram abordados e levantados nas entrevistas e pertinentes ao grupo. Foram feitos dois grupos de educação em saúde um com quatro e outro com três indivíduos. Os dados sócio

demográficos, ambientais, saúde do homem e acesso aos serviços de saúde apresentados descritivamente já os dados textuais passaram por análise segundo os pressupostos da Pesquisa Convergente Assistencial por meio da organização, apreensão, codificação dos dados, formação de categorias com características similares e teorização com base nas questões de saúde/doença descritos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Observou-se que as doenças do coração foram as mais citadas, porém com baixa adesão ao tratamento comportamental e frequente exposição a fatores de risco. As condutas relacionadas à saúde do homem ainda são influenciadas por aspectos socioculturais e de gênero, que modulam negativamente as ações de cuidado de si e o acesso aos serviços de saúde. Modificação das rotinas assistências e a realização de ações de educação em saúde são necessárias para o despertar da consciência acerca da necessidade do cuidado, constituindo potencial para a modificação do panorama de saúde-doença desta população e confluindo com as recomendações da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Palavras-chave: Saúde do homem, Homens, Política de Saúde.

MEN'S PERCEPTIONS ON HEALTH CARE AND ASSISTANCE IN A CATARINIAN MUNICIPALITY

The National Policy of Integral Men's Health Care aims to strengthen the insertion of this population in the Unified Health System, through specific actions of health promotion and prevention of diseases, considering that there are social, historical, cultural and environmental barriers of the system itself, that make it difficult to access and implement actions. It is also pointed out that gender normative issues have a significant influence on individual and collective health behaviors. In this perspective, the objective of this research was to identify the interactions between environment, care and carelessness related to men's health and to propose strategies of education in health focusing the directives of the National Policy of Integral Men's Health Care. This was a descriptive, qualitative and interpretive study, using the Convergent-Care Research as a method and strategy for the practice of health education. The research was developed in the context of the health care network of the municipality of Lages in the Municipal Health Clinic of the municipality, with approval by the Research Ethics Committee of UNIPLAC, according to ordinance n° 1,549,372. Twenty male subjects, aged between 20 and 59 years old, were registered to attend a specialist in urology at the Polyclinic. From the register the first telephone contact was made, with the patients, inviting them to participate in the research. Data collection was divided into two stages. The first one was conducted at home and the second was a health education group, based on the assumptions of the Convergent Care Survey. In the interview at home it was sought to capture and understand the reality of the research participants. Each interview had audio recorded and conducted from a script, pre-established by the researcher with guiding questions focused on the main problems associated with the male population. The second part of the research referred to the formation of health education groups with subjects who had previously participated in the interview. This stage occurred in the Polyclinic, where the participants were referred to a room in this Unit, after the consultation with the urologist doctor. At this moment the researcher mediated a conversation, addressing issues that were

addressed and raised in the interviews and pertinent to the group. Two groups of health education were put together, one with four and one with three individuals. The socio-demographic, environmental, men's health and access to health services data were presented descriptively, while the textual data was analyzed according to the assumptions of the Convergent Care Research through organization, apprehension, data codification, formation of categories with similar characteristics and theorization based on the health / illness issues described in the National Policy for Integral Men's Health Care. It was observed that heart diseases were the most cited, but with low adherence to behavioral treatment and frequent exposure to risk factors. Man-made behaviors are still influenced by socio-cultural and gender aspects, which negatively modulate self-care actions and access to health services. Modification of care routines and the implementation of health education actions are necessary to raise awareness about the need for care, constituting a potential for modifying the health-disease scenario of this population and converging with the recommendations of the Comprehensive Policy of Men's Health Care.

Key words: Men's health, Men, Health Policy.

LISTA QUADRO E FIGURA

Quadro 1 - Estratégias e temáticas abordadas em cada momento do encontro com os grupos de educação em saúde do homem na Policlínica Municipal de Lages, SC	40
Figura 1 - Fluxograma de procedimentos utilizados para o desenvolvimento da pesquisa	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Informações sócio demográficas dos participantes da pesquisa	54
Tabela 2 – Dados referentes às questões ambientais dos participantes da pesquisa	56
Tabela 3 – Dados dos participantes de pesquisa referentes às questões sobre acesso aos serviços de saúde	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários da Saúde.

DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis.

ESF – Estratégia Saúde da Família.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde.

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PCA – Pesquisa Convergente Assistencial.

PMS – Policlínica Municipal de Saúde.

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

PNS – Programa Nacional de Saúde.

PSF – Programa Saúde da Família.

SUS – Sistema Único de Saúde.

SC – Santa Catarina.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1 APROXIMAÇÕES COM A TEMÁTICA.....	19
1.2 PROBLEMA DA PESQUISA.....	21
2. OBJETIVOS.....	22
2.1 OBJETIVO GERAL.....	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1 IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) .	23
3.2 GESTÃO EM SAÚDE	25
3.3 SAÚDE DO HOMEM: ABORDAGEM HISTÓRICA E DEFINIÇÕES	26
3.4 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM: desafios e estratégias.	28
4. METODOLOGIA.....	34
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	34
4.2 LOCAL DA PESQUISA	35
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES	36
4.3.1 Critérios de exclusão e inclusão dos participantes da pesquisa	37
4.4 COLETA DE DADOS.....	37
4.4.1 Entrevista em domicílio.....	37
4.4.2 Grupos de Educação em Saúde.....	39
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	44
4.6 ANÁLISE DE DADOS	45
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	47
5.1 CAPÍTULO I: ARTIGO CIENTÍFICO.....	48
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS.....	75

ANEXO I: PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIPLAC.....	83
APÊNDICE I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.....	86
APÊNDICE II: ROTEIRO DE ENTREVISTA DESENVOLVIDO PELOS AUTORES PARA REALIZAÇÃO DESTA PESQUISA.....	90

1. INTRODUÇÃO

Desde sua criação, a atenção à saúde no Brasil passou por diversas mudanças. O funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é de abrangência nacional, porém, coexistem em seu âmbito subsistemas que se dividem em três níveis de governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 2009).

Os municípios possuem responsabilidade diferenciada, referente ao recebimento dos recursos, e a partir disso, repassam para a Atenção Básica (AB) de Saúde que planeja e efetua ações de forma educativa e corretiva (BRASIL, 2009). A Atenção Básica tem como função zelar pela integralidade, atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social e representa o principal centro de comunicação e rede de atenção à saúde da população. Por este motivo, deve estar em locais centralizados e de fácil acesso ao usuário, diminuindo a sobrecarga de atendimentos na atenção secundária¹ e terciária² da saúde (BRASIL, 2012).

Além disso, a Atenção Básica, por ser de atenção primária³, tem como uma de suas funções, a prevenção e promoção à saúde. Para a concretização dos serviços existem políticas e diretrizes, dentre as quais se destaca a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

¹ Atenção Secundária “(diagnóstico e tratamento precoce; limitação da invalidez) – Engloba estratégias populacionais para detecção de doenças. Como por exemplo, o rastreamento de câncer de colo uterino. Também contempla ações com indivíduos doentes ou acidentados com diagnósticos confirmados, para que se curem ou mantenham-se funcionalmente sadios, evitando complicações e mortes prematuras. Isto se dá por meio de práticas clínicas preventivas e de educação em saúde, objetivando a adoção/mudança de comportamentos (alimentares, atividades físicas etc.)” (LEAVELL; CLARK, 1965 citado por DEMARZO et al., 2011, s/p.).

² Atenção Terciária (reabilitação) – “Consiste no cuidado de sujeitos com sequelas de doenças ou acidentes, visando a recuperação ou a manutenção em equilíbrio funcional” (LEAVELL; CLARK, 1965 citado por DEMARZO et al., 2011, s/p.).

³ Atenção Primária “(promoção da saúde e proteção específica) – A promoção da saúde aparece como prevenção primária, confundindo-se com a prevenção referente à proteção específica (vacinação, por exemplo). Corresponde a medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos (comportamentos alimentares, exercícios físico e repouso, contenção de estresse, não ingestão de drogas ou de tabaco), para que às agressões dos agentes. Também diz respeito a ações de orientação para cuidados com o ambiente, para que esse não favoreça o desenvolvimento de agentes etiológicos (comportamentos higiênicos relacionados à habitação e aos entornos)” (LEAVELL; CLARK, 1965 citado por DEMARZO et al., 2011, s/p.).

(PNAISH). Esta política tem como objetivo ampliar o acesso aos centros de atendimento à saúde da população masculina e informar sobre suas peculiaridades, trabalhando em consonância com os princípios do SUS e fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados de saúde (BRASIL, 2009).

Esta política surge a partir da compreensão de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, levando ao óbito mais precocemente que as mulheres, segundo a maioria dos indicadores de saúde (LUCK et al., 2000; LAURENTI et al., 2005; NARDI et al., 2007; SILVA et al., 2012).

A maior vulnerabilidade e as elevadas taxas de morbimortalidade em homens devem-se em partes à menor busca pelos serviços de Atenção Básica a saúde em relação às mulheres e ao possível descumprimento das recomendações em saúde recebidas (PINHEIRO et al., 2002; FIGUEIREDO, 2005; SCHRAIBER et al., 2005). Portanto, muitos agravos da saúde masculina poderiam ser evitados ou minimizados se esta parcela da população realizasse com regularidade as medidas primárias de prevenção e proteção à saúde.

A baixa adesão de homens na busca por medidas de atenção à saúde deve-se em partes às barreiras socioculturais, assim como às barreiras institucionais dos serviços de saúde (GOMES, 2003; KEIJZER, 2003; SCHRAIBER et al., 2005). O primeiro grupo diz respeito à dificuldade que os homens têm em reconhecer suas necessidades, sendo estudos apontam que este fato ocorre, possivelmente, por que na maioria são provedores da família, alegando falta de tempo considerando que na sociedade em que vivemos a atividade laboral tem papel de destaque. O segundo grupo diz respeito aos serviços e as estratégias de comunicação que privilegiam as ações em saúde para crianças, adolescentes, mulheres e idosos, oferecendo poucas oportunidades de acesso aos serviços assistenciais à população masculina, considerando que na maioria das vezes, para que o indivíduo seja atendido faz-se necessário que deixe de comparecer ao seu trabalho, o que dificulta a adesão às ações em saúde (KALCKMANN et al., 2005; SCHRAIBER, 2005; GOMES et al., 2007).

Além disso, aponta-se que as características culturais também exercem grande influência na falta de adesão do homem às medidas de atenção integral a saúde, considerando que os estereótipos de gênero potencializam práticas baseadas em crenças e valores que colocam que os homens “precisam ser fortes” e que “devem superar a dor”, dentre outras questões normativas de gênero que acabam dificultando o acesso

precoce dos homens aos serviços de saúde (SABO, 2002; KEIJZER, 2003; BOZON, 2004; SCHRAIBER et al., 2005).

No estado de Santa Catarina (SC), principalmente na região serrana considera-se que os modelos de normativos de masculinidade e a maneira como se dá a socialização masculina podem fragilizar ou mesmo afastar os homens das preocupações com o autocuidado e com a busca pelos serviços de saúde (GOMES et al., 2008). Dentre as questões mais frequentemente consideradas estão os aspectos da cultura masculina, que envolvem tendências à exposição a riscos, associação da masculinidade à invulnerabilidade e também a própria educação familiar, a qual orienta o homem para um papel social de provedor e protetor (ALBANO et al., 2010) Esta cultura tende a gerar modelos masculinos pouco aderentes às práticas de autocuidado e pode estimular o comportamento agressivo, violento e de exposição situações de riscos à saúde (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

Assim, a política de atenção integral a saúde do homem busca privilegiar ações de educação em saúde que contribuam para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais, socioambientais e políticos econômicos (FIGUEIREDO, 2005). A população masculina na faixa etária entre 20 a 59 anos corresponde a uma parcela relevante da força produtiva do Brasil e exerce um significado papel sociocultural e político (PIROLO et al., 2009).

Nesta população, as enfermidades e agravos de saúde correspondem a 75% e estão concentradas em cinco grandes áreas especializadas: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia (BRASIL, 2008). Além disso, na faixa etária de 20 a 59 anos, 75% dos óbitos são devidos a acidentes, lesões autoprovocadas voluntariamente, agressões e tumores (do aparelho digestivo, respiratório e próstata) (BRASIL, 2008). Deste modo, a Política, vem estrategicamente identificando as enfermidades e agravos à saúde do homem, buscando delinear caminhos que incentivem a procura pelos serviços de atenção primária, antes que os agravos requeiram atenção especializada (BRASIL, 2008).

Nesta perspectiva, conhecer as doenças que afetam a população masculina da região serrana catarinense, bem como compreender as barreiras socioculturais, socioambientais e institucionais que impedem a busca por esta população aos serviços de saúde, torna-se importante para fortalecer o sistema de gestão local em saúde do homem e propor medidas estratégicas de prevenção e promoção à saúde que facilitem o acesso à atenção primária, de modo a aumentar a expectativa

de vida e reduzir casos de morbimortalidade que afetam tal população. Neste sentido, torna-se necessário conhecer os principais cuidados e descuidados relacionados à saúde do homem na região e como a política de atenção integral a saúde do homem contribui para elaborar estratégias de educação em saúde voltadas à população masculina local.

1.1 APROXIMAÇÕES COM A TEMÁTICA

Além da relevância temática, destacou-se que a realização do estudo partiu de anseios pessoais do pesquisador, os quais se apresentam descritos em tom autobiográfico, destacando as conexões entre o fazer e o pesquisar, conforme recomendam os pressupostos metodológicos da Pesquisa Convergente Assistencial que nortearam a construção metodológica desta dissertação (TRENTINI; PAIM; GUERREIRO, 2014).

Após a conclusão da Graduação em Enfermagem, iniciei a carreira profissional na área da saúde no ano de 2012, quando fui convidado a trabalhar na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Santa Catarina, para atuar como gestor e enfermeiro assistencial. O trabalho envolvia ações de capacitação da equipe técnica e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registro de dados epidemiológicos da região enfocando na prevenção de doenças, controle das taxas de natalidade e mortalidades dos moradores da área, registros de usuários com doenças crônicas, consultas de enfermagem e visitas domiciliares com o intuito de fortalecer a atenção à saúde, buscando qualidade e integralidade dos atendimentos.

No mesmo ano fui convidado a assumir a coordenação do programa dirigido à implementação local da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que conta com a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças da população masculina do município de Lages/SC. Até aquele momento, o programa era pouco conhecido pela população Lageana, e com isso foi dado início ao trabalho de divulgação junto à mídia do município, apontando a necessidade de intensificação das ações.

O movimento de divulgação despertou interesse de empresários locais em desenvolver ações e campanhas nas suas empresas, buscando conscientizar a população masculina sobre a importância da promoção e prevenção de doenças nas diversas faixas etárias. Para tal, solicitaram a atuação da equipe e o programa passou a atingir homens de toda a região serrana, ultrapassando os limites

territoriais municipais. As ações de maior impacto eram ações de educação em saúde enfocando a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), prevenção de câncer de próstata e redução de danos no uso de drogas lícitas e ilícitas. A partir desta demanda houve a necessidade de uma maior capacitação dos colaboradores das UBS, iniciando-se uma nova etapa do trabalho.

Com a equipe já capacitada para bem atender as necessidades dos usuários, foi possível identificar a escassez de informações e registros de dados estatísticos sobre doenças predominantes na população masculina da região. Este fato levou-me a questionar a realidade epidemiológica da população local, elaborando empiricamente propostas para a criação de um sistema de registro e controle de doenças masculinas, além de elaborar ciclos de capacitação para as equipes da Atenção Básica. A realização dos ciclos de capacitação proporcionou ampliar a qualidade da assistência, repercutindo na maior procura pelos serviços.

Em parceria com um Médico Urologista, passamos a atender a população masculina de forma rápida, segura e discreta, pois percebemos com o levantamento de dados que muitos homens ficavam constrangidos em buscar informação ou ajuda nas unidades de saúde. Desse modo, fui convidado a realizar palestras no estado sobre os trabalhos desenvolvidos na saúde do homem.

Na atenção especializada identificamos a demanda excessiva de problemas e descuidados relacionados à saúde do homem, sendo que muitos dos atendimentos de urgência e emergência poderiam ser evitados se houvesse maior adesão às práticas preventivas de cuidado com a saúde. Foram essas inquietações que me estimularam a ampliar os conhecimentos na área. Portanto, ingressei no Mestrado em Ambiente e Saúde, com o intuito de desenvolver a presente pesquisa, que trouxe respostas aos questionamentos acerca das questões de saúde/ doença, cuidados e descuidados da população masculina local, elementos relacionais ao acesso aos serviços de saúde e estratégias efetivas para a promoção de educação em saúde baseadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

1.2 PROBLEMA DA PESQUISA

Na perspectiva de entender o contexto que cerca a saúde do homem, conforme descrito acima, elaborou-se a seguinte pergunta da pesquisa:

Quais as interações entre ambiente, cuidados e descuidados relacionados à saúde do homem e quais são as estratégias de educação em saúde pertinentes enfocando as diretrizes da Política de Nacional Atenção Integral à Saúde do Homem?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as interações entre ambiente, cuidados e descuidados relacionados à saúde do homem e propor estratégias de educação em saúde enfocando as diretrizes da Política de Nacional Atenção Integral à Saúde do Homem.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as percepções de homens acerca dos principais cuidados e descuidados com sua saúde;
- Descrever condições de saúde/doença de homens e acesso aos serviços de saúde;
- Desenvolver estratégias para a promoção de educação em saúde baseadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

As principais mudanças no setor de saúde foram iniciadas nos anos 90, com a regulamentação e implantação do Sistema Único de Saúde, através das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, fortalecendo a participação popular e o controle social nas questões de saúde (COSTA, 2001).

Através desta medida, foi possível descentralizar o poder, delegando às outras esferas governamentais as responsabilidades relacionadas às questões da saúde pública (COSTA, 2001). As autoridades municipais, por estarem mais próximas de sua população, têm maiores condições de identificar e aplicar melhor os recursos destinados a cada área específica, incluindo a verba da saúde, através de implantação das Unidades Básicas, Postos de Saúde, treinamento de profissionais e aplicação de programas como a Saúde da Família (BRASIL, 2009a).

Ao regulamentar o SUS, a Lei nº 8.080/90, nos seus artigos 196 a 200, agrega todos os serviços estatais das esferas federal, estadual e municipal. Além disso, regulamenta os serviços privados, desde que contratados ou conveniados, os quais são também responsáveis, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais.

A mudança do modelo de atenção exigiu estratégias de grande abrangência e de realização em curto prazo. Essa expansão acelerada e em grande escala dos serviços ocasionou mudanças significativas na composição e estruturação da força de trabalho em saúde, com concentração nas esferas de governo estaduais e municipais (BRASIL, 2006). Ademais, coube a estas esferas governamentais a responsabilidade pela implementação das políticas sociais na nova ordem democrática, arcando com todo o peso financeiro, administrativo e pessoal dos aparelhos de Segurança, de Educação, de Saúde, de Saneamento Básico e de Assistência Social (BRASIL, 2007).

Assim, a gestão do trabalho no SUS é parte da gestão do trabalho na Administração Pública, e em geral está relacionada ao contexto político e econômico mundial, e pode ser compreendida por três grandes eixos:

A mudança no modelo de estado, que passa de um modelo provedor para um modelo

regulador; a reestruturação produtiva, que traz novas formas de relação de trabalho; e a incorporação tecnológica, que introduz novas práticas e novos processos de trabalho (BRASIL, 2007).

O desafio dos gestores na administração é seguir o que está previsto na Constituição Federal e adequar o que é realizado com as leis existentes, procurando uma padronização que atenda a todos de modo similar, sem privilégios ou favoritismos. Porém na prática há frequentes discordâncias e divergências entre os conselhos no que se refere aos âmbitos de poder e competência das diversas especialidades em detrimento dos serviços oferecidos à população (BRASIL, 2007).

A partir da implantação do novo modelo de gestão, estabeleceu-se uma clara definição de competências entre as três esferas de governo: a gestão, coordenação, controle e avaliação do sistema nacional de saúde, em nível nacional, além da elaboração do Programa Nacional de Saúde (PNS), atividades de pesquisa, cooperação técnica e de produção e distribuição de medicamentos e insumos de saúde que ficaram sob a responsabilidade da União; a gestão, coordenação, controle e avaliação do sistema estadual de saúde passaram para a esfera dos Estados; e por fim, a gestão, coordenação, controle e avaliação do sistema municipal de saúde ficaram com os Municípios (BRASIL, 2007). Estes também assumiram o planejamento local e a execução efetiva dos serviços de saúde, excetuando-se aqueles ligados à produção de medicamentos, que seriam efetivados nas esferas federal e estadual (MENDES, 2001).

Após a implantação deste novo modelo, o Ministério da Saúde (1996) criou a Norma Operacional Básica, estabelecendo mudanças no processo assistencial, rompendo com o produtivismo e implementando incentivos aos programas dirigidos às populações específicas, como por exemplo, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (COSTA; SALAZAR, 2007). Além disso, instituiu também práticas fundadas numa base assistencial, como o Programa Saúde da Família (PSF), e atualmente chamado Estratégias de Saúde da Família (ESF) que vem aumentando os vínculos da equipe de saúde com a comunidade, especialmente do seu núcleo familiar (COSTA; SALAZAR, 2007).

Nesse novo modelo de gestão, o indivíduo é estimulado a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade em que está inserido, exigindo eficiência operacional cada vez maior, e trazendo grandes desafios para as instituições de saúde.

No contexto contemporâneo da saúde tem-se presenciado a busca dinâmica das instituições de saúde por processos de certificação que agreguem valor ao negócio dos clientes internos (funcionários) e externos (comunidade), exigindo uma eficiência operacional cada vez maior. Assim, a implementação de um sistema de gestão adequado, auxilia as instituições de saúde a enfrentarem os novos desafios, portanto, no item 3.2 será descrito sobre os conceitos e os sistemas de gestão em saúde.

3.2 GESTÃO EM SAÚDE

A gestão em saúde é quase tão antiga quanto à saúde pública e surgiu interdisciplinar, ainda quando esta expressão não havia sido empregada (FERREIRA; MONKEN, 2009).

Durante o século XX, houve um esforço de investigação voltado para o desenvolvimento de novos arranjos organizacionais e novos modelos de atenção à saúde (GUALEJAC, 2007). A Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) estimulam tanto a produção de conhecimentos nessa área quanto trataram de sistematizar a difusão dessas experiências e dessa tecnologia sobre organização, planejamento e gestão dos serviços de saúde (GUALEJAC, 2007). Segundo o mesmo autor, há uma aproximação entre as áreas da clínica e o campo da saúde pública, e a partir daí, surgiu o desenvolvimento de estudos sobre sistemas locais de saúde, modelos de atenção, gestão de pessoal, atenção primária, planejamento e programação em saúde.

Os sistemas de saúde e o papel do gestor surgem frente às mudanças nos modelos de atenção à saúde. Assim, a função da gestão envolve a coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos sistemas de saúde (FERREIRA; MONKEN, 2009).

Segundo Almeida Filho (1999, p.263) a gestão é uma atividade de competência de:

Cada nível de governo - embora na maior parte das vezes o sistema de saúde completo para uma dada população compreenda mais de uma área administrativa e/ou de governo, daí a questão da regionalização da saúde - a gestão compreende um conjunto novo e muito amplo de atribuições, carecendo de

profissionais aptos ao desempenho da função e com poucos cursos de formação ou capacitação nessa área – os mais próximos são os de planejamento e administração em saúde, o que representa um grande desafio a vencer.

Assim, os gestores dos governos municipais, estaduais e federal devem governar o setor ou área da saúde de forma integral e dar sentido ao seu crescimento ou desenvolvimento, criando um sistema inteligente de gestão, não como tarefa para uma pessoa, mas para uma equipe dirigida pelo gestor (ROCHA, 2005).

Com a aprovação da Constituição Federal de 1988, o poder público passou a ter um papel importante na saúde pública do Brasil. Neste sentido, saúde pública pode ser entendida sob dois aspectos (SANTA CATARINA, 2002, p.13):

- No que diz respeito à função pública, a saúde é direito de todos e dever do Estado como oferta de serviços e ações de promoção, proteção e recuperação;
- No que diz respeito às ações de preservação da saúde como dever do cidadão, da sociedade, das empresas e da família por meio de hábitos e atitudes de promoção da saúde.

Deste modo, de acordo com esta conceituação determinou-se que é de responsabilidade do Estado proporcionar o acesso à saúde a todos os cidadãos brasileiros, abrangendo inclusive a recuperação da saúde por meio dos atendimentos médicos, exames e tratamentos (BRASIL, 1988). Sendo assim, a gestão da saúde pública tem a função de contribuir com práticas que visam resolver os problemas do setor, bem como, resolver discrepâncias existentes dentro da área de saúde pública, além de integrar os vários sistemas de saúde, como o Sistema de Saúde do Homem conforme apresentado a seguir.

3.3 SAÚDE DO HOMEM: ABORDAGEM HISTÓRICA E DEFINIÇÕES

A década de 70 no século XX representa um marco dos estudos norte-americanos acerca da temática “homem e saúde”, esses traduziam um pensamento norteado pelas teorias de gênero (SABO,

2002). Mais tarde, nos anos 80, esse modelo adotou outras formas de pensamento, assumindo como terminologia “estudos de masculinidade” (SABO, 2002).

Ainda, no final dos anos 80, são intensificadas ações para desvelar o perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas, mostrando diferenças na mortalidade masculina entre as diferentes idades, estes estudos seguiram a tendência das pesquisas feitas na Europa e nos Estados Unidos (LAURENTI et al., 2005), sendo a partir dos anos 2000 o tema passou priorizar a busca por um sistema de saúde que contemple a saúde do homem numa perspectiva integral (SCHRAIBER et al., 2005).

A partir deste contexto, importantes pesquisas, como a de Braz (2005), Gomes e Nascimento (2006), Paim e Teixeira (2006), antes voltadas apenas à população feminina, começaram a incluir o público masculino. Apesar disso, muitas das pesquisas são focadas na morbimortalidade da população masculina, deixando de lado as questões normativas de gênero, que envolvem o tema masculinidade e a influência sócio-histórico-cultural nas questões de saúde e de doença (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013). Neste sentido, refere-se à construção das masculinidades e à experiência do corpo masculino, fornecendo evidências empíricas de múltiplas hierarquias (gênero e classe, principalmente) entrelaçadas com projetos ativos da construção do gênero (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013).

Com o intuito de promover a saúde do homem no Brasil, o Ministério da Saúde, em 2007, sugeriu a implantação de uma Política Nacional para a Assistência à Saúde do Homem. Neste sentido, em março de 2008, foi criada, dentro do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, a Área Técnica de Saúde do Homem, onde houve o lançamento da primeira versão do documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes) (BRASIL, 2008). O documento é apresentado como fruto de uma parceria entre gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional. Portanto, a saúde do homem passa a ser vista como uma das prioridades do governo e a política implementada vai de encontro com as necessidades e desejos da sociedade em perceber as especificidades e necessidades desta população (BRASIL, 2008).

Segundo Carrara et al. (2009), os homens são mais vulneráveis às doenças do que as mulheres, especialmente quando se trata de enfermidades crônicas e graves, levando-os a morte mais

precoce em relação às mulheres, apesar deste fato, já bem documentado, os homens acessam com menor frequência os serviços de atenção primária quando comparado às mulheres. A entrada da população masculina no sistema de saúde se dá principalmente pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, configurando um perfil com presença de agravos à saúde motivados pela busca tardia ao atendimento (BRASIL, 2008).

Assim, com a implementação da PNAISH, a população masculina passou a ter um lugar de destaque, considerando a anterior prioridade à saúde de mulheres, idosos, crianças, adolescentes, entre outros (PEREIRA, 2008). Além disto, com o lançamento da Campanha Nacional de Esclarecimento da Saúde do Homem, o Brasil se tornou o segundo país da América com um setor específico para a saúde do homem, estando atrás somente do Canadá (PEREIRA, 2008).

A implantação dessa política ocorreu de forma integrada às demais políticas existentes, obedecendo a uma lógica hierarquizada de atenção à saúde, dando prioridade a Atenção Básica, fazendo com que esta seja a porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e que prioriza a equidade (BRASIL, 2008). Nesse sentido, o Ministério da Saúde fortaleceu o respeito aos direitos do homem, priorizando a atenção integral e articulada com as questões do ambiente onde habitam a com os aspectos socioculturais (REICHERT; ANDRIOLI, 2010).

No estado de Santa Catarina, a política voltada à saúde do homem tem seguido o planejamento do Ministério da Saúde, cuja área técnica da saúde do homem indicou, em 2010, os municípios de Joinville, Florianópolis, Lages e Chapecó para implantarem o Programa Nacional de Assistência Integrada à Saúde do Homem (TEIXEIRA et al., 2014), com vistas a ampliar as linhas de cuidado que priorizem a integralidade da atenção.

Assim, a gestão da saúde pública tem a função de contribuir com práticas que visam resolver ou mitigar os problemas do setor, bem como, integrar os diversos sistemas de saúde, tais como, o sistema referente à saúde do homem, que será apresentado a seguir.

3.4 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM: desafios e estratégias.

No Brasil, investimentos em campanhas públicas direcionadas à saúde do homem têm sido promovidas, como por exemplo, as publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS) voltadas à saúde

masculina ou ao seu comprometimento com a saúde em diferentes fases da vida, dentro de suas especificidades (SABO, 2002). Em 2008 o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem como resultado de uma parceria entre gestores do Sistema Único de Saúde, organizações científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional (BRASIL, 2009a).

Esta política busca agenciar ações de saúde que colaborem expressivamente para o entendimento da realidade particular masculina nas suas diversas conjunturas socioculturais e político-econômicas e também acrescentar a expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por motivos preveníveis e evitáveis nessa população (CARRARA et al., 2009). Com isso, a população masculina passa a ter espaço em ações de saúde que antes se voltavam apenas a outros públicos, como crianças, mulheres e idosos.

A PNAISH constitui um conjunto de diretrizes acerca das demandas discutidas entre os representantes dos setores responsáveis pela gestão e execução das ações, de forma a integrá-la às outras Políticas de Saúde, tendo em vista a interdependência e a necessidade de cooperação entre todos, possibilitando melhores opções de construção e a correta implementação das ações (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, essa política surge para auxiliar os gestores estaduais e municipais na atenção à saúde do homem, trazendo medidas específicas em nove eixos de ação:

- Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Promoção de saúde com foco na elaboração de estratégias para aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde; Informação e comunicação para sensibilizar os homens e suas famílias, estimulando o autocuidado e hábitos saudáveis, por meio de ações de informação, educação e comunicação;
- Participação, relações institucionais e controle social, que busquem associar as ações governamentais com a sociedade civil organizada, a fim de potencializar ações voltadas para essa população;

- Implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem, com o objetivo de fortalecer a atenção básica e melhorar o atendimento, a qualidade e resolubilidade dos serviços de saúde;
- Qualificação de profissionais da saúde para o desenvolvimento de estratégias em educação permanente para os trabalhadores do SUS;
- Avaliação dos insumos, equipamentos e recursos humanos que garantam a adequada atenção à população masculina;
- Sistemas de Informação com o objetivo de melhorar e qualificar as informações destinadas a essa população;
- Avaliação do projeto-piloto por meio de realização de estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações por meio do monitoramento da Política (BRASIL, 2009b).

Esta política leva em conta a heterogeneidade de ser do homem, uma vez que as masculinidades são construídas pela história, pela sociedade e pela cultura em um processo de permanente construção e transformação (GOMES; NASCIMENTO, 2006). Segundo os mesmos autores, esse processo é fundamental para a promoção da atenção para esse segmento, em diferentes aspectos, tais como, faixa etária, condição socioeconômica, étnico-racial, local de moradia, orientações sexuais, entre outros.

Diante disso, é importante que ações em saúde estejam condizentes com as necessidades de saúde da população masculina do país, sem discriminação. Assim, a PNAISH, além de confirmar os principais fatores de morbimortalidade na saúde masculina, também destaca a importância dos determinantes sociais que influenciam as condições de saúde/doença desta população (SCHRAIBER et al., 2005; BRASIL, 2009). Levando em conta o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas de saúde, aumentando a expectativa de vida e redução dos índices de morbimortalidade por causas que podem ser prevenidas e evitadas nessa população (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

Entretanto, apesar deste avanço com a implantação de uma política específica para tratar da saúde do homem, boa parte da população masculina ainda tem dificuldade em cuidar de si e de aderir às estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças. O termo cuidado surge a partir do próprio ato de cuidar de si e dos efeitos que produz naqueles que o compartilham (BARROS; GOMES, 2011). Convém apontar que o oposto ao cuidado manifesta-se como descuidado, expondo ao risco e a piora das condições de saúde/doença (BARROS; GOMES, 2011).

Desta forma, problematizar e discutir sobre “cuidado” e “descuidado” em saúde exige analisar o conceito de saúde, que também é um conceito complexo e plurifacetado, que pode conduzir a vários discursos a partir de diferentes percepções e pontos de vista (ALMEIDA FILHO, 1997). Assim, o estado de saúde, não é um estado puramente estático (BARROS; GOMES, 2011). Convém considerar que os elementos culturais sociais e ambientais estão envolvidos em padrões normativos de comportamentos diferentes com relação aos cuidados com a saúde (AQUINO et al. 1992; AYRES et al., 2012; FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

Assim, há estrita relação entre um modelo culturalmente construído e sua influência nos cuidados com a própria saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Desse modo, discutir sobre saúde também leva em consideração as relações de gênero, que é uma das dimensões organizadoras das relações sociais e dos elementos intervenientes na forma e processos de decisão quanto à saúde (AYRES et al., 2012; FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

Korin (2001, p. 70), acrescenta que “em vez de usar uma definição de gênero monolítica e estereotipada, é mais apropriado falar de masculinidades e feminilidades”. Desta forma devem ser entendidas como significados culturais atribuídos às diferenças sexuais, e que, à medida que são construídas e perpassadas culturalmente, são também referências para o modo de ser e se relacionar. Modo que inclui, também, as preocupações com a saúde.

Segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007), não só as questões de gênero influenciam no descuidado da saúde do homem, mas apontam que aspectos relacionados ao trabalho, à acessibilidade, às especificidades das equipes profissionais e à estrutura de funcionamento dos serviços de saúde, constituem-se em elementos influenciadores de menor procura dos homens pela assistência em saúde.

Neste sentido, é de extrema importância identificar elementos que influenciam o cuidado e descuidado do homem com a sua saúde,

bem como a vulnerabilidade da população masculina aos riscos em saúde e o seu acesso à Atenção Primária à Saúde (APS). E a partir disso, buscar uma mudança paradigmática das suas percepções em relação aos seus cuidados com a saúde, motivações e prevenção de doenças.

3.4.1 Promoção e prevenção à saúde do homem

Segundo a Organização Mundial de Saúde promoção de saúde é o processo pelo qual as pessoas aumentam o controle sobre sua saúde, melhorando-a. Deste modo, entende-se por promoção da saúde o processo que permite às pessoas aumentar seu controle sobre os determinantes da saúde sendo a participação das mesmas essenciais para dar suporte às atividades de promoção da saúde (MARCONDES, 2004).

Neste sentido, promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois, refere-se a medidas que "não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar geral" (LEAVELL; CLARCK, 1976, p.19).

Prevenção e promoção em saúde diferenciam-se sob a ótica de que prevenção tem como objetivo prevenir ou minimizar a ocorrência de doenças, e possibilitar melhor qualidade de vida (BUSS, 2000). Já a promoção à saúde é definida como um conceito positivo e multidimensional, o que resulta em uma forma participativa de desenvolver (BUSS, 2000).

Assim as estratégias de promoção ressaltam a importância da transformação das condições de vida e de trabalho que desencadeiam problemas de saúde, e que demandam, portanto, uma abordagem intersetorial (TERRIS, 1990). Além disto, um dos fatores que diferencia a promoção da prevenção é a consciência de que a busca pela saúde não é apenas uma questão de sobrevivência, mas de dar qualidade a existência, considerando as diferenças do ser humano (CZERESNIA, 2003).

O conceito de promoção diz respeito ao fortalecimento da capacidade individual e coletiva para trabalhar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. E, portanto, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle (CZERESNIA 2003). Segundo o mesmo autor, essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades de cada indivíduo.

Nesta perspectiva, nota-se que a população masculina apresenta um conjunto de características e singularidades próprias que são mantidas desde o período primitivo, quando foram estabelecidos padrões normativos de gênero que associam masculinidade à força, à invulnerabilidade, à virilidade, ao trabalho e ao ser chefe de família. Estes, em muitos casos, são responsáveis pelo distanciamento dos homens de ações de autocuidado (CARRARA et al., 2009; SILVA et al., 2013). Isso pode ser evidenciado pela menor procura de atendimento preventivo, e pela busca por serviços de saúde quando já apresentam algum tipo de sintomatologia (ALBANO et al., 2010).

Deste modo, observa-se que os homens necessitam de políticas de atenção à saúde, as quais objetivem a promoção e a prevenção em prol da atenção mais significativa e do estabelecimento do protagonismo no cuidado de si (ALBANO et al., 2010).

Deste modo, para a prevenção e promoção da saúde da população masculina é necessário para que os mesmos sejam atraídos com informações importantes e sintam-se envolvidos e acolhidos pelos serviços de saúde, incorporando em seu cotidiano novos hábitos de vida. Assim, as Unidades Básicas de Saúde em conjunto com as Policlínicas municipais são locais importantes para desenvolver técnicas e estratégias para educar e estimular a comunidade masculina a buscar os serviços primários de atenção à saúde, bem como estimulá-los a adotar hábitos preventivos de saúde.

4. METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi um estudo de natureza descritiva, qualitativa e interpretativa, utilizando-se da Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), como método e estratégia para a prática de educação em saúde.

A pesquisa qualitativa propicia o aprofundamento da investigação das questões relacionadas ao fenômeno em estudo e das suas relações mediante a máxima valorização do contato direto com a situação estudada (GIL, 2009).

De acordo com Bogdan e Biklen (2003), o conceito de pesquisa qualitativa envolve cinco características básicas que configuraram este tipo de estudo: ambiente natural, dados descritivos, preocupação com o processo, preocupação com o significado e processo de análise indutivo. A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento. Segundo Bogdan e Biklen (2003), a pesquisa qualitativa supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada (via de regra) por meio do trabalho intensivo de campo. Nela, os dados coletados são predominantemente descritivos, baseado nas descrições das pessoas entrevistadas, situações, acontecimentos, desenhos, documentos, etc. (GIL, 2009; BODGAN, BIKLEN, 2003).

A PCA constitui-se em método de pesquisa qualitativa muito utilizada na área da saúde, em especial da Enfermagem, pois entre os pressupostos desse método encontram-se a exigência de uma ligação intencional com a prática assistencial e a participação ativa dos sujeitos e dos pesquisadores da pesquisa, contribuindo para o desenvolvimento de uma relação estreita entre pesquisa e assistência. A partir dessa relação e proporcionando o desenvolvimento de um vínculo, o método permite a busca da solução de problemas ou de falhas encontradas durante o percurso, proporcionando a melhoria ou a transformação da prática assistencial, o que só é possível a partir de uma articulação e de cooperação mútua entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados (TRENTINI; PAIM; GUERREIRO, 2014).

A PCA possibilita o repensar das práticas assistenciais, intensificando o compromisso do profissional em utilizar a pesquisa nas suas ações, produzindo conhecimento para a melhoria da qualidade da própria assistência e da investigação científica (TRENTINI; PAIM,

GUERREIRO, 2014). Nesse contexto, permite uma atitude crítica do profissional de saúde sobre a dimensão do seu trabalho e sua responsabilidade como sujeito deste processo de aprender, refletir e agir (BONETTI et al., 2013).

O processo de investigação da PCA foi constituído de etapas detalhadas. De acordo com Trentini, Paim e Guerreiro (2014), essas etapas foram denominadas como: fase de concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação. A primeira fase, a de concepção, foi a que deu origem ao estudo, quando a problemática emergiu da experiência profissional do pesquisador, despertando o interesse para o aprofundamento teórico e configurando o tema do estudo. Na fase de instrumentação foram definidos os procedimentos metodológicos, ambiente do estudo, os participantes e as ações que foram realizadas em todo o processo. É importante ressaltar que na PCA, como em demais estudos qualitativos, a escolha da amostra não segue critérios rígidos e não está preocupada com determinações estatísticas, mas valoriza a representatividade referente à profundidade e a diversidade das informações (TRENTINI; PAIM; GUERREIRO, 2014).

Desta forma, os sujeitos foram envolvidos no problema, possibilitando abranger todas as dimensões do mesmo. Durante a fase de perscrutação, foram escolhidas e desenvolvidas as estratégias de coleta e obtenção dos dados. Devido ao caráter da PCA alguns fatores como a continuidade, a participação e a familiaridade do pesquisador com a prática assistencial foram importantes para a investigação, no entanto, ao escolher as estratégias para obtenção das informações foi essencial à convivência e a intimidade com os dados e os registros, permitindo a percepção da sensibilidade, do não dito, da emoção e da intuição (TRENTINI; PAIM; GUERREIRO, 2014).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no contexto da rede de Atenção em Saúde do município de Lages, que situada na região central do Estado de Santa Catarina. O município é uma das referências em saúde no estado, por sua localização central privilegiada, e por contar com cinco hospitais, três públicos, um centro de especialidades médicas e um pronto atendimento.

O município conta ainda com mais 30 unidades básicas de saúde totalmente vinculadas ao SUS, divididas por território vinculado a bairros, sendo a maioria vinculada à ESF. No município também existe

um sistema de regulação de consultas, onde os pacientes atendidos nas unidades de saúde são encaminhados ao atendimento especializado quando há necessidade. Neste caso, os pacientes são atendidos na Policlínica Municipal de Saúde do município (Centro de Especialidades Eneo Pacheco de Andrade), que se localiza na Rua Governador Jorge Lacerda 126, bairro Centro, sendo este o local designado para a pesquisa e ponto fundamental para identificação dos sujeitos participantes.

A Policlínica Municipal de Saúde do município é dividida em oito setores, que atendem a 19 especialidades médicas, e realizam atendimento específico às demandas relacionadas às diretrizes da PNAISH.

A escolha pela policlínica municipal de saúde como o local da pesquisa foi por atender à população de todo o município. Aponta-se que o estudo foi iniciado em novembro de 2016, sendo que neste mês o atendimento à população masculina é priorizado pela gestão municipal. Assim, qualquer homem residente em Lages pode ter acesso ao serviço neste mês, independente de encaminhamento de outros setores do sistema de saúde. Além disto, também foram realizadas visitas domiciliares aos participantes do estudo.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES

A técnica de escolha dos participantes foi intencional para garantir que os melhores informantes participassem do estudo, com vistas a qualificar o processo. Por “melhor informante” considera-se aquele disposto a contribuir com a pesquisa, com ampla vivência acerca do tema, capaz de expressar o fenômeno em estudo em sua totalidade, desvelando com detalhes a realidade vivenciada (TRENTINI; PAIM; GUERREIRO, 2014). A seleção dos participantes foi encerrada considerando como critério o “ponto de saturação”, ou seja, quando os dados acerca do fenômeno estudado são suficientes para sua ampla descrição, sem a necessidade de novas informações para sua completa elucidação (GIBSS, 2009).

A pesquisa teve a participação de 20 homens, com idade entre 20 e 59 anos, conforme critérios da PNAISH, que procuraram atendimento médico com especialista em Urologia na Policlínica Municipal durante o período da campanha alusiva ao “novembro azul”. A especialidade médica em urologia por sua relação direta com a concretização da PNAISH.

4.3.1 Critérios de exclusão e inclusão dos participantes da pesquisa

Foram considerados os seguintes critérios para inclusão dos participantes na pesquisa:

- Homens usuários do Sistema Único de saúde (SUS) no município de Lages, com idade entre 20 e 59 anos;
- Homens que procuraram a Policlínica para a consulta com especialista em Urologia e que concordaram em participar do estudo por livre e espontânea vontade, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram considerados os seguintes critérios para a exclusão dos participantes da pesquisa:

- Homens que consultaram pelo Sistema Único de saúde (SUS) no município de Lages que não se enquadrem na faixa etária indicada na pesquisa;
- Homens que foram atendidos por qualquer outra especialidade, que não fosse a urologia.
- Homens que não concordarem em participar do estudo por livre e espontânea vontade, assinando o Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE).

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi dividida em duas etapas, sendo que na primeira foram realizadas entrevistas em domicílio abordando questões sociodemográficas, ambientais, hábitos de saúde, existência de doenças, além das questões abertas referentes aos cuidados e descuidados do homem em relação a sua saúde, e na segunda etapa foi realizado um grupo de educação em saúde, onde foram trabalhados os temas abordados durante as entrevistas. Os detalhamentos das duas etapas foram descritas a seguir:

4.4.1 Entrevista em domicílio

Para a realização das entrevistas em domicílio o seguinte fluxo foi seguido:

1. Os participantes do estudo foram usuários cadastrados para a primeira consulta com o especialista em urologia, e a partir do cadastro deste setor foi realizado o primeiro contato com os sujeitos que participaram da pesquisa. Para a captação dos participantes, os mesmos foram contatados via telefone. Neste momento, foi explicado aos participantes sobre a pesquisa, informando seus objetivos e possíveis benefícios para a sua saúde e da população masculina em geral. Também foram esclarecidas as contribuições enquanto participante da pesquisa e os procedimentos de aplicação da entrevista. A partir disso, obteve-se o aceite ou não para colaborar com a pesquisa. No caso de aceite, foi marcado a data, o horário e o local da entrevista presencial, estabelecendo um clima positivo e motivador para a entrevista.

2. Com os sujeitos da pesquisa já selecionados, foi feita a visita domiciliar para a realização da entrevista. Durante a visita domiciliar foram novamente explicitados os objetivos e detalhes metodológicos do estudo. Nesta ocasião foi explicado aos participantes que sua identidade não seria revelada em hipótese alguma, nem o real motivo da consulta com o especialista, e que seria utilizado um código específico para cada entrevistado, permitindo a análise dos dados assegurando o sigilo. Na sequência foi feita a leitura do TCLE (Apêndice I). Posteriormente, foi realizada a entrevista semiestruturada propriamente dita com cada participante da pesquisa.

3. A entrevista teve o áudio gravado e foi realizada por meio de um roteiro pré-estabelecido pelo pesquisador contendo os seguintes temas: questões sociodemográficas; questões ambientais; doenças provenientes da saúde do homem e o acesso ao serviço de saúde, além de um bloco de questões abertas e qualitativas pertinentes ao tema pesquisado (Apêndice II).

4. Após a finalização das entrevistas, os participantes foram convidados a participar das atividades dos grupos de educação em saúde, que ocorreram no dia da consulta agendada com o médico urologista na policlínica.

Os critérios para a realização da entrevista semiestruturada foram baseadas nas detalhadas recomendações feitas por Manzini (2012), sobre entrevista qualitativa. Em todas as entrevistas, foi utilizado um gravador para melhor coleta e processamento das informações compartilhadas e para permitir que o pesquisador e o participante tornassem-se “parceiros de conversação” ao longo da entrevista. Este processo de abertura para novas informações e

mudanças foi mantido ao longo da entrevista, como requisito fundamental para garantir o contínuo aperfeiçoamento e aprofundamento das relações e da pesquisa como um todo.

A entrevista tem sido um procedimento de coleta de dados amplamente utilizado em pesquisa em ciências humanas. Para alguns ela é designada como um método; para outros, um instrumento de pesquisa; e, para outros, uma técnica (TRIVIÑOS, 1987; MANZINI, 2012). Com o objetivo da pesquisa em mente, o entrevistador conduz a entrevista tentando relacionar o objetivo pretendido com as informações apresentadas pelo participante (MINAYO, 2008). Assim, ao fazer uma entrevista deve existir flexibilidade na sequência da apresentação das perguntas ao entrevistado e o entrevistador pode realizar perguntas complementares para entender melhor o fenômeno em pauta, sendo indicada para estudar particularidades de forma profunda (MANZINI, 2012).

4.4.2 Grupos de Educação em Saúde

Já com os grupos formados, na segunda etapa da pesquisa, foi dado início a educação sobre saúde do homem, visando sanar as questões levantadas na primeira etapa da pesquisa. Esta etapa ocorreu na Policlínica Municipal de saúde de Lages com os sujeitos que já haviam participado das entrevistas em domicílio e que desejaram participar desta atividade. A operacionalização desta etapa seguiu o fluxo subsequente:

1. Após a consulta com o médico urologista e em horário pré-estabelecido, os participantes foram encaminhados para uma sala desta unidade, já preparada pelo pesquisador para a atividade proposta nesta etapa da pesquisa, privilegiando a privacidade e o sigilo.
2. A conversa com o grupo teve duração de 1 hora em trinta minutos, com pequenas variações entre os grupos.
3. Neste momento o pesquisador mediou uma rodada de conversa, tratando de assuntos que foram abordados e levantados nas entrevistas e pertinentes ao grupo, tais como: PNAISH, problemas sócios culturais da nossa região, doenças sexualmente transmissíveis, doenças e seus cuidados. Esta atividade teve como foco a realização de educação e saúde enquanto prática assistencial voltada para conscientização e sensibilização do homem, com o intuito de esclarecer o maior número de dúvidas dos participantes, deixando-os bem à vontade para participar e fazer perguntas e questionamentos.

4. Foi explicado o contexto do trabalho, dando início nas apresentações, utilizando-se de apresentações de slides e rodadas de discussões. Foram feitos dois grupos de educação em saúde, de acordo com a disponibilidade dos participantes em participar do grupo.

5. Do total de participantes, dez confirmaram participação nos grupos, entretanto, apenas sete participaram efetivamente. Assim, o primeiro grupo foi composto por quatro e o segundo por três indivíduos, que já haviam participado da entrevista a domicílio anteriormente.

6. Para cada grupo foi realizado um encontro, com quatro momentos de conversação, conforme descrito no Quadro 1.

7. Posteriormente à rodada de conversa do encontro, os participantes foram liberados.

Quadro 1 - Estratégias e temáticas abordadas em cada momento do encontro com os grupos de educação em saúde do homem na Policlínica Municipal de Lages, SC.

Momentos do encontro	Temas abordados	Descrição
Primeiro e segundo momento	Recepção e apresentações. Acordos de sigilos sobre as informações e assuntos trabalhados no grupo. Relatos e Depoimentos dos participantes.	Inicialmente foi trabalhado com uma rodada de conversa, onde foi feito um momento de acolhimento e motivação, seguido de apresentações de cada participante do grupo e dos pesquisadores. Abriu-se espaço para que cada participante falasse um pouco sobre sua saúde, seus cuidados e descuidados com ela. Facilidades/fragilidades enfrentadas no viver cotidiano do grupo. Assim cada um relatou um pouco sobre sua vida e seus cuidados com a saúde e os problemas relacionados. Além disso, foram estabelecidos acordos com o grupo sobre a confidencialidade dos assuntos

		abordados.
Terceiro	Conhecendo a Política de saúde do homem.	Nesta etapa o pesquisador fez uma apresentação, utilizando slides sobre o histórico da criação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, passando pelas três esferas de governo: federal, estadual e municipal, além dos níveis primários, secundários e terciários de atenção à saúde. Posteriormente, abriu-se um espaço para uma Rodada de discussão sobre o assunto abordado, bem como para relatos e depoimentos dos participantes.
	Conhecendo o Índice populacional epidemiológico da região.	Na sequência foi realizado uma apresentação e discussão sobre o índice populacional de Lages, masculino, feminino e total. Morbidades e mortalidades do homem em nossa região. Espaço para discussões e questionamentos por parte dos participantes.
	Reconhecendo os aspectos socioculturais da nossa região.	Posteriormente o pesquisador apresentou sobre aspectos culturais da região serrana e abriu-se debate acerca das questões normativa de gênero envolvendo às masculinidades (tais como: crenças de invulnerabilidade masculina, impossibilidade da demonstração de sentimentos e

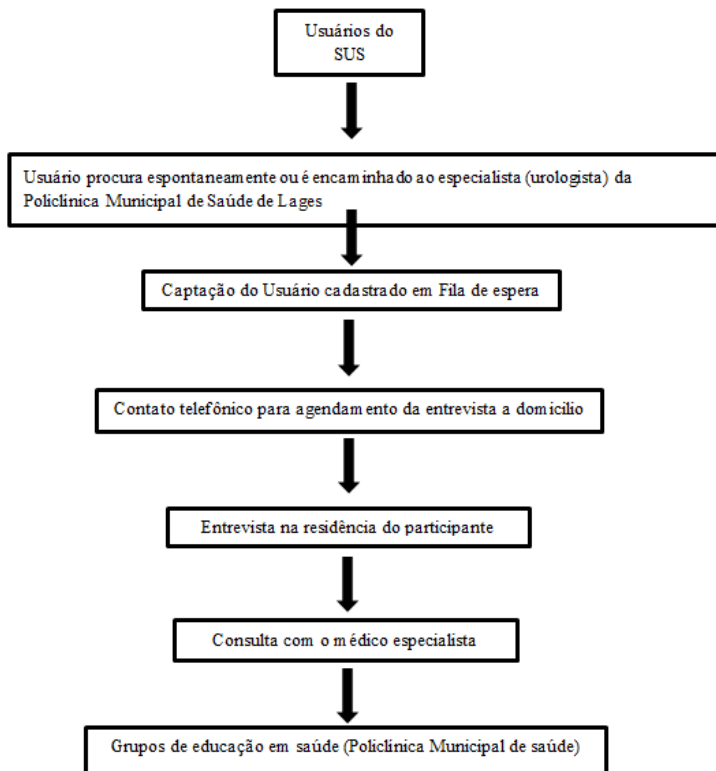
	demais tabus envolvidos no processo de ser saudável x adoecer) além de aspectos familiares da região (famílias tradicionalmente paternalistas) e acerca das questões sócio econômicas e ambientais locais.
Prevenindo as Doenças sexualmente transmissíveis	Seguiu-se com as apresentações, neste caso, sobre as doenças sexualmente transmissíveis que mais acometem os homens, formas de cuidado e prevenção e tratamento. Posteriormente deixou-se um espaço para rodada de conversa sobre o tema.
Prevenindo a ocorrência das principais doenças que acometem homens de nossa região.	Foi realizada uma rodada rápida de conversa sobre as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas (acidentes de trânsito, brigas com arma branca e de fogo) doenças respiratórias, diabetes. Após foi feita uma discussão com atividades dinâmicas sobre prevenção e cuidados com estas doenças. Na sequência o pesquisador conduziu uma discussão sobre os agravos da morbidade, sofrimento físico e emocional, menor possibilidade de resolução do problema e maior ônus para o sistema único de saúde (SUS). Durante a discussão os participantes relataram seus problemas de saúde e sobre os fatores que

		levam ao descuidado.
	Conscientizando-se e sensibilizando-se para a o cuidado de si.	Este foi o ultimo tema abordado pelo pesquisador. Neste momento foi discutido de forma conscientizadora e motivadora sobre a importância dos cuidados e prevenção de doenças: prática de exercícios físicos, alimentação, cuidados emocionais e busca de atendimento precoce pelos serviços de saúde. Neste momento também foi solicitado aos participantes que falassem um pouco sobre sua avaliação em relação ao encontro e a participação da pesquisa, e o que contribui na percepção sobre a busca pelos serviços assistenciais.
Quarto	Mensagem de motivação e Fechamento do grupo e da reunião.	Neste momento o pesquisador fez agradecimentos ao grupo e um resumo geral sobre o que foi trabalhado, motivando cada indivíduo a buscar pela assistência em saúde periodicamente independente da ausência ou presença de doença e instigando o grupo ao cuidado e o zelo com a vida e consigo mesmo para um viver mais feliz e com melhor qualidade.

Fonte: O autor (2017).

Para o melhor entendimento da pesquisa, o fluxograma apresentado na Figura 1 demonstra a sequência dos procedimentos que foram adotados para o desenvolvimento da pesquisa.

Figura 1 - Fluxograma de procedimentos utilizados para o desenvolvimento da pesquisa.



Fonte: Produção do próprio autor.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização desta pesquisa foram respeitados todos os aspectos éticos durante a coleta de dados com os envolvidos, respeitando os limites da privacidade e legalidade, seguindo os pressupostos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, antes de iniciar a coleta de dados o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPLAC, sendo aprovado segundo protocolo número 1.549.372 (Anexo I).

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados foram utilizados os elementos da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) que compõe a “apreensão, síntese, teorização e recontextualização” (TRENTINI; PAIM; GUERREIRO, 2014). Consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadoras (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Esta abordagem tem por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração ao emissor e o contexto, ou eventualmente, os efeitos dessas mensagens.

Os áudios das entrevistas foram transcritos em arquivos de texto, sendo revisado pelo pesquisador durante o processo de coleta de dados, visando identificar o **ponto de saturação**, ou seja, o momento de encerrar a pesquisa. Neste método o pesquisador tem a sua disposição conteúdos de operações analíticas, mais ou menos adaptadas à natureza do material e a questão que procura resolver. Pode utilizar uma ou várias operações, em complementaridade, de modo a enriquecer os resultados, ou aumentar a sua validade, aspirando assim a uma interpretação final fundamentada (TRENTINI; PAIM; GUERREIRO, 2014).

De acordo com o preconizado por este método, os dados obtidos foram convertidos em códigos ou unidades significantes, por meio de recortes e agregação. Estas unidades foram divididas, organizadas e agrupadas por analogia, em dois diferentes conjuntos nomeados com o título genérico de “Cuidados do homem com sua saúde” e “Descuidados do homem com sua saúde”, chamados de categorias. As categorias expressam os significados dos elementos organizados. Ao final deste processo, com os dados objetivos e subjetivos advindos das entrevistas, foi realizada a análise no programa Atlas. Ti versão 6.2, considerando suas similaridades, divergências e objetivos do estudo. Assim, durante o processo de apreensão dos dados foi realizada a organização das informações obtidas, de maneira que todos os dados fossem identificados através de códigos. Após a codificação, foram estabelecidas as categorias, constituídas de conjuntos de expressões semelhantes, de acordo com o critério determinado durante o processo da PCA, conforme proposta de Trentini, Paim e Guerreiro (2014).

Os dados qualitativos foram analisados conforme os preceitos da PCA, considerando que na análise e interpretação ocorreram a apreensão das informações coletadas e a organização e sistematização das mesmas, através da codificação dos dados obtidos e da formação de categorias com características similares e que se relacionam com o referencial teórico escolhido, buscando a criação de novos conhecimentos (TRENTINI; PAIM; GUERREIRO, 2014).

A fase de interpretação seguiu os processos de síntese, teorização e transferência. A síntese baseou-se na capacidade do pesquisador de lembrar com detalhes e profundidade as situações do cotidiano da pesquisa. A teorização aconteceu através da inter-relação das informações obtidas com a fundamentação teórica do estudo, possibilitando a geração de novos conceitos, definições e conclusões da pesquisa realizada.

Em relação aos dados sociodemográficas, ambientais, saúde do homem e acesso aos serviços de saúde, estes foram organizados em planilhas do Excel e, posteriormente, revisados para detectar possíveis erros de digitação e/ou referentes à classificação de respostas faltantes. Após a organização do banco de dados, estes foram submetidos aos procedimentos da estatística descritiva e apresentados em tabelas, sendo relacionados com a política de atenção integral a saúde do homem e discutidos juntamente com os demais dados analisados através da PCA.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e discussões decorrentes da pesquisa, realizada para o desenvolvimento desta dissertação, foram apresentados na forma de um artigo científico, a seguir.

5.1 CAPÍTULO I: ARTIGO CIENTÍFICO

AMBIENTE, CUIDADOS E DESCUIDADOS: DESENVOLVENDO AÇÕES DE EDUCAÇÃO RELACIONADAS À SAÚDE DO HOMEM

Teve como objetivo identificar as interações entre ambiente, cuidados e descuidados relacionados à saúde do homem e propor estratégias de educação em saúde enfocando as diretrizes da Política de Nacional Atenção Integral à Saúde do Homem. Trata-se de estudo qualitativo utilizando-se da Pesquisa Convergente-Assistencial como referencial metodológico. Realizada em uma cidade de médio porte da região do Planalto do Estado de Santa Catarina, respeitando todos os critérios éticos da Resolução 466/12. Desenvolvido com 20 indivíduos do sexo masculino, com idade entre 20 e 59 anos por meio de entrevistas individuais em domicílio e, na sequência, ações de educação em saúde em grupo, ambos com áudio gravado. A análise ocorreu conforme os preceitos da Pesquisa Convergente Assistencial. Observou-se que as doenças do coração foram as mais citadas, porém com baixa adesão ao tratamento comportamental. As condutas relacionadas à saúde do homem ainda são influenciadas por aspectos ambientais, socioculturais e de gênero, que modulam negativamente as ações de cuidado de si e o acesso aos serviços de saúde. Modificação das rotinas assistências e a realização de ações de educação em saúde são necessárias para o despertar da consciência acerca da necessidade do cuidado, constituindo potencial para a modificação do panorama de saúde-doença desta população.

Palavras-chave: Saúde do homem, Homens, Política de Saúde.

ENVIRONMENT, CARE AND CARELESSNESS: DEVELOPING EDUCATION ACTIONS RELATED TO MEN'S HEALTH

It aimed to identify the interactions between environment, care and carelessness related to men's health and to propose strategies of education in health focusing the directives of the National Policy of Integral Men's Health Care. It is a qualitative study using the Convergent-Care Research as a methodological reference. Held in a

medium-sized city in the Planalto region of the State of Santa Catarina, respecting all the ethical criteria of Resolution 466/12. Developed with 20 males, aged between 20 and 59 years, through individual interviews at home and, as a result, group health education actions, both with recorded audio. The analysis took place according to the precepts of the Convergent Care Survey. It was observed that the diseases of the heart were the most cited, but with low adherence to the behavioral treatment. The behaviors related to men's health are still influenced by environmental, socio-cultural and gender aspects, which negatively modulate the actions of self-care and access to health services. Modification of care routines and health education actions are necessary to raise awareness about the need for care, constituting a potential for modifying the health-illness scenario of this population.

Key words: Men's health, Men, Health Policy.

INTRODUÇÃO

A população masculina é vulnerável às doenças principalmente no que se refere às enfermidades graves e crônicas, o que pode conduzir ao óbito precoce (LUCK et al., 2000; LAURENTI et al., 2005; NARDI et al., 2007; COURTENAY, 2007). Esta vulnerabilidade evidencia-se nas elevadas taxas de morbimortalidade influenciada, dentre outros fatores, pela menor busca pelos serviços preventivos vinculados à Atenção Primária em Saúde e pela baixa adesão às terapêuticas (BARRETO; MARCON., 2017). Portanto, muitos agravos à saúde do homem poderiam ser facilmente evitados se esta parcela da população buscasse pelas medidas precoces e regulares de cuidado de si, por meio da prevenção, proteção e recuperação da sua saúde.

Neste sentido, o cuidado em saúde é um tema amplo e complexo, uma vez que, muitas são as percepções sobre essa questão, já que seu conceito pode ser entendido sob diferentes aspectos e abordagens. O termo cuidado surge a partir do próprio ato de cuidar e avaliado pelos efeitos que produz naqueles que o compartilham (BARROS; GOMES, 2011). Nesta pesquisa, optou-se por considerar o dualismo envolvido no cuidado e no descuidado, os quais se opõem, porém são determinantes para o viver bem e ser saudável (BARROS; GOMES, 2011).

Desta forma, problematizar e discutir sobre “cuidado” e “descuidado” em saúde exige analisar o conceito de saúde, que também

complexo e multifacetado, sendo influenciado por vários aspectos, inclusive por questões de gênero, pois existem diferenças sócio-histórico-culturais construídas que acabam modulando os processos de viver (FERRAZ; KRAICZYK, 2010). Um exemplo é procura tardia por parte da população masculina aos serviços de saúde, que deve-se, dentre outras coisas, à dificuldade que os homens têm em reconhecer suas necessidades, uma vez que as questões normativas de gênero socioculturais fazem com o que o cuidado não seja visto como uma prática masculina (ALBANO et al., 2010; BARRETO; MARCON., 2017). Estereótipos normativos de gênero colocam aos homens a necessidade de “ser fortes” e “superar a dor” ou que “homem não chora”, o que acaba dificultando a busca por atendimento precoce (BARRETO; MARCON. 2017).

Além disso, fatores ligados aos horários de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) também influenciam na redução do acesso aos serviços, considerando que na maioria das vezes o indivíduo necessita deixar de comparecer ao seu trabalho para o agendamento e para as consultas (ALBANO et al., 2010; BARRETO; MARCON., 2017).

Neste contexto, com o surgimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) busca-se privilegiar ações, dentre elas as de educação em saúde, que contribuam para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais, socioambientais e políticos econômicos de forma a integrá-los mais aos serviços de saúde. Esta conduta pode evitar o surgimento e o agravamento de doenças, pois dá ênfase às ações de prevenção e promoção da saúde nos serviços de atenção primária (BRASIL, 2009; JULIÃO; WEIGELT, 2011).

A política preconiza algumas doenças relacionadas às áreas de cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia (BRASIL, 2012), mas não contempla outras que podem ser mais características de cada região e ambiente que o homem vive. Foi o pensar neste último tema, que proporcionou o desenvolvimento desta pesquisa, tendo como objetivo identificar as interações entre ambiente, cuidados e descuidados relacionados à saúde do homem e propor estratégias de educação em saúde enfocando as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de campo, de natureza descritiva, qualitativa e interpretativa, utilizando-se da Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), como método e estratégia para a prática de educação em saúde.

O estudo foi desenvolvido no contexto da rede de Atenção em Saúde do município de Lages, SC na Policlínica Municipal de Saúde do município. O município é uma das referências em saúde no estado, por sua localização central privilegiada, e por contar com cinco hospitais, três públicos, um centro de especialidades médicas e um pronto atendimento. Conta ainda com mais 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS) totalmente vinculadas ao SUS, sendo a maioria vinculada à ESF. Também há sistema de regulação de consultas, onde os pacientes atendidos nas unidades de saúde são encaminhados ao atendimento especializado quando há necessidade. Neste caso, os pacientes são atendidos na Policlínica Municipal de Saúde do município, *locus* do presente estudo.

A policlínica foi designada para a identificação dos sujeitos participantes, uma vez que há atendimento específico às demandas relacionadas às diretrizes da Política de Assistência à saúde do homem, além de ser centralizada, de livre acesso a população e capacidade de abranger todo o município.

A técnica de escolha dos participantes foi a não probabilística intencional e contou com 20 homens, em idade cronológica compreendida entre 20 e 59 anos, conforme PNAISH. Estes foram selecionados por serem atendidos pelas UBS e encaminhados pelo médico clínico geral ao especialista em urologia na Policlínica, sendo a primeira consulta com este especialista. A especialidade médica em urologia foi definida por ser a especialidade que faz atendimento clínico direcionado a esta população.

Para realização da pesquisa, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 1.549.372 conforme as diretrizes da Resolução 466/12, e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram coletados no período de fevereiro a abril de 2017 e a coleta de dados foi dividida em duas etapas, sendo que na primeira foram realizadas entrevistas semiestruturadas em domicílio e na segunda etapa foi realizado um grupo de educação em saúde.

Para a realização da primeira etapa da pesquisa, foi realizado inicialmente contato via telefone para o agendamento da entrevista em

domicílio. Posteriormente, foi feita a visita domiciliar, constando da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e da entrevista propriamente dita. A entrevista teve o áudio gravado e foi realizada por meio de um roteiro pré-estabelecido contendo perguntas norteadoras referente às questões sociodemográficas; questões ambientais; ocorrência das doenças destacadas pela PNAISH e o acesso ao serviço de saúde. Após a finalização das entrevistas os participantes foram convidados a participar das atividades dos grupos de educação em saúde.

Os grupos de Educação em Saúde ocorreram no dia da consulta agendada com o médico urologista na Policlínica Municipal de saúde e com os sujeitos que já haviam participado das entrevistas em domicílio. Após a consulta com o médico urologista e em horário pré-estabelecido, os participantes foram encaminhados para uma sala desta unidade, já preparada pelo pesquisador, privilegiando a privacidade e o sigilo das informações. Foram feitos dois grupos de educação em saúde, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Do total de participantes da pesquisa, apenas sete participaram efetivamente. Assim, o primeiro grupo foi composto por quatro e o segundo por três indivíduos.

A conversa com o grupo teve duração estimada de uma hora, onde o pesquisador explicou o contexto do trabalho, utilizando-se de apresentações de slides e rodadas de discussões. Para cada grupo foi realizado um encontro, com quatro momentos de conversação. No primeiro e segundo momentos foram realizadas apresentações e depoimentos dos participantes, no terceiro momento foram trabalhados assuntos pertinentes ao grupo e levantados nas entrevistas, tais como, política de saúde do homem, problemas sócios culturais da região, doenças sexualmente transmissíveis, doenças e seus cuidados, educação e saúde voltada para conscientização e sensibilização do homem, de forma a esclarecer o maior número de dúvidas dos participantes, deixando-os bem à vontade para discutir, participar e questionar, já no quarto momento foi feita uma mensagem motivacional e o fechamento do grupo e da reunião.

Todo o processo de pesquisa teve o áudio gravado, sendo transcrito em arquivo de texto para a realização da análise qualitativa dos dados conforme elementos da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) que compõe a “apreensão, síntese, teorização e recontextualização” considerando que na análise e interpretação ocorreram a apreensão das informações coletadas e a organização e sistematização das mesmas, através da codificação dos dados obtidos e da formação de categorias com características similares e que se

relacionam com o referencial teórico escolhido, buscando a criação de novos conhecimentos (TRENTINI; PAIM; GUEREIRO, 2014).

De acordo com o preconizado por este método, os dados obtidos foram convertidos em códigos ou unidades significantes, por meio de recortes e agregação. Estas unidades foram divididas, organizadas e agrupadas por analogia, em três diferentes conjuntos nomeados com o título genérico de “**Relações entre ambiente e saúde**”, “**Cuidados do homem com sua saúde**” e “**Descuidados do homem com sua saúde**”, chamados de categorias. As categorias expressam os significados dos elementos organizados. Ao final deste processo, com os dados objetivos e subjetivos advindos das entrevistas, foi realizada a análise no programa Atlas. Ti versão 6.2, considerando suas similaridades, divergências e objetivos do estudo, conforme proposta de Trentini, Paim e Guerreiro (2014).

Em relação aos dados sociodemográficas, ambientais, saúde do homem e acesso aos serviços de saúde, estes foram organizados em planilhas do Excel e submetidos aos procedimentos da estatística descritiva, sendo apresentados em tabelas e discutidos juntamente com os demais dados analisados através da PCA.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados da presente pesquisa apresentam o contexto descritivo das condições de saúde-doença dos participantes, além de compor três categorias analíticas qualitativas: “**Relações entre ambiente e saúde**”; “**Cuidados do homem com sua saúde**” e “**Descuidados do homem com sua saúde**”. Estas possuem elementos que confluem e afastam-se, representando a complexidade da temática em questão.

Dos 20 homens participantes, a maioria apresentou idade entre 40 a 59 anos (65%) e a maioria (30%) possuíam Ensino Superior Incompleto, apesar disso, observou-se que 20% dos entrevistados possuem apenas o primeiro grau completo, predominando os dois extremos em relação à escolaridade. Mesmo a maioria dos participantes tendo um bom nível de escolaridade não foi observada distinção no posicionamento destes em relação ao cuidado e ao descuidado com sua saúde em relação aos demais, mostrando neste caso, que o maior ou o menor grau de instrução não fez diferença para o cuidado com a saúde. Por outro lado, Gomes et al. (2007) determinaram que indivíduos do sexo masculino que tem curso superior apresentam posicionamento mais crítico sobre a saúde do homem sendo capazes de problematizar com maior propriedade

intelectual sobre o tema. Apesar disso, no estudo supracitado, os autores observaram que alguns destes indivíduos nem sempre conseguiam agir de acordo com essa ideia (GOMES et al., 2007).

Em relação à carga horária e o número de turnos de trabalho observou-se que a maioria dos entrevistados atua por 40 horas semanais ou acima disso (35%) e tem mais que um turno de trabalho (55%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Informações sócio demográficas dos participantes da pesquisa. Lages, SC. 2017

Variável	Categoria	N	%
Escolaridade	1º grau completo	4	20,00
	1º grau incompleto	1	5,00
	2º grau completo	3	15,00
	2º grau incompleto	3	15,00
	Ensino superior completo	3	15,00
	Ensino superior incompleto	6	30,00
	Total	20	100,00
Idade	20 -39 anos	7	35,00
	40 – 59 anos	13	65,00
	Total	20	100,00
Profissão	Analista de sistema	1	4,76
	Aposentado	3	14,28
	Autônomo	1	4,76
	Consultor de vendas	1	4,76
	Coordenador de suporte técnico	1	4,76
	Cozinheiro	1	4,76
	Designer	1	4,76
	Empresário	1	4,76
	Estudante	2	9,52
	Funcionário público	2	9,52

	Motorista	4	19,05
	Operador de empilhadeira	2	9,52
	vendedor	1	4,76
	Total*	21	100,00
Turno de trabalho	Um turno	4	20,00
	Mais que um turno	11	55,00
	Não respondeu	1	5,00
	Não se aplica	4	20,00
	Total	20	100,00
Carga horária de trabalho	Até 40 horas semanais	7	35,00
	Acima de 40 horas semanais	7	35,00
	Não respondeu	1	5,00
	Não se aplica	5	25,00
	Total	20	100,00
Número de vínculos	Um	14	70,00
	Nenhum	1	5,00
	Não respondeu	5	25,00
	Total	20	100,00

*N é maior porque um indivíduo respondeu duas respostas para uma mesma pergunta.

Relações entre ambiente e saúde”

Em relação aos dados ambientais, observou-se que 85% dos participantes da pesquisa alegaram possuir saneamento básico na rua de sua residência, 52% afirmaram que a rua é pavimentada com paralelepípedo e 25% possuem fogão à lenha em casa (Tabela 2). Estas respostas poderiam suscitar a baixa ocorrência de ambientes com potencial influência negativa para o desenvolvimento de doenças respiratórias e pulmonares, que segundo a Política de Atenção Integral a Saúde do homem, é uma das que mais acomete a população masculina (BRASIL, 2012).

Tabela 2 – Dados referentes às questões ambientais dos participantes da pesquisa.

Variável	Categoria	N	%
Saneamento básico na rua residencial	Sim	17	85,00
	Não	3	15,00
	Total	20	100,00
Tipo de Pavimentação da rua residencial	Asfalto	3	14,28
	Terra	7	33,33
	Paralelepípedo	11	52,38
	Total	21*	100,00
Fogão a lenha na residência	Sim	5	25,00
	Não	15	75,00
	Total	20	100,00
Periodicidade de uso do fogão a lenha	Todos os dias	1	5,00
	Semanalmente	1	5,00
	Mensalmente	1	5,00
	Durante todo o inverno	2	10,00
	Não se aplica	15	75,00
	Total	20	100,00

*N é maior porque um indivíduo apresentou duas respostas para uma pergunta.

Apesar disso, durante a pesquisa também foi observado que em alguns casos ainda não há saneamento básico, água tratada, coletor de

esgoto e coleta de lixo, o que podem ser fatores contribuintes para o agravamento da saúde destes indivíduos. Abaixo alguns relatos dos participantes sobre isso:

“Moro em casa de madeira, que tem água tratada, mas sempre falta água, duas a três vezes por semana. Não tem coleta de esgoto, que é em céu aberto, já a coleta de lixo passa três vezes por semana” (H1)

“Minha casa é mista, a parte da frente é de madeira e a parte de trás é de material, onde fica o banheiro, mas ainda não passou o coletor de esgoto, está sendo despejado no rio. O lixo passa duas vezes por semana, a gente paga para tirar o lixo, né” (H5).

“A casa em que moro é alugada, ainda não deu para fazer a minha casa, a única coisa que a prefeitura fez, foi trazer a água e a luz, coleta de esgoto ainda não tem, é tudo céu aberto, o lixo temos que levar até a rua principal onde entra o caminho, se não teria que jogar aí no valo” (H15).

Os problemas ambientais vividos por estas pessoas concentram-se muitas vezes na infraestrutura da cidade (GUIMARÃES, 2001). Durante a pesquisa observou-se que muitos resíduos resultantes da ação humana são deixados em terrenos baldios, encostas e cursos de água, possibilitando casos de doenças e agressões ao meio ambiente, diante disto, é notória a necessidade de sensibilização humana para com o destino adequado de tais resíduos, evitando inúmeros danos à saúde e ao ambiente. Este fato constitui-se em problema para toda a população, mas tem maior potencial de influenciar negativamente aos que convivem nestes ambientes, já que algumas doenças podem ocorrer devido à falta de saneamento, presença de lixo, falta de tratamento de água, dentre outros, e que se não detectadas preventivamente podem causar agravamentos.

Em relação ao **acesso aos serviços de saúde**, percebe-se, que 44,4% buscam pelo atendimento secundário, isto pode demonstrar que muitas vezes a busca pelos serviços de saúde acontece tardiamente, a partir do momento que o homem já se sente ameaçado pela ocorrência de alguma doença ou por estar sentindo dor, o que pode ser percebido como um descuido à saúde. Figueiredo (2005) já afirmava que a maior

parte da população masculina busca por auxílio médico apenas com o surgimento de uma doença, o que inviabiliza ações voltadas à promoção e proteção da saúde. Esta atitude acarreta em sobrecarga nos setores da atenção secundária e à terciária à saúde, além de ocasionar a demora na intervenção preventiva e diagnóstica, possibilitando o agravamento da morbidade e onerando custos financeiros com tratamentos, dispendido pelo sistema de saúde (BRASIL, 2008).

Ainda em relação à **busca pelos serviços de saúde**, a maioria dos participantes (35%) relatou que faz entre dois a seis meses que não buscam assistência médica. Apesar disto 30% deles informaram que fazem entre sete a doze meses que não buscam por estes serviços, e quando questionados sobre o motivo que os fizeram buscar a assistência 65% não quiseram se manifestar, e 20% responderam ser por rotina (Tabela 3).

Tabela 3 –Dados dos participantes de pesquisa referentes às questões sobre acesso aos serviços de saúde.

Variável	Categoria	N	%
Procura serviço de saúde	Sim	19	95,00
	Não	0	0,00
	Raramente	1	5,00
	Total	20	100,00
Unidade de atendimento que procura	Atenção primária	12	44,44
	Atenção secundária	12	44,44
	Atenção terciária	3	11,11
	Total*	27	100,00
Qualidade do serviço de saúde que procura	Bom	8	40,00
	Regular	9	45,00
	Ruim	2	10,00
	Não respondeu	1	5,00

	Total	20	100,00
Tem informações sobre serviço de saúde de seu bairro	Sim	11	55,00
	Não	8	40,00
	Não respondeu	1	5,00
	Total	20	100,00
Qualidade do serviço de saúde de seu bairro	Bom	4	18,18
	Regular	5	22,73
	Ruim	2	9,09
	Não respondeu	4	18,18
	Não se aplica	7	31,81
	Total	22*	100,00
Tem conhecimento sobre a Política de atenção Integral a saúde do homem	Sim	16	80,00
	Não	4	20,00
	Total	20	100,00
Qualidade do serviço à saúde do homem em seu bairro	Ótimo	4	20,00
	Bom	1	5,00
	Regular	0	0,00
	Ruim	0	0,00
	Não respondeu	11	55,00
	Não se aplica	4	20,00
	Total	20	100,00

Serviços de saúde são próximos de sua residência	Sim	14	70,00
	Não	4	20,00
	Não sabe	2	10,00
	Total	20	100,00
Período de tempo que não procura serviços de saúde	Menos que 2 meses	3	15,00
	Entre 2 a 6 meses	7	35,00
	Entre 7 a 12 meses	6	30,00
	Mais que 12 meses	3	15,00
	Não respondeu	1	5,00
	Total	20	100,00
Motivo que levou à procura do serviço de saúde	Rotina	4	20,00
	Hepatopatia	1	5,00
	Acidente de trabalho	1	5,00
	Dor no peito	1	5,00
	Não respondeu	13	65,00
	Total	20	100,00

*N é maior porque um indivíduo respondeu duas respostas para uma pergunta.

Em relação à percepção dos participantes quanto à **qualidade e proximidade dos serviços de saúde** do seu bairro, apesar de 70% dos participantes terem relatado que são próximos de sua residência, e a maioria (55,0%) ter afirmado que tem algum tipo de informação sobre estes serviços, ainda, 22,3% consideram este serviço como de qualidade regular, o que se constitui ainda em um entrave para o cuidado à saúde. Abaixo alguns relatos dos participantes.

“O SUS deveria oferecer mais médicos especializados, nas devidas áreas, e não ter tanta espera para ser atendido, no meu caso já tem cinco meses que estou esperando, acredito que o motivo disso tudo, não tem médico para atender a esta demanda, poucos médicos” (H9).

“Sempre que preciso de atendimento eu consigo, só que é demorado” (H3).

“Acho que precisaria ser mais humanizado os serviço de saúde, hoje em dia é regular” (H6)

“Ter um posto mais próximo do bairro, ter mais médicos, bem antes, uns seis anos atrás tinha um médico e uma enfermeira que faziam visitas e entrevistas nas residências, hoje não tem mais, essa assistência seria até como um meio de estar acompanhado, aí vai muita gente procurar, buscar o posto é difícil, é marcado mas não tem consultas especializadas, demora muito, para um exame simples até pode sair rápido, mas se for mais complexo, demora muito e é difícil”.(H7)

As vezes precisamos de atendimento com urgência e não encontra no posto, demora um pouco às vezes (H8).

Na unidade de saúde aqui do bairro eu vou, mas espero um pouco. O problema é para marcar a consulta... demora muito e precisamos chegar muito cedo para conseguir marcar, se não você perde a vez pois tem muita gente (H5).

Observamos nos comentários dos pesquisados que essa insatisfação relacionada à demora no atendimento é uma queixa comum dos usuários dos serviços públicos de saúde. Segundo pesquisa sobre satisfação com assistência de saúde o tempo de espera foi o item que obteve menor grau de satisfação pelos usuários do sistema de saúde no Brasil (GOUVEIA et al., 2005). Dentre os motivos da demora no atendimento, acredita-se que àqueles voltados à demanda, ou seja, oferta *versus* procura seja um dos mais comuns, pois o número de profissionais é insuficiente para atender a grande demanda, fazendo com que acumule consultas ou que nem todos sejam atendidos. Com relação aos Agentes

Comunitários de Saúde (ACS), as percepções foram antagônicas, sendo que muitos desconheciam ou criticavam a existência deste atendimento e outros apontavam ser extremamente relevante devido à interação domiciliar dos ACS com os usuários dos serviços.

A satisfação com os serviços de saúde é reflexo das estratégias de gestão dos serviços de saúde e os demais elementos necessários para a realização da assistência de qualidade. Neste sentido, estudos a exemplo de Figueiredo (2005) e Barreto e Marcon (2017), apontam que o descontentamento com a demora no atendimento faz com que o homem procure os prontos-socorros e as farmácias, sendo que nesses locais, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com maior facilidade.

Descuidados do homem com sua saúde

A **influência do trabalho** foi destacada com maior densidade relacionada aos descuidados com a saúde. Muitos dos entrevistados alegaram como motivo da falta de procura por serviços de saúde a escassez de tempo disponível em função jornada de trabalho, demonstrando que este fator tem influência com o descuido masculino com a saúde. Alguns deles apontaram o trabalho como fonte de estresse e desconforto emocional que refletia na condição física por meio de estados hipertensivos, dores corporais e cefaleia. Outros apontaram que o trabalho em profissões que exigem maior esforço físico também gera danos corporais, como problemas de coluna e osteomusculares. O trabalho adoeedor foi relatado como causador de “invalidez”, motivando a aposentadoria precoce e consequentes dificuldades financeiras na família. Em outros casos, para a manutenção do aporte financeiro familiar foi relatada a necessidade de permanência em ambientes de trabalho que geram desconfortos, obrigando o uso de medicação analgésica para suportar os reflexos deletérios do trabalho, conforme falas descritas a seguir:

“Eu já tomei todas as marcas de remédio para a dor, agora estou tomando um que ajuda a aliviar, por isso continuo trabalhando, não paro (H7)”.

Estou em processo de aposentadoria, fiquei doente e fui afastado e agora estou com os papéis em andamento para aposentar. Banco é um ambiente que adoce muito, tenho muitos

colegas que também estão doentes por causa do serviço” (H2).

“Eu carreguei muito peso nas costas, eu carreguei até 200 quilos nas costas, fazia entrega de mercadoria. Olha parece mentira eu falar agora, mas eu tenho uma força enorme e achava bonito, mas hoje é complicado. Mesmo com dor ainda consigo trabalhar, eu me mantenho, mas acho que o que me maltrata mesmo é a dor de cabeça” (H9).

“Trabalhava de oito a 13 horas dependendo da viagem, não tinha horário certo, dava mais de 40 horas por semana e por motivo de doença mesmo que estou afastado do trabalho” (H1).

“Agora que estou aposentado gosto de pescar, saio às vezes para a beira do rio, mas não parei totalmente de trabalhar né? Sempre que um amigo ou vizinho precisa de um servicinho a gente faz, pra não parar”(H1).

Estes dados corroboram com as informações do estudo de Shraiber et al. (2005) e Gomes et al. (2007), que afirmam que as intensas jornadas de trabalho, a falta de tempo e a impossibilidade em se ausentar do trabalho são empecilhos para o cuidado com a saúde. Da mesma forma, Alves et al. (2011) afirmam que a dedicação excessiva da população masculina ao trabalho é o principal motivo que leva esta população a não desenvolver atividades físicas regulares, não buscar assistência precoce e a desenvolver um quadro de negligência com a própria saúde, já que resta pouco tempo para a prática destas e de outras atividades.

Quando aos hábitos de vida e saúde, não houve relato de ocorrência de cirrose em função da ingestão de bebidas alcoólicas, diabetes e doenças pulmonares. Este fato também chama atenção, pois contraria a maior parte dos indicadores de saúde desta população (BRASIL, 2009; JULIÃO; WEIGELT, 2011). Porém ao serem questionados quanto aos hábitos de vida, ocorreram relatos de consumo excessivo de bebidas alcoólicas, de períodos prolongados de exposição ao fumo, de sedentarismo e de negligência com o cuidado de si, conforme descrito em trechos das entrevistas as seguir:

Devido ao excesso de bebidas, meu fígado estava muito ruim (H6).

Eu acho que tenho um tipo de tosse, como gripe, mas isso é porque eu fumei muito, fumo ainda (H5).

Apesar de ter problemas respiratórios, uso o fogão a lenha umas três vezes por semana e mais a lareira (H11).

Eu já bebi um pouquinho na vida, mas não de ficar fora do ponto.. cigarro também fumei, mas tenho parado as vezes (H13).

Eu sempre fui meio preguiçoso, sempre deixei de cuidar de mim, deixei para a última hora. Esses tempos me deu uma dor forte, mas eu não sabia o que fazer. Vou para o trabalho ou vou para o pronto socorro? Eu estava mal, mas decidi trabalhar. Fui de ônibus, mas estava mal... mal. Fiquei ali, bem quietinho, quando cheguei no trabalho disse: - pessoal, não estou bom, vou ficar uns minutinhos quieto aqui, mas se não aliviar o coração, vocês podem me colocar no carro e levar para o pronto socorro(H7).

Dos 20 indivíduos entrevistados, 17 afirmaram ter algum tipo de problema cardiovascular, entretanto apenas três afirmaram fazer o acompanhamento médico de acordo com o recomendado. Segundo Alves et al. (2011) em seu estudo sobre “o cuidar do homem em debate” apontou que a adesão à terapêutica medicamentosa foi restrito a um pequeno grupo, pois mesmo trabalhando com diferentes doenças crônicas apenas houve referência a adesão ao tratamento medicamentoso nos casos de transtornos mentais, hipertensão e problemas cardíacos, refletindo no descuidado com a saúde e na possibilidade de agravamentos e até mesmo o óbito precoce. Nas falas foi possível evidenciar que os homens cuidavam pouco de si até a ocorrência de sinal ou sintoma difícil de suportar, como dor intensa ou mal súbito. Sendo que estes eventos motivavam muitos deles para a busca por auxílio médico imediato para a posterior tentativa de mudança de condutas de cuidado de si. Ao serem questionados acerca dos motivos destas posturas, observou-se que a influência social das questões normativas de gênero e o medo de descobrir agravos mais sérios, conforme relatos a seguir:

Os homens não se cuidam, pois a gente tem medo de descobrir doenças, mas se eu tivesse me cuidado antes, feito exames assim como a minha mulher faz, eu talvez não precisasse parar de trabalhar, não precisaria ter me aposentado. Poderia ter prevenido essas doenças (H17).

A gente quando fica doente tenta primeiro tratar em casa, com remédio caseiro. E a gente também vive tomando remédio por conta (H12).

Os homens são mesmo meio descuidados com a saúde (H3).

É assim no homem né! Você encaminha os outros para o recurso, mas você vai deixando... A cultura é assim né! Você leva alguém da família para o atendimento de saúde e você não... vai deixando (H18);

Agora, depois de descobrir essa doença tenho que me cuidar. Antes eu ia no médico apenas quando estava muito mal mesmo (H14).

Pra precaução do agravamento agora eu uso esses medicamentos e o médico recomendou ter estilo de vida saudável, geralmente eu não obedeço tirando o cuidado da espondilite (H16).

É importante salientar que apenas um indivíduo mencionou apresentar câncer, sendo de próstata, porém, oito deles relataram a ocorrência de câncer em algum familiar cujo grau de parentesco variou entre o primeiro e quarto grau. Este fato é importante, uma vez que a ocorrência de alguns tipos de câncer tem relação genética. Deste modo, ressalta-se a importância pela busca dos serviços de saúde preventivamente e a necessidade de exames de rotina, fato que nem sempre ocorre, principalmente quando se trata da população masculina, apesar de neste estudo quatro indivíduos terem informado realizar exames de rotina. Entretanto estudos desenvolvidos em várias regiões brasileiras têm determinado a busca tardia pelo diagnóstico e tratamento oncológico nesta população (MESQUITA et al., 2011; BURILLE et al., 2013; MODENA, 2014).

Segundo o INCA (2009) o câncer de próstata é o sexto tipo de câncer mais comum no mundo e o que mais prevalece na população

masculina (INCA, 2009). Entretanto para que este câncer seja detectado é necessária à realização do exame médico por meio do toque retal em homens assintomáticos de forma preventiva, porém, mesmo sabendo da necessidade e importância alguns indivíduos ainda se mostram resistentes à sua realização, uma vez que vários fatores interferem na adesão ao exame preventivo do Câncer de Próstata, tais como: constrangimento, desinformação, medo e preconceito em realizar os exames do toque retal (VIEIRA et al., 2012).

Cuidados do homem com sua saúde

A percepção dos participantes sobre o **acesso aos serviços de saúde** teve influência positiva e pode ser percebida como um cuidado a saúde, pois a maioria dos indivíduos afirmou buscar os serviços de saúde (95%) sendo a atenção primária e secundária (44,4%) os mais procurados, e 45% dos participantes as consideram de qualidade regular (Tabela 4). É importante salientar que apesar da maioria dos indivíduos buscar pelos serviços de saúde, muitos ainda a buscam tardiamente e já pela atenção secundária.

Apesar disso, no presente estudo, em muitos casos, o acesso aos serviços foi mediado pelos familiares, que preocupados com a condição de saúde-doença de seus esposos ou irmãos ou pais, iam à busca de consultas para eles junto ao sistema de saúde. Muitos dos homens que participaram do estudo colocaram que a influência da família, por meio de intervenções como a marcação de consultas, exames ou a solicitação da visita de ACS, ou por meio de intervenções motivacionais e de cuidado, foram determinantes do acesso na atenção primária em saúde. Deste modo percebe-se a forte atuação da família como importante impulsionador do homem à busca aos serviços de saúde e ao autocuidado.

A família ajuda muito né! A filha e a mulher estão sempre marcando consulta e marcando exames... agente se obriga a se cuidar (H1).

Minha esposa viu na praça uma campanha e já marcou para mim. Agora estou tratando, pois me chamaram. Ligaram aqui em casa confirmando a consulta, achei interessante e fui (H2).

A família ajuda muito, incentiva a procurara sempre o médico para se prevenir [...].

Minha mulher vai nestes postinhos aí...Vai na policlínica fazer exames e o médico dela atende lá. Então ela marcou uma consulta para mim e quando chegou em casa, me contou e eu achei até engraçado. Brinquei com ela dizendo: - então daqui a dez anos eles me chamam. Mas para você ver como às vezes a gente se engana... na mesma semana me ligaram e estava agendada a consulta (H3).

Portanto nesta pesquisa, a influência familiar aparece como praticamente o único indicador de cuidado do homem com sua saúde. Estes resultados estão de acordo com os de Schraiber et al (2005) que demonstraram que os homens casados ou com convivência com uma parceira mostraram mais cuidado com a saúde e maior procura por serviços médicos do que homens solteiros.

Educação em saúde

A Política de Atenção Integral à Saúde do homem prevê o empoderamento masculino para o cuidado de si, sendo recomendadas ações de educação em saúde, com vistas a despertar para as necessidades de manutenção de hábitos saudáveis de vida, realização de cuidados preventivos, busca contínua por assistência em saúde e habilidades para a detecção precoce de abalos à própria saúde (BRASIL, 2009; ALBANO et al., 2010).

Nesta pesquisa, a maioria dos entrevistados informou ter conhecimento sobre a **Política de Atenção Integral à Saúde do homem**, entretanto quando questionados sobre a qualidade deste serviço a maioria não quis se manifestar e outros 20% relataram ser de ótima qualidade (Tabela 3). Isto pode demonstrar que os serviços de saúde de atenção primária, como as UBS, podem estar enfrentando ainda alguma dificuldade de atendimento por falta de atendimento específico aos objetivos desta política.

Quadro 1 - Estratégias e temáticas abordadas em cada momento do encontro com os grupos de educação em saúde do homem na Policlínica Municipal de Lages, SC.

Momentos	Temas abordados	Descrição
----------	-----------------	-----------

do encontro		
Primeiro e segundo momento	Recepção e apresentações. Acordos de sigilos sobre as informações e assuntos trabalhados no grupo. Relatos e Depoimentos dos participantes.	Inicialmente foi trabalhado com uma rodada de conversa, onde foi feito um momento de acolhimento e motivação, seguido de apresentações de cada participante do grupo e dos pesquisadores. Abriu-se espaço para que cada participante falasse um pouco sobre sua saúde, seus cuidados e descuidados com ela. Facilidades/fragilidades enfrentadas no viver cotidiano do grupo. Assim cada um relatou um pouco sobre sua vida e seus cuidados com a saúde e os problemas relacionados. Além disso, foram estabelecidos acordos com o grupo sobre a confidencialidade dos assuntos abordados.
Terceiro	Conhecendo a Política de saúde do homem.	Nesta etapa o pesquisador fez uma apresentação, utilizando slides sobre o histórico da criação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, passando pelas três esferas de governo: federal, estadual e municipal, além dos níveis primários, secundários e terciários de atenção à saúde. Posteriormente, abriu-se um espaço para uma Rodada de discussão sobre o assunto abordado, bem como para relatos e depoimentos dos

		participantes.
	Conhecendo o Índice populacional epidemiológico da região.	Na sequência foi realizado uma apresentação e discussão sobre o índice populacional de Lages, masculino, feminino e total. Morbidades e mortalidades do homem em nossa região. Espaço para discussões e questionamentos por parte dos participantes.
	Reconhecendo os aspectos socioculturais da nossa região.	Posteriormente o pesquisador apresentou sobre aspectos culturais da região serrana e abriu-se debate acerca das questões normativa de gênero envolvendo às masculinidades (tais como: crenças de invulnerabilidade masculina, impossibilidade da demonstração de sentimentos e demais tabus envolvidos no processo de ser saudável x adoecer) além de aspectos familiares da região (famílias tradicionalmente paternalistas) e acerca das questões sócio econômicas e ambientais locais.
	Prevenindo as Doenças sexualmente transmissíveis	Seguiu-se com as apresentações, neste caso, sobre as doenças sexualmente transmissíveis que mais acometem os homens, formas de cuidado e prevenção e tratamento. Posteriormente deixou-se um espaço para rodada de conversa sobre o

	tema.
Prevenindo a ocorrência das principais doenças que acometem homens de nossa região.	Foi realizada uma rodada rápida de conversa sobre as Doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas (acidentes de trânsito, brigas com arma branca e de fogo) doenças respiratórias, diabetes. Após foi feita uma discussão com atividades dinâmicas sobre prevenção e cuidados com estas doenças. Na sequência o pesquisador conduziu uma discussão sobre os agravos da morbidade, sofrimento físico e emocional, menor possibilidade de resolução do problema e maior ônus para o sistema único de saúde (SUS). Durante a discussão os participantes relataram seus problemas de saúde e sobre os fatores que levam ao descuidado.
Conscientizando-se e sensibilizando-se para o cuidado de si.	Este foi o último tema abordado pelo pesquisador. Neste momento foi discutido de forma conscientizadora e motivadora sobre a importância dos cuidados e prevenção de doenças: prática de exercícios físicos, alimentação, cuidados emocionais e busca de atendimento precoce pelos serviços de saúde. Neste momento também foi solicitado aos participantes que falassem um pouco sobre sua avaliação

		em relação ao encontro e a participação da pesquisa, e o que contribui na percepção sobre a busca pelos serviços assistenciais.
Quarto	Mensagem de motivação e Fechamento do grupo e da reunião.	Neste momento o pesquisador fez agradecimentos ao grupo e um resumo geral sobre o que foi trabalhado, motivando cada indivíduo a buscar pela assistência em saúde periodicamente independente da ausência ou presença de doença e instigando o grupo ao cuidado e o zelo com a vida e consigo mesmo para um viver mais feliz e com melhor qualidade.

Fonte: O autor (2017).

Assim, como resultados do grupo ocorreram relatos da aquisição de conhecimentos relevantes para a mobilização de mudança nas condutas cotidianas. Aponta-se como fragilidade a realização de apenas uma reunião, porém nas falas observa que esta oportunizou o despertar para a necessidade de novas buscas de informações e de atenção em saúde, conforme descrito nas falas a seguir:

Depois dessa reunião que participei na policlínica percebi o quanto falta de informação para toda a população. Eu entendia que a saúde só funcionava para quem tinha atendimento particular ou no plano de saúde, mas hoje sei que existem trabalhos bons no SUS e que eu mesmo faço parte. Depois de ter sido bem informado, por exemplo, meu bairro é muito bom, mas eu nem sabia que tinha esses serviços, e quanta gente fica aí doente e nem sabe que tem esses serviços? Então mais informação com certeza seria muito importante (E2).

Antes eu sabia que tinha um trabalho assim sendo feito para melhorar a saúde dos homens, mas nem sabia como era nada. Agora, depois que eu fui à policlínica e participei dessa pesquisa eu entendi melhor sobre prevenção do câncer de próstata também, que é importante eu me cuidar, fazer aquele “check up”.(H17).

Segundo Silva et al. (2012) em sua pesquisa referente a saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma UBS a maior parte dos discursos destes profissionais refere-se a carência de infraestrutura organizacional e de sistematização dos serviços básicos para atender às necessidades do gênero masculino, considerando-se um obstáculo para o cuidado de excelência à saúde dos homens. Nesta mesma pesquisa, a maioria dos indivíduos entrevistados do sexo masculino informou pouco ou nenhum preparo dos profissionais de enfermagem na assistência à população masculina, que também se destacou nas falas dos profissionais.

Assim, com vista à concretização da PNSH e considerando as lacunas de conhecimento apontadas nas entrevistas individuais, foi realizada atividade de educação em saúde em grupo, privilegiando a troca de informações entre os participantes, mediada por intervenção profissional. Aponta-se a relevância da concretização da interdisciplinaridade neste processo, quando profissionais de múltiplas disciplinas podem juntos conectar saberes e fazeres para a concretização do cuidado compartilhado e integral à saúde do homem (BARRETO; MARCON, 2017). Esta política também remete ao princípio da Integralidade da Assistência, tornando-se uma oportunidade para a troca de saberes pertinentes às múltiplas realidades dos participantes, considerando o contexto socioambiental e cultural, hábitos de vida e percepções acerca do sistema de saúde, suscitando o despertar da criticidade para realização de escolhas conscientes em relação às questões de saúde de e doença (ALBANO et al., 2010).

CONCLUSÃO

Observa-se que apesar da pouca procura masculina pela assistência na atenção primária, aponta-se como estratégia o envolvimento da família, que no estudo mostrou relevante influência na motivação para o acesso aos serviços e aos cuidados em saúde.

Assim, recomenda-se aos profissionais de saúde que implementem grupos de educação em saúde em seu cotidiano profissional, considerando ser atividade relevante para a implementação de mudanças significativas no panorama de saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta pesquisa possibilitou analisar a situação dos principais cuidados e descuidados que os indivíduos do sexo masculino têm em relação a sua saúde na região. Observou-se que muitos indivíduos ainda alegam a falta de tempo para a busca pelos serviços de saúde como um dos principais pontos para o descuido com a saúde, isto reflete na busca pelos serviços de saúde após o estabelecimento da dor ou de uma determinada doença, conduzindo diretamente a assistência de atenção secundária ou terciária onde medidas preventivas já não podem mais ser tomadas.

Assim, apesar da pouca procura masculina pela assistência na atenção primária, aponta-se como estratégia o envolvimento da família como apoio para a busca por assistência, mostrando-se relevante como instrumento de motivação para o acesso aos serviços e aos cuidados em saúde.

Esta pesquisa atende a relevância científica e social na medida em que pode contribuir em relação ao conhecimento sobre os cuidados e descuidados da população masculina local e através disso, pode-se instigar o desenvolvimento de medidas e estratégias de educação em saúde nos setores de gestão em saúde do município, principalmente nas de atenção primária, motivando os profissionais a adotarem no seu cotidiano grupos de educação em saúde e outras atividades, que envolvam principalmente a família como motivadores para a população na busca de assistência à saúde. Assim as estratégias de promoção e educação em saúde podem ser focadas principalmente nos principais descuidados relatados nesta pesquisa e baseando-se na Política de Atenção Integral a Saúde do Homem.

REFERÊNCIAS

ALBANO, B. R.; BASÍLIO, M. C.; NEVES, J. B. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Integrada**, v.3, n.2, p. 554-563, 2010.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 63-72, 1997.

ALMEIDA FILHO, N. A clínica e a Epidemiologia: laços, contratos e contradições. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 207-14.

ALVES, R.; SILVA, R.P.; ERNESTO, M.V.; LIMA, A.G.B; SOUZA, F.M. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicologia: teoria e prática**, v. 13, n. 3, p.152-166, 2011.

AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G; M. S.; AMOEDO, M. B. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Revista Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 195-202, 1992.

AYRES J. R.; PAIVA, V.; FRANÇA JUNIOR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. *In*:. PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá; 2012.

BARRETO, M.S; MARCON, S.S. **Saúde do homem: desafios atuais para a enfermagem brasileira**. *In*: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM; BRESCIANI, H.R; MARTINI, J.G.; MAI, L.D. (org). PROENF Programa de atualização em enfermagem: saúde do adulto: Ciclo 12. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2017. p. 59-94. (Sistema de Educação Continuada à Distância, v.1)

BARROS, M.E.B; GOMES, R. S. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. **Revista de Psicologia**, v. 23, n. 3, p. 641-658, 2011.

BOGDAN, R. S.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. 12. ed. Porto: Porto, 2003.

BONETTI, A.; SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M. O método da pesquisa convergente assistencial em um estudo com pessoas com doença arterial coronariana. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 78-84, 2013.

BOZON, M. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5 n.1, p.163-177, 2000.

BURILLE, A.; SCHWARTZ, E.; ZILLMER, J. G. V. Mudanças no cotidiano de homens com câncer: apresentando uma das interfaces do adoecer. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3.539-3.548, 2013.

BRASIL Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Capítulo II: Da Seguridade Social. Seção II da Saúde, art. 196. Brasília, 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

Acesso em: 18 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela saúde, em defesa da vida e da gestão. Brasília: MS, 2006. (Série pactos pela saúde). Disponível em:

<[http://saude.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/ File/volume1](http://saude.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/volume1)>. Acesso em:

18 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**, Brasília, 2008. Disponível em:

<<http://www.saude.gov.br/consultapublica>>. Acesso em: 18 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)**. 2009. Disponível em:

<<http://www.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS>>.

Acesso em: 18 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à**

Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - Vigitel Brasil 2007. **Estimativas sobre frequência e Distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal em 2007.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Série G. Estatística e Informação em Saúde.

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: Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 1-10, 2009.

CONNELL, R. W.; MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Revista Estudo Feminino,** Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 1-24, 2013.

COSTA, M. B. S. **Impacto da criação do Sistema Único de Saúde na atuação do enfermeiro nos Estados da Paraíba – Brasil.** Badajóz – ES. Universidade de Extremadura, 2001.

COSTA, M.; B. S.; SALAZAR, P. E. L. Gestão das mudanças no sistema de saúde pública. **Revista de Enfermagem UERJ.** Rio de Janeiro. V. 15, n. 4, p. 487-494, 2007.

COURTENAY, W. H. Construções da masculinidade e da influência no bem-estar dos homens: a teoria do gênero e saúde. **Sociedade Ciência Médica,** v. 50, n. 6, p. 1385-1401, 2007.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção (versão revisada e atualizada do artigo "The concept of health and the difference between promotion and prevention Cadernos de Saúde Pública, 1999). In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências.** Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2003 (p.39-53). Disponível em: http://143.107.23.244/departamentos/social/saude_coletiva/AOconceito.pdf. Acesso em 20 de setembro de 2017.

DEMARZO, M.M.P.D.; ALMEIDA, R.C.C.A; MARINS, J.J.N.; TRINDADE, T.G.; ANDERSON,M.I.P.; STEIN, A.T.; GUIMARÃES,

F.G.; OLIVEIRA, F.P.; CARVALHO, F.P.; SILVA, F.D.; OLIVEIRA, F.A.; CARVALHO, F.P.; SILVA, F.D.; CARLOS, G.T.; MARQUES, J.B.; GENIOLE, L.A.I.; SILVEIRA, L.M.C.; PINTO, M.E.B.; SILVA, N.A.; BAGATELLI, R.C.; BATISTA, S.R.R.; BARBOZA, T.A.; SARTI, T.A.; BARRETO, V.; GUSO, G.F.; BELACLANO, M.I. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em medicina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v.6, n.19, p 145-150, 2011.

FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS, **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 9. n. 1, p. 70-82, 2010.

FERREIRA, S. C. C; MONKEN, M. **Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

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

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Caderno Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 901-911, 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, 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. 185-196, mar. 2007.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; REBELLO, L. E. F. S.; ARAÚJO, F. C. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1975-1984, 2008.

GOMES, R.. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 8, p. 825-829, 2003.

GOUVEIA, G. C et all. Health care users' satisfacton in Brazil 2003. **Cadernos de Saúde Pública.**, v. 21, n. 1, p. 109-118, 2005.

GUALEJAC, Y. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social.** São Paulo: Ideias & Letras, 2007.

GUIMARÃES, Mauro. **A dimensão ambiental na educação.** 4. ed. Campinas, SP: Papirus, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. A evolução da esperança de vida no Brasil na última década do século XX: os ganhos e os diferenciais por sexo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/evolucao_da_mortalidade.shtm>. Acesso em: 29 nov. 2015.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Câncer de Próstata.** 2009. Acesso em: 06/05/2017. Disponível em: [http:// www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br). Disponível em: 06 maio 2017.

JULIÃO, G. G.; WEIGELT, L. D. Atenção à saúde do homem em unidades de Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem.** Universidade Federal de Santa Maria, v. 1, n. 2, p. 144-152, maio/ago. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/download/2400/1743>>. Acesso em: 18 set. 2015.

KALCKMANN, S.; BATISTA, L. E.; SOUZA, L. C. F. Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual. In: ADORNO R, ALVARENGA A, VASCONCELOS MP, organizadores. Jovens, trajetória, masculinidades e direitos. São Paulo: Edusp; 2005. p. 199-217.

KEIJZER B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: CÁCERES, C. F.; CUETO, M.; RAMOS, M.; VALLAS. S, (editors). La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência Latino-Aamericana**, v. 2, n. 1, p. 68-79, jun. 2001.

LAURENTI, R. **Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas**. Uma contribuição para o enfoque de gênero. Faculdade de Saúde Pública/USP, São Paulo, 1998.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p. 35-46, 2005.

LEAVELL, S.; CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LUCK, M.; BAMFORD, M.; WILLIAMSON. **Men's health: perspectives, diversity and paradox**. London: Blackwell Sciences; 2000.

MANZINI, E. J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percursos-NENO**. Maringá, Paraná, v. 4, n. 2, p. 149-171, 2012.

MARCONDES.W.B. A convergência de referências na promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, p.5-13, 2004.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade 2001.

MESQUITA, Maria G. F.; MOREIRA, Marléa Chagas; MALISKI, Sally. “But I’m (became) different”: cancer generates reorientations in masculine identity. **Cancer Nursing**, Salt Lake City, v. 34, n. 2, p. 150-157, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4 ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco. 2008.

MODENA, C. M. Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1. p. 67-78, 2014.

NARDI, A.; GLINA, S.; FAVORITO, L. A. Primeiro estudo epidemiológico sobre câncer de pênis no Brasil. **International Braz J. Urol.**, v. 33, p. 1-7, 2007.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista Saúde Pública**, Bahia, v. 40, p. 73-78, 2006.

PEREIRA, A. L. **Ações educativas em contracepção**: teoria e prática dos profissionais de saúde. 2008, 169 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 7, p 687-707, 2002.

PIROLO, S. M. et al. **O desafio de operacionalizar as ações de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família**. Faculdade de Medicina de Marília, Secretária Municipal de Saúde de Marília. Marília, 2009.

REICHERT, C. D.; ANDRIOLI, D. C. O conhecimento dos homens sobre o câncer de próstata: uma pesquisa no centro integrado de saúde da família no município de Chapecó, SC. 2010.

ROCHA, J.S.Y. Gestão da Saúde no Brasil. **Relatório Técnico Nº 09**. Departamento Medicina Social, FMRP-USP, 2005.

RODRIGUES, J. F.; RIBEIRO, E. R. O homem e a mudança de pensamento em relação à sua saúde. **Caderno de Saúde e Desenvolvimento**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 74-86, jul./dez 2012.

SABO, D. O estudo crítico das masculinidades. In. ADELMAN, M.; SILVESTREIN, C. B. (org.). **Coletânea gênero plural**. Curitiba: Editora UFPR, 2002.

SANTA CATARINA. **Secretaria de Estado da Saúde**. Informações básicas para gestores do SUS. 2. ed. Florianópolis: SES, 2002.

SCHRAIBER L.B., GOMES, R.; COUTO M.T. Homens na pauta da saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, p. 7-17, 2005.

SILVA P.A.; FURTADO M.S.; GUILHON A.B.; SOUZA N.V.D. O.; DAVID H.M.S.L. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc Anna Nery** (impresa), v. 16, n. 3, p: 561-568, 2012.

SILVA, B. T. O.; FREITAS, M. M.; SOUZA, G. B. S.; HARDMAN, M. N.; SOBRAL, H. C. F.; FILVA, A. M. L. Promoção e prevenção da saúde do homem. **Interfaces Científicas: Saúde e Ambiente**. Aracaju, v. 2. N. 2, p. 95-101, out. 2013.

TEIXEIRA, D. C.; BRANDILLA, D. K.; ADAMY, E. K.; KRAUZER, I. M. Concepções de enfermeiros sobre a política nacional de atenção integral à saúde do homem. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2014.

TERRIS, M. Public health policy for the 1990s. **Ann. Review of Public Health**, 11: 39-51, 1990.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; GUEREIRO. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na pratica assistencial em Saúde-Enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2014.

TRIVIÑOS, a. n. s. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, C.G.; ARAÚJO, W.S.; VARGAS, D.R.M. O homem e o câncer de próstata: prováveis reações diante de um possível diagnóstico. **Revista Científica do ITPAC**, v.5, n.1, 2012.

ANEXO I: PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIPLAC.

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação em saúde voltada à Política de Atenção Integral a saúde do homem.

Pesquisador: Lenita Agostinetto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55934316.3.0000.5368

Instituição Proponente: Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.549.372

Apresentação do Projeto:

Clara

Objetivo da Pesquisa:

Claro

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Contempla as informações citadas

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Contempla a Resolução

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

O desenvolvimento da pesquisa, deve seguir os fundamentos, metodologia e preposições, do modo em que foram apresentados e avaliados por este CEP, qualquer alteração, deve ser imediatamente informada ao CEP-UNIPLAC, acompanhada de justificativa.

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226

Bairro: Universitário

CEP: 88.509-900

UF: SC

Município: LAGES

Telefone: (49)3251-1086

E-mail: cep@uniplacages.edu.br

Continuação do Parecer: 1.549.372

O pesquisador deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme descrito na Resolução nº 466/2012.

- a) Desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) Elaborar e anexar na Plataforma Brasil os relatórios parcial e final;
- c) Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) Justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP, Interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_707569.pdf	10/05/2016 17:07:52		Aceito
Outros	Questionario.docx	10/05/2016 17:05:23	Lenita Agostinnetto	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	03/05/2016 10:37:41	Lenita Agostinnetto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Pesquisador.pdf	02/05/2016 10:27:50	Lenita Agostinnetto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Intituicao.pdf	02/05/2016 10:27:28	Lenita Agostinnetto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	02/05/2016 10:11:56	Lenita Agostinnetto	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	02/05/2016 10:11:38	Lenita Agostinnetto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	02/05/2016 10:11:11	Lenita Agostinnetto	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	02/05/2016 10:10:46	Lenita Agostinnetto	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1228
 Bairro: Universitário CEP: 88.509-000
 UF: SC Município: LAGES
 Telefone: (49)3251-1088 E-mail: cep@uniplacages.edu.br

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC



Continuação do Parecer: 1.549.372

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LAGES, 18 de Maio de 2016

Assinado por:
Odila Maria Waldrich
(Coordenador)

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226
Bairro: Universitário CEP: 88.500-000
UF: SC Município: LAGES
Telefone: (49)3251-1086 E-mail: cep@uniplacages.edu.br

APÊNDICE I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado (a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____
residente e domiciliado, portador da Carteira de Identidade, RG _____, nascido (a) em ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa “Problemas Associados à Saúde do Homem no Município de Lages e Estratégias de Educação em Saúde Voltadas à Política de Atenção Integral a Saúde do Homem”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas, estando ciente que:

1. O estudo busca desvelar os principais problemas de saúde do homem e elaborar estratégias de educação baseando-se na Política de Atenção Integral à Saúde do Homem.

2. A pesquisa é importante por buscar informações sobre os principais problemas que interferem na saúde da população masculina de Lages, e apresenta relevância social por contribuir com a melhoria do sistema de atenção integral a saúde do homem na região, por intermédio de intervenções diretas que estimulem à busca pela assistência a saúde e minimizem a ocorrência de doenças na referida população.

3. Participarão da pesquisa, 20 homens, em idade cronológica compreendida entre 20 e 59 anos conforme critérios da Política de Atenção Integral a Saúde do Homem, pacientes atendidos pelas unidades básica de saúde e encaminhados pelo médico clínico geral ao especialista em urologia, sendo a primeira consulta com especialista, lúcidos e esclarecidos, sendo capazes de compreender, falar e se expressar espontaneamente.

4. Para a realização da pesquisa será dividida em três etapas: na primeira se caracterizará por uma abordagem qualitativa e interpretativa, que buscará captar e compreender a realidade dos participantes da pesquisa, os dados serão coletados nas residências dos participantes e após, transcritos e analisados. Através do registro realizado pelo setor de regulação de consultas, na Policlínica Municipal de Saúde (PMS) serão identificados e separados pacientes que aguardam consulta com o especialista urologista. Na segunda etapa já com os sujeitos da pesquisa já selecionados, será dado início a entrevista propriamente dita, na residência do paciente. Serão apresentados os objetivos do estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A). A entrevista terá o áudio gravado e será feita através de um roteiro pré-estabelecido pelo pesquisador com as seguintes perguntas norteadoras: questões demográficas; questões ambientais; doenças proveniente da saúde do homem e o acesso ao serviço de saúde: procura serviço de saúde, quanto procura é para prevenção ou doença, quanto tempo faz que não procura os serviços de saúde. Terceira etapa: a partir dos dados coletados nas entrevistas, serão organizados grupos de educação e saúde, tratando de assuntos que foram abordados e levantados nas entrevistas. Esta etapa ocorrerá na Policlínica Municipal de saúde de Lages com os sujeitos que já participaram da entrevista previamente. Os participantes convidados serão encaminhados a uma sala desta Unidade, onde o pesquisador mediará uma roda de conversa, abordando temas pertinentes ao grupo. Os grupos serão organizados logo após a consulta com o médico urologista, tendo no máximo cinco participantes que já foram previamente entrevistados pelo pesquisador.

5. Com relação aos possíveis riscos decorrentes da participação nesta pesquisa, segue a consonância com o Capítulo V da Resolução 466 e seus artigos, parágrafos e incisos, mantendo a observância na condução da coleta de informações conforme o artigo V.3. Na hipótese de ocorrência de qualquer dano ou eminência de risco a integridade física ou psicológica será provida à assistência imediata ao (s) participante(s) independente do momento da pesquisa ou mesmo posterior ao seu encerramento conforme artigos V.6 e V.7 da referida Resolução. Os riscos eminentes aos participantes desta pesquisa poderão ocorrer durante a realização da entrevista e/ou e durante a conversa que ocorrerá no grupo de educação e saúde. Os participantes da pesquisa podem apresentar algum tipo de constrangimento ou desconforto emocional ao reportarem lembranças de situações desconfortáveis que ocorreram durante suas vidas, podendo manifestar sentimentos e

emoções diversos, como, constrangimento, agressividade, angústia, decepção, empatia, frustração, isolamento, intriga e melancolia. Nesse caso, os pesquisadores procurarão preservar os participantes, ressaltando que podem falar apenas quando se sentirem confortáveis e que tenham plena liberdade para desistir temporária ou definitivamente da pesquisa. Além disso, em situações mais graves, os pesquisadores contam com o apoio do serviço escola da UNIPLAC para atender a qualquer eventualidade de ordem biológica ou emocional que decorra da realização da referida pesquisa, além do apoio e atenção prestados pelo pesquisador durante o processo. Em caso de necessidade, os pesquisadores farão agendamento para atendimento psicológico na Clínica Escola, seguindo as normas do Centro de Saúde da UNIPLAC. Em situações extremas e excepcionais, o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) será acionado pelos pesquisadores.

6. Os benefícios decorrentes do estudo referem-se à possibilidade dos participantes da pesquisa ampliar os seus conhecimentos sobre a importância da busca assistencial pela saúde e os seus cuidados. Além disso, a presente pesquisa pode servir de apoio para garantir uma assistência diferenciada e qualificada dos profissionais de saúde junto à população masculina, auxiliando no fortalecimento e na execução continuada do programa nacional de atenção integral a saúde do homem.

7. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar o responsável pela pesquisa RAPHAEL CASCAES PEREIRA e/ou LENITA AGOSTINETTO e/ou JULIANA LESSMANN RECKZIEGEL no (s) telefone (s) (49) 9916 5353 ou (49) 9119 0772 ou (48) 9167 3838, ou no endereço Avenida Castelo Branco, 170, Bairro Universitário, Lages, SC, 88509-900.

8. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem estar físico.

9. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados.

10. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa diretamente com o pesquisador.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Lages, _____ de _____ de _____

(nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pela pesquisa: Raphael Cascaes Pereira
Endereço para contato: Praça Leoberto Leal
Bairro: Centro Cep: 88.501000, Lages-SC (49) 99165353
Email: rcp_raphael@yahoo.com.br

Professora orientadora : Lenita Agostinetto
Professora co-orientadora: Juliana Lessmann Reckziegel

CEP UNIPLAC Endereço: Av. Castelo Branco, 170
Bairro: Universitário. Cep: 88.509-900, Lages-SC
(49) 3251-10
Email: <cep@uniplaclages.edu.br> <cepuniplac@gmail.com>

APÊNDICE II: ROTEIRO DE ENTREVISTA DESENVOLVIDO PELOS AUTORES PARA REALIZAÇÃO DESTA PESQUISA

Questões sócio demográficas

Qual a sua Idade?

Até que série o senhor estudou?

Qual sua Profissão:

Em que turno trabalha? Turno Matutino () Vespertino () Noturno ()

Qual sua Função?

Quantos empregos o Senhor possui?

Quantas horas trabalha por semana?

Questões Ambientais

Com relação a sua residência:

Há Saneamento Básico? () água tratada, () coleta de esgoto; () coleta de lixo

Sua rua é: () asfaltada, () de terra, () de paralelepípedo

Possui fogão a Lenha em sua residência Sim () Não (), em caso positivo quantas vezes na semana o utiliza?

Questões relacionadas à saúde do homem

Em relação a sua saúde:

Você possui doenças do coração Sim () Não () Se sim comente.

Você possui doenças circulatórias Sim () Não (), Se sim comente.

Você possui doenças pulmonares Sim () Não () Se sim comente.

Você possui Cirrose Sim () Não ()

Você possui Diabetes Sim () Não ()

Você possui Câncer Sim () Não () Se sim comente.

Alguém sua família é ou foi portador de algum tipo de câncer? Sim ()
Não () Se sim comente.

Possui alguma doença que não foi mencionada? Sim () Não ()
Se sim Comente.

Acesso aos serviços de saúde

Em relação aos serviços de saúde:

Você procura serviços de assistência à saúde? Sim () Não ()

Qual (is)? Unidade de saúde (), Pronto Socorro (), Policlínica (),
Hospital (), Clínica particular ()

Em sua visão, como são os serviços de saúde de seu bairro?
() Bom, () regular () Ruim

Há informações sobre serviços de saúde em seu bairro? () Sim ()
Não

Você já ouviu falar em Política de atenção à saúde do homem? () Sim
() Não

Os serviços de saúde em seu bairro são próximos a sua residência? ()
Sim () Não

Quanto tempo faz que não procura o serviço de saúde:
2 meses () 4 meses () 6 meses () 8 meses () 10 meses () 12
meses () mais ()

Rol de perguntas Qualitativas (que pode ser ampliado/ modificado conforme a necessidade)

- Como está sua saúde?
- Você tem alguma doença ou problema de saúde? Quais (explique e se já recebeu alguma informação/orientação em saúde a respeito)
- Como avalia a influência do seu local de moradia em sua saúde?
- Você acha que seu trabalho influencia na sua saúde? Acha que outros elementos facilitam/dificultam seu acesso aos serviços de saúde?
- O que faz no dia-a-dia para cuidar da sua saúde?
- Quando você está doente, o que faz?
- Você procura assistência em saúde? Onde? Explique.
- Quando você procura os serviços de saúde, é para a prevenção ou para solucionar um problema de saúde?
- Como você avalia o atendimento em saúde de seu bairro? Sua família recebe a visita de agentes comunitários de saúde, ou de outro profissional da unidade de saúde?
- Como você avalia seu acesso ao serviço de saúde?
- Como você acha que poderia melhorar seu acesso aos serviços de saúde?
- O que conhece sobre a política de saúde do homem? Já recebeu alguma informação a respeito?
- Você gostaria de relatar outros aspectos que não foram questionados a respeito de sua saúde?