

ERRATA

Errata referente à dissertação de Mestrado intitulada “A saúde do homem: doenças crônicas não transmissíveis e vulnerabilidade social”, realizada por Daniele Natália Pacharone Bertolini.

Na página 31 onde se lê usuários que vivem sob união estável são mais velhos leia-se usuários que vivem sob união estável são mais jovens.

Na página 48 onde se lê Dados estes que corroboram com o presente estudo leia-se No presente estudo se averiguou que houve maior quantidade de CID e de DCNT entre os homens com companheira, porém estes eram os mais jovens e não os mais velhos.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO
DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Daniele Natália Pacharone Bertolini

**A SAÚDE DO HOMEM: DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS E VULNERABILIDADE SOCIAL**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi

Coorientadora: Profa. Dra. Janete Pessuto Simonetti

Botucatu

2015

Daniele Natália Pacharone Bertolini

A SAÚDE DO HOMEM: DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS E VULNERABILIDADE SOCIAL

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi

Coorientadora: Profa. Dra. Janete Pessuto Simonetti

Botucatu

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Bertolini, Daniele Natália Pacharone.

A saúde do homem : doenças crônicas não transmissíveis e vulnerabilidade social / Daniele Natália Pacharone Bertolini. - Botucatu, 2015

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Silvia Cristina Mangini Bocchi

Coorientador: Janete Pessuto Simonetti

Capes: 40406008

1. Homens. 2. Saúde dos homens. 3. Cuidados primários de saúde. 4. Doenças crônicas. 5. Mapeamento geográfico. 6. vulnerabilidade social.

Palavras-chave: Atenção primária de saúde ; Mapeamento geográfico; Saúde do homem.

Dedicatória

À todos aqueles que me ajudaram e me apoiaram em mais essa fase da vida.

“A felicidade aparece para aqueles que reconhecem a importância das pessoas que passam em nossa vida”

Clarice Lispector

Agradecimentos

À todos que me ajudaram nesta caminhada, todos foram imprescindíveis.

- À toda a equipe das 15 unidades de Atenção Básica do município de Botucatu que me acolheram.

- Especialmente aos auxiliares administrativos: Cris e Marcela (Aeroporto), Patrícia (César Neto), Zezinha (Cecap), Priscila e Adriana (Marajoara), Ana Maria (Vitoriana), Fernanda (Iolanda), Gabi, Lucilene e Marcelo (Rubião Jr), Alice e Bete (Peabiru), Sidney, Tais e Danilo (CSE-Vila dos Lavradores), Luciana (Vila Jardim), Márcia e Vitor (São Lúcio), Carlos e Rose (CS1), Rogério (CSE-Vila Ferroviária); Suelene (chefe dos auxiliares administrativos do CSE-Vila dos Lavradores);

- À Rose (aluna do colégio Vitória);

- Aos enfermeiros Karyn e Renata (Aeroporto), Lucas (César Neto), Juliane (Cecap), Cristiane (Marajoara), Ana Paula (Vitoriana), Camélia (Iolanda), Débora e Mariana (Rubião Jr), Adriana e Valéria (Peabiru), Adriana (Santa Elisa), Heloísa (Vila Jardim), Ana Cláudia e Graziella (São Lúcio), Patrícia (CS1), Ana Paula (CSE Vila Ferroviária);

- Ao James, Rose e Renata, agentes comunitários de Saúde da USF de Vitoriana;

- Ao Ed e Alexandra, agentes comunitários da USF de Rubião Jr;

- À teacher Maria Inêz pela amizade e ensinamentos e seu marido, João Escobedo, pelos contatos indicados;

- À Gabriela, coordenadora da Vigilância Sanitária, pelos contatos;

- Ao Ney, coordenador da Vigilância Ambiental, pela disponibilidade e amabilidade;

- À Fernanda, fisioterapeuta do NASF, à Kelen, educadora física do NASF e à Lucília, farmacêutica do NASF pelas conversas e caronas;

- À Maíra e Anna Paula, minhas amigas inesquecíveis, por sempre estarem presentes, mesmo que à distância, tanto na alegria quanto na tristeza;

- À Camila Zanchim, por diversas vezes ter me acalmado;

- Ao Grupo de Estudos e Pesquisas Agrárias Georreferenciadas - GEPAC (especialmente à professora Célia pela oportunidade e pelas dicas e ao Diego pelos ensinamentos, por ser tão acessível e pela disponibilidade em ajudar);

- À orientadora professora Silvia Cristina Mangini Bocchi pela confiança e liderança;

- À coorientadora professora Janete Pessuto Simonetti pelo carinho e dedicação;

- Ao professor Carlos Magno pelas sugestões;

- Ao Daniel, meu pai, pela amizade, companhia e por estar sempre disponível;
- À Silvia, minha mãe, pela torcida;
- Ao Lucas, meu noivo, pela paciência e amparo;
- Ao Hélio, estatístico, pelo apoio e disponibilidade;
- Ao Ricardo, da Unidade de Educação Médica, da Facisb, pelo socorro;
- Ao César, secretário da pós-graduação, pela sua gentileza;
- À bibliotecária Rose pela ficha catalográfica e à bibliotecária Meire pelas correções nas referências bibliográficas;
- À Andréa, Ana Paula e Patrícia, colegas de trabalho, pela compreensão e colaboração;
- À Fapesp e Capes pelo apoio financeiro;
- À Facisb pelas dispensas;
- À Deus, pois me deu saúde e paciência e colocou na minha vida todos estes que me ajudaram nessa caminhada.

LISTA DE MAPAS E TABELAS

TABELA 1 – Frequência relativa de atendimentos, por unidade de Atenção Básica (UAB) e número de sujeitos que foram selecionados aleatoriamente em cada UAB.	18
TABELA 2 – Delimitação da amostra segundo a distribuição de homens atendidos em Unidades de Atenção Básica segundo grupo de vulnerabilidade social. Secretaria Municipal de Saúde, Botucatu, 2011.	21
TABELA 3 - Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) classificadas de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID) descritiva e numérica.	23
TABELA 4 - Relação entre idade do usuário (em anos), estado civil, ocupação e escolaridade e percentil de faltas com o número de CID e número de DCNT. Botucatu, 2014.	30
TABELA 5 - Correlação de Spearman entre percentil de falta com o número de CID e com o número de DCNT, corrigida pela idade e estratificada pelo estado civil, pela ocupação e pela escolaridade. Botucatu, 2014.	31
TABELA 6 - Correlação de Spearman entre idade com o número de CID e com o número de DCNT, estratificada pelo estado civil. Botucatu, 2014.	32
TABELA 7 - Caracterização dos indivíduos quanto à idade e vulnerabilidade social (VS) dos casos de neoplasia, na zona urbana. Botucatu, 2014	33
TABELA 8 - Caracterização dos indivíduos quanto à idade e vulnerabilidade social (VS) dos casos de intolerância à glicose, na zona urbana. Botucatu, 2014.	35
TABELA 9 - Correlação de Person entre idade (em anos) e CID de Neoplasias e CID de Intolerância à glicose, na zona urbana. Botucatu, 2014.	37
TABELA 10 - Caracterização dos enfermeiros entrevistados quanto a dados pessoais, acadêmicos e profissionais. Botucatu, 2014.	41
MAPA 1 - Probabilidade de homens com neoplasias, na zona urbana do município de Botucatu, associada à vulnerabilidade social.	34

MAPA 2 - Probabilidade de homens com intolerância à glicose, na zona urbana do município de Botucatu associada à vulnerabilidade social.	36
MAPA 3 - Correlação entre idade e probabilidade de homens com neoplasia, na zona urbana do município de Botucatu.	38
MAPA 4 - Correlação entre idade e probabilidade de homens com intolerância à glicose, na zona urbana do município de Botucatu.	39

LISTA DE ABREVIATURAS

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CID – Classificação Internacional de Doenças

CSE/ UVF - Centro de Saúde Escola/ Unidade Vila Ferroviária

CSE/ UVL – Centro de Saúde Escola/ Unidade Vila dos Lavradores

DCNT – Doença Crônica Não-Transmissível

DORT - Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho

DRS – Departamento Regional de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

GS+ - Geostatistics for the Environmental Sciences

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IGJ – Intolerância à glicose de jejum

IPVS – Índice Paulista de Vulnerabilidade Social

LER – Lesões por Esforço Repetitivo

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAN – Plano de Ação Nacional

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados

SUS – Sistema Único de Saúde

UAB – Unidade de Atenção Básica

UBS – Unidade Básica de Saúde

UTM - Universal Transversa de Mercator

VIGITEL - Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

VS – Vulnerabilidade Social

Resumo

Trata-se de projeto de pesquisa de abordagem mista sequencial, organizado em multimétodos para avaliar e predizer agravos de saúde em homens, relativos às doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), segundo a vulnerabilidade social (VS) vividos no espaço onde os mesmos habitam. Foram delineados três métodos sequenciais, visando: (1) avaliar a relação entre o absenteísmo em consultas agendadas e o número de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT); (2) averiguar a relação entre distribuição espacial de homens com DCNT e VS; (3) conhecer as propostas implementadas por coordenadores de unidades de Atenção Básica para o atendimento da população masculina e o conhecimento que dispõem sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Foi conduzida em município do interior paulista, sendo os métodos um e dois de cunho quantitativo, com dados secundários do Sistema de Informação SIMIS das 15 unidades de saúde selecionadas, que foram tratados estatisticamente. O terceiro objetivo constituiu-se de delineamento qualitativo, tendo como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada com coordenadores dessas unidades e a Análise de Conteúdo como referencial metodológico. Os resultados encontrados na parte quantitativa foram quanto maior o número de faltas, menor é o número de DCNT e menor a quantidade de Classificação Internacional de Doenças (CID), além disso, quanto maior a idade, maior a quantidade de CID e de DCNT e houve maior quantidade de CID e de DCNT entre os homens com companheira (relação estável). As CID que tiveram dependência espacial foram as de neoplasias (Câncer de cólon e de próstata) e sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (intolerância à glicose), na zona urbana. Com relação aos resultados da metodologia qualitativa foram encontradas quatro categorias temáticas: Atendimento eventual (curativo) em detrimento da rotina (promoção e prevenção); A percepção de enfermeiros

frente à saúde do homem; A saúde do homem nos serviços de atenção primária; Sexualidade masculina e a campanha de prevenção do câncer de próstata.

Os dados encontrados nesse estudo apontam à necessidade de se fazer a divulgação das políticas de saúde, com destaque à saúde do homem, além de trazer a necessidade de divulgação de tais dados para que estes possam contribuir para melhorar a qualidade da assistência. Além disso, percebeu-se que a visão dos enfermeiros sobre a saúde do homem se faz muito importante, uma vez que essa classe profissional, normalmente, conhece bem seus clientes, enxergando-os de modo holístico (biopsicosocialmente), devido ao grande vínculo e aproximação que estabelecem.

Espera-se com os resultados desta pesquisa subsidiar a (re)organização da atenção à saúde do homem no município, bem como políticas públicas direcionadas às verdadeiras necessidades das pessoas.

Palavras-chave: Saúde do homem; Atenção primária de saúde; Mapeamento geográfico

Abstract

This project uses a mixed sequential approach. A multi method is used to evaluate and predict health risks related to chronic non-communicable diseases in men, according to social vulnerability experienced by them in the place where they live. Three sequential methods were outlined aiming at: (1) evaluating the relationship between absenteeism to medical appointments and number of chronic non-communicable diseases; (2) checking the relationship between spatial distribution of men bearing chronic non-communicable diseases and social vulnerability; (3) comprehending the health assistance plans proposed by coordinators of Basic Health Care Units to the male population, and the knowledge they have regarding the National Policy of Integrated Health Care for men. The study was conducted in a city of São Paulo state. Methods one and two were quantitative and used secondary data of the Integrated Health Information System (SIMIS, in Portuguese language acronym) of fifteen Units of Primary Health Care. The third method was qualitative, and the Content Analysis was used based on interviews with coordinators of Basic Care Units. Results from the quantitative analyses showed that the higher the absenteeism, the lower the number of non-communicable diseases and the International Classification of Diseases. Moreover, the older the person is, the higher the number of non-communicable diseases and the number of chronic non-communicable diseases. Also, an increase in International Classification of Diseases and number of chronic non-communicable diseases were observed among men with a stable partner. The International Classification of Diseases which had spatial dependence were the neoplasms (colon and prostate cancer) and symptoms, abnormal signs and findings of clinical and laboratory exams not else classified (impaired glucose tolerance) in the urban area. Regarding the results of qualitative methodology, four thematic categories were found as follows: Occasional care (curative) rather than routine care (promotion and prevention);

Nursing perception regarding men's health; Men's health in primary health care services; Male sexuality and the campaign to prevent prostate cancer.

Data found in this study highlight the need for advertising health policies focusing on men's health, and revealing these data so that they could contribute to improve health care assistance. Moreover, the viewpoint of nurses regarding men's health is very important, as these professionals usually know very well their patients, seeing them holistically (biopsychosocially) as a result of the bond and closeness established among them.

Findings of this study are expected to help reorganization of health care rendered to men in the city, as well as public policies target at the real needs of people.

Keywords: Men's health, Primary health care, Geographic mapping.

SUMÁRIO

Apresentação	03
1. Introdução	05
2. Hipóteses	11
3. Objetivos	13
4. Método	15
4.1 Campo da pesquisa e participantes	15
4.2 Procedimentos éticos	16
4.3 Método um	16
4.3.1 Tipo de pesquisa e amostra	16
4.3.2 Variáveis e fonte de dados	18
4.3.3 Coleta de dados e análise estatística	18
4.4 Método dois	19
4.4.1 Tipo de delineamento e amostra	19
4.4.2 Variáveis, amostra e coleta de dados	19
4.4.3 Análise estatística	21
4.5 Método três	24
4.5.1 Tipo de delineamento	24
4.5.2 Coleta de dados e referencial metodológico	24
5. Resultados	28
5.1 Método um	28
5.2 Método dois	31
5.3 Método três	39
5.3.1 Dados de caracterização dos participantes	39
5.3.2 Categorias temáticas	41

5.3.2.1 Atendimento eventual (curativo) em detrimento da rotina (promoção e prevenção)	41
5.3.2.2 A percepção de enfermeiros frente à saúde do homem	41
5.3.2.3 A saúde do homem nos serviços de atenção primária	42
5.3.2.4 Sexualidade masculina e a campanha de prevenção do câncer de próstata	44
6. Discussão	46
6.1 Método um	46
6.2 Método dois	50
6.3 Método três	54
6.3.1 Atendimento eventual (curativo) em detrimento da rotina (promoção e prevenção)	55
6.3.2 A percepção de enfermeiros frente à saúde do homem	56
6.3.3. A saúde do homem nos serviços de atenção primária	56
6.3.4. Sexualidade masculina e a campanha de prevenção do câncer de próstata	60
7. Conclusões e considerações finais	63
8. Referências	67
9. Apêndices	76

APRESENTAÇÃO

Vivenciando a prática como graduanda em enfermagem e, após, como enfermeira residente de um curso voltado para a Estratégia de Saúde da Família, percebi a necessidade de melhorar o atendimento a usuários do gênero masculino, uma vez que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) não foi completamente implementada, sendo, portanto, oferecidas poucas ações que são de direito, já descritas no Plano de Ação Nacional (PAN).

Durante minha formação, na graduação em enfermagem e na residência, pude ter contato com este tema, pois meus trabalhos de Conclusão de Curso, em ambos, foram voltados para a saúde do homem.

Nesta nova etapa de minha formação, como mestranda e enfermeira monitora de uma faculdade de medicina particular, busco aprofundar e ampliar meus conhecimentos sobre a Saúde do Homem, com o intuito de disseminar tais conhecimentos para as novas gerações de profissionais de saúde, na tentativa de que os olhares se voltem e se ampliem para essa parcela da população.

A presente pesquisa faz-se importante, pois tem o intuito de conhecer como o homem vem sendo assistido na Atenção Primária à Saúde e de olhar as doenças crônicas em uma perspectiva não só biologicista, mas também associada a fatores econômicos e sociais.

Será de grande valia, também, devido à saúde do homem ter sido recentemente foco das políticas públicas, pelos serviços estarem iniciando a oferta de estratégias para esse público e pela pouca produção científica com abordagem para essa temática, especialmente na atenção básica de saúde.

1. Introdução

1 INTRODUÇÃO

Em trabalho publicado em 2008 pelo Ministério da Saúde (MS), constatou-se que homens rejeitam a possibilidade de adoecer, possivelmente por dificuldade em reconhecer suas necessidades de saúde. Em consequência, apresentam morbimortalidade maior e menor expectativa de vida quando comparados às mulheres¹.

Reconhecido o contexto, o MS criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que tem como desafio a mobilização dos homens brasileiros pela luta e garantia do seu direito social à saúde. Visando tais desafios, a PNAISH alinhou-se à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com as estratégias de humanização e em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), para fortalecer ações e serviços em redes e cuidados da saúde¹.

Assim sendo, o MS veio cumprir seu papel ao formular a Política que deve nortear as ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros¹.

Para auxiliar os gestores estaduais e municipais, nesse processo, criou-se o Plano de Ação Nacional (PAN), com medidas específicas organizadas em nove eixos de ação com objetivos gerais e específicos, metas, ações, indicadores e responsabilidades. São elas: 1) implantação da Política de Saúde do Homem; 2) promoção de saúde; 3) informação e comunicação para sensibilizar os homens e suas famílias, estimulando o autocuidado e hábitos saudáveis; 4) participação, relações institucionais e controle social a fim de potencializar ações voltadas para essa população; 5) implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem, para fortalecer a atenção básica e melhorar o atendimento, a qualidade e resolubilidade dos serviços de saúde; 6) qualificação de profissionais da saúde para o desenvolvimento de estratégias em educação permanente para os trabalhadores do SUS; 7)

avaliação dos insumos, equipamentos e recursos humanos que garantam a adequada atenção à população masculina; 8) sistemas de informação com o objetivo de melhorar e qualificar as informações destinadas a essa população; 9) avaliação do projeto-piloto, por meio de realização de estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações².

No entanto, apesar de já ter sido lançada em 2009, a PNAISH ainda sobrevive com atividades pontuais, como as campanhas de prevenção do câncer de próstata, na maior parte de nosso país.

Observou-se, em estudo realizado em 2010, em uma cidade do interior paulista, a necessidade de se oferecer estratégias de atendimento mais inovadoras, que vejam o homem de forma holística e que consigam estimulá-lo a cuidar de si mesmo, independentemente da faixa etária em que se encontra³. Outra pesquisa apontou que apenas 28,4% dos homens buscaram serviços para realização de exames de rotina e prevenção, enquanto 36,3% dos homens procuraram serviços de saúde predominantemente por motivo de doença⁴.

Essa defasagem no autocuidado, comprovada pelos trabalhos científicos, principalmente com relação à promoção de saúde e prevenção de agravos, reflete, inclusive, nos dados de mortalidade e expectativa de vida masculinas, mostrando considerável disparidade se comparadas com as femininas. De acordo com os dados brutos de 2008 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os homens morrem, na maioria dos casos, mais do que as mulheres, tanto com relação às doenças no geral (neoplasias, transtornos mentais e comportamentais, doenças do aparelho circulatório, respiratório e digestivo) quanto a óbitos por causas externas (afogamento, agressões)⁵.

Estudos demonstram que entre a gama de doenças, as crônicas não-transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude no Brasil e no mundo. As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) compõem um grupo de entidades que se caracterizam por apresentar, de uma forma geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado,

etiologia não elucidada totalmente, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito⁶.

As DCNT, principalmente do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas, diabetes e musculoesqueléticas, são doenças multifatoriais. Estão relacionadas a fatores de riscos não modificáveis, como idade, sexo e raça, e aos modificáveis destacando-se tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, obesidade, dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), consumo excessivo de sal, ingestão insuficiente de frutas e verduras e inatividade física⁷.

Segundo a Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) do MS, a obesidade e o sobrepeso em homens, vem aumentando a cada ano⁸. Além disso, comprovou-se que entre eles, quando comparados às mulheres, há maior percentagem de fumantes, menor frequência de consumo regular de frutas e hortaliças, maior consumo de carnes com gordura, maior frequência de consumo regular de refrigerante e de consumo abusivo de álcool. A inatividade física foi semelhante entre ambos os sexos⁹.

Estima-se que a eliminação dos quatro principais fatores de risco (tabagismo, álcool, inatividade física e alimentação não saudável) poderia prevenir 80% das cardiopatias, dos diabetes tipo II e dos acidentes vasculares encefálicos (AVE)¹⁰, sendo este último, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), dentro do grupo das DCNT, a segunda causa de mortalidade no mundo, chegando à cerca de 4,4 milhões de pessoas, acometendo principalmente indivíduos idosos¹¹⁻¹².

Os determinantes sociais também são considerados fatores para o desenvolvimento das DCNT, como as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, renda e as desigualdades no acesso à informação. Estimativas da OMS apontam que as DCNT são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doença, constituindo um sério problema de saúde pública, tanto

nos países ricos quanto nos de média e baixa renda, agravando as iniquidades e aumentando a sua pobreza⁷.

A contento, faz-se necessário conhecer as características pessoais e socioeconômicas da população masculina para intervir em sua saúde, no escopo da promoção da saúde e prevenção dos agravos.

Além das variáveis sexo e condição socioeconômica, devem-se levar em consideração as diferenças de dados regionais. Essa disparidade de valores se dá, mediante a relação entre os lugares e a produção de doenças resultante de acúmulo de situações históricas, ambientais e sociais^{13,14}. Assim sendo, pressupõe-se que, muito provavelmente, as necessidades de saúde e os tipos de doenças prevalentes são distintos em cada região, devido as suas divergências biopsicossociais, porém, sabe-se que todos os homens moradores das áreas são vistos e tratados da mesma forma, com o mesmo olhar.

Uma das ferramentas mais recentemente utilizada na área da saúde, que contribui para a formulação de hipóteses a respeito da distribuição espacial de agravos à saúde e sua relação com indicadores socioeconômicos é o geoprocessamento.¹⁵

A literatura científica vem recuperando o valor do estudo do espaço, interpretado em sua totalidade, para a análise das necessidades e das desigualdades sociais. Para tanto é necessário partir do pressuposto de que o dinamismo do processo saúde-doença, quando inserido em um agrupamento espacial, possibilita um conhecimento mais adequado da situação, além de contribuir para a organização dos serviços de atenção à saúde.¹⁶⁻¹⁸

Com o intuito de identificar e classificar as regiões dos municípios em situações de maior ou menor vulnerabilidade às quais a população se encontra exposta, a partir de um gradiente das condições socioeconômicas e do perfil demográfico, a Fundação Seade criou o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). Para tal utilizou-se de critérios como renda domiciliar média, renda per capita no domicílio, idade média dos responsáveis pelo domicílio,

mulheres chefes do domicílio e parcela de crianças menores de 6 anos. As regiões foram classificadas em: grupo 1-baixíssima vulnerabilidade, grupo 2-vulnerabilidade muito baixa, grupo 3-vulnerabilidade baixa, grupo 4-vulnerabilidade média para setores urbanos, grupo 5-vulnerabilidade alta para setores urbanos, grupo 6-vulnerabilidade muito alta, grupo 7-vulnerabilidade alta para setores rurais e não classificado¹⁹.

Considerando que diferentes regiões de uma mesma cidade têm carências distintas, relacionadas às questões biológicas, psicológicas, econômicas, sociais, ambientais e culturais que refletem no processo saúde-doença, fica clara a necessidade do mapeamento da cidade, para que as reais necessidades dos homens de cada unidade de saúde sejam evidenciadas.

Portanto, o presente estudo visa o levantamento dos tipos de atendimento mais comumente oferecidos aos homens e/ou solicitados por eles, nas unidades de Atenção Básica (UAB) de uma cidade do interior de São Paulo, voltados especialmente às DCNT, somados as características individuais masculinas, para um maior conhecimento das suas necessidades de saúde (por região/unidade), por meio do geoprocessamento e correlação com VS. Esse conhecimento facilitará futura implantação de intervenções direcionadas, específicas e, conseqüentemente, mais precisas durante o processo de instalação da Saúde do Homem na cidade, o que ajudará no sucesso desse programa, proposto pelo MS.

Diante do exposto, pergunta-se: as faltas em consultas agendadas podem levar ao aumento do número de DCNT? Qual a relação da VS e o número de DCNT? Quais são as propostas implementadas por coordenadores de unidades de Atenção Básica para o atendimento da população masculina e o conhecimento que dispõem sobre a PNAISH?

Perante as duas primeiras inquietações que demandam pesquisas de abordagens quantitativas presumiu-se duas hipóteses a serem testadas.

2. Hipótesis

2 HIPÓTESES

Hipótese 1: Há relação entre percentagem de falta nos atendimentos agendados e o número de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT).

Hipótese 2: Há relação entre distribuição espacial das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) em homens e a distribuição espacial da vulnerabilidade social (VS).

3. Objetivos

3 OBJETIVOS

- 3.1** Avaliar a relação entre o absenteísmo em consultas agendadas e o número de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT);
- 3.2** Averiguar a relação entre distribuição espacial das DCNT e VS;
- 3.3** Conhecer as propostas implementadas por coordenadores de unidades de Atenção Básica (UAB) para o atendimento da população masculina e o conhecimento que dispõem sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

4. Método

4 MÉTODO

Trata-se de projeto de pesquisa de abordagem mista sequencial, caracterizado por delineamento no qual os resultados de um tipo de método de coleta de dados são seguidos de outro, visando a integração dos mesmos. É por esta razão que neste estudo optou-se por multimétodos.²⁰

4.1 Campo da pesquisa e participantes

O estudo foi realizado em Botucatu, município do interior do Estado de São Paulo que integra o Departamento Regional de Saúde (DRS) de Bauru, com aproximadamente 130.000 habitantes e cuja Atenção Básica possui um Centro de Saúde Escola, subdividido em duas unidades básicas de saúde, três Policlínicas, três Unidades Básicas de Saúde e onze Unidades de Saúde da Família constituídas por quatorze equipes que atuam na Estratégia Saúde da Família.

A análise das condições de vida de seus habitantes mostrou que a renda domiciliar média, em 2010, era de R\$2.786, sendo que em 12,4% dos domicílios não ultrapassava meio salário mínimo per capita. Em relação aos indicadores demográficos, a idade média dos chefes de domicílio era de 48 anos e aqueles com menos de 30 anos representavam 13,2% do total. Dentre as mulheres responsáveis pelo domicílio 12,7% tinham até 30 anos e a parcela de crianças com menos de seis anos equivalia a 7,7% do total da população¹⁹.

Com relação às unidades de saúde, das dezenove existentes no município do estudo, quinze fizeram parte da amostra, sendo duas delas localizadas em distritos de zona rural pertencentes a tal município (Vitoriana e César Neto). Os critérios de inclusão foram o serviço ter utilizado o programa chamado SIMIS como sistema de informação municipal, no período delimitado e, em 2011, ter completado, no mínimo, três anos de funcionamento, pois é tempo suficiente para realização da territorialização, definição de demanda e área de abrangência e

conhecer os usuários e seu histórico biopsicossocial. Portanto, devido aos critérios, foram excluídas três unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Para o desenvolvimento dos métodos um e dois, usuários do sexo masculino com dezoito anos ou mais, que foram atendidos nos serviços de saúde, no período de Janeiro a Dezembro de 2011 constituíram-se como participantes desse estudo, através da análise de seus prontuários. A escolha de tal período justificou-se para evitar duplicação ou perda de dados, pois 2011 foi o último ano no qual havia apenas um sistema de informação ativo e já implantado há anos. A partir do ano de 2012 foi inserido um novo sistema de informação, que ainda passa por manutenção.

Para o método três, os participantes foram os coordenadores das unidades de saúde a serem estudadas, que aceitaram participar do estudo.

4.2 Procedimentos éticos

Para esta pesquisa foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde que, junto com o projeto, foi enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu, de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, para sua apreciação. Essa pesquisa foi aprovada pelo CEP-Unesp, em 06/05/2013, CAAE 15197913.4.0000.5411, parecer número 264.270.

4.3 Método um

4.3.1 Tipo de pesquisa e amostra

Trata-se de delineamento transversal, visando testar a hipótese 1 (Há relação entre percentagem de falta nos atendimentos agendados e o número de doenças crônicas).

A amostra foi determinada por cálculo estatístico, prevendo 262 usuários do sexo masculino com dezoito anos ou mais, que foram atendidos nos serviços de saúde no período de Janeiro a Dezembro de 2011. A escolha de tal período justificou-se para evitar duplicação ou perda de dados, visto que o sistema de informação foi trocado em 2012.

Supôs-se existir uma relação positiva entre o percentual de falta em atendimentos agendados e o total de DCNT e que esta relação foi traduzida por uma correlação linear de Pearson igual a 0,70. Porém, para efeito de cálculo, propôs-se uma correlação igual a 0,05, visto que houve capacidade operacional para a coleta de mais prontuários do que o número que seria preciso investigar se o tamanho da amostra fosse estimado supondo correlação igual a 0,70.

Limitando os erros tipo I e II em, no máximo, 0,05 para ambos e supondo que a distribuição de probabilidades das variáveis envolvidas na correlação seja simétrica o suficiente para o uso do coeficiente de Pearson, então o número mínimo de sujeitos deve ser 262. Estes sujeitos foram selecionados aleatoriamente, por sorteio utilizando-se o software R versão 2.11.0, em cada UAB proporcionalmente, tendo como base a frequência de sujeitos atendidos, por cada centro, no ano de 2011 (coluna “peso”, Tabela 1). O total de sujeitos que foram selecionados em cada UAB é mostrado na Tabela 1.

Tabela 1. Frequência relativa de atendimentos, por Unidade de Atenção Básica (UAB) e número de sujeitos que foram selecionados aleatoriamente em cada UAB.

UAB	Pacientes atendidos em 2011	Peso	n/UAB*
Cohab	1265	0,077598	20
Vila Jardim	959	0,058827	15
Aeroporto	1030	0,063182	17
CSE/UVL	2735	0,167771	44
CSE/UVF	1427	0,087535	23
Vitoriana	586	0,035947	9
Jardim Iolanda	619	0,037971	10
Cecap	1494	0,091645	24
S Lucio	671	0,041161	11
Marajoara	644	0,039504	10
Sta Elisa	487	0,029874	8
Rubião	1046	0,064164	17
CSI	1842	0,112992	30
Peabiru	1367	0,083855	22
Cesar Neto	130	0,007974	2
Total	16302	1,000000	262

*n/UAB = Número de prontuários que foram selecionados em cada UAB

4.3.2 Variáveis e fonte de dados

Foram utilizadas variáveis de caracterização de amostra, tais como: idade do usuário (em anos), estado civil, ocupação e escolaridade. As variáveis de percentual de falta entre os atendimentos agendados em 2011 e o total de DCNT foram empregadas para testar a hipótese 1.

As variáveis de caracterização da amostra foram observadas nos prontuários das UAB e registradas no protocolo de pesquisa (Apêndice I). O percentual de falta entre os atendimentos agendados em 2011 (PFalta) foi definido como:

$$PFalta = \frac{N^{\circ} \text{ faltas em atendimentos agendados em 2011}}{N^{\circ} \text{ atendimentos agendados (2011)}} \times 100\%$$

4.3.3 Coleta de dados e análise estatística

A relação entre o percentual de falta nos atendimentos agendados e o total de DCNT foi estimada pelo coeficiente de correlação linear de Pearson.

A coleta dos dados foi realizada de Junho a Agosto de 2013, utilizando-se o prontuário como fonte de dados e estes estão descritos no Apêndice I. A partir deles, foi possível correlacionar os números de faltas nos atendimentos agendados vs. números de DCNT. Adicionalmente, os dados permitiram a correlação entre a situação de saúde vs. as características pessoais e socioeconômicas da população masculina com a região em que vivem, por meio de análises espaciais de distribuição.

4.4 Método dois

4.4.1 Tipo de delineamento e amostra

Trata-se de delineamento transversal com uso do geoprocessamento como ferramenta para testar a hipótese 2, presumindo relação entre distribuição espacial das DCNT em homens e a distribuição espacial da VS.

4.4.2 Variáveis, amostra e coleta de dados

Considerando a hipótese 2, no período de Junho a Agosto de 2013, foram coletados nos prontuários dados relativos às variáveis: idade (em anos), estado civil, raça, ocupação, grupo de VS (a qual a localização da residência de cada sujeito do estudo pertence, conforme a divisão definida pela Fundação SEADE, em 2010)¹⁹, endereço completo e DCNT (Apêndice II).

A VS é classificada em 8 grupos: 1- Baixíssima, 2- Muito baixa, 3- Baixa, 4- Média (urbanos), 5- Alta (urbanos), 6- Muito alta (aglomerados subnormais), 7- Alta (rurais) e não classificado¹⁹.

A amostra foi definida a partir da localização geográfica de cada uma das unidades, correlacionada ao mapa de VS¹⁹. Sendo assim, foram coletados dados de 1459 prontuários, pertencentes às unidades, proporcionalmente ao peso de cada uma delas, distribuídas nos

grupos de VS de 2 a 5, sendo: 368 prontuários das UAB localizadas no grupo 2; 328 prontuários das UAB localizadas no grupo 3; 324 prontuários das UAB localizadas no grupo 4; 342 prontuários das UAB localizadas no grupo 5; 97 prontuários da UAB de César Neto (grupo não classificado). Nessas localidades, não havia endereços que se enquadravam na classificação de VS 1 e a região de César Neto não foi classificada pela Fundação SEADE, possivelmente devido a não ter sido estudada por tal Fundação.

O tamanho amostral foi estimado supondo plano amostral “Amostragem Aleatória Simples de população finita”, erro de amostragem igual a 5%, confiança de 95% e supondo que o objetivo de estimar o percentual de pacientes com determinada doença crônica seja igual a 50%. Para sorteio dos prontuários foi utilizado o software R versão 2.11.0 (Tabela 2).

Desse total coletado de 1459 prontuários, foi possível utilizar 1250 (1170 da cidade, 34 da zona rural e 46 do Distrito de Vitoriana) devido à falta de informações, tais como a presença de doenças crônicas, endereço incompleto, as coordenadas e a classificação quanto a VS (exclusão da unidade de César Neto). Com essa perda, houve um aumento do erro amostral em 0,8%, que não comprometeu qualquer estimativa para justificar uma reposição desses 209 prontuários.

Tabela 2. Delimitação da amostra segundo a distribuição de homens atendidos em Unidades de Atenção Básica segundo grupo de vulnerabilidade social. Secretaria Municipal de Saúde, Botucatu, 2011.

Grupo de vulnerabilidade Social	UAB incluídas	N*	n**
Grupo 1			
Grupo 2	Cohab1, CSE/UVL, CSE/UVF, Cecap, CS1	8763	368
Grupo 3	Vila Jardim, Jd. Iolanda, São Lúcio	2249	328
Grupo 4	Jd. Aeroporto, Rubião Jr.	2076	324
Grupo 5	Vitoriana, Pq. Marajoara, Sta. Elisa, Peabiru	3084	342
Grupo 6			
Grupo 7			
Não classificado	César Neto	130	97

*N = Atendimentos em 2011; **n = Tamanho amostral

4.4.3 Análise estatística

Para a análise estatística os dados foram organizados em três planilhas do Programa Excell, de acordo com a distribuição de zonas urbana, rural e Distrito de Vitoriana, tendo por base a Classificação Internacional de Doenças (CID – Tabela 3), as DCNT encontradas nos prontuários e as coordenadas em unidade Universal Transversa de Mercator (UTM), em metros, dos endereços dos domicílios. Estes foram encontrados pelo Programa Google Earth e, em campo, pelo Garmin GPS Map 62S. A partir desses dados, utilizou-se o programa Geostatistics for the Environmental Sciences (GS+), versão 7.0, para gerar os semivariogramas que mostram a medida do grau de dependência espacial entre amostras ao longo de um suporte específico²¹. A partir do resultado desses semivariogramas foi possível determinar a forma de interpolação dos dados, como inverso da distância para as doenças que não tiveram dependência espacial ou krigagem, para aquelas que tiveram dependência espacial.

Após esse procedimento, utilizando a CID, foram gerados os mapas das DCNT, interpolando os dados através da krigagem indicativa, utilizada em métodos não lineares, através da aplicação da função não linear $f(z)=0$ ou 1, ou do inverso da distância. Para tal, foi usado o programa ArcGis, versão 10.1.

Gerados os mapas, a classificação de VS¹⁹ foi posta sobre eles para averiguar a relação entre classificação de VS e a concentração de DCNT.

Tabela 3. Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) classificadas de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID) descritiva e numérica.

CID	CID Descritivo	DCNT
C00-D48	Neoplasias (tumores)	Tumor cerebral, Câncer de próstata, Câncer de cólon
D50-D89	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	Anemia crônica
E00-E90	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	Hipotireoidismo, Obesidade, Sobrepeso (obesidade leve), Diabetes mellitus, Hiperuricemia, Dislipidemia
F00-F99	Transtornos mentais e comportamentais	Déficit cognitivo, Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, Síndrome demencial, Transtorno mental, Transtorno de personalidade e do comportamento do adulto, Transtorno psicótico, Esquizofrenia, Insônia, Transtorno bipolar, Transtorno de humor, Ansiedade generalizada, Transtorno obsessivo compulsivo, Transtorno de pânico, Síndrome de ansiedade, Dificuldade de aprendizagem, Dependência química, Depressão, Tabagismo, Etilismo
G00-G99	Doenças do sistema nervoso	Transtorno epiléptico, Doença degenerativa cerebrovascular, Parkinson, Alzheimer, Apnéia do sono, Polineuropatia, Neuropatia diabética, Neuropatia alcoólica, Síndrome de Melkersson –Rosenthal
H00-H59	Doenças do olho e anexos	Catarata, Glaucoma
H60-H95	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	Labirintite
I00-199	Doenças do aparelho circulatório	Insuficiência cardíaca, Fibrilação atrial crônica, Doença arterial coronariana, Coronariopatia, Cardiomiopatia chagásica crônica, Cardiopatias (bloquetes), Doença arterial obstrutiva periférica, Doença arterial crônica, Obstrução arterial crônica,

J00-J99	Doenças do aparelho respiratório	Insuficiência venosa crônica, Insuficiência venosa periférica, Doença vascular, Trombose venosa profunda, Varizes, Hipertensão arterial, Hipertensão pulmonar
K00-K93	Doenças do aparelho digestivo	Rinite crônica, Sinusite crônica, Enfisema, Asma, Bronquite, Doença pulmonar obstrutiva crônica Síndrome esofágica, Síndrome dispéptica, Doença do refluxo gastroesofágico, Gastrite crônica, Hepatopatia crônica, Constipação intestinal crônica
L00-L99	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Dermatite crônica, Psoríase, Vitiligo
M00-M99	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	Lombalgia, Dorsalgia, Cervicalgia, LER(Lesões por esforço repetitivo), DORT (Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho),Cervicobraquialgia, Lombociatalgia, Artrose, Artrite, Artrite reumatóide, Fibromialgia, Osteoartrite, Osteoartrite, Bursite, Tendinopatia, Miosite, Reumatismo
N00-N99	Doenças do aparelho geniturinário	Insuficiência renal crônica, Nefropatia, Hiperplasia postática benigna
Q00-Q99	Malformações deformidades e cromossômicas	congenitas, Problema congênito na coluna
R00-R99	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	Intolerância à glicose

4.5 Método três

4.5.1. Tipo de delineamento

Foi utilizada abordagem qualitativa para apreender um dos objetivos deste projeto que foi conhecer as propostas implementadas por coordenadores de unidades de Atenção Básica para o atendimento da população masculina e o conhecimento que dispõem sobre o PNAISH.

A pesquisa qualitativa se mostra apropriada para estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões que os seres humanos interpretam sobre como vivem, sentem e pensam²².

Nesse tipo de pesquisa não é possível determinar o número exato de participantes, pois o mesmo será definido a partir do processo de coleta e análise do dados, concomitantemente, até ocorrer a saturação das respostas, como é preconizado para trabalhos nessa linha²³.

4.5.2 Coleta de dados e referencial metodológico

Após lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice IV), foram realizadas entrevistas, no período de Junho a Agosto de 2013, com os coordenadores das unidades de saúde, norteadas por quatro questões abertas que os estimularam a falar sobre as atividades oferecidas aos homens em sua unidade de saúde, assim como demonstrarem o que conheciam sobre a PNAISH (Apêndice III).

A amostra foi constituída a partir da saturação de resposta, situação que foi encontrada depois da entrevista com nove coordenadores das unidades de atenção básica do município de Botucatu, todos graduados em Enfermagem. As entrevistas foram gravadas com o software OpenGL, versão 2.0, da Apple Inc., transcritas na íntegra e analisadas de acordo com o referencial metodológico de Análise de Conteúdo. O tempo de duração das entrevistas foi de 1 hora e 18 minutos e, após a transcrição dos dados, as mesmas foram deletadas.

Este tipo de pesquisa exige uma interação verdadeira entre pesquisador e sujeito da pesquisa, que venha a se desenvolver em um campo limitado, a ser valorizado enquanto possibilidade espacial para que o pesquisador possa recolher as informações por intermédio de discursos provindos dos sujeitos eleitos²². A Análise de Conteúdo, segundo a proposta de Bardin²⁴ é definida como:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens”^{24: 44}

A análise de conteúdo trabalha as palavras e suas significações, procurando conhecer o que está por trás das palavras analisadas. Pode ser dividida em análise dos significados, como é o caso da análise temática, e dedução frequencial. Esta última visa enumerar a frequência de um mesmo signo linguístico (palavra), não se preocupando com o sentido do texto, enquanto que a análise por categorias temáticas busca as significações, desmembrando o texto em unidades de acordo com os temas que emergem do mesmo²⁴. A técnica é constituída por três fases: a pré-análise, a descrição analítica (exploração do material) e a interpretação inferencial (tratamento dos resultados e interpretação)²⁴.

A pré-análise é a fase que compreende a organização do material a ser analisado objetivando torná-lo operacional através da sistematização das ideias iniciais. Para isso deve haver a realização de quatro etapas: (1) a leitura flutuante, que compreende estabelecer contato com os documentos de coleta de dados, momento em que o pesquisador começa a conhecer o texto; (2) a escolha dos documentos, isto é, a seleção do que será analisado; (3) a formulação de hipóteses e objetivos; (4) a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos

documentos de análise.²⁴ Nesta fase, é importante que se atente aos seguintes critérios na seleção dos documentos:

- Exaustividade: atentar para esgotar a totalidade da comunicação;
- Representatividade: os documentos selecionados devem conter informações que representem o universo a ser pesquisado;
- Homogeneidade: os dados devem referir-se ao mesmo tema;
- Pertinência: os documentos precisam ser condizentes aos objetivos da pesquisa.²⁴

A segunda fase é chamada de descrição analítica na qual o material é explorado. Há a definição de categorias, a identificação das unidades de registro e das unidades de contexto. Essa fase torna-se muito importante devido à exploração do material, pois possibilita a riqueza das interpretações e inferências. Além disso, é a fase que diz respeito ao *corpus* (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Sendo assim, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase.²⁴

A última etapa é chamada interpretação inferencial e consiste no tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta etapa ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais. É o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.²⁴

5. Resultados

5 RESULTADOS

5.1 Método um

Foi estudada a relação entre idade do usuário (em anos), estado civil, ocupação e escolaridade e percentil de faltas com o número de CID e número de DCNT.

Da amostra dos 262 prontuários selecionados, 158 foram analisados, pois os outros não tinham nenhuma consulta agendada no período determinado (Tabela 4). Estima-se, então, que o poder de teste foi reduzido de 95% para 80%, valor mínimo geralmente exigido. Isso significa que a probabilidade de cometer o erro de afirmar que não há relação entre o percentual de faltas e o número de DCNT, quando na realidade essa relação existe na população-alvo, é de 20%, no máximo.

Foi encontrado que quanto maior o número de faltas, menor é o número de DCNT e menor a quantidade de CID ($p < 0,01$).

Além disso, quanto maior a idade, maior a quantidade de CID e de DCNT ($p < 0,01$).

Houve maior quantidade de CID e de DCNT entre os homens com companheira (relação estável) ($P < 0,05$).

Com relação à ocupação, não houve diferença significativa entre os ativos e inativos quanto à quantidade de DCNT, nem ao número de CID.

Quanto à escolaridade, não houve diferença significativa entre os que tinham no mínimo ensino médio completo e os que tinham abaixo disso com o número de DCNT e o número de CID. Porém, nos homens com escolaridade mais baixa (abaixo do ensino médio completo) foi observado que o número mediano de DCNT foi o dobro do número de doenças nos usuários com escolaridade mais alta (ensino médio completo ou mais).

Tabela 4. Relação entre idade do usuário (em anos), estado civil, ocupação e escolaridade e percentil de faltas com o número de CID e número de DCNT. Botucatu, 2014.

	Nº de CID		Nº de DCNT	
Idade (anos)	r = 0,46; p < 0,001		r = 0,46; p < 0,001	
Estado civil				
Solteiro (sem companheira) (n=43)	1 (0-5)	p = 0,008	3 (0-9)	p = 0,012
União estável (com companheira) (n=97)	2 (0-5)		4 (0-14)	
Ocupação				
Trabalha (n=32)	1 (0-4)	p = 0,277	2 (0-10)	p = 0,363
Não trabalha (n=18)	1,5 (0-4)		3 (0-9)	
Com no mínimo o ensino médio completo				
Não (n=97)	2 (0-5)	p = 0,142	4 (0-14)	p = 0,071
Sim (n=29)	1 (0-4)		2 (0-8)	
% de faltas	r = -0,22; p = 0,005		r = -0,21; p = 0,006	

Após esses primeiros resultados, decidiu-se investigar se a relação de falta com o número de DCNT e com a quantidade de CID está relacionada com os estratos (idade, estado civil, ocupação e escolaridade). Para tal, foi feita a Correlação de Spearman corrigida pela idade e estratificada pelo estado civil, ocupação e escolaridade (Tabela 5).

Tabela 5. Correlação de Spearman entre percentil de falta com o número de CID e com o número de DCNT, corrigida pela idade e estratificada pelo estado civil, pela ocupação e pela escolaridade. Botucatu, 2014.

	Nº de CID	Nº de DCNT
Idade (anos)	$r = -0,13; p > 0,05$	$r = -0,12; p > 0,05$
Estado civil		
Solteiro (sem companheira) (n=43)	$r = -0,02; p = 0,864$	$r = -0,01; p = 0,934$
União estável (com companheira) (n=97)	$r = -0,22; p = 0,025$	$r = -0,02; p = 0,029$
Ocupação		
Trabalha (n=32)	$r = -0,18; p = 0,315$	$r = -0,14; p = 0,424$
Não trabalha (n=18)	$r = -0,44; p = 0,062$	$r = -0,38; p = 0,114$
Com no mínimo o ensino médio completo		
Não (n=97)	$r = -0,31; p = 0,002$	$r = -0,31; p = 0,002$
Sim (n=29)	$r = -0,07; p = 0,711$	$r = -0,01; p = 0,932$

Percebeu-se que independente da idade não houve relação entre porcentagem de falta e CID, nem a porcentagem de falta e o número de DCNT.

Quanto ao estado civil, entre os homens sem companheira, não houve relação entre porcentagem de falta e a quantidade de CID nem com o número de DCNT. Porém, houve relação entre a porcentagem de falta e quantidade de CID nos homens com companheira, sendo que quanto maior a porcentagem de faltas, menor o número de DCNT e a quantidade de CID.

Com relação a ocupação, tanto nos ativos como nos inativos não houve relação entre falta e quantidade de CID, nem falta com o número de DCNT.

Referindo-se à escolaridade, aqueles com maior escolaridade (no mínimo com ensino médio completo) não houve relação entre falta e quantidade de CID, nem falta com o número de DCNT. Porém, entre aqueles com menor escolaridade (abaixo do ensino médio), quanto maior a porcentagem de faltas, menor a quantidade de CID e menor o número DCNT.

Frente ao resultado sobre o estado civil, encontrado na Tabela 4, decidiu-se verificar se o fator que mais interfere nas DCNT é o estado civil ou a idade. De acordo com os dados coletados, usuários que vivem sob união estável são mais velhos (União Estável=53(18-84) vs Solteiros=57(31-93); $p=0,008$, teste de Mann-Whitney) (Resultados em mediana(mínimo-maximo)).

Além disso, decidiu-se verificar em qual estado civil a correlação entre idade e DCNT é mais forte. Através da correlação de Spearman obteve-se os resultados de acordo com a Tabela 6.

Pode-se concluir que a correlação entre idade e DCNT é mais forte entre os solteiros, visto que os valores de r das correlações são maiores e os p -valores são menores neste estrato.

Tabela 6. Correlação de Spearman entre idade com o número de CID e com o número de DCNT, estratificada pelo estado civil. Botucatu, 2014.

	Nº de DCNT	Nº de CID
Estado civil		
Solteiro (sem companheira) (n=43)	$r=0,58$ $p<0,001$	$r=0,60$ $p<0,001$
União estável (com companheira) (n=97)	$r=0,28$ $p=0,005$	$r=0,27$ $p=0,007$

5.2 Método dois

As CID que tiveram dependência espacial foram as de neoplasias (Câncer de cólon e de próstata) e sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (intolerância à glicose), na zona urbana.

Segue abaixo, a tabela 7 com os resultados encontrados no mapa 1.

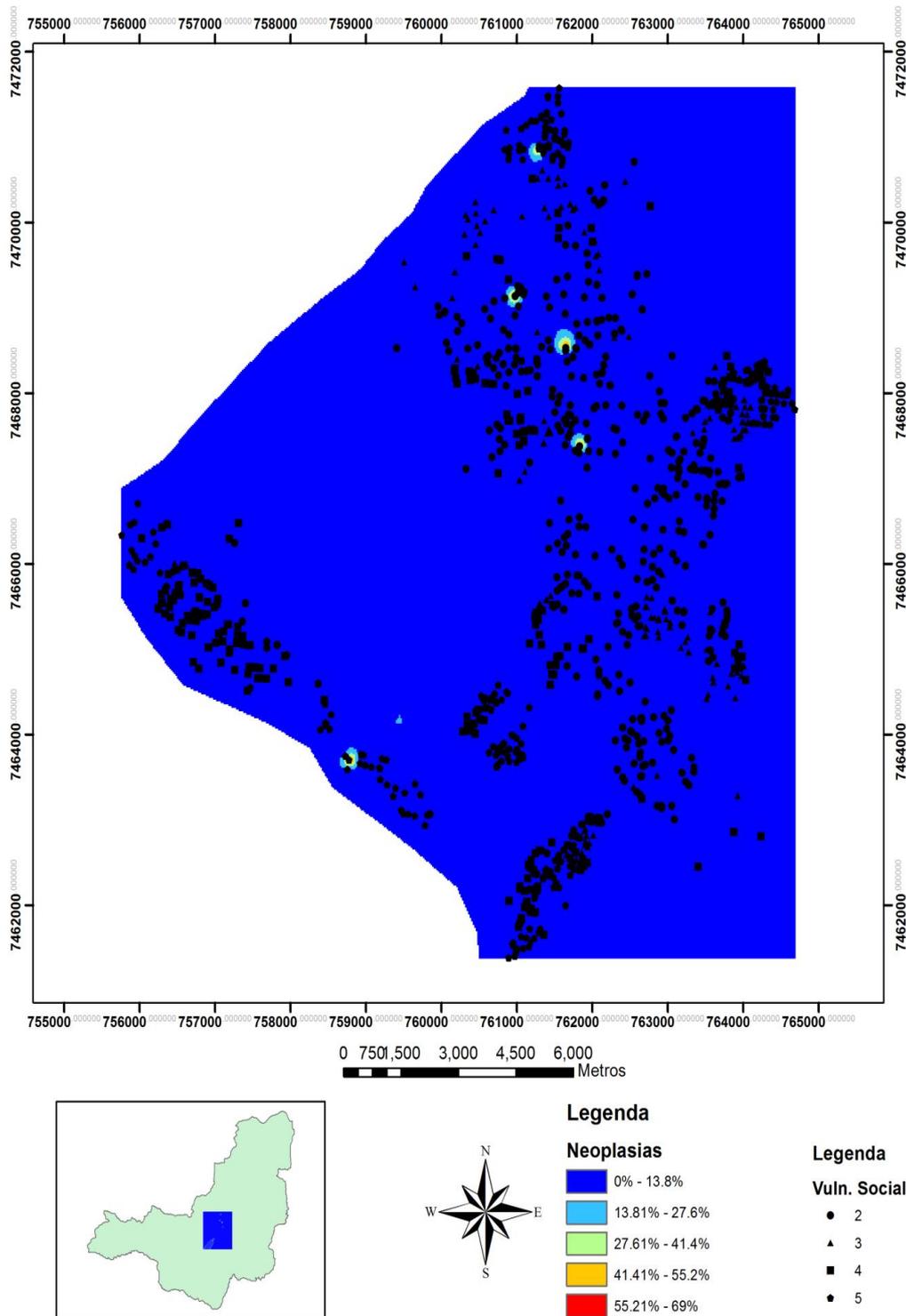
Tabela 7. Caracterização dos indivíduos quanto à idade e vulnerabilidade social (VS) dos casos de neoplasia, na zona urbana. Botucatu, 2014.

Indivíduo	Idade (anos)	Tipo de Neoplasia	Classificação quanto à VS
1	60	Câncer de cólon	2
2	79	Câncer de próstata	2
3	63	Câncer de próstata	5
4	84	Câncer de próstata	2
5	53	Câncer de próstata	5

No mapa 1, nas regiões coloridas em vermelho, há de 55,21% a 69% de probabilidade de encontrar homens com diagnóstico de neoplasia (região norte do município-Vila Nova Botucatu, Vila dos Lavradores e Jardim Monte Mor; região central do município-Vila São Lúcio; região oeste do município-Jardim Santa Elisa).

As figuras geométricas significam a classificação de VS, definida a partir da localização da residência dos usuários. O círculo significa VS 2 (menos vulnerável), o triângulo VS 3, o quadrado VS 4 e o pentágono VS 5 (mais vulnerável).

Mapa 1-Probabilidade de homens com neoplasias, na zona urbana do município de Botucatu, associada à vulnerabilidade social.



Segue abaixo, a tabela 8 com os resultados encontrados no mapa 2.

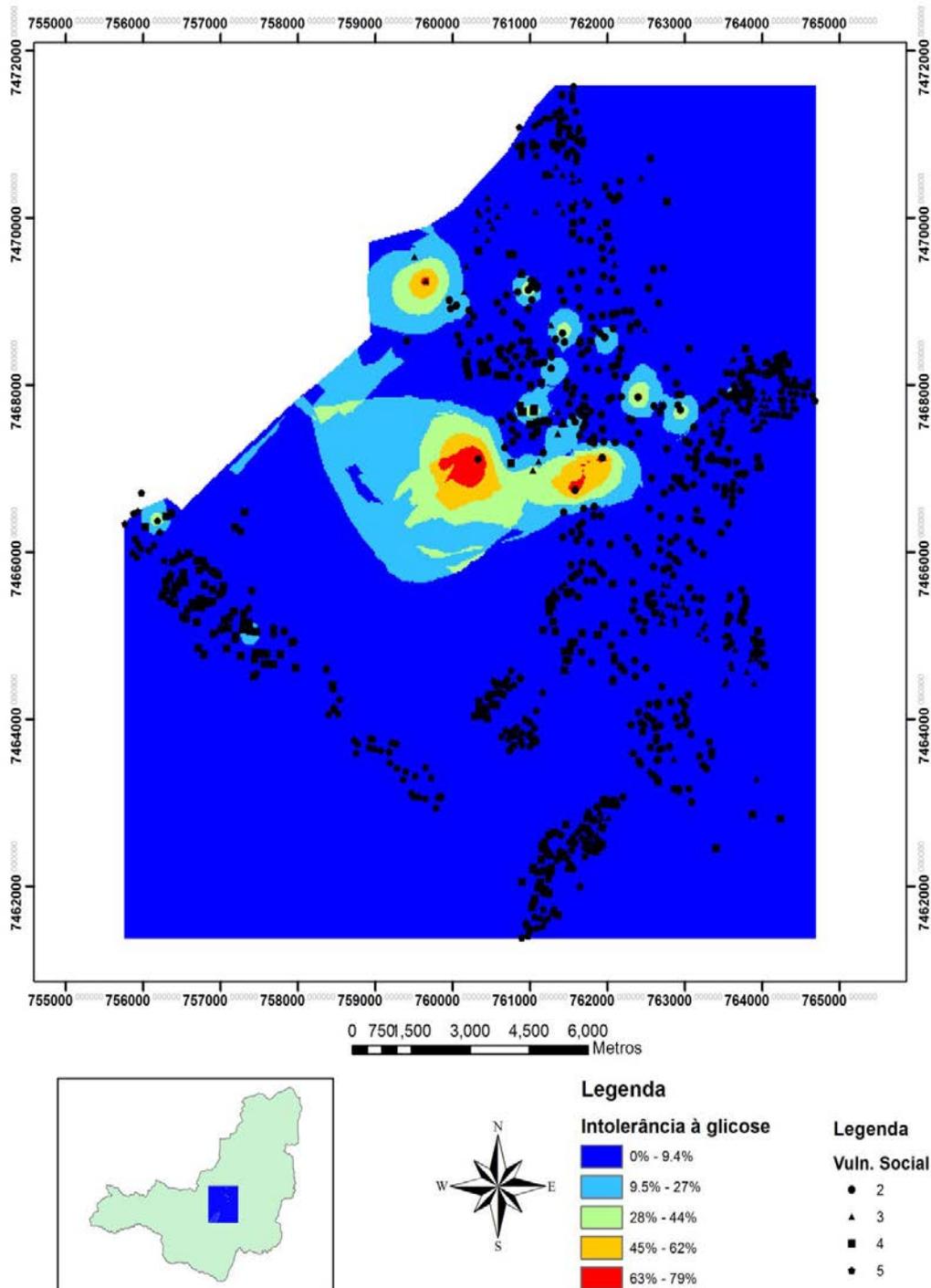
Tabela 8. Caracterização dos indivíduos quanto à idade e vulnerabilidade social (VS) dos casos de intolerância à glicose, na zona urbana. Botucatu, 2014.

Indivíduo	Idade (anos)	Classificação quanto à VS
1	57	2
2	Sem informação	2
3	83	2
4	59	2
5	60	2
6	71	2
7	55	2
8	66	2
9	77	2
10	83	4
11	72	2
12	59	3
13	68	2
14	53	4
15	51	3
16	Sem informação	4
17	55	2
18	61	3
19	48	2
20	65	4
21	Sem informação	5

No mapa 2, nas regiões coloridas em vermelho, há de 63% a 79% de probabilidade de encontrar homens com diagnóstico de intolerância à glicose (região norte do município-Vila Nova Botucatu, Vila dos Lavradores, Vila Antártica, Jardim Continental e Vila Ferroviária; região central do município- Centro, Vila São Lúcio, Jardim Dona Carolina, Vila São Luiz, Jardim Bom Pastor, Recanto Azul e Vila Aparecida; região leste do município: Jardim Peabiru; região oeste do município-Jardim Botucatu e Rubião Junior).

As figuras geométricas significam a classificação de VS, definida a partir da localização da residência dos usuários. O círculo significa VS 2 (menos vulnerável), o triângulo VS 3, o quadrado VS 4 e o pentágono VS 5 (mais vulnerável).

Mapa 2-Probabilidade de homens com intolerância à glicose, na zona urbana do município de Botucatu, associada à vulnerabilidade social.



A partir dos resultados encontrados, decidiu-se averiguar se a probabilidade de encontrar usuários com tais DCNT estaria associada com a idade. Para isso, realizou-se a Correlação de Person e obteve-se os resultados de acordo com a Tabela 9.

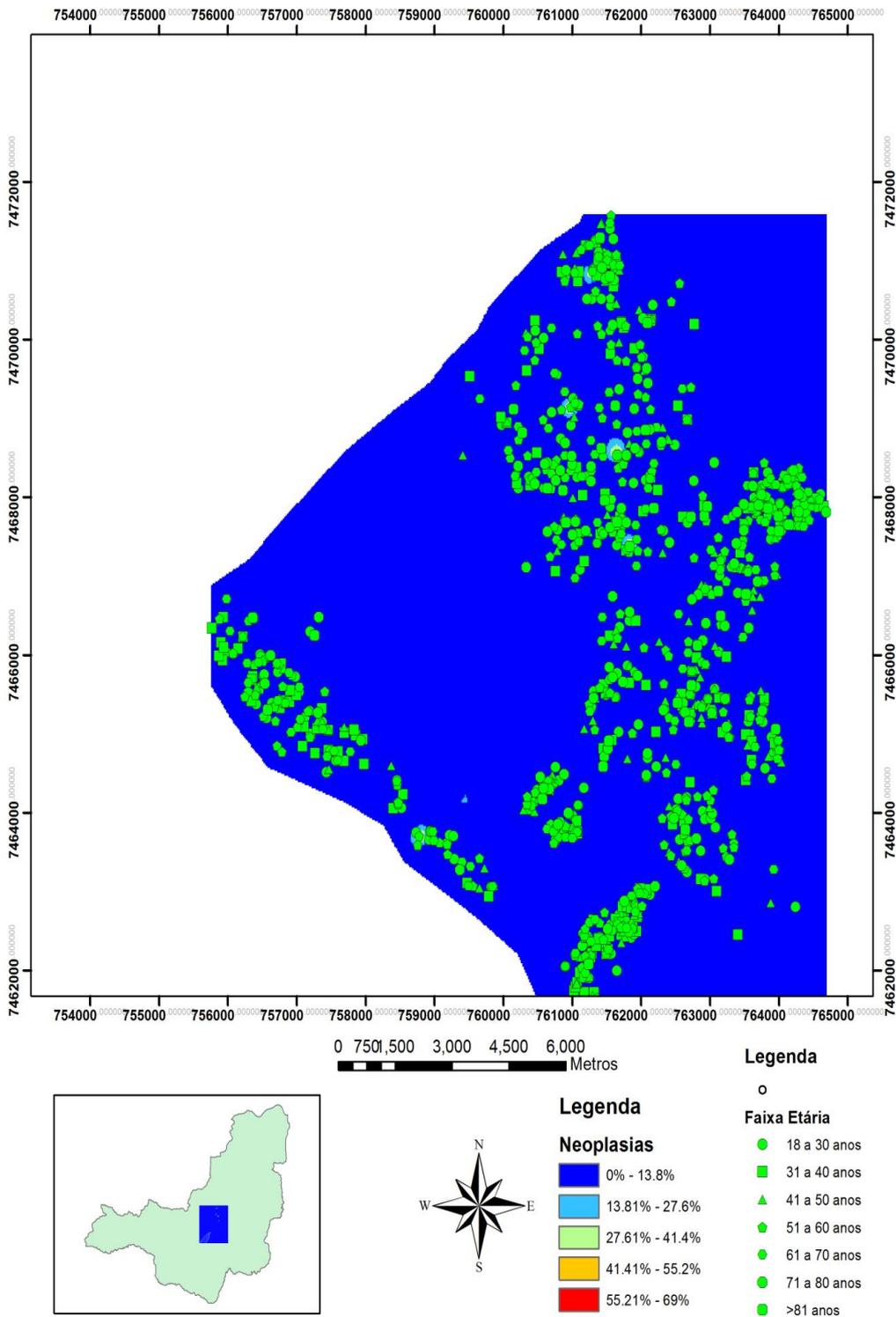
Percebe-se que há uma correlação muito baixa entre idade e neoplasia e idade e intolerância à glicose, porém tais correlações são significativas.

Tabela 9. Correlação de Person entre idade (em anos) e CID de Neoplasias e CID de Intolerância à glicose, na zona urbana. Botucatu, 2014.

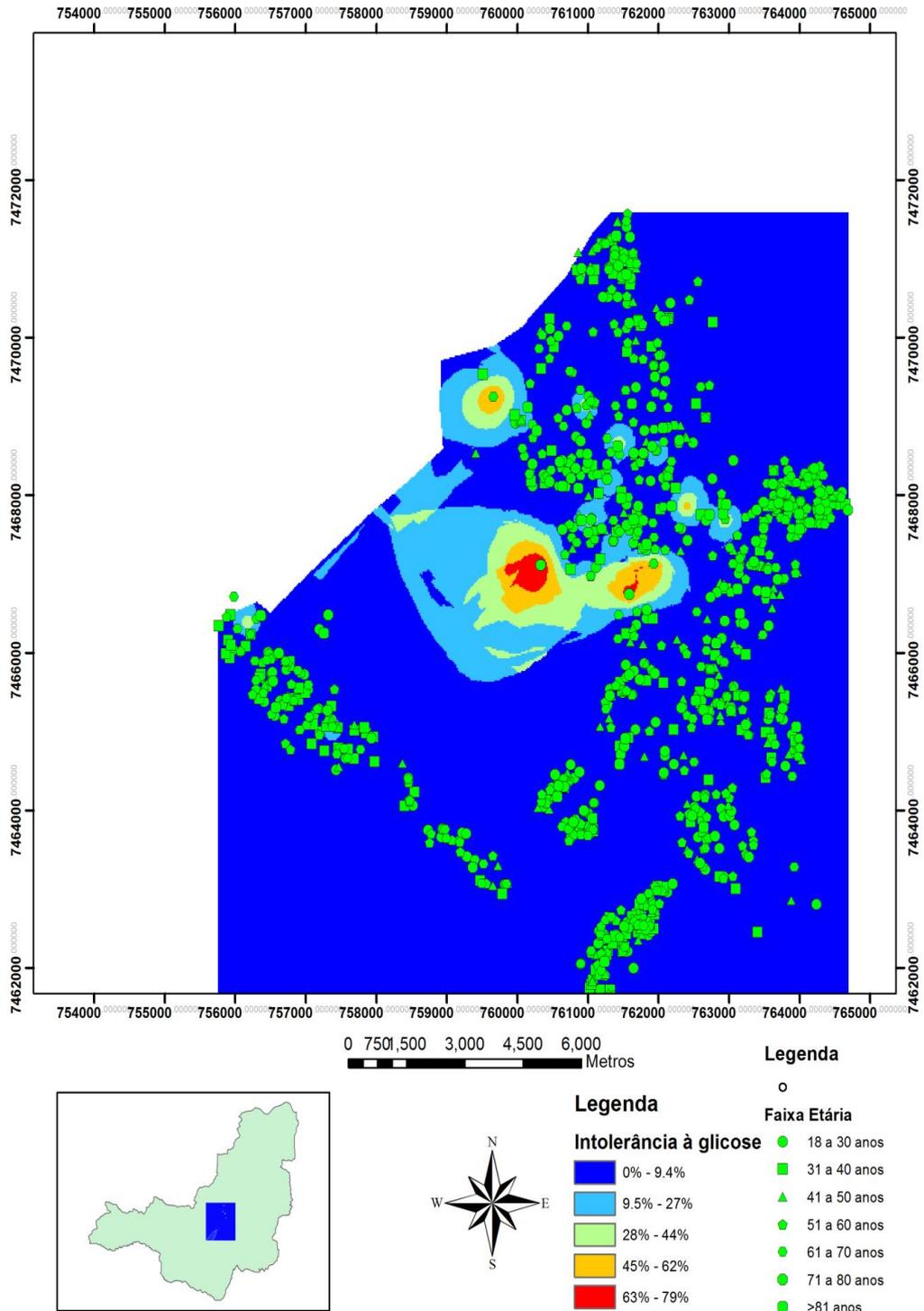
	CID Neoplasias	CID Intolerância à glicose
Idade (anos)	$r = 0,071; p = 0,016$	$r = 0,103; p < 0,01$

Os mapas 3 e 4 mostram a correlação entre idade e neoplasias e idade e intolerância à glicose, respectivamente, sendo as figuras geométricas, em verde, a faixa etária a qual cada um dos usuários pertencem.

Mapa 3-Correlação entre idade e probabilidade de homens com neoplasia, na zona urbana do município de Botucatu.



Mapa 4-Correlação entre idade e probabilidade de homens com intolerância à glicose, na zona urbana do município de Botucatu.



5.3 Método três

Nesta etapa estão apresentados os dados qualitativos desta pesquisa.

5.3.1 Dados de caracterização dos participantes

Foram entrevistados nove coordenadores de unidades básicas de saúde e os dados de caracterização estão demonstrados na tabela 10.

Tabela 10. Caracterização dos enfermeiros entrevistados quanto a dados pessoais, acadêmicos e profissionais, Botucatu, 2014.

Entrevistado	Sexo	Idade (anos)	Tempo de formado	Tipo de Faculdade	Tempo de trabalho em atenção básica	Tempo de trabalho na unidade atual	Pós-graduação (stricto e/ou lato sensu)
Enfermeiro 1	Feminino	28	6 anos	Pública	2 anos	2 anos	Residência em Saúde da Criança e Mestrado Profissional em andamento
Enfermeiro 2	Feminino	28	5 anos	Pública	3 anos e meio	3 anos e meio	Aprimoramento em Saúde Pública e Especialização em urgência e emergência
Enfermeiro 3	Masculino	29	4 anos	Pública	3 anos	2 anos	Especialização em cuidado em pré-natal e Mestrado em andamento
Enfermeiro 4	Feminino	29	6 anos	Pública	3 anos	2 anos e 9 meses	Residência em Saúde da Família e Mestrado Profissional em andamento
Enfermeiro 5	Feminino	30	6 anos	Pública	2 anos e 10 meses	2 anos e 4 meses	Residência em Saúde da Família, Especialização em docência para curso superior e Mestrado
Enfermeiro 6	Feminino	31	8 anos	Pública	8 anos	5 anos	Especialização em gerenciamento de serviços de saúde e gestão em saúde, Residência em Saúde da Família e Mestrado Profissional em andamento
Enfermeiro 7	Feminino	31	8 anos	Pública	8 anos	3 anos	Especialização em gestão em saúde e Residência em Saúde da Família
Enfermeiro 8	Feminino	32	6 anos	Particular	10 anos (4 anos como auxiliar de enfermagem)	5 anos	Especialização em formação pedagógica para docência, gestão em saúde e em Saúde da Família
Enfermeiro 9	Feminino	33	7 anos	Particular	6 anos	4 anos	Especialização em Saúde Pública

5.3.2 Categorias Temáticas

Após a exploração, análise e organização dos dados das entrevistas (Apêndice V) obtiveram-se quatro categorias temáticas: 1- Atendimento eventual (curativo) em detrimento da rotina (promoção e prevenção); 2- A percepção de enfermeiros frente à saúde do homem; 3- A saúde do homem nos serviços de atenção primária; 4- Sexualidade masculina e a campanha de prevenção do câncer de próstata. A seguir estão os discursos selecionados de acordo com as categorias temáticas.

5.3.2.1 Atendimento eventual (curativo) em detrimento da rotina (promoção e prevenção)

Apesar dos homens procurarem bastante a unidade pro atendimento eventual a gente fica um pouco limitado, às vezes em prestar atendimento, em passar algumas orientações, porque são questões bem particulares.[...]As consultas agendadas o homem não se inclui porque a gente tem dado prioridade pra gestante e puericultura, o atendimento de gestante e puericultura. Então o homem acaba não sendo um grupo que hoje na unidade a gente tem atendido. A não ser que ele procure a unidade por demanda espontânea mesmo, aí já com alguma queixa.(E1)

Então, quando eles procuram a unidade, os homens mais jovens, eles procuram em casos agudos, mesmo. Por uma gripe, um problema osteomuscular[...] E a gente sempre orienta e vê que esses pacientes não voltam pra agendar consulta. Eles não perdem dia de trabalho pra se cuidar. Eles não percebem a necessidade da prevenção. [...] A população mais velha, que às vezes tem algum problema crônico, uma hipertensão, diabetes, que eles vêm pra unidade, eu acho que comparativamente ao sexo feminino é bem menor. E às vezes não fazem o seguimento adequado, só deixam pra começar o tratamento quando percebem que não tem mais jeito mesmo, não dá pra voltar atrás.(E2)

Eu acho que usuários do sexo masculino são mais difíceis de vir até a unidade. A grande maioria procura mais quando tá precisando muito mesmo. Espera chegar no último minuto pra poder vir.(E4)

5.3.2.2 A percepção de enfermeiros frente à saúde do homem

... a gente fica um pouco limitado, às vezes em prestar atendimento, em passar algumas orientações, porque são questões bem particulares. E, às vezes, quando se trata de alguma coisa que com a mulher a gente tem mais liberdade em relação à saúde da mulher, fazer o papanicolaou, fazer orientações, com o homem eu, pelo menos aqui, não me sinto à vontade e também sinto que não tenho o conhecimento que eu tenho como na saúde da mulher.[...]Então, a

questão do exame de próstata. Esse tipo de coisa é claro que é um exame específico que é do médico, mas até mesmo as orientações, tudo fica bastante limitada pra mim aqui na unidade. É sempre mais voltado pro médico mesmo (E1)

Mas eu acho que é um público de mais difícil acesso, porque eles acabam não procurando tanto a unidade como as mulheres procuram.(E2)

Não tenho tido muita dificuldade de trabalhar com eles. É um ou outro que às vezes dá mais trabalho, que não aceita orientações e acha que não, como que eu posso dizer, ah que não vai acontecer nada.(E4)

...muito difícil trabalhar com a saúde do homem na unidade de saúde da família, porque, geralmente, eles trabalham. (E5)

5.3.2.3- A saúde do homem nos serviços de atenção primária

...do tempo que estou aqui nunca vivenciei nenhum planejamento específico em relação a saúde do homem.[...]Eu acho que a gente tem uma população masculina, principalmente masculina, de etilistas, que eu acho que isso poderia ser abordado em algum momento, ter um trabalho específico pra isso.[...]A questão da violência... Também trabalhar essa questão talvez fosse interessante.[...]Desconheço. Não conheço nada. Nunca ouvi, pra ser sincera eu nem sabia que existia uma política em relação a saúde do homem.(E1)

Eu acho que a gente não tem nada específico, voltado para o homem. Eu acho que ele acaba se inserindo nas atividades para o público em geral. [...]Eu acho que ainda tem aquela visão de que o homem é o provedor da casa. Ele tem que trabalhar e só. O resto, assim, cuidar da casa, cuidar dos filhos, se preocupar com a saúde, é questão da mulher, mesmo. Acho que essa fragilidade acontece pelos dois lados. Do lado dessa visão do homem, mas também do serviço de não estar preparado pra receber o homem, pra poder acolher as necessidades dele e ter esse olhar diferenciado.[...]No caso das mulheres, elas vem pra procurar, ah eu queria agendar uma consulta pra fazer o papanicolaou. O homem não, ele não tem essa procura. Todos os homens que são convocados pra campanha, são através das agente comunitárias que puxam pelo cadastro, aqueles que têm mais de quarenta anos, e fazem a convocação. A gente sempre tenta convocar mais de uma vez.[...]Olha, eu nunca li a Política de Saúde do Homem, nem nos foi apresentada também. Já ouvi falar que existe, mas falar pra você que eu já peguei, já li e sei o que ela propõe, eu vou tá mentindo.[...]Então, até partindo da gestão, mesmo, nunca se teve, nunca percebi uma preocupação da gestão em se falando em política do homem. Nunca nos foi apresentado.(E2)

Bom, aqui na [nome da unidade de saúde], hoje como enfermeira, a minha experiência é somente com homens em eventuais.[...]Jo que a gente mais é cobrado é em outras saúdes. Hipertenso, diabético, pré-natal, sífilis na gestação, mas a gente não é cobrado tanto, hoje, em relação a indicadores, a política do homem.[...]A gente tem uma lista de espera de mais de noventa nomes e quando a gente faz, eles vêm todos. Eles vêm mais do que as mulheres nas campanhas.(E3)

Quando eu assumi, então nós abrimos a agenda pra saúde do homem, mas no sentido não só do homem, mas dos pacientes crônicos. A única coisa que a gente faz mais especificamente é a campanha de próstata. Questão de saúde no trabalho, assim também do trabalhador, que eu acho que pega bastante a área deles.(E4)

Os homens ainda são vistos como o adulto generalizado.[...]Eu acho que talvez precisasse mudar muito mais a base desses indivíduos que se tornaram adultos, homens. Então talvez trabalhar um pouco mais com a questão nas escolas.[...]Em alguns momentos eu acho que tem que mudar um pouco mais também na própria formação na graduação. Eu falo por mim mesmo. A gente vê muito pouco de saúde do homem, a gente praticamente não vê.[...]Do programa de saúde do homem?Eu sei que é recente, sei que nada acontece, que é mais um programa que existe pra falar que existe, que nosso município não tem incentivo algum, pelo menos nunca me chegou nada via Secretaria de Saúde. Então , não tem nenhum posto que atua segundo o programa...O homem não é visto, mas acho que não é só essa questão de que o homem trabalha, porque o posto fecha às cinco. Eu acho que também a própria forma como foi se estruturando os programas, e não os protocolos, os programas do Ministério da Saúde, não prioriza a atenção e o cuidado ao homem. E aí, o município ou uma unidade fazer isso sozinha é muito difícil.(E5)

... porque eu acho que a mulher a gente tem muito mais experiência, a gente convive mais fácil[...]a gente seleciona todos os prontuários e a gente convoca todos os hipertensos e diabéticos. Então, a gente não propriamente espera a vinda deles, a gente faz essa busca ativa.[...]A gente tenta, às vezes, trabalhar com a esposa. A esposa, às vezes, é uma arma pra buscar e trazer esse homem.(E6)

Na verdade, acho que eu não tenho muita experiência em trabalhar com usuários do sexo masculino.[...]A não ser as campanhas de próstatas que nós temos. Aí, nessas campanhas, pontualmente, a gente faz algum trabalho. Uma sala de espera, fala sobre sexualidade, sobre DST's, mas é só isso, assim, uma coisa bem pontual... Mas, voltado, específico para a clientela masculina, não tem nada, assim, só pontual, as campanhas.[...]Então, acho que, talvez, valeria a pena um grupo pra homens sobre sexualidade, doença é..DST's.[...]Mas eu não sei muito sobre a política de saúde saúde do homem. Eu acho que nós nunca tivemos nem treinamento, nem aprendemos isso na nossa formação... Então a gente fica parece que deixado meio que de escanteio. Então nós... eu nunca tive contato com nenhum... nem, não sei se tem portaria de saúde do homem, então eu não tenho muita experiência não.(E7)

Talvez o horário de atendimento seria uma possibilidade mais voltada pro serviço mesmo...eu acho que o atendimento é uma possibilidade que como a classe trabalhadora, eles não conseguem tá vindo aqui na unidade, no horário habitual nosso até às cinco horas da tarde. A unidade aqui, ela fecha quatro e meia da tarde. Então é muito difícil pra eles.[...]Eu acho que é uma coisa que ainda tá muito longe da gente conseguir implementar aqui na unidade.(E8)

... fazer campanhas em empresas, em locais de trabalho. Acho que seria algo que surgiria algum efeito ... uma das formas de trabalhar seria em sala de espera. Um pouquinho aqui, um pouquinho ali, as orientações vão se propagando e vai aumentando o olhar desse público que não procura.(E9)

5.3.2.4 Sexualidade masculina e a campanha de prevenção do câncer de próstata

Mas também a gente não faz nada preventivo. Porque a gente pensa que homem só é próstata. Mas tem as outras questões em relação a saúde de uma maneira geral que acaba ficando por desejar mesmo na unidade... Até as campanhas que antes a gente fazia, como eu falei que era fora do horário que a equipe não tinha um grande envolvimento, mesmo essas campanhas a gente não tem feito.[...]E a gente poderia até pensar em atividades antes de chegar a idade preconizada, no sentido de orientar porque eles têm muito preconceito mesmo. Quem faz são sempre os mesmos homens. Eles acham que fazendo o exame de sangue, o PSA, ele exclui o exame de próstata. Então, criar mesmo um ambiente, um momento, enfim, em dedicação ao homem. Tanto numa campanha de próstata, o exame mesmo, e até mesmo num momento de, uma atividade de prevenção, orientação, explicação e até pra livrar um pouco as barreiras que os homens têm com relação ao exame.(E1)

... o exame de próstata, ainda é um tabu pra eles. Então são poucos aqueles que a gente consegue atingir porque tem aquela questão da sexualidade, da masculinidade, que vai interferir eles acham. Tem um certo preconceito ainda.[...]como a gente tá sem médico homem, agora... A gente tá negociando com outro médico de outra unidade pra ele tá vindo aqui fazer.(E2)

...a gente tem muito caso de homens com doenças sexualmente transmissíveis. Normalmente são os homens mais que comparecem com esse tipo de queixa na unidade. E muitos já são mais idosos, né? Então, acho que, talvez, valheria a pena um grupo pra homens sobre sexualidade, doença é..DST's. (E7)

A gente tava com alguns alunos, internos do sexto ano. Então até mesmo a questão de sexualidade, DST's e outras coisas, quando é só mulher eu percebo que eles têm muita dificuldade em abordar. Então, assim, às vezes, na hora que eles percebem que tem algum aluno menino, alguma coisa, eles começam a vir e pede pra passar diretamente com eles. Até a questão mesmo de sexualidade, dificuldade de ereção, essas coisas, eles se sentem desconfortáveis em passar pra gente.(E8)

6. Discussão

6 DISCUSSÃO

6.1 Método um

Segundo Nagata²⁵ em sua pesquisa sobre atendimentos a pacientes portadores de HIV/AIDS, verificou-se que dos 1195 pacientes faltosos, 69,1% (826) eram do sexo masculino e 30,9% (369) do sexo feminino, demonstrando que a adesão dos homens à consulta agendada desse serviço era pior do que a das mulheres. Ferreira²⁶ também constatou que a probabilidade de não ter consultado o médico foi menor entre as mulheres e diminuiu com o aumento da idade e da escolaridade. Vários estudos, em diferentes contextos, têm mostrado que idosos com idade mais avançada consultam o médico com maior frequência e intensidade²⁷⁻³¹. Exemplo disso, é o estudo de Izecksohn³² que apontou que de um total de 22 pessoas (20 mulheres e 2 homens), 64% dos assíduos eram maiores de 60 anos e 82% dos faltosos possuíam menos de 60 anos. Tais dados convergiram com o encontrado pelo presente estudo que obteve como resultados que quanto menor a idade, menor é o número de doenças crônicas de que o indivíduo é portador e maior é o número de faltas nas consultas agendadas. Divergindo do que o presente estudo encontrou, uma pesquisa realizada na China mostrou maior risco de falta em pacientes com idade superior a 60 anos³³.

Nagata²⁵ observou também que a proporção de sujeitos faltosos é maior entre os de menor idade e tal proporção diminuiu à medida que aumentou a idade dos sujeitos^{34,35}. Tal fato deve-se, possivelmente, à associação de doenças crônicas não transmissíveis já instaladas nos mais idosos, o que exigiria um acompanhamento mais rigoroso. Portanto, observou-se que idosos com pior estado de saúde faltam menos às consultas médicas de rotina devido, possivelmente, a duas questões: por possuírem maiores necessidades de saúde, quando comparados a idosos mais jovens, pois as comorbidades aumentam com a idade^{28,29,36-41} ou devido ao acúmulo de experiência, que leva o usuário a recorrer a uma consulta por identificar antecipadamente sinais de problemas em matéria de saúde⁴². O encontrado corrobora com o

presente estudo que mostrou que quanto mais velhos os sujeitos, maior é o número de DCNT instaladas e menor é o número de faltas nas consultas agendadas, demonstrando que entre faltas e doenças crônicas há uma razão inversamente proporcional.

Um exemplo de tal situação é que a ausência de consulta médica foi significativamente menos prevalente entre os idosos que apresentaram duas morbidades associadas (hipertensão arterial e diabetes mellitus), quando comparados aos idosos com apenas uma delas, concluindo que a probabilidade de não ter consultado um médico entre idosos hipertensos e diabéticos foi aproximadamente a metade daquela observada entre idosos hipertensos apenas²⁶.

Manso et al.⁴³ destacaram em seu estudo que de um grupo de 124 idosos, 62,5% referiram ser portadores de mais de uma DCNT. Destes, a maioria pertencia ao sexo masculino e possuía acima de 75 anos de idade, corroborando com Brito et al.⁴⁴ que destacaram a influência da idade na incidência de comorbidades, isto é, quanto maior a idade do indivíduo, maior o número de DCNT associadas. Convergindo a tal dado, o estudo de Barreto et al.⁴⁵ relatou que a frequência de duas ou mais DCNT foi aproximadamente 22 vezes maior entre os homens com idade maior ou igual a 70 anos do que entre aqueles de 30 a 39 anos.

De acordo com o Suplemento de Saúde da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios)⁴⁶ dos indivíduos que declararam ter tanto uma, quanto duas ou três ou mais DCNT, de todos os estratos que variaram dos 20 aos 65 anos ou mais, o maior número era de mulheres, assim como encontraram Barreto et al.⁴⁵. No grupo de idosos da pesquisa de Manso et al.⁴³, ao contrário, foram os homens que apresentaram maior porcentagem de DCNT associadas, o que pode ser atribuído à idade mais elevada apresentada por estes.

Quanto à descrição das características dos indivíduos, referentes ao estado civil, 67% dos idosos do sexo masculino eram casados, 13% eram solteiros, 13% referiram outros

estados conjugais e 7% eram viúvos⁴³. Dados estes que corroboram com o presente estudo que averiguou que houve maior quantidade de CID e de DCNT entre os homens com companheira, fato explicável devido à questão de que é mais provável que homens mais velhos possuam uma relação estável ou sejam casados oficialmente. Tais resultados diferem do encontrado por alguns autores cujos estudos apontam que aqueles homens que tinham uma e mais de uma DCNT instaladas eram, em maior proporção, solteiros, divorciados, separados ou viúvos^{45,47-49}. Tal associação parece ser consequência da maior exposição a fatores de risco comportamentais para DCNT que os indivíduos sem parceira se sujeitam⁴⁹.

Sobre o grau de instrução, 39,5% dos idosos do grupo referiram ter ensino superior completo, sendo a maioria destes pertencentes ao sexo masculino, isto é, 15 participantes ou 48% deles⁴³. Outro estudo constatou que a probabilidade de não ter consultado o médico diminuiu com o aumento da escolaridade,²⁶ bem como o número de doenças crônicas eram maiores (uma ou mais) naqueles que tinham menos anos de estudo (12 anos ou menos)⁴⁵. Entre os homens com a escolaridade entre nove e 11 anos permaneceu associada inversamente com o relato de uma ou mais DCNT⁴⁵.

A associação inversa entre escolaridade e relato de doenças crônicas confirma os resultados encontrados por Rocha-Brischiliari et al.⁴⁸ e dados da PNAD de 2003⁵⁰, que mostraram prevalência de DCNT 62% maior no segmento de menor escolaridade da população adulta. Em outros países, identificou-se também maior prevalência das DCNT em sujeitos com menor escolaridade ou renda^{51,52}. Segundo este estudo, com relação à escolaridade, não houve diferença significativa referente ao número de doenças crônicas e o número de CID, entre os que tinham no mínimo ensino médio completo e os que tinham abaixo disso. Porém, nos homens com escolaridade mais baixa (abaixo do ensino médio completo) foi observado que o número mediano de doenças crônicas foi o dobro do número de doenças nos usuários com escolaridade mais alta (ensino médio completo ou mais).

Além disso, verificou-se também que, diferentemente da literatura, entre aqueles com maior escolaridade (no mínimo com ensino médio completo) não houve relação entre falta e quantidade de CID, nem falta com o número de DCNT. Porém, entre aqueles com menor escolaridade (abaixo do ensino médio), quanto maior a porcentagem de faltas, menor a quantidade de CID e menor o número de DCNT, isto é, aqueles homens que tinham menor número de DCNT associadas e possuíam baixa escolaridade, eram os mais faltosos.

No que tange à situação ocupacional, 84% dos pesquisados eram aposentados porcentagem que se manteve independentemente do sexo. Dos idosos pertencentes ao sexo masculino, entretanto, 10% referiram permanecer ativos no mercado de trabalho, todos com idade inferior a 70 anos. Destaca-se que 62,5% dos idosos do grupo referiram ser portadores de mais de uma DCNT, sendo que a média foi de 2,3 DCNT por idoso⁴³.

Devido à maioria dos pesquisados ser de aposentados, foi possível inferir que a maioria também é mais idosa e, portanto, possui maior quantidade de DCNT. Em outro estudo, com 49 participantes, dentre os faltosos, observou-se que tiveram maior predominância os pacientes que não exerciam atividade laboral extradomiciliar, perfazendo 49,4% da amostra.

Na análise dos dados sobre ocupação foi possível perceber que os aposentados, do lar ou desempregados constituíram 69,4% da amostra e apenas 30,6% exerciam atividades. Desses entrevistados, 91,8% tinham hipertensão arterial, 30,6% apresentavam diabetes melittus tipo 2 e 22,4% possuíam as duas condições associadas⁵³. Neste estudo, não houve diferença significativa entre os ativos e inativos quanto a quantidade de DCNT, nem ao número de CID.

Uma importante dificuldade na discussão dos resultados sobre escolaridade e ocupação relacionadas à quantidade de DCNT e ao número de CID é a escassez de estudos que se assemelhem a este. Além disso, não foram encontrados estudos que trouxessem

resultados sobre as faltas em consultas agendadas associadas ao estado civil e ao número de DCNT e a quantidade de CID. Grande parte das pesquisas apenas caracteriza a população de estudo, fazendo uma abordagem quantitativa descritiva para tal, sem correlacionar os dados encontrados sobre a situação de saúde, características pessoais e socioeconômicas.

6.2 Método dois

No presente estudo, obteve-se a dependência espacial, apenas na zona urbana, das seguintes comorbidades: neoplasias e intolerância à glicose.

Com relação às neoplasias, sua distribuição epidemiológica no Brasil sugere uma transição em andamento, envolvendo um aumento entre os tipos de câncer normalmente associados ao alto status socioeconômico, como câncer de próstata, cólon/reto e mama, concomitantemente, a presença de taxas de incidência persistentemente elevadas de tumores geralmente associados à pobreza, como câncer de cavidade oral, estômago, colo de útero e pênis⁵⁴.

Tal distribuição certamente resulta de exposição a um grande número de diferentes fatores de risco ambientais relacionados ao processo de industrialização, como agentes biológicos, físicos e químicos e de exposição a outros fatores relacionados às disparidades sociais⁵⁵.

De acordo com os dados de dez registros de câncer de base populacional do Brasil,⁵⁶ os tumores mais frequentes na população masculina, no país, são esôfago, estômago, pulmão, próstata, cólon/reto, convergindo com o encontrado por este estudo que apontou cinco casos de câncer, geoestatisticamente significativa, sendo que um era de cólon e quatro de próstata.

O câncer de cólon/reto relaciona-se a fatores ambientais, especialmente dietéticos, à predisposição genética e à obesidade, dentre outros⁵⁶.

Do ano de 1980 a 1993, foi constatado um aumento significativo da taxa de mortalidade padronizada por câncer de cólon/reto em áreas industrializadas da Baixada Santista se comparada a áreas não industrializadas, apontando para a associação entre este tipo de câncer e fatores ambientais, como hábitos de vida, condições ocupacionais e características urbanoindustriais⁵⁷.

O caso encontrado nesta pesquisa está associado especialmente à idade (60 anos), uma vez que na questão social, o sujeito residia em uma região com a menor vulnerabilidade social (VS) encontrada no município (VS 2). Além disso, ele tinha como comorbidades crônicas associadas hipertensão arterial e intolerância à glicose, indicando, talvez, má alimentação ou genética. Porém, não foi possível afirmar com certeza tais questões, pois os dados encontrados no prontuário, eram pontualmente relacionados às doenças de que era portador, sem ter informações sobre recordatório alimentar ou histórico de antecedentes familiares.

O outro câncer significativo neste estudo foi o de próstata. Esse tipo de câncer também se destaca como um importante problema de saúde pública mundial, tendo sido observado, a partir de 1960, um aumento progressivo na sua incidência em vários países⁵⁸.

A mortalidade pelo câncer de próstata vem crescendo no Brasil, da mesma maneira que em vários países, como Argentina, Chile, China, Japão, México e Rússia, e ao contrário do que vem ocorrendo em outros, como Alemanha, Canadá, Estados Unidos e França⁵⁹.

Embora o papel dos fatores ambientais na origem do câncer de próstata tenha sido exaustivamente pesquisado, ele ainda permanece não muito bem compreendido, sendo enfatizado por alguns estudos a associação desta doença com componentes dietéticos específicos, como gorduras e carnes⁶⁰. No Brasil, pesquisas têm sido desenvolvidas na tentativa de se esclarecer a associação entre câncer de próstata, além de outros tipos de câncer, e fatores ambientais e/ou ocupacionais^{54,61,62}.

Relacionados às questões pessoais, os principais fatores de risco descritos para o desenvolvimento do câncer de próstata são idade avançada, etnia e predisposição familiar. O envelhecimento é considerado o fator de risco mais significativo. A incidência do câncer de próstata em homens com idade acima dos 50 anos é maior que 30%, aumentando progressivamente até cerca de 80% aos 80 anos⁶³. Além disso, parentes de primeiro grau de pacientes com câncer de próstata apresentam risco aumentado de duas a três vezes, quando comparado a homens na população geral^{64,65}.

Neste estudo, foram encontrados quatro casos de câncer de próstata. Os sujeitos portadores de tal doença, possuíam 53, 63, 79 e 84 anos. Com relação à idade, esta pesquisa converge com a incidência da doença apontada por outros autores^{63,66}.

Os sujeitos de 79 e 84 anos, moravam em logradouros classificados em VS 2. Já os de 53 e 63 anos, moravam em regiões classificadas com VS 5, isto é, residiam em regiões socialmente mais vulneráveis. Somado a isso, o sujeito de 63 anos era jardineiro aposentado, indicando possuir um baixo nível socioeconômico. O Ministério da Previdência Social⁶⁷ salienta que uma parte significativa das neoplasias é atribuída a influências ambientais, particularmente àquelas relacionadas ao estilo de vida. Assim, fatores relacionados à qualidade de vida influenciariam, significativamente, na ocorrência do câncer de próstata⁶⁷.

De acordo com Fonseca et al.⁶⁸ o câncer de próstata mostra tendência significativa de aumento.

Com relação às questões de alimentação e de antecedentes familiares não foi possível fazer nenhuma afirmativa, pois tais dados não constavam nas anotações dos prontuários.

O segundo agravo com significância, encontrado nesta pesquisa, foi a intolerância à glicose.

No ano de 1997, o Comitê de Especialistas em Diagnóstico e Classificação do Diabetes Mellitus⁶⁹ definiu intolerância à glicose de jejum (IGJ) como o valor maior ou igual

a 110 mg/dl e menor que 126 mg/dl, preceito referendado pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD)⁷⁰. Em 2003, o mesmo comitê recomendou a redução do ponto de corte inferior da glicose para diagnóstico da IGJ, de 110mg/dl para 100mg/dl⁷¹, também referendado pela SBD, segundo o Consenso Brasileiro sobre Diabetes⁷². Após essas modificações, indivíduos saudáveis passaram a ser diagnosticados como pré-diabéticos, condição que, na maioria das vezes, precede o diabetes e geralmente não causa sintomas. Existem evidências de que mesmo antes de a doença se manifestar por completo, tanto nas alterações da glicemia como na sintomatologia característica, já ocorrem lesões no sistema circulatório dos indivíduos com pré-diabetes ou IGJ⁷³. Então, conhecendo o maior risco de desenvolver diabetes, tanto o médico quanto o paciente podem se empenhar no tratamento do pré-diabetes, tomando medidas preventivas para que essa condição não evolua, utilizando-se de ações de baixo custo, geralmente através de dieta adequada e exercícios físicos^{72,74}.

No presente estudo, foram obtidos 21 casos geostatisticamente significante de intolerância à glicose, na zona urbana do município. Desses, 62% (13 casos) moravam em locais classificados como menos vulneráveis socialmente (VS 2), apenas 5% (1 caso), encontrava-se residindo em uma região com a pior classificação de VS (5), 14% (3 casos) estavam classificados em VS 3 e 19% (4 casos) em VS 4.

Três sujeitos não tinham informação sobre a idade e, todos os outros, eram maiores de 40 anos (48 a 83 anos), isto é, dos usuários que possuíam informação sobre data de nascimento e eram portadores de IGJ, 100% eram maiores de 40 anos. Tais achados podem refletir o impacto dos fatores ambientais e do estilo de vida, porém a idade é o fator que determina o maior risco para alterações na homeostase da glicose, como observado por Malerbi et al.⁷⁵, Cruz-Filho et al.⁷⁶, Torquato et al.⁷⁷ e Schaan et al.⁷⁸, corroborando com este trabalho, bem como o conhecimento prévio de que a intolerância à glicose vai aumentando

com o envelhecimento dos indivíduos. Além disso a incidência e prevalência de Diabetes Mellitus tipo 2 aumenta acentuadamente com o progredir da idade, principalmente, após os 40 anos^{79,80}.

Dessa maneira, foi possível observar que o uso do geoprocessamento na área de saúde tem sido facilitado pelo amplo acesso a bases de dados epidemiológicos e pela disponibilização de ferramentas cartográficas e estatísticas computadorizadas. Estes avanços possibilitam a rápida confecção de mapas temáticos que podem contribuir para a formulação de hipóteses a respeito da distribuição espacial de agravos à saúde e sua associação com dados de indicadores socioeconômicos, propiciando o cruzamento dos indicadores epidemiológicos entre si, facilitando a inserção de dados inter setoriais e as relações entre as condições de vida, de saúde e doença.

Conhecer minuciosamente a relação das doenças com o espaço onde ela se reproduz vem ajudando a identificar padrões epidemiológicos que auxiliam no controle e predição de diversas enfermidades⁸¹. Ademais, tal técnica demonstrou ser importante para a localização e espacialização de indivíduos com DCNT, bem como sua probabilidade de ocorrência, podendo ser aplicada sem um custo elevado.

De acordo com Pereira et al.⁸² “se bem empregada, torna-se de grande valia, pois pode direcionar os investimentos para qualquer doença em estudo, além de permitir o monitoramento destas, de forma temporal. O uso desta tecnologia pode auxiliar na tomada de decisões por ser uma ferramenta robusta, rápida e de baixo custo”⁸².

6.3 Método três

Nesta etapa da pesquisa, através de uma abordagem qualitativa, os discursos dos nove participantes entrevistados foram organizados em quatro categorias temáticas, sendo: 1-

Atendimento eventual (curativo) em detrimento da rotina (promoção e prevenção); 2- A percepção de enfermeiros frente à saúde do homem; 3- A saúde do homem nos serviços de atenção primária; 4- Sexualidade masculina e a campanha de prevenção do câncer de próstata.

6.3.1 Atendimento eventual (curativo) em detrimento da rotina (promoção e prevenção)

Dos nove entrevistados, quatro disseram que a procura dos homens pelas unidades de saúde era meramente devido à necessidade de atendimento eventual ou de urgência, especialmente os jovens, ou quando já tinham um problema crônico instalado e normalmente eram idosos. Tal fato pode indicar que, segundo a percepção dos profissionais, os homens são muito mais curativos do que preventivos, resultado esse encontrado também por Knauth et al.⁸³ cujos profissionais de saúde de seu estudo viam os homens como uma clientela apressada, objetiva, medrosa e resistente, concluindo que os homens só eram adeptos de práticas curativas:

Além disso, classificaram⁸³ os homens frequentadores das unidades de saúde em duas categorias: trabalhadores e idosos, sendo o primeiro grupo minoritário, por não ter tempo disponível para ir ao serviço de saúde e o outro, majoritário, que frequenta a unidade devido a alguma doença crônica já instalada, convergindo com o que foi encontrado:

Mesmo sendo vistos e tarjados como seres curativos, um dos enfermeiros refletiu sobre o porquê de talvez os homens não buscarem a consulta de rotina, mencionando que o próprio serviço não se organiza para atendê-los como um grupo diferenciado, como ocorre com crianças e gestantes, prioridades nas unidades de saúde.

Esse dado vem se agrupar ao encontrado por Mendonça et al.⁸⁴ cujo estudo qualitativo mostrou, através do discurso de um entrevistado, que os próprios homens não acham que precisam de prioridade no quesito saúde, mas sim as crianças e idosos por serem, muitas

vezes, mais fracos e debilitados. Somado à isso, surgem as análises de Figueiredo⁸⁵ que apontam que fragilidade, debilidade e passividade são peculiaridades femininas, restando ao homem frear qualquer necessidade de atenção à saúde.

6.3.2 A percepção de enfermeiros frente à saúde do homem

Dos nove enfermeiros entrevistados, oito eram mulheres. Acredita-se que devido à identificação de gênero e pelo maior conteúdo abordado sobre saúde da mulher na graduação em enfermagem, os enfermeiros não se sentiam à vontade em atender os homens. Sentiam-se limitados e sem conhecimento da saúde do homem como têm sobre a saúde da mulher. Esse dado veio corroborar com Silva et al.⁸⁶ cujo estudo qualitativo mostrou que os enfermeiros, sujeitos do estudo, sentiam-se com pouco ou nenhum preparo para dar assistência à população masculina.

Foi possível, então, enfatizar que a ausência de acolhimento ou o acolhimento pouco atrativo está relacionado à frágil qualificação profissional para lidar com o segmento masculino⁸⁷.

Até mesmo por essa percepção de limitação e desqualificação profissional, os enfermeiros consideram o atendimento do homem como atribuição do médico, chegando até a acreditar que a carência de profissionais do sexo masculino na equipe de saúde contribui com a cronicidade das doenças, por dificultar a operacionalização da promoção da saúde e prevenção de doenças em homens adultos.

Percebe-se que a ausência de programas voltados para a saúde do homem quase inviabiliza o atendimento especializado a essa clientela, como, por exemplo, uma assistência sistematizada de urologia, em especial na atenção primária⁸⁸.

6.3.3 A saúde do homem nos serviços de atenção primária

Os enfermeiros, participantes da pesquisa, trouxeram, com relação ao serviço prestado aos homens nas unidades de atenção básica que gerenciam, que este seguimento da população é tratado como qualquer outro, isto é, sem ações voltadas especificamente ao gênero.

Para além da visão biológico, as questões de gênero podem ser vistas como fatores de grande importância no padrão dos riscos de saúde nos homens e na forma como estes percebem e usam seus corpos. Na perspectiva de gênero, a maioria das doenças passa a ser considerada como respondendo a uma combinação de causas biológicas e socioculturais⁸⁹. Além dos clientes masculinos não possuem um atendimento específico para o gênero, um dos enfermeiros já referiu que seu único contato com tal clientela é no atendimento eventual, isto é, em casos de urgência:

Tal fato é resultado das imposições da sociedade sobre os homens, como, por exemplo, as questões de que homem não chora e não demonstra medo, não lhe dando dessa maneira, direito de mostrar suas fragilidades. Sendo assim, procurar uma unidade de saúde para tratamento ou prevenção de riscos é um ato de fragilidade⁹⁰.

Outro já refere nem ter experiência no atendimento ao homem, diferentemente do que acontece com relação à mulher.

Sendo a Saúde da Mulher uma política bem estabelecida e definida, facilita o norteamento de profissionais de saúde e das próprias mulheres quanto ao cuidado de saúde desse seguimento populacional. Pelo fato de não estar totalmente implementada, a PNAISH não favoreceu completamente uma aproximação do gênero masculino com sua própria saúde e com os profissionais de saúde³.

Outros dois enfermeiros refletem sobre o porquê de o serviço deixar a desejar nos atendimentos relacionados a essa clientela, atribuindo a isso que o homem é o provedor da

casa e se preocupa única e exclusivamente com o sustento e, por outro lado, o próprio serviço não se prepara para receber este homem.

Segundo Teoh e colaboradores⁹¹, os modelos estereotipados tradicionais relacionados ao gênero podem influenciar a atitude de homens e mulheres com relação à própria saúde, levando a diferentes resultados de saúde entre ambos. Essa diferença, no entanto, deve ser considerada para a implementação de equipamentos de saúde e para promoção de saúde entre ambos os sexos.

Foi possível observar, que há pouco investimento na organização do serviço em uma perspectiva de gênero, reforçando o senso comum de que os homens não são usuários da atenção primária e que por isso reprimem suas necessidades de saúde e apresentam dificuldades para expressá-las, procurando menos o serviço do que as mulheres^{85,87,92}.

Frente às poucas ações voltadas à saúde do homem, alguns se recordaram de uma ação pontual e específica, que realizam, sendo a campanha para prevenção do câncer de próstata, inclusive comparando a adesão desses homens com a das mulheres, nas atividades que são propostas ao gênero feminino.

Pensaram também em sugestões de ações que consideram importantes, voltadas para usuários do sexo masculino, como temas a serem abordados, horários alternativos de atendimento, convocações, campanhas, sala de espera:

A última proposta, encontrada neste estudo, sobre a ampliação do horário de atendimento, pelas unidades de saúde, vem de acordo com Schraiber LB e colaboradores⁸⁹ que consideram o trabalho como uma barreira ao acesso aos serviços de saúde, pelo fato de coincidir com o horário de funcionamento de tais unidades, quase impedindo a procura pela assistência. Relacionados a essa questão do tempo, surgem a demora para o atendimento, durante o atendimento e entre o agendamento e a efetivação da consulta, além do acolhimento deficiente por parte dos profissionais^{87,92}.

Todas as propostas encontradas no presente estudo se diferenciam das encontradas por Julião et al.⁹³ que foram: utilização de grupos de educação em saúde, incentivo a realização de exames preventivos para neoplasias e doenças crônicas, uso de preservativos, drogas e planejamento familiar.

Como estratégia de busca, um único enfermeiro pensou em contatar a esposa, pessoa que talvez possa ter influência sobre o homem para que esse venha até o serviço de saúde.

Outro acredita que a mudança deva ocorrer previamente ao atendimento, isto é, na própria graduação.

Assim como nesta pesquisa, outros autores acham importante construir uma postura sensível à problemática masculina desde a graduação, através de conteúdos técnico-científicos que fomentem uma assistência integral. Tal assistência deve atender às complexidades relacionadas ao gênero, o que possibilitará desconstruir gradativamente a concepção equivocada sobre a invulnerabilidade do homem às fragilidades da vida, incluindo doenças e agravos à saúde^{85,87,92}.

Faz-se necessário um olhar direcionado à clientela masculina, além de uma escuta atenta e técnica e um conhecimento epidemiológico dos problemas que a acomete ou podem acometê-la, para assim, pensar medidas para o atendimento das necessidades de saúde^{85,88}.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) tem desenvolvido papel significativo no chamamento e na articulação da comunidade com os profissionais de saúde, pois são os principais elos entre as unidades de saúde e suas comunidades. Na maioria das vezes, são eles que detectam as necessidades dos usuários e as levam ao conhecimento dos demais membros da equipe de saúde⁹³.

Quando indagados sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, todos os entrevistados desconheciam esta proposta do Ministério da Saúde.

Em estudo de Silva et al.⁸⁶ a grande maioria dos enfermeiros entrevistados também desconhecia tal política.

Além disso, os enfermeiros entrevistados não acreditam na implementação de tal política nas unidades de saúde do município estudado, pois nunca perceberam que esse assunto fosse prioridade tanto na graduação, quanto para a gestão e nem para o próprio Ministério da Saúde:

Tal resultado pode estar apontando falhas ou lacunas na divulgação pelas Secretarias de Saúde em relação a esta política, ou falta de motivação e condições por parte dos profissionais em ampliar as ações em seus serviços, pois os veículos de comunicação veiculam aspectos desta política desde seu lançamento pelo Ministério da Saúde em 2009⁸⁶.

6.3.4 Sexualidade masculina e a campanha de prevenção do câncer de próstata

De acordo com as estatísticas descritas no documento dos princípios e diretrizes da PNAISH¹, os homens possuem elevados índices de doenças cardiovasculares, usam mais drogas tanto lícitas quanto ilícitas¹. Além disso, se alimentam com má qualidade e de maneira abusiva e não fazem exercícios físicos,⁸ porém, o que os profissionais de saúde mais focam como vulnerabilidade masculina é o problema de próstata.

Foi possível observar que falar sobre as campanhas de câncer de próstata foi algo recorrente entre os enfermeiros, participantes da pesquisa, e que era a única ação específica para o homem realizada na unidade, porém, não periodicamente. Nessas campanhas, não havia o envolvimento de toda a equipe, mas apenas do médico que realizava o exame. Além disso, para realizar o toque retal, exigia-se um médico do sexo masculino, possivelmente para deixar os usuários menos constrangidos, pois enfermeiros percebiam o tabu que os homens ainda possuem relacionados ao toque retal:

Segundo Pinheiro⁹⁴ o exame de prevenção do câncer de próstata torna-se assunto relacionado à sexualidade masculina pelo viés da ameaça à masculinidade, pela conotação sexual que adquire e aciona.

A racionalidade médica possui duas visões sobre tal procedimento: a neutralidade que pauta a postura profissional e a pouca importância dada aos sentidos que esse exame adquire frente à construção da masculinidade^{95,96}. Pelos relatos dos enfermeiros, percebeu-se que essa segunda visão não procede nas campanhas de prevenção de câncer de próstata de tal município, uma vez que apenas os médicos do sexo masculino realizam o exame. De acordo com a PNAISH¹ a presença de uma médica mulher no exame de toque retal é um dos fatores que dificulta a procura das unidades de saúde pela população masculina.

Por outro lado, a não realização do exame devido à falta de médicos do sexo masculino que o façam pode dificultar o diagnóstico precoce da doença, prejudicando, ainda mais, a saúde do homem.

***7. Conclusões e
Considerações
Finais***

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, ambas as hipóteses foram contempladas.

Buscou-se avaliar a relação entre percentagem de falta nos atendimentos agendados e o número de DCNT, averiguar a relação entre distribuição espacial das DCNT em homens e a distribuição espacial da VS e conhecer as propostas implementadas por coordenadores de UAB para o atendimento da população masculina e o conhecimento que dispõem sobre a PNAISH.

Foi possível observar, assim como em outros estudos, que quanto mais velhos os homens, maior é o número de DCNT instaladas e menos eles faltam em consultas agendadas, possivelmente pelo fato de terem que manter um seguimento de rotina para o tratamento das DCNT que possuem.

Divergindo de outros estudos, encontrou-se também que houve maior quantidade de CID e de DCNT entre os homens com companheira, eventualmente devido aos homens mais velhos já possuírem uma relação estável ou serem casados oficialmente.

Com relação à escolaridade, não houve diferença significativa referente ao número de DCNT e o número de CID entre os que tinham no mínimo ensino médio completo e os que não tinham. Além disso, verificou-se também que, diferentemente da literatura, entre aqueles com maior escolaridade (no mínimo com ensino médio completo) não houve relação entre falta e quantidade de CID, nem falta com o número de DCNT. Porém, entre aqueles com menor escolaridade (abaixo do ensino médio), quanto maior a porcentagem de faltas, menor a quantidade de CID e menor o número de DCNT, isto é, aqueles homens que tinham menor número de DCNT associadas e possuíam baixa escolaridade, eram os mais faltosos.

No quesito ocupação não houve diferença significativa entre os ativos e inativos quanto a quantidade de DCNT, nem ao número de CID.

Fato importante de se destacar é a escassez de estudos que se assemelhem a este, pois grande parte deles apenas caracterizam a população de estudo, fazendo uma abordagem quantitativa descritiva para tal, sem fazer a correlação entre situação de saúde, características pessoais e socioeconômicas.

Uma das ferramentas utilizadas nesta pesquisa para fazer tal correlação foi o geoprocessamento, que possibilitou a criação de mapas temáticos sobre DCNT e VS, contribuindo assim para a formulação de hipóteses a respeito da distribuição espacial de agravos à saúde e sua associação com dados de indicadores socioeconômicos. Dessa maneira aspirou-se ajudar na identificação de padrões epidemiológicos, que auxiliem no controle e predição de tais enfermidades.

Diante do exposto, a visão dos enfermeiros sobre a saúde do homem se faz muito importante, uma vez que essa classe profissional, normalmente, conhece bem seus clientes, enxergando-os de modo holístico (biopsicosocialmente), devido ao grande vínculo e aproximação que estabelecem.

Frente ao que foi apresentado, percebeu-se que esses profissionais ainda percebem a clientela masculina apenas como aquela que busca o atendimento curativo, através de consultas eventuais ou de urgência, sendo poucos os que refletem sobre o porquê de tal situação. Além disso, sentem-se limitados e sem conhecimento para atender esse seguimento populacional. Tal fato gera como consequência um tratamento não individualizado, isto é, sem ações voltadas especificamente ao gênero.

Quando executam alguma ação específica, ela se resume em campanhas de prevenção ao câncer de próstata, exame somente de atribuição médica, afastando ainda mais os enfermeiros dos homens. Ademais, todos os profissionais entrevistados não conheciam a PNAISH, fato que pode encaminhá-los para um distanciamento e/ou para uma falta de

motivação/condições em ampliar as ações em seus serviços. Um dos pontos fundamentais a ser observado/refletido é se há falhas ou lacunas, por parte dos órgãos gestores de saúde municipal, na divulgação desta política.

Os dados encontrados nesse estudo apontam a necessidade de se fazer a divulgação das políticas de saúde, com destaque a saúde do homem, além de trazer a necessidade de divulgação de tais dados para que estes possam contribuir para melhorar a qualidade da assistência, como, por exemplo, a revisão por parte dos gestores de horários adequados para estimular a procura pelos homens, planejarem campanhas com papel educativo, dentre outras coisas.

Percebeu-se também que a visão dos enfermeiros sobre a saúde do homem se faz muito importante, uma vez que essa classe profissional, normalmente, conhece bem seus clientes, enxergando-os de modo holístico (biopsicosocialmente), devido ao grande vínculo e aproximação que estabelecem.

Por fim, cabe destacar que limitações ocorreram, como dificuldades para a análise dos prontuários, pelo fato de haver poucos registros ou a falta deles por parte dos profissionais, e dificuldade em mapear as regiões do município, especialmente a zona rural.

8. Referências

8 REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
2. Portal da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [Acesso 10 Ago 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33061.
3. Bertolini DNP. O gênero masculino e a arte de cuidar de si mesmo [Trabalho de Conclusão de Curso]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2010.
4. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2002;7:687-707.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Síntese dos indicadores sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
6. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Aspectos gerais [Internet]. São Paulo: CVE; 2012 [acesso 10 Ago 2012]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cronicas/dc_conce.htm.
7. Portal da Saúde [Internet]. As doenças crônicas não-transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso 10 Ago 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31877.
8. Portal da Saúde [Internet]. Vigitel. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso 10 Ago 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34235&janela=1.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Prevalências de fatores de risco e protetores para doenças crônicas na população adulta brasileira em 2011 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [Acesso 20 Set 2012]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte1_cap2.pdf.
11. Lolio CA, Laurenti R. Tendência da mortalidade por doenças cerebrovasculares em adultos maiores de 20 anos de idade no Município de São Paulo (Brasil), 1950 a 1981. *Rev Saúde Pública*. 1986;20:343-6.
12. Gagliardi RJ. Acidente vascular cerebral ou acidente vascular encefálico? Qual a melhor nomenclatura? *Rev Neurocienc*. 2010;18:131- 2.

13. Akerman M, Stephens C, Campanario P, Maia, PB. Saúde e meio ambiente: Uma análise de diferenciais Intra-urbanos enfocando o município de São Paulo, Brasil. Rev Saúde Pública. 1994;28:320-5.
14. Di Villarosa FN, Tasca R, Fernandes RV. Análise da situação sócio-sanitária, microlocalização e participação no distrito sanitário de Pau da Lima, Salvador. Rev Bahiana Saúde Pública. 1990;17:7-14.
15. Rojas LI, Barcellos C, Peiter P. Utilização de mapas no campo da epidemiologia no Brasil. Inf Epidemiol SUS. 1999;8:25-35.
16. Rojas LI. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. Cad Saúde Pública. 1998;14:701-11.
17. Souza-Santos R. Análise espacial de dados geográficos. Cad Saúde Pública. 2005;21:1292-3.
18. Rojas LI, Barcellos C. Geografía y salud en América Latina: evolución y tendencias. Rev Cub Salud Pública. 2003;29:330-43.
19. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. IPVS versão 2010: Índice Paulista de Vulnerabilidade Social [Internet]. São Paulo: SEADE; 2010 [acesso 20 Set 2012]. Disponível em: <http://www.iprsipvs.seade.gov.br/view/index.php>.
20. Andrew S, Halcomb G. Mixed methods research for nursing and health sciences. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009.
21. Landim PMB. Sobre geoestatística e mapas. Terrae Didát. 2006;2:19-33.
22. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7a ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1998.
23. Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986. p. 99.
24. Bardin L. Análise de conteúdo. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
25. Nagata D. Análise do perfil dos pacientes HIV/aids que faltam às consultas agendadas de infectologia no Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/Aids da Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013.
26. Ferreira DNR. Ausência de consulta médica de rotina entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: um estudo epidemiológico baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008 [dissertação]. Belo Horizonte: Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas René Rachou; 2013.

27. Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16:3689-96.
28. Al Snih S, Markides KS, Ray LA, Freeman JL, Ostir GV, Goddwin JS. Predictors of healthcare utilization among older Mexican Americans. *Ethn Dis*. 2006;16:640-6.
29. Costa JSD, Reis MC, Filho CVS, Linhares RS, Piccini F. Prevalência de consultas médicas e fatores associados, Pelotas (RS), 1999-2000. *Rev Saúde Pública*. 2008;42:1074-84.
30. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008;17:247-57.
31. Knox SA, Britt H. The contribution of demographic and morbidity factors to self-reported visit frequency of patients: a cross-sectional study of general practice patients in Australia. *BMC Fam Pract*. 2004;5:17.
32. Izecksohn MMV. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
33. Zhang Y, Dou Z, Sun K, Ma Y, Chen RY, Bulterys M, et al. Association between missed early visits and mortality among patients of China national free antiretroviral treatment cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2012;60:59-67.
34. Van der Meer G, Loock JW. Why patients miss follow-up appointments: a prospective control-matched study. *East Afr J Public Health*. 2008;5:154-6.
35. Mourão PR. Tempo decorrido desde a última consulta: análise de um modelo estatístico aplicado ao caso das mulheres na Espanha. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57:164-70.
36. Veras RP. O custo hospitalar crescente do Setor Público: consequência do envelhecimento populacional in *Gestão Contemporânea em Saúde*. In: Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2002. p. 81-96.
37. Organización de las Naciones Unidas. El desarrollo en un mundo que envejece. New York: ONU; 2007.
38. Palloni A, McEniry M. Aging and health status of elderly in Latin America and the Caribbean: preliminary findings. *J Cross Cult Gerontol*. 2007;22:263-85.
39. Alayón AN, Altamar-López D, Banquez-Buelvas C, Barrios-López K. Complicaciones crónicas, hipertensión y obesidad en pacientes diabéticos en Cartagena, Colombia. *Rev Salud Publica*. 2009;11:857-64.

40. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16:3755-68.
41. Veras RP, Parahyba MI. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad Saúde Pública*. 2007;23:2479-89.
42. Nour El-Din MM, Al-Shakhs FN, Al-Oudah SS. Missed appointments at a university hospital in eastern Saudi Arabia: magnitude and association factors. *J Egypt Public Health Assoc*. 2008;83(5-6):415-33.
43. Manso MEG, Ribeiro MP. Caracterização das condições de saúde de um grupo de idosos pertencente a um plano de saúde. *RBM Rev Bras Med*. 2012;69:49-55.
44. Brito FC, Litvoc J. Conceitos básicos In: Litvoc J, Brito FC, coordenadores. *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 1-16.
45. Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saúde Pública*. 2009;43 Supl 2:38-47.
46. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
47. Metzger MH, Goldberg M, Chastang JF, Leclerc A, Zins M. Factors associated with self reporting of chronic health problems in the French GAZEL cohort. *J Clin Epidemiol*. 2002;55:48-59.
48. Rocha-Brischiliari SC, Agnolo CMD, Gravena AAF, Lopes TCR, Carvalho MDB, Pelloso SM. Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco. *Rev Bras Cardiol*. 2014;27:35-42.
49. Joung IM, van de Mheen H, Stronks K, van Poppel FW, Mackenbach JP. Differences in self-reported morbidity by marital status and by living arrangement. *Int J Epidemiol*. 1994;23:91-7.
50. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de serviços de saúde-2003 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2012 [acesso 12 Maio 2012]. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/>.
51. Lethbridge-Cejku M, Schiller JS, Bernadel L. Summary health statistics for US adults: National Health Interview Survey, 2002. *Vital Health Stat* 10. 2004;(222):1-151.
52. Macintyre S, Der G, Norrie J. Are there socioeconomic differences in responses to a commonly used self report measure of chronic illness? *Int J Epidemiol*. 2005;34:1284-90.

53. Trindade FT, Antunes HS, Souza NS, Menezes TMO, Cruz CMS. Perfil clínico, social e motivos de faltas em consultas de hipertensos e/ou diabéticos. *Rev Eletr Enferm.* 2013;15:496-505.
54. Koifman S, Koifman R. Environment and cancer in Brazil: an overview from a public health perspective. *Mutat Res.* 2003;544(2-3):305-11.
55. Guerra MR, Moura Gallo CV, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev Bras Cancerol.* 2005;51:227-34.
56. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. Rio de Janeiro: INCA; 2003. v. 3.
57. Medrado-Faria MA, Rodrigues de Almeida JW, Zanetta DM. Gastric and colorectal cancer mortality in an urban and industrialized area of Brazil. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo.* 2001;56:47-52.
58. Quinn M, Babb, P. Patterns and trends in prostate cancer incidence, survival, prevalence and mortality. Part II: individual countries. *BJU Int.* 2002;90:174-84.
59. Bouchardy C, Fioretta G, Rapiti E, Verkooijen HM, Rapin CH, Schmidlin F, et al. Recent trends in prostate cancer mortality show a continuous decrease in several countries. *Int J Cancer.* 2008;123:421-9.
60. Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. *Eur J Cancer.* 2001;37 Supl 8:S4-66.
61. Meyer A, Chrisman J, Moreira JC, Koifman S. Cancer mortality among agricultural workers from Serrana Region, state of Rio de Janeiro, Brazil. *Environ Res.* 2003;93:264-71.
62. Silva M, Santana VS, Loomis D. Mortalidade por câncer em militares da Marinha do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2000;34:373-9.
63. Foster CS, Ke Y. Stem cells in prostatic epithelia. *Rev Int J Pathol.* 1997;78:311-29.
64. Carter BS, Carter HB, Isaacs JT. Epidemiologic evidence regarding predisposing factors to prostate cancer. *Prostate.* 1990;16:187-97.
65. Goldgar DE, Easton DF, Cannon-Albright LA, Skolnick MH. Systematic population-based assessment of cancer risk in first-degree relatives of cancer probands. *Rev J Natl Cancer Inst.* 1994;86:1600-8.
66. Souto CAV. Tratamento do câncer de Próstata. In: Schwatzmann G, organizador. *Oncologia clínica.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1991. p. 399-406.
67. Ministério da Previdência Social. Aposentadoria por idade [Internet]. Brasília: Ministério da Previdência Social; 2012 [acesso 12 Nov 2012]. Disponível em: http://www.previdenciasocial.gov.br/02_01_07.asp.

68. Fonseca LAM, Eluf-Neto J, Wunsch Filho V. Tendências da mortalidade por câncer nas capitais dos estados do Brasil, 1980-2004. *Rev Assoc Med Bras.* 2010;56:309-12.
69. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 1997;20:1183-97.
70. Gross JL, Silveiro SP, Camargo JL, Reichelt AJ, Azevedo MJ. Diabetes melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2002;46:16-26.
71. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Follow-up report on the diagnosis of diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 2003;26:3160-7.
72. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso Brasileiro sobre Diabetes: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2013 [acesso 15 Ago 2013. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br>.
73. Barzilav J, Spiekerman CF, Wahl PW, Kuller LH, Cushman M, Furberg CD, et al. Cardiovascular disease in older adults with glucose disorders: comparisons of American Diabetes Association of diabetes mellitus with WHO criteria. *Lancet.* 1999;354:622-5.
74. Genuth S. Lowering the criterion for impaired fasting glucose is in order. *Diabetes Care.* 2003;26:3331-2.
75. Malerbi DA, Franco LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr: The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. *Diabetes Care.* 1992;15:1509-16.
76. Cruz-Filho RA, Corrêa LL, Ehrhardt AO, Cardoso GP, Barbosa GM. Papel da glicemia capilar de jejum no diagnóstico precoce da diabetes mellitus: correlação com fatores de risco cardiovascular. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2002;46:255-9.
77. Torquato MTCG, Montenegro Jr RM, Viana LAL, Souza RAHG, Lanna CMM, Lucas JCB, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. *São Paulo Med J.* 2003;121:224-30.
78. Schaan BDA, Harzheim E, Gus I. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. *Rev Saúde Pública.* 2004;38:529-36.
79. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Doenças Crônico-Degenerativas. Manual de Diabetes. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.

80. Lerario AC. Diabetes mellitus: aspectos epidemiológicos. *Rev Soc Cardiol Estado São Paulo*. 1998;5:885-91.
81. Aparício C, Bitencourt MD. Análise espacial de leishmaniose tegumentar americana. *Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto*; 2003; Belo Horizonte. Belo Horizonte: INPE; 2003. p. 1247-54.
82. Pereira SHF, Sant'Anna MSL, Faria ALL, Tinôco ALA, Silva ZS, Sousa DV. Vigilância do diabetes mellitus na área urbana do município de Viçosa- MG pelo uso de técnicas de geoprocessamento. *Ciênc Nat*. 2007;29:25-36.
83. Knauth DR, Couto MT, Figueiredo WS. A visão dos profissionais sobre presença e demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17:2617-26.
84. Mendonça VS, Andrade AN. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? *Psicol Polít*. 2010;10(20):215-26.
85. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Colet*. 2005;10:105-9.
86. Silva PAS, Furtado MS, Guilhon AB, Souza NVDO, David HMSL. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. *Esc Anna Nery*. 2012;16:561-8.
87. Beck CLC, Lisbôa RL, Tavares JP, Silva RM, Prestes FC. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. *Rev Gauch Enferm*. 2009;30:54-61.
88. Gomes R, Nascimento EF, Rebello LEFS, Araújo FC. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. *Ciênc Saúde Colet*. 2008;13:1975-84.
89. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc Saúde Colet*. 2005;10:7-17.
90. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad Saúde Pública*. 2006;22:901-11.
91. Teoh SH, Ang SB, Tan BY, Lim PH, Tan CY. An overview of the status of men's health in Singapore. *J Mens Health*. 2009;6:307-16.
92. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007;23:565-74.
93. Julião GG, Weigelt LD. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. *Rev Enferm UFSM*. 2011;1:144-52

94. Pinheiro TH. A abordagem à sexualidade masculina na atenção primária à saúde: possibilidades e limites. *Interface (Botucatu)*. 2011;15(36):326.
95. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciênc Saude Colet*. 2003;8:825-9.
96. Pinheiro TF, Couto MT, Silva GSN. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. *Interface (Botucatu)*. 2011;15(38):845-58.

9. Apêndices

9 APÊNDICES

Apêndice I

Relação entre percentagem de faltas nos atendimentos agendados e o número de doenças crônicas

Variáveis:

- Idade (em anos em 2011):
- Estado civil (Casado/união estável ou Solteiro, segundo cadastro no sistema):
- Ocupação (de acordo com relatos no prontuário):
- Escolaridade (segundo cadastro no sistema):
- Número de atendimentos agendados (em 2011):
- Número de faltas (em 2011):
- Doenças crônicas: serão transcritas do prontuário de acordo com o diagnóstico médico que segue a Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Para classificação de doença crônica não-transmissível será utilizada a definição dada pelo Centro de Vigilância Epidemiológica (compõe um grupo de entidades que se caracterizam por apresentar, de uma forma geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não elucidada totalmente, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito).

Apêndice II

Relação entre distribuição espacial das doenças crônicas em homens e a distribuição espacial da vulnerabilidade social

Variáveis:

- Idade (em anos em 2011):
- Estado civil (Casado/união estável ou Solteiro segundo cadastro no sistema):
- Raça (segundo cadastro no sistema):
- Ocupação (de acordo com relatos no prontuário):
- Grupo de vulnerabilidade social (1-2-3-4-5-7-não classificado “NC”, segundo o mapa da Fundação SEADE 2010):
- Endereço completo (Rua, número e bairro, segundo cadastro no sistema):
- Doenças crônicas: serão transcritas do prontuário de acordo com o diagnóstico médico que segue a Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Para classificação de doença crônica não-transmissível será utilizada a definição dada pelo Centro de Vigilância Epidemiológica (compõe um grupo de entidades que se caracterizam por apresentar, de uma forma geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não elucidada totalmente, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito).

Apêndice III

Entrevista

Dados de caracterização dos sujeitos

- Sexo (Feminino ou masculino)
- Idade (em anos)
- Tempo de formado
- Tipo de Faculdade (Pública ou particular)
- Tempo de trabalho em Atenção Básica
- Tempo de trabalho na unidade atual
- Pós-graduação (stricto e/ou lato sensu)

Questões norteadoras

1. Fale sobre sua experiência em trabalhar com usuários do sexo masculino.
2. Comente como sua unidade tem trabalhado com as questões da saúde do homem.
3. Discorra sobre possíveis propostas que poderiam ser implantadas para atender às demandas da saúde do homem.
4. Fale sobre o que sabe a respeito da Política de Saúde do Homem e do que é proposto, o que já conseguiu implantar nesta unidade.

Apêndice IV

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a), meu nome é Daniele Natália Pacharone Bertolini e estou desenvolvendo um trabalho de pesquisa intitulado: “A saúde do homem: doenças crônicas não transmissíveis e vulnerabilidade social” que tem como objetivo conhecer as propostas de atendimento oferecidas nas unidades de saúde para os usuários do sexo masculino, bem como caracterizar o perfil destes que frequentam a Atenção Básica de Saúde desse município. Convido-o a contribuir com este estudo respondendo as perguntas sobre o atendimento aos usuário do sexo masculino na unidade que você coordena. Suas informações serão utilizadas exclusivamente por mim, que manterei sigilo sobre a sua identidade. Gravarei a entrevista, que terá um tempo médio de 15 minutos, e, após transcrita de maneira fidedigna, as fitas contendo as entrevistas serão destruídas. Estou disponível para responder quaisquer perguntas e você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: 3880-1608.

Botucatu, _____.

Daniele Natália Pacharone Bertolini

Pesquisadora

Tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa: “A saúde do homem: doenças crônicas não transmissíveis e vulnerabilidade social”, sob responsabilidade da pesquisadora Daniele Natália Pacharone Bertolini, aluna do Curso de Pós-Graduação, do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP e da orientadora Professora Doutora Silvia Cristina Mangini Bocchi do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, declaro que concordo em participar da mesma, respondendo as perguntas apresentadas em entrevista. Estou ciente de que poderei retirar minha participação a qualquer momento, sem prejuízos quaisquer.

Botucatu, _____.

Assinatura do Participante:

Orientadora: Profa Dra Silvia Cristina Mangini Bocchi, docente do Departamento de Enfermagem.

Endereço: Av. Prof. Montenegro, s/n – Dpto de Enfermagem - Unesp, Distrito de Rubião Jr, CEP: 18618-970, Botucatu-SP, telefone: (14)38801314; e-mail:

sbocchi@fmb.unesp.br.

Pesquisadora: Daniele Natália Pacharone Bertolini, Aluna do Curso de Pós-Graduação, Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Endereço: Rua Dr. Guimarães, 150, Vila Antártica, CEP: 18608-336, Botucatu-SP, telefone: (14) 3882-5205; e-mail: dnpbertolini@hotmail.com

APÊNDICE V
ORGANIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO CONDENSADA (DESCRIÇÃO FECHADA PARA O TEXTO)	UNIDADE DE SIGNIFICADO CONDENSADO (INTERPRETAÇÃO DO SIGNIFICADO SUBJACENTE)
<p>Apesar dos homens procurarem bastante a unidade pro atendimento eventual ./ a gente fica um pouco limitado, né, às vezes em prestar atendimento, em passar algumas orientações, porque são questões bem particulares, né? E, às vezes, quando se trata de alguma coisa que com a mulher a gente tem mais liberdade em relação à saúde da mulher, fazer o papanicolaou, fazer orientações/, com o homem eu, pelo menos aqui, não me sinto a vontade/ e também sinto que não tenho o conhecimento que eu tenho como na saúde da mulher/.</p>	<p>- homens procurando mais atendimentos eventuais que de rotina (E1.1.1)</p> <p>- sentindo-se limitada para atender homens (E1.1.1)</p> <p>- enfermeira não se sentindo a vontade em atender homens como atende mulheres (E1.1.1)</p> <p>- Não tendo conhecimento sobre saúde homem como tem das mulheres (E1.1.1)</p>	<p>- homens se esquivando do atendimento de rotina (E1.1.1)</p> <p>- feminino não se sentindo preparado psicologicamente e técnico-cientificamente para atender o masculino (E1.1.1)</p>
	<p>- considerando o atendimento do homem como atribuição do médico (E1.1.2)</p>	<p>- masculino não sendo atendido adequadamente na falta de médico do sexo masculino (E1.1.2)</p>
<p>Então, a questão do exame de próstata, esse tipo de coisa, né, é claro que é um exame específico que é do médico, né, mas até mesmo as orientações, tudo fica bastante limitada pra mim aqui na</p>		

<p>unidade,né. É sempre mais voltado pro médico mesmo,né./ E principalmente porque o homem adulto,né, quando ele vem pra unidade geralmente ele agenda uma consulta quando já está com alguma questão,né, principalmente relacionada a próstata, na minha percepção é o que mais a gente acaba vendo ou então porque ele já é hipertenso, diabético, então ele se enquadrava em algum desses programas. E aí acaba se inserindo na rotina da unidade.né?/</p>	<p>- percebendo que a carência de profissionais masculino na equipe de saúde contribui com a cronicidade das doenças, por dificultar a operacionalização da promoção da saúde e prevenção de doenças em homens adultos(E1.1.2)</p>	<p>- não existindo programa específico que atenda as necessidades do homem adulto e sadio(E1.1.2)</p>
<p>E até eu me sinto mais segura, tenho mais conhecimento pra lidar com a saúde da mulher, mesmo,né?E até o que a gente oferece é sempre pra mulher,né, o que a gente mais oferece. Então, o grupo de caminhada a maioria é mulher, o grupo agora que a gente tá fazendo, o grupo de qualidade de vida, o grupo é de mulher, a triagem pro grupo de nutrição, todas foram mulheres, né.</p>	<p>-Enfermeira se sentindo mais segura em atender e oferecer atividades para as mulheres(E1.1.3)</p>	<p>-feminino se sentindo preparado psicologicamente e técnico-cientificamente para atender o feminino(E1.1.3)</p>

<p>Então é uma situação que fica a desejar mesmo aqui na nossa unidade e eu também me coloco como parte disso,né.A gente não tem pensado, do tempo que estou aqui nunca vivenciei nenhum planejamento específico em relação a saúde do homem,né. E, principalmente porque como era o Dr Luciano que atendia os homens fora do horário, então a equipe sempre ficou um pouco a parte disso,né?Então eram agendados, os homens vinham pra próstata, enfim,esse tipo de coisa. E aí a unidade parece, a equipe como um todo acabava não se inserindo nessa atividade.</p>	<p>-Enfermeira se colocando e colocando a equipe como responsáveis pelo deficit no cuidado com a saúde do homem, uma vez que deixavam esse atendimento para um membro masculino da equipe(E1.1.3)</p>	<p>-o feminino assumindo a sua falta e a falta da equipe (sendo grande parte dos membros feminino também) em não terem preparo psicológico e técnico-científico para atender o masculino(E1.1.3)</p>
<p>Mas também a gente não faz nada preventivo,né?Porque a gente pensa que homem só é próstata,né? Mas tem as outras questões em relação a saúde de uma maneira geral,né, que acaba ficando por desejar mesmo na unidade. (E1.1.3)</p>	<p>-Feminino enxergando o masculino apenas como uma próstata(E1.1.3)</p>	<p>- O feminino enxergando o masculino de uma maneira simplista e reducionista, faltando o olhar holístico (E1.1.3)</p>

<p>As consultas agendadas o homem não se inclui porque a gente tem dado prioridade pra gestante e puericultura,né, o atendimento de gestante e puericultura. Então o homem acaba não tendo é, não sendo um grupo que hoje na unidade a gente tem atendido. A não ser que ele procure a unidade por demanda espontânea mesmo, aí já com alguma queixa,né.</p>	<p>-O homem não sendo incluído nos atendimentos de rotina em detrimento de outros atendimentos considerados mais importantes, mas sendo apenas atendido quando já tem um problema de saúde instalado (E1.2.1)</p>	<p>-Homem sendo visto e tratado como um ser curativo(E1.2.1)</p>
<p>Até as campanhas que antes a gente fazia,né, como eu falei que era fora do horário que a equipe não tinha um</p>	<p>-As campanhas de prevenção do câncer de próstata não estão mais sendo feitas(E1.2.1)</p>	<p>-O preventivo sendo substituído pelo curativo(E1.2.1)</p>

<p>grande envolvimento, mesmo essas campanhas a gente não tem feito.</p>	<p>-População masculina etilista podendo ser abordada através de algum trabalho específico (E1.3.1)</p> <p>-DST's masculinas aparecendo em grande número nas demandas espontâneas(E1.3.1)</p>	<p>-Necessitando atividades com população masculina etilista(E1.3.1)</p> <p>-As DST's chamando a atenção na saúde do homem, devido à grande demanda(E1.3.1)</p>
<p>eu acho que a gente tem uma população masculina é, principalmente masculina, de etilistas, né, que eu acho que isso poderia ser abordado em algum momento, ter um trabalho específico pra isso.</p>	<p>-DST's masculinas aparecendo em grande número nas demandas espontâneas(E1.3.1)</p>	<p>-As DST's chamando a atenção na saúde do homem, devido à grande demanda(E1.3.1)</p>
<p>É, dst tem aparecido bastante, né.</p>	<p>-Os homens tem procurado a unidade devido a problemas de saúde já instalados, porém há escassez de atividades para atender essa demanda(E1.3.1)</p>	<p>-Necessitando de atividades para atender as demandas emergenciais de saúde do homem(E1.3.1)</p>
<p>Mas tenho percebido que tem surgido, os homens tem procurado a unidade, né. Isso é um ponto positivo, mas também a unidade precisa saber oferecer algum tipo de atividade. Então acho que um planejamento de alguma atividade nesse</p>		

<p>sentido seria também legal.</p> <p>Então assim, acho que tudo isso pensando até num horário alternativo, né, fora do nosso horário habitual de trabalho, enfim, não precisaria ser toda semana, né? Aí dependendo de como a gente estabelecesse isso.</p> <p>E a gente poderia até pensar em atividades antes de chegar a idade preconizada, né, no sentido de orientar porque eles têm muito preconceito mesmo. Quem faz são sempre os mesmos homens. Eles acham que fazendo o exame de sangue, o psa, ele exclui o exame de próstata. Então, criar mesmo um ambiente, um momento, enfim, em dedicação ao homem. Tanto numa campanha de próstata, né, o exame mesmo, e até mesmo num momento de, uma atividade de prevenção, né, orientação, explicação e até pra livrar um pouco as barreiras, né que os homens têm com relação ao exame, né?</p> <p>Acho que também poderia pensar em alguma coisa de saúde do trabalhador, né, porque a maioria dos homens, eles trabalham. A gente tem uma população</p>	<p>-Procurando um horário alternativo para atendimento dos homens (E1.3.1)</p> <p>-Buscando atividades para diminuir o preconceito do homem com relação ao exame de próstata(E1.3.1)</p>	<p>-Criando alternativas diferentes para facilitar tanto a captação da demanda masculina como seu acesso(E1.3.1)</p> <p>-Quebrando a barreira do machismo através da orientação prévia sobre o toque retal(E1.3.1)</p> <p>-Necessitando de atividades voltadas à saúde do trabalhador (E1.3.2)</p>
--	--	--

<p>de homens, trabalhador braçal, mesmo, operário, né. Então pensando nas doenças relacionadas ao trabalho, mesmo, a gente poderia também pensar em atividades.</p>		
<p>Desconheço. Não conheço nada. Nunca ouvi, pra ser sincera eu nem sabia que existia uma política em relação a saúde do homem.</p>	<p>-Não tendo contato com a política de saúde do homem(E1.4.1)</p>	<p>-Desconhecendo a existência da política de saúde do homem(E1.4.1)</p>
<p>E como que o homem também vê isso, né? A questão da violência, né? Como que também pro homem é isso. Porque também não é só a mulher que acaba, imagino que também não é só a mulher que sofre violência, né? Então tem alguns motivos aí pra que chegue a esse ponto. Também trabalhar essa questão talvez fosse interessante.</p>	<p>- A violência sendo enxergada a partir de questões femininas trouxe em foco essa temática também para a saúde do homem(E1.4.1)</p>	<p>-Necessitando trabalhar a questão da violência na saúde do homem (E1.4.1)</p>

<p>UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO</p> <p>Na unidade básica, a gente não fazia muita questão, muito, não realizava consulta de enfermagem voltada pro público masculino. Era exclusivamente feminino porque a gente fazia papanicolaou pra suprir a necessidade de</p>	<p>UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO CONDENSADA (DESCRIÇÃO FECHADA PARA O TEXTO)</p> <p>-Tanto na atenção básica como na hospitalar o homem vem sendo tratado de maneira curativa (E2.1.1)</p>	<p>UNIDADE DE SIGNIFICADO CONDENSADO (INTERPRETAÇÃO DO SIGNIFICADO SUBJACENTE)</p> <p>-Homem sendo visto e tratado como um ser curativo(E2.1.1)</p>
--	---	--

<p>ginecologista. Então, e o contato que a gente tinha era assim, algum procedimento de enfermagem, que precisasse fazer, avaliação de curativo, algum acidente,né, que por ventura o homem tenha vindo a sofrer. Ficava restrito a esses procedimentos na unidade básica. No hospital, da mesma forma,porque era um hospital pequeno, assim, uma cidade bem pequenininha, tinha dezoito mil habitantes. Então, assim, o contato que a gente tinha maior era avaliação, fazer a sistematização da assistência de enfermagem pro paciente quando ele tava internado. Prontosocorro, a gente também ficava restrito aos procedimentos de prontososocorro, aplicação de medicação, curativo,né, algum atendimento de emergência que não dava pra pensar numa alguma coisa mais ampla,assim, de promoção ,prevenção. Na parte de internação hospitalar a gente fazia a sistematização. Agora, no PSF, que deveria ser diferente,né, eu acho que o olhar, eu não percebo diferença, assim,né, desses outros ambientes.</p>	<p>Mas eu acho que é um público de maior, mais difícil acesso/, porque eles acabam não procurando tanto a unidade como as mulheres procuram.</p>	<p>-Homens tendo mais difícil acesso(E2.1.1) -Os homens não estão procurando a unidade de saúde como as mulheres procuram (E2.1.1)</p>
	<p>-Homens sendo inacessíveis do ponto de vista da saúde(E2.1.1) -Os homens se interessando menos pela própria saúde do que as mulheres(E2.1.1)</p>	

<p>O exame de próstata, ainda é um tabu pra eles. Então são poucos aqueles que a gente consegue atingir porque tem aquela questão da sexualidade, da masculinidade, que vai interferir eles acham. Tem um certo preconceito ainda.</p>	<p>-Exame de próstata sendo um tabu para os homens(E2.1.1)</p>	<p>-O tabu do toque retal interferindo na sexualidade masculina (E2.1.1)</p>
<p>Então, quando eles procuram a unidade, os homens mais jovens, eles procuram em casos agudos, mesmo. Por uma gripe, um problema osteomuscular e às vezes até pedem pra fazer exame, né?</p>	<p>-Homens mais jovens procurando atendimento na unidade de saúde apenas quando já estão doentes, porém querem aproveitar para fazer exames de rotina(E2.1.2)</p>	<p>-Homens jovens rotulados como seres curativos mesmo quando pedem uma chance de serem mais preventivos(E2.1.2)</p>
<p>No caso de consulta eventual, a gente não realiza, agente não faz solicitação, a não ser que seja de necessidade pra aquele caso de urgência. Mas o exame de rotina a gente não pede no eventual.</p>	<p>-Homens jovens procurando apenas por consulta eventual na qual não há a possibilidade de solicitação de exames de rotina (E2.1.3)</p>	<p>-Homens tendo que se encaixar na rotina da unidade de saúde(E2.1.3)</p>
<p>E a gente sempre orienta, olha agenda consulta e agente vê que esses pacientes não voltam pra agendar consulta, né? Eles não perdem dia de trabalho pra se cuidar. Eles não percebem a necessidade da prevenção, né? Porque no momento, eles não têm nada, então não pensa que talvez a carne que eles comem no churrasquinho de final de semana pode estar aumentando o colesterol, a questão do ganho de peso, a realização de atividade física. Eles não têm essa visão da importância da promoção à</p>	<p>-Homens não estão agendando consultas de rotina, pois não faltam do trabalho e nem percebem a necessidade da prevenção, uma vez que não têm sintomas (E2.1.3)</p>	<p>-Homens sendo enxergados como seres meramente curativos e negligentes com a própria saúde(E2.1.3)</p>

<p>saúde e da prevenção. Então, eles acabam, a população masculina mais jovem, acaba procurando quando tem algum problema agudo.</p> <p>A população mais velha, que às vezes tem algum problema crônico, uma hipertensão, diabetes, que eles vêm pra unidade, eu acho que comparativamente ao sexo feminino é bem menor, né? E às vezes não fazem o seguimento adequado, só deixam pra começar o tratamento quando percebem que não tem mais jeito mesmo, não dá pra voltar atrás.</p>	<p>-Homens mais velhos, com problemas crônicos já instalados, não fazem o seguimento e o tratamento de maneira adequada(E2.1.4)</p>	<p>-Homens mais velhos sendo vistos como resistentes ao tratamento (E2.1.4)</p>
<p>E acho que também acaba, não só pelo lado deles, né, olhando assim essa falta de prevenção, mas acho que até mesmo por falta de ações do serviço de saúde, mesmo, ter esse olhar voltado pro homem, tentar envolver mais o homem na questão de cuidar mesmo da sua saúde, porque até então tudo é a mulher, né?</p>	<p>-Os homens têm faltas com sua própria saúde, porém o serviço de saúde também é responsável pelas falhas (E2.1.4)</p>	<p>-O serviço tomando parte da responsabilidade sobre as falhas na saúde do homem(E2.1.4)</p>

<p>Eu acho que ainda tem aquela visão de que o homem é o provedor da casa. Ele tem que trabalhar e só. O resto assim, cuidar da casa, cuidar dos filhos, se preocupar com a saúde, é questão da mulher, mesmo, né?</p> <p>acho que essa fragilidade acontece pelos dois lados. Do lado dessa visão do homem, mas também do serviço de não estar preparado pra receber o homem, pra poder acolher nas necessidades dele e ter esse olhar diferenciado</p>	<p>-O homem sendo visto apenas no papel de provedor e a mulher como cuidadora (E2.1.4)</p> <p>-Os homens têm faltas com sua própria saúde, porém o serviço de saúde também é responsável pelas falhas (E2.1.4)</p>	<p>-Homem sendo visto apenas como um ser racional versus a mulher como detentora de um papel emocional (cuidadora)(E2.1.4)</p> <p>-O serviço tomando parte da responsabilidade sobre as falhas na saúde do homem(E2.1.4)</p>
<p>A gente poderia trabalhar muito mais com isso, mas a gente trabalha pouco. O que a gente faz aqui é campanha de prevenção do câncer de próstata pros homens acima de quarenta anos</p>	<p>-Com relação à saúde do homem a unidade vem trabalhando apenas com campanha de próstata (E2.2.1)</p>	<p>-O homem sendo enxergado apenas como uma próstata(E2.2.1)</p>

<p>-como a gente tá sem médico homem ,agora, nesse momento, a gente faz, esse ano mesmo a gente não fez nenhum. A gente tá negociando com outro médico de outra unidade pra ele tá vindo aqui fazer.</p> <p>no caso das mulheres,elas vem pra procurar, ah eu queria agendar uma consulta pra fazer o papanicolaou. O homem não, ele não tem essa procura. Todos os homens que são convocados pra campanha, são através das agente comunitárias que puxam pelo cadastro aqueles que têm mais de quarenta anos e fazem a convocação. A gente sempre tenta convocar mais de uma vez.</p>	<p>-O exame de próstata não tem sido realizado devido a falta de médico (do sexo masculino) (E2.2.1)</p> <p>-Os homens fazendo o exame de prevenção apenas quando convocados, diferentemente da mulher que procura pelo serviço(E2.2.1)</p>	<p>- a necessidade do masculino cuidando do masculino(E2.2.1)</p> <p>-Os homens não vem buscando os serviços de atenção básica como as mulheres(E2.2.1)</p>
<p>Eu trabalhei numa unidade que era de zona rural que a gente fazia a cada três meses e vinha assim, quarenta homens, cinquenta homens. Lá funcionava bem essa questão da campanha,né?Pensando nessa parte da prevenção do câncer de próstata.</p> <p>eu acho que a gente não tem nada específico, voltado para o homem. Eu acho que ele acaba se inserindo nas atividades para o público em geral.</p>	<p>-Campanha de próstata funcionando bem na zona rural(E2.2.1)</p> <p>-o homem sendo inserido na unidade junto ao público geral(E2.2.1)</p>	<p>-Homens da zona rural se prevenindo mais do que os da zona urbana com relação ao câncer de próstata(E2.2.1)</p> <p>-o homem não sendo cuidado levando em conta suas particularidades de gênero(E2.2.1)</p>

<p>agentes comunitárias pra, sei lá, fazer um levantamento da população masculina da unidade, né, da nossa área de abrangência. E a partir, desse levantamento, pensar em alternativas.</p> <hr/> <p>em que possam acontecer em horários flexíveis, né? Em horários que não seja em horário de trabalho, porque também não adianta a gente falar não, o homem tem que se cuidar, mas também o serviço, não oferecer uma condição, né?</p> <hr/>	<p>levantamento da população masculina da área de abrangência da unidade (E2.3.1)</p> <hr/> <p>-atendimentos em horários flexíveis(E2.3.1)</p> <hr/>	<p>da unidade de saúde(E2.3.1)</p> <hr/> <p>-facilitando a busca do homem pelos serviços de saúde(E2.3.1)</p> <hr/>
---	--	---

<p>É, sei lá, aplicar, talvez, um questionarizinho assim, não posso ajudar, mas assim, algum papelzinho em sala de espera pra que eles coloquem quais são as demandas que eles precisariam,né? Acho que pra conhecer um pouco,né, assim...às vezes o que eles esperam ,né, do serviço,né, pra saúde deles e o que eles trazem de demanda.</p>	<p>-utilizando questionário como estratégia para conhecer a demanda de saúde do homem(E2.3.1)</p>	<p>-precisando conhecer as necessidades de saúde do homem(E2.3.1)</p>
<p>Olha, eu nunca li a Política de Saúde do Homem, nem nos foi apresentada também,né?já ouvi falar que existe, mas falar pra você que eu já peguei, já li e sei o que ela propõe , eu vou tá mentindo.</p>	<p>-não tendo e nem tendo contato com a política de saúde do homem(E2.4.1)</p>	<p>-não conhecendo a política de saúde do homem(E2.4.1)</p>
	<p>-gestão não se preocupando com</p>	<p>-sentindo falta do estímulo da</p>

<p>Então, até partindo da gestão, mesmo, nunca se teve, nunca percebi uma preocupação da gestão, né, em se falando em política do homem. Nunca nos foi apresentado.</p>	<p>as questões da política de saúde do homem(E2.4.1)</p>	<p>gestão para inserção das atividades de saúde do homem nos serviços de saúde da atenção básica(E2.4.1)</p>
<p>Bom, aqui na Cecap, hoje como _____</p>	<p>-enfermeira só atendendo homens na consulta eventual (E3.1.1)</p>	<p>-o homem sendo visto apenas sob a ótica do curativismo (E3.1.1)</p>

<p>enfermeira, a minha experiência é somente com homens em eventuais.</p> <hr/> <p>E a gente também tenta fazer campanha de próstata ,mas esse ano a campanha de próstata tá meio parada, porque a gente não tem médico pra vim fazer a campanha porque eles têm muito banco de horas.</p> <hr/> <p>Eu queria muito ter um médico aqui da minha rotina que fizesse a campanha de próstata, pelo menos, que é uma forma da gente chamar o homem pra cuidar da sua saúde,né?</p> <hr/>	<hr/> <p>-as campanhas de próstata sendo interrompidas devido a falta de médicos do sexo masculino para realizá-las (E3.1.1)</p> <hr/> <p>- oferecendo um cuidado mínimo para os homens: campanha de próstata (E3.2.1)</p> <hr/>	<hr/> <p>- a necessidade do masculino cuidando do masculino(E3.1.1)</p> <hr/> <p>- O homem sendo enxergado apenas como uma próstata (E3.2.1.)</p> <hr/>
--	--	---

<p>A gente tem uma lista de espera de mais de noventa nomes e quando a gente faz, eles vêm todos. Eles vêm mais do que as mulheres nas campanhas. a gente tenta ter esse olhar, tenta ter olhar no eventual, em relação a homens que vem aqui com pressão descontrolada,né, descompensados, mas mesmo assim, tem pouca aderência deles.</p>	<p>-os homens participando mais do que as mulheres das campanhas de prevenção(E3.2.1) -os homens com pressão descontrolada aderindo pouco ao serviço de saúde(E3.2.1)</p>	<p>-o homem aderindo mais às campanhas de prevenção do que as mulheres (E3.2.1) -homens com doenças crônicas aderindo pouco aos cuidados com a própria saúde(E3.2.1)</p>
<p>Acho que primeiro de tudo seria bom eles comecem a participar do pré-natal</p>	<p>-o homem aderindo como acompanhante nas consultas de pré-natal (E3.3.1)</p>	<p>-o homem sendo visto como um potencial cuidador do outro(E3.3.1)</p>
<p>E a gente conseguir, de alguma forma, passar pra eles que mesmo não tendo hipertensão, mesmo não tendo diabetes, mesmo não tendo idade pra fazer a</p>	<p>-podendo passar por consultas de rotina, mesmo não tendo doenças crônicas ou idade para a campanha de próstata (E3.1.1)</p>	<p>- trabalhando a prevenção de maneira ampliada (E3.1.1)</p>

<p>campanha de próstata que eles podem estar vindo uma vez por ano para passar em consulta de rotina</p>		
<p>Nunca li sobre a Política de Saúde do Homem</p>	<p>-não tendo lido a política de saúde do homem (E3.4.1)</p>	<p>-não conhecendo a política de saúde do homem(E3.4.1)</p>
<p>até mesmo porque não é a frente, né, de qualquer, que nem aqui, o que a gente mais é cobrado é em outras saúdes, né? Hipertensão, diabético, pré-natal, sífilis na gestação, mas a gente não é cobrado tanto, hoje, em relação a indicadores, a política do homem.</p>	<p>-não sendo cobrada em relação aos indicadores de saúde do homem(E3.4.1)</p>	<p>-o homem invisível para a gestão(E3.4.1)</p>
<p>Eu acho que usuários do sexo masculino eles são, alguns, na maioria das vezes, talvez, mais difíceis de vir até a unidade,</p>	<p>-procurando a unidade apenas quando precisa (E4.1.1)</p>	<p>-mostrando poder, masculinidade e controle sobre a doença ao resistir aos seus sintomas(E4.1.1)</p>

<p>de procurar, eles só, a grande maioria procura mais quando tá precisando muito mesmo, né? Espera chegar no último minuto pra poder vir.</p>	<p>-achando que não vai acontecer nada consigo(E4.1.1)</p>	<p>-o homem se sentindo poderoso e inatingível(E4.1.1)</p>
<p>É um ou outro que às vezes dá mais trabalho, que não aceita orientações e acha que não, como que eu posso dizer, ah que não vai acontecer nada, né?</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p>A única coisa que a gente faz mais especificamente é a campanha de próstata, né?</p>	<p>-fazendo a campanha de próstata(E4.2.1)</p>	<p>- O homem sendo enxergado apenas como uma próstata</p>
<p>Questão de saúde no trabalho, assim também do trabalhador, que eu acho que pega bastante a área deles</p>	<p>-levantando questões sobre saúde do trabalhador(E4.3.1)</p>	<p>-enxergando o homem como força de trabalho(E4.3.1)</p>

<p>Pra falar bem a verdade não conheço muito profundamente.</p>	<p>-não conhecendo profundamente a política de saúde do homem (E4.4.1)</p>	<p>-não conhecendo a política de saúde do homem(E4.4.1)</p>
<p>Quando eu assumi, então nós abrimos a agenda pra saúde do homem, mas no sentido não só do homem mas dos pacientes crônicos,nê?</p>	<p>-os pacientes crônicos sendo inseridos na agenda do enfermeiro (E5.1.1)</p>	<p>-o homem sendo inserido na rotina da unidade apenas quando já possui doença crônica instalada(E5.1.1)</p>
	<p>-os homens não faltam do serviço</p>	<p>-priorizando a função de provedor</p>

<p>eles não deixam o trabalho pra ir a unidade:</p> <hr/> <p>Os homens procuram muito mais o posto quando eles realmente precisam, né, no sentido de estou com alguma coisa do que pacientes no sentido de acompanhamento mas, eles são mais pontuais às visitas.</p> <hr/> <p>geralmente eles não pedem ajuda diferente da mulher que chega e fala tá acontecendo isso.</p> <hr/>	<p>para ir a unidade de saúde (E5.2.1)</p> <hr/> <p>-procurando a unidade quando realmente precisam(E5.2.1)</p> <hr/> <p>-o homem não pedindo ajuda(E5.2.1)</p> <hr/>	<p>frente ao cuidado com a saúde(E5.2.1)</p> <hr/> <p>-procurando a unidade apenas quando já possuem sintomas(E5.2.1)</p> <hr/> <p>-não demonstrando fraqueza(E5.2.1)</p> <hr/>
--	---	---

<p>quando a gente faz uma campanha de próstata a adesão em relação a campanha de próstata é muito maior do que a campanha de papa.</p>	<p>-aderindo mais a campanha de próstata do que a de papanicolaou (E5.2.1)</p>	<p>-o homem aderindo mais às campanhas de prevenção do que as mulheres (E5.2.1)</p>
--	--	---

<p>Em relação ao homem mesmo eu acho que isso é uma questão um pouco cultural da adesão e do parar para pensar na saúde, acho que é um pouco cultural. E que eu acho que talvez precisasse mudar talvez muito mais a base desses indivíduos que se tornaram adultos, homens. Então talvez trabalhar um pouco mais com a questão nas escolas</p>	<p>-não aderindo aos cuidados de saúde e trabalhando com saúde nas escolas(E5.3.1)</p>	<p>-trabalhando com a educação em saúde nas escolas juntamente ao papel cultural do homem com relação ao auto-cuidado (E5.3.1)</p>
<p>eu, por exemplo, não gosto de campanha, desteo campanha. Porque campanha eu acho que torna o</p>	<p>-não gostando de campanha de próstata(E5.3.1)</p>	<p>-necessitando de um olhar mais ampliado com relação a saúde do homem(E5.3.1)</p>

negócio tão mal feito,né?Então, assim, cê chama o homem pra fazer um toque e já é uma coisa delicada que eles têm dificuldade de entender , tem todo um cultural em cima de fazer um toque anal, por exemplo, e aí é feito daquele jeito. Ele entra dentro do consultório, toque e vai embora, sabe?

<p>O homem não é visto, mas acho que não é só essa questão de que o homem trabalha, porque o posto fecha às cinco. Eu acho que também a própria forma como foi se estruturando os programas, e não os protocolos, os programas do Ministério da Saúde, não prioriza a atenção e o cuidado ao homem, né? E aí, o município ou uma unidade fazer isso sozinha é muito difícil, né?</p>	<p>-os programas não priorizando a saúde do homem(E5.3.1)</p>	<p>-o homem não sendo priorizado pelo Ministério da Saúde(E5.3.1)</p>
<p>Em alguns momentos eu acho que tem que mudar um pouco mais também na própria formação na graduação. Eu falo por mim mesmo. A gente vê muito pouco de saúde do homem, a gente praticamente não vê.</p>	<p>-necessitando mudar a formação da graduação em enfermagem(E5.3.1)</p>	<p>-inserindo a saúde do homem na grade curricular da graduação em enfermagem (E5.3.1)</p>

<p>Eu, por exemplo, eu fico pensando a gente faz papanicolaou, faz toque , não sei o que...porque que os enfermeiros não são treinados, então, pra fazer um toque de próstata, se é exame físico,né? E aí tem toda essa mobilização de médicos pra se fazer um toque,né, que é um exame físico,né?</p>	<p>-treinando os enfermeiros para fazerem toque de próstata(E5.3.1)</p>	<p>-tornando o enfermeiro independente do médico para a realização do toque de próstata(E5.3.1)</p>
<p>Do programa de saúde do homem?Eu sei que é recente, sei que nada acontece, que é mais um programa que existe pra falar que existe, que nosso município não tem incentivo algum, pelo menos nunca me chegou nada via secretaria de saúde. Então , não tem nenhum posto que atua segundo o programa.</p>	<p>-não atuando segundo o programa (E5.4.1)</p>	<p>-Descrindo na efetivação da implantação da política de saúde do homem nas unidades de atenção básica(E5.4.1)</p>

<p>Os homens ainda são vistos como o adulto gené... generalizado, né?</p>	<p>-sendo visto como adultos (E5.4.1)</p>	<p>-generalizando o gênero masculino(E5.4.1)</p>
<p>Então, na verdade o público masculino é mais difícil. A mulher procura muito mais o serviço pelo próprio ciclo gravídico puerperal. Os homens, eles vêm mais assim por imediatismo. Então, pra resolver, muitas vezes, uma demanda do dia. Então, tem uma dor, ele vem. Tem uma gripe, ele vem. Mas, propriamente, pra dar o seguimento, a importância da consulta agendada, do acompanhamento, da realização de</p>	<p>-procurando a unidade quando presentes os sintomas de alguma doença (E6.1.1)</p>	<p>-sendo rotulados como resistentes, imediatistas e curativos(E6.1.1)</p>

<p>exames, isso é muito complicado, né?</p> <hr/> <p>porque eu acho que a mulher a gente tem muito mais experiência, a gente convive mais fácil.</p>	<hr/> <p>-tendo mais experiência no atendimento com mulheres (E6.1.1)</p>	<hr/> <p>-o feminino reconhecendo e interagindo com o feminino(E6.1.1)</p>
--	---	--

<p>Que agora, esse mês, teve o dia do do homem,né?Então a gente tenta fazer um trabalho um pouco de... em sala de espera pra tentar orientar, informar a importância. A gente tenta, às vezes, trabalhar com a esposa,né?A esposa, às vezes, é uma arma pra buscar e trazer esse homem</p>	<p>-trabalhando em sala de espera e contando com o apoio da esposa (E6.2.1)</p>	<p>-buscando estratégias para captação da população masculina(E6.2.1)</p>
<p>E, fora isso, também por microárea,a gente seleciona todos os prontuários e a gente convoca todos os hipertensos e diabéticos. Então, a gente não propriamente espera a vinda deles, a gente faz essa busca ativa</p>	<p>-fazendo busca ativa dos programáticos (crônicos)(E6.2.1)</p>	<p>-priorizando os programáticos (crônicos) (E6.2.1)</p>

<p>Eu acho que a gente deveria, às vezes, pelo tempo, a gente acaba não conseguindo,mas a gente deveria investir mais em promoção. Então, atividades coletivas, atividade de promoção, então, buscar de uma outra maneira.Sei lá, alguma coisa que fosse atrativo pro homem.</p>	<p>-trabalhando com promoção (E6.3.1)</p>	<p>-trabalhando com promoção de saúde considerando as especificidades de gênero (E6.3.1)</p>
--	---	--

<p>Mas é... propriamente o que diz a política eu não...eu não sei te falar propriamente.</p>	<p>-não sabendo o que diz a política de saúde do homem(E6.4.1)</p>	<p>-não conhecendo a política de saúde do homem (E6.4.1)</p>
<p>Na verdade, acho que eu não tenho muita experiência em trabalhar com usuários do sexo masculino.</p>	<p>-não tendo experiência em trabalhar com usuários homens (E7.1.1)</p>	<p>-feminino não considerando o trabalho com o masculino quando não há um atividade específica de gênero(E7.1.1)</p>
<p>A não ser as campanhas de próstatas que nós temos. Aí, nessas campanhas, pontualmente, a gente faz algum</p>	<p>-fazendo atividades pontuais (E7.1.1)</p>	<p>-não aprofundando o cuidado quando se trata de saúde do homem(E7.1.1)</p>

<p>trabalho, né? Uma sala de espera, fala sobre sexualidade, né, sobre DST's, mas é só isso, assim, umas coisa bem pontual.</p>		
<p>Mas, voltado, específico, para a clientela masculina não tem nada, assim, só pontual, as campanhas.</p>	<p>-não tendo atividades específicas para o homem (E7.2.1)</p>	<p>-generalizando o gênero masculino (E7.2.1)</p>

<p>Então, acho que, talvez, valeria a pena um grupo pra homens sobre sexualidade, doença é.. DST's.</p>	<p>-trabalhando com sexualidade e DST's</p>	<p>-desmistificando a sexualidade masculina (E7.3.1)</p>
<p>Mas eu não sei muito sobre a política de saúde saúde do homem. Eu acho que nós nunca tivemos nem treinamento, nem aprendemos isso na nossa formação,né? Acho que nós temos saúde da mulher na faculdade, mas saúde do homem nunca tivemos,né?Então a gente fica parece que deixado meio que de escanteio. Então nós... eu nunca tive contato com nenhum... nem, não sei se tem portaria de saúde do homem, então eu não tenho muita experiência não.</p>	<p>-não sabendo a respeito da política de saúde do homem(E7.4.1)</p>	<p>-não conhecendo a política de saúde do homem (E7.4.1)</p>

<p>a gente consegue pegá-los, muito assim, em atendimento extra, pacientes às vezes que não tem diagnóstico de nenhum tipo de doença, principalmente os que não têm diagnóstico são os que não passam em consulta de rotina.</p>	<p>-passando por atendimentos eventuais(E8.1.1)</p>	<p>- atendendo em consultas de rotina os pacientes crônicos e em consultas eventuais os não-crônicos (E8.1.1)</p>
<p>Mas faz um ano e meio que a gente não consegue campanha aqui em Vitoriana, justamente pela dificuldade de médicos não tarem descendo e outras coisas. E agora a gente tá com uma médica mulher também e o pessoal não aceita,nê, os homens.</p>	<p>-não aceitando que o toque de próstata seja realizado por uma mulher(E8.1.1)</p>	<p>-o masculino evitando o feminino em procedimento que envolvam sua sexualidade(E8.1.1)</p>

<p>acho que minha maior experiência acaba sendo com idosos do sexo masculino que são os mais frequentadores, em relação a homens.</p>	<p>-trabalhando com idosos(E8.1.1)</p>	<p>-atendendo de rotina pacientes crônicos(E8.1.1)</p>
<p>Tá... eu acho que é um ponto frágil,né. Que é muito mais fácil trabalhar com a saúde da mulher, justamente por...ela tá sempre aqui, tá sempre procurando mais assistência, então a gente ainda tem essa fragilidade com relação ao nosso serviço</p>	<p>-mulher sempre procurando mais o serviço de saúde(E8.2.1)</p>	<p>-fortalecendo a visão da mulher acessível e cautelosa com a própria saúde(E8.2.1)</p>

<p>Talvez o horário de atendimento seria uma possibilidade mais voltada pro serviço mesmo,né?É...eu acho que o atendimento é uma possibilidade que como a classe trabalhadora, eles não conseguem tá vindo aqui na unidade, no horário habitual nosso até às cinco horas da tarde,né? A unidade aqui, ela fecha quatro e meia da tarde.Então é muito difícil pra eles.</p>	<p>-ampliando o horário de atendimento(E8.3.1)</p>	<p>-buscando estratégias para captação da população masculina(E8.3.1)</p>
--	--	---

<p>Aí, quando eles chegam aqui, eles querem o atestado do dia. E nem sempre é possível fornecer pela demanda que eles trouxeram pra gente. Às vezes vêm com uma dor que cabeça que não é uma coisa que vai justificar um atestado. Então isso, querendo ou não, também faz com que eles não venham por queixas mais é... vamos dizer assim que eles considerem que sejam queixas mais simples.</p>	<p>-evitando a busca pelo serviço em casos que considerem mais simples (E8.3.1)</p>	<p>-burocracias do serviço dificultando o acesso masculino(E8.3.1)</p>
<p>Tá...A política de saúde do homem.....complicado. Vamos pensar aquilo que a gente conseguiu implementar. Eu acho que é uma coisa</p>	<p>-não implementando a política de saúde do homem(E8.4.1)</p>	<p>-Descrindo na efetivação da implantação da política de saúde do homem na unidade(E8.4.1)</p>

<p>que ainda tá muito longe da gente conseguir implementar aqui na unidade.</p>		
<p>confesso até que é um pouco difícil a gente pensar...na política em si.Eu não cheguei a ler exatamente toda essa política de saúde do homem,não tive esse contato</p>	<p>-não tendo contato com a política de saúde do homem(E8.4.1)</p>	<p>-não conhecendo a política de saúde do homem(E8.4.1)</p>
<p>Então, assim, às vezes, na hora que eles percebem que tem algum aluno menino, alguma coisa, eles começam a vir e pede pra passar diretamente</p>	<p>-preferindo ser atendido por homens(E8.4.1)</p>	<p>-percebendo a empatia do masculino pelo masculino(E8.4.1)</p>

<p>com eles. Até a questão mesmo de sexualidade, dificuldade de ereção, essas coisas, eles se sentem desconfortáveis em passar pra gente.</p>		
---	--	--

<p>na idade jovem a gente procura abordar sempre na questão de quando a gente faz atendimento de pré-natal, né? Então a ... a gente aborda se tem parceiro, se é casada, se tem união estável, como que tá esse marido, se ele faz acompanhamento, se ele tem algum problema de saúde, se faz exames de rotina, né? Porque normalmente a gente acaba focando a gestante e esquece, né, do.....do parceiro, né.</p>	<p>-perguntando para gestante sobre a saúde de seu parceiro</p>	<p>-acessando o masculino através do feminino</p>
--	---	---

<p>porque as mulheres procura mais os serviços de saúde,né?As mulheres se cuidam mais. Os homens realmente quando tá com dor,né?Raramente o homem vem e fala: “ah, eu quero fazer consulta de rotina, prevenção,né?”O homem não tem essa cultura de prevenção como a mulher tem,né?</p>	
<p>-procurando a unidade de saúde apenas quando sente dor</p>	
<p>-trabalhando com o homem curativo versus a mulher preventiva</p>	<p>-enxergando sua responsabilidade sobre os que não procuram a unidade(E9.2.1)</p>
<p>A nossa maior dificuldade, mesmo, é na questão do público jovem que é um público que precisa também de orientação, de exames de rotina, de</p>	<p>-pensando nos que não procuram a unidade(E9.2.1)</p>

<p>prevenção,né, de promoção à saúde.E... mas que talvez, por esse momento que a gente vive de de muito atendimento é...curativo e demanda espontânea.a gente acaba deixando um pouco de lado,né, por falta de pernas,por falta de condições,mesmo de ter esse olhar pra prevenção, promoção, pra resgatar e criar vínculo com esse público que não procura.</p>		
<p>Então... e eu relaciono isso um pouco com a dificuldade que a gente tem de promo...de fazer mais prevenção, mais promoção, porque ultimamente a gente tem trabalhado muito em cima,né, da demanda espontânea, da demanda curativa que é a... O público maior, é, perdão, é é a procura maior,né?Então a gente tem essa dificuldade no nosso processo de trabalho.</p>	<p>-trabalhando muito em cima da demanda curativa, que é a maior procura(E9.2.1)</p>	<p>-refletindo sobre o processo de trabalho(E9.2.1)</p>

<p>Então, fazer campanhas em empresas, em locais de trabalho. Acho que seria algo que surgiria algum efeito, né?</p>	<p>-trabalhando com campanhas nos locais de trabalho (E9.3.1)</p>	<p>-trabalhando de modo intersetorial(E9.3.1)</p>
<p>Então penso que uma das formas de trabalhar seria em sala de</p>	<p>-trabalhando em sala de espera</p>	<p>-trabalhando com educação em saúde (E9.3.1)</p>

Anexos

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A saúde do homem: um estudo associado ao Geoprocessamento em uma cidade do interior do Estado de São Paulo

Pesquisador: Daniele Natália Pacharone Bertolini

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15197913.4.0000.5411

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 264.270

Data da Relatoria: 06/05/2013

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa envolve título acadêmico (mestrado).

Trata-se de um estudo de abordagem mista: quanti e qualitativa para conhecer as principais características da saúde do homem.

Na abordagem quantitativa, será realizado um estudo transversal, retrospectivo e analítico. Serão estudadas as características do usuário do sexo masculino das unidades básicas de saúde. Os dados serão coletados a partir da análise de prontuários dos usuários atendidos de janeiro a dezembro de 2011, segundo relatório emitido pelo Sistema de Informação SIMIS e, em seguida, os dados obtidos serão utilizados no geoprocessamento.

Na abordagem qualitativa, serão realizadas entrevistas (baseada em questões norteadoras) com os coordenadores das unidades básicas selecionadas para o estudo e será utilizado como referencial metodológico a Análise de Conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

PRINCIPAL: Caracterizar a população masculina, frequentadora das Unidades de Atenção Básica, quanto a dados de identificação e condições de saúde, utilizando-se o Geoprocessamento.

SECUNDÁRIO:

Levantar o número de atendimentos realizados no período de Janeiro a Dezembro de 2011, de

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 264.270

usuários do sexo masculino, com idade acima de 18 anos, em cada uma das unidades de Atenção Básica que farão parte do estudo;

Detectar os indicadores pessoais e doenças prevalentes de usuários do sexo masculino atendidos nas Unidades de Atenção Básica;

Mapear os dados levantados junto aos usuários do sexo masculino em relação à localização geográfica das Unidades de Atenção Básica;

Conhecer as propostas de atendimento oferecidas nessas unidades para os usuários do sexo masculino.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: A pesquisa será feita de acordo com os princípios éticos, incluindo anonimato, sigilo de dados pessoais, de saúde e falas, sem a identificação dos indivíduos, com a transcrição fidedigna das falas e com a destruição das fitas que forem gravadas. Portanto apresenta riscos mínimos para os participantes.

BENEFÍCIOS: conhecer as características do usuários do sexo masculino das unidades básicas de saúde, favorecendo organização dos serviços e novas propostas de atendimentos para essa população.

B

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia esta devidamente descrita, com os critérios de inclusão e exclusão explicitamente definidos.

Os autores informam que não há fonte de fomento para a pesquisa, porém haverá financiamento próprio, sem qualquer ônus para a instituição.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam no processo todas as autorizações necessárias para a realização do estudo.

Os autores solicitam a dispensa do TCLE para o estudo quantitativo, cujos dados serão coletados a partir da análise de prontuários, sem qualquer contato com os sujeitos.

Para a abordagem qualitativa, os autores elaboraram o TCLE em forma de convite e com linguagem acessível a população que será avaliada.

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 264.270

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências, dessa forma recomendo a aprovação do estudo, sem necessidade de envio a CONEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa aprovado em reunião do CEP de 06 de maio de 2.013, em necessidade de envio à CONEP.

BOTUCATU, 06 de Maio de 2013

**Assinador por:
Trajano Sardenberg
(Coordenador)**

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A saúde do homem: um estudo associado ao Geoprocessamento em uma cidade do interior do Estado de São Paulo

Pesquisador: Daniele Natália Pacharone Bertolini

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15197913.4.0000.5411

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 306.605

Data da Relatoria: 17/06/2013

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa envolve título acadêmico (mestrado). Trata-se de um estudo de abordagem mista: quanti e qualitativa para conhecer as principais características da saúde do homem. Na abordagem quantitativa, será realizado um estudo transversal, retrospectivo e analítico. Serão estudadas as características do usuário do sexo masculino das unidades básicas de saúde. Os dados serão coletados a partir da análise de prontuários dos usuários atendidos de janeiro a dezembro de 2011, segundo relatório emitido pelo Sistema de Informação SIMIS e, em seguida, os dados obtidos serão utilizados no geoprocessamento. Na abordagem qualitativa, serão realizadas entrevistas (baseada em questões norteadoras) com os coordenadores das unidades básicas selecionadas para o estudo e será utilizado como referencial metodológico a Análise de Conteúdo

Objetivo da Pesquisa:

PRINCIPAL: Caracterizar a população masculina, frequentadora das Unidades de Atenção Básica, quanto a dados de identificação e condições de saúde, utilizando-se o Geoprocessamento.

SECUNDÁRIO:

Levantar o número de atendimentos realizados no período de Janeiro a Dezembro de 2011, de

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 306.605

usuários do sexo masculino, com idade acima de 18 anos, em cada uma das unidades de Atenção Básica que farão parte do estudo;

Detectar os indicadores pessoais e doenças prevalentes de usuários do sexo masculino atendidos nas Unidades de Atenção Básica;

Mapear os dados levantados junto aos usuários do sexo masculino em relação à localização geográfica das Unidades de Atenção Básica;

Conhecer as propostas de atendimento oferecidas nessas unidades para os usuários do sexo masculino.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: A pesquisa será feita de acordo com os princípios éticos, incluindo anonimato, sigilo de dados pessoais, de saúde e falas, sem a identificação dos indivíduos, com a transcrição fidedigna das falas e com a destruição das fitas que forem gravadas. Portanto apresenta riscos mínimos para os participantes.

BENEFÍCIOS: conhecer as características do usuários do sexo masculino das unidades básicas de saúde, favorecendo organização dos serviços e novas propostas de atendimentos para essa população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia esta devidamente descrita, com os critérios de inclusão e exclusão explicitamente definidos. Os autores informam que não há fonte de fomento para a pesquisa, porém haverá financiamento próprio, sem qualquer ônus para a instituição.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores solicitam alteração do título do Projeto: de A saúde do homem: um estudo associado ao Geoprocessamento em uma cidade do interior do Estado de São Paulo- Para: A saude do homem: doenças crônicas não transmissíveis e vulnerabilidade social.

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 306.605

Recomendações:

Ao final do estudo apresentem Relatório Final de Atividades.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado, sem necessidade de envio à CONEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP em reunião extraordinária de 17 de junho de 2.013, deliberou APROVAR a solicitação dos pesquisadores em alterar o título do Projeto, que à partir de 17/06/2013 passa ter a seguinte nomenclatura: "A saúde do homem: doenças crônicas não transmissíveis e vulnerabilidade social".

BOTUCATU, 17 de Junho de 2013

Assinador por:
Trajano Sardenberg
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br