



ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO MASCULINA ATENDIDA POR UM PROJETO DE EXTENSÃO ITINERANTE

EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF MALE POPULATION ATTENDED BY AN ITINERANT EXTENSION PROJECT

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE UNA POBLACIÓN DE HOMBRES ATENDIDA POR UN PROYECTO DE EXTENSIÓN ITINERANTE

Felipe Clementino Gomes¹, Livia Sayonara de Sousa Nascimento², Thaise Alves Bezerra³, Germano de Sousa Paulino⁴, Eloíde André de Oliveira⁵

RESUMO

Objetivo: traçar o perfil epidemiológico da população masculina atendida por um projeto de extensão universitária. **Método:** estudo transversal, quantitativo realizado em 107 homens residentes nos municípios atendidos pelo Programa “Laboratório Itinerante” da Universidade Estadual da Paraíba, depois da aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, sob CAAE nº 0497.0.133.000-11. Os dados foram coletados utilizando-se questionários estruturados, entre outubro e dezembro de 2011 e analisados no software Epi Info® 3.5.2. **Resultados:** a maioria dos homens (53,0%) estava com excesso de peso, fazia uso de bebidas alcoólicas (43%) e referiu ter problemas de saúde (32,7%). Apenas 15,9% frequentou a atenção primária no último ano. Fatores geográficos e sócio-organizacionais (25,2%) foram as maiores dificuldades relatadas na busca pela atenção primária. **Conclusão:** a prevalência de sobrepeso e hábitos de risco foi associada à ausência homens ao serviço atenção primária. **Descritores:** Perfil Epidemiológico; Saúde do Homem; Gênero e Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to outline the epidemiological profile of the male population served by a university extension project. **Method:** a descriptive exploratory study with quantitative approach, performed on 107 men who were attended by the Program “Laboratório Itinerante” at Universidade Estadual da Paraíba, after the research project was approved by the Ethics Committee of the Universidade Estadual da Paraíba, under CAAE No 0497.0.133.000 -11. Data were collected using structured questionnaires and analyzed using Epi Info® 3.5.2, displayed as figures and tables, also, the responses of mixed questions were grouped by keywords according to the frequency. The discussion was in accordance with literature. **Results:** the majority of men (53.0%) were overweight, drank alcoholic beverages (43%) and reported health problems (32.7%). Only 15.9% attended Primary health care last year. Geographical factors and socio-organizational (25.2%) were the major difficulties reported in the quest for Primary health care. **Conclusion:** the prevalence of overweight and risk habits in men was associated with the lack of Primary health care service. **Descriptors:** Epidemiological Profile; Men's Health; Gender and Health; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: analizar el perfil epidemiológico de la población masculina servida por un proyecto de extensión universitaria. **Método:** se realizó un estudio descriptivo exploratorio con abordaje cuantitativo, realizado en 107 hombres que participaron en el Programa “Laboratorio itinerante” en la Universidad del Estado de Paraíba, después de la aprobación del proyecto de investigación por el Comité de Ética de la Universidad del Estado de Paraíba, en CAAE No 0497.0.133.000 -11. Los datos fueron recolectados a través de cuestionarios estructurados y analizados mediante Epi Info® 3.5.2, presentada a través de figuras y tablas, también, las respuestas de las preguntas mixtas fueron agrupadas por palabras clave de acuerdo con las veces que apareció. La discusión estaba de acuerdo con la literatura. **Resultados:** La mayoría de los hombres (53,0%) tenían sobrepeso, hicieron uso de bebidas alcohólicas (43%) y reportaron tener problemas de salud (32,7%). Sólo el 15,9% asistió a primaria el año pasado. Factores geográficos y socio-organizativos (25,2%) fueron las principales dificultades reportadas en la búsqueda de la atención primaria. **Conclusión:** La prevalencia de sobrepeso y hábitos de riesgo se asoció con los hombres que carecen del servicio de atención primaria. **Descriptores:** Perfil Epidemiológico; Salud Masculina; Género y Salud; Atención Primaria de Salud.

¹Enfermeiro, Aluno especial do Mestrado, Universidade Estadual da Paraíba/UEPB. Patos (PB), Brasil. E-mail: felipegomes.enfer@gmail.com; ²Enfermeira da Estratégia Saúde da Família, Aluna do programa de pós-graduação Latu Sensu em Enfermagem, Faculdades Integradas de Patos/FIP. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: livinha99@hotmail.com; ³Enfermeira, Mestranda, Universidade Estadual da Paraíba/UEPB. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: thaise_gba@hotmail.com; ⁴Enfermeiro, Aluno do Programa de Pós-Graduação Latu Sensu, Faculdades Integradas de Patos /FIP. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: germano_cg@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Mestre, Professora, Universidade Estadual da Paraíba/CCBS/UEPB. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: eloideandre@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A saúde do homem ganha cada vez mais destaque no cenário nacional e meio científico pelas elevadas taxas de morbimortalidade apresentadas por esse grupo em detrimento de sua baixa procura pelos serviços de atenção primária à saúde associada a um comportamento de risco adotado pelos próprios sujeitos do sexo masculino.¹⁻² A dificuldade de se promover saúde na população masculina, aliada aos altos índices de mortalidade e aos comportamentos perigosos pautados nos ditames de uma masculinidade hegemônica socialmente imposta, configuram a saúde do homem como um dos principais desafios encontrados atualmente pelo sistema de saúde brasileiro.³

Os homens são os que morrem em maior quantidade e mais cedo do que as mulheres.⁴ No Brasil, a chance de um homem de 20 anos morrer antes de passar para o grupo etário seguinte (25 a 29 anos), em comparação com uma mulher da mesma faixa etária, passou de 1,1 em 1960 para 4,1 em 2006.⁵ Atualmente, espera-se que um recém-nascido do sexo masculino viva 7,5 anos a menos que um feminino.⁶ Alguns autores⁷ associam tal quadro à construção do ser masculino, considerada indubitavelmente mais difícil pelas vicissitudes por que passam esses indivíduos para a tal elaboração. Como os homens devem ser provedores, dominantes e heterossexuais, iniciar-se sexualmente com prostitutas, proteger as irmãs e não demonstrar qualquer traço de fragilidade, possuem a obrigação de corresponder às expectativas sociais suprimindo as necessidades reconhecidas como frágeis pela sociedade.⁸⁻⁹

Como a noção de doença remete à fraqueza e conseqüentemente à fragilidade, passa a ser natural o comportamento dos homens de não valorizar sua saúde. A própria masculinidade tradicional pressupõe déficit de saúde.³ Assim, manter tal ideal se constitui num oneroso risco para os homens, que reprimem suas necessidades e demandas, fato que se traduz na dificuldade em procurar cuidados médicos. A questão da resistência masculina é comparada aqui como sendo “mais fácil para muitos mandar verificar o estado de seu carro, despendendo altas somas de dinheiro, que gastar com algum exame de caráter preventivo”.¹⁰

Aliado a esse problema, não são comuns medidas mais eficazes e serviços de saúde que disponham de um trabalho voltado

especificamente para a população masculina, que historicamente se consolidou como objeto de cunho secundário a crianças, mulheres e idosos.¹¹ Assim, a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem vem de encontro ao problema, no intuito de explicitar o reconhecimento dos determinantes sociais na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando as representações sociais sobre a masculinidade. Vem sobretudo, articular programas voltados para gênero com outras políticas de saúde do País, como a Política Nacional de Atenção Básica em consonância com a Estratégia Saúde da Família.¹²

Esforços nesse sentido devem ser destacados para que os serviços de nível de atenção primária se fortaleçam ao utilizarem seus resultados na elaboração de sua programação, para que se percebam os aspectos que a comprometem, as dimensões biológicas e não biológicas, individuais e coletivas.⁴

Acredita-se que este estudo possa contribuir com dados que permitam um melhor conhecimento acerca da saúde do homem, suas particularidades e o perfil destes nas comunidades assistidas, bem como, colaborar para o estabelecimento de estratégias de captação deste público visando à promoção da saúde.

OBJETIVO

- Traçar o perfil epidemiológico da população masculina atendida por um projeto de extensão universitária.

METODOLOGIA

Estudo transversal, descritivo-exploratório com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada nas cidades do estado da Paraíba inseridas no roteiro de visitas do Programa de Extensão Laboratório Itinerante (LABIT) vinculado a Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários (PROEAC) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), a saber: Campina Grande, Esperança, Guarabira, Lagoa Seca, João Pessoa, Patos, Remígio e São Sebastião do Umbuzeiro.

O LABIT é um Programa de Extensão da PROEAC, composto por projetos de extensão dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia, Educação Física, Química Industrial, Direito, Serviço Social e Jornalismo, que em dias pré-determinados realiza uma ação em determinada localidade ou instituição que solicita sua presença previamente, em praça pública, clubes,

ambiente laboral ou escolar, tendo por objetivo levar informação, educação, cultura e promover a saúde da população estimulando novas perspectivas valorizando a qualidade de vida como importante estratégia para promover a consolidação das ações propostas.

A população da pesquisa foi composta por homens residentes e/ou transeuntes nas áreas de abrangência do projeto Itinerante. A amostra é do tipo não-probabilística, constituída por acessibilidade, por 107 homens maiores de 18 anos que buscaram os serviços do Projeto de Extensão “Saúde e Qualidade de Vida para os Homens”.

A coleta de dados foi realizada de outubro a dezembro de 2011 no ambiente de atendimento do projeto. Elaborou-se um questionário específico e estruturado com 31 perguntas objetivas e mistas que abordaram a priori os aspectos sociodemográficos, e em um segundo momento o perfil de saúde (medidas antropométricas, pressão arterial, glicemia capilar, tabagismo, etilismo, procura por serviços de saúde, hábitos preventivos) e as dificuldades encontradas na procura pela atenção primária. O instrumento de coleta passou por um pré-teste no intuito de reajustar as questões de acordo com as dificuldades eventualmente encontradas.

Para os dados de pressão arterial e glicemia capilar foram utilizados 04 (quatro) esfigmomanômetros mecânicos e estetoscópios Premium® e 02 (dois) esfigmomanômetros digitais DXJ-630®. Para os índices glicêmicos foram utilizados 03 (três) glicosímetros G-Tech® e fitas teste para hemoglicoteste, lancetas, algodão e álcool a 70%. Para as medidas de peso e altura utilizou-se 01 (uma) balança mecânica adulta com antropômetro Welmy®.

A estatística descritiva foi empregada no processo de análise dos dados. Estes foram transcritos para um banco de dados do software Epi Info 3.5.2®. Os gráficos e tabelas foram desenvolvidos no Microsoft Office Excel

2007®. Em um segundo momento, as respostas das questões mistas foram agrupadas por palavras-chaves conforme a frequência com que apareceram. A discussão se deu de acordo com a literatura que aborda o tema em questão.

Diante do exposto e a fim de preservar os aspectos éticos, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado sob parecer CAAE nº 0497.0.133.000-11. Cabe ainda destacar que os participantes deste estudo foram informados da total liberdade de participar ou não, e de desistir em qualquer das etapas da pesquisa, assinando, caso afirmativo, o termo de consentimento livre e esclarecido. Ao mesmo tempo, foi solicitado através de ofício, autorização à coordenação do LABIT, através de ofício, para realização da pesquisa.

RESULTADOS

A pesquisa envolveu 107 indivíduos do sexo masculino com extremos etários de 18 a 88 anos e média geral de 35,67 anos, com faixa etária predominante de 18 a 29 anos (40,2%).

Em uma caracterização sociodemográfica geral da amostra, detalhada na Tabela 01, pode-se afirmar que a predominância foi de homens casados ou em união estável (49,5%); sem filhos (52,3%); brancos (48,6%); de religião católica (48,6%); com ensino médio completo (29,9%); que recebem uma renda mensal de 2 a 3 salários mínimos (34,60%) e cuja principal ocupação é “funcionário de empresa privada” (23,4%).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos homens atendidos pelo programa Laboratório Itinerante em municípios do estado da Paraíba.

Características	Especificações	N 107	= %
Faixa Etária	18 A 29 Anos	43	40,2%
	30 A 39 Anos	21	19,6%
	40 A 49 Anos	23	21,5%
	50 A 59 Anos	9	8,4%
	60 Ou Mais	9	8,4%
	Ignorado	2	1,9%
Raça	Branca	52	48,6%
	Parda	45	42,1%
	Negra	6	5,6%
	Outras	4	3,7%
Escolaridade	Analfabeto	4	3,7%
	Fund. Completo	5	4,7%
	Fund. Incompleto	16	15,0%
	Médio Completo	32	29,9%
	Médio Incompleto	4	3,7%
	Sup. Completo	15	14,0%
	Superior	30	28,0%
	Incompleto	1	0,9%
	Ignorado		
Estado Civil	Solteiro	49	45,8%
	Casado	53	49,5%
	Viúvo	2	1,9%
	Separado	3	2,8%
Renda	Até 1 Salário	29	27,1%
	2 A 3 Salários	37	34,6%
	4 A 6 Salários	11	10,3%
	7 Ou Mais	4	3,7%
	Ignorado	8	7,5%
	Não Tenho	18	16,8%
Ocupação	Func. Público	23	21,5%
	Func. Privado	25	23,4%
	Estudante	22	20,6%
	Autônomo	20	18,7%
	Aposentado	4	3,7%
	Outras	13	12,1%

Os sujeitos pesquisados residem em média com 4,18 pessoas. Ao todo, 47,7% dos entrevistados disseram ter filhos, com uma média aproximada de 2,84 filhos por homem.

A procedência destes indivíduos, discriminada pela Figura 01, seguiu a tendência de realização das ações do

programa LABIT, com destaque para o município de Campina Grande, segunda cidade mais populosa da Paraíba, com uma população masculina de 182.249 homens e palco de 50,5% dos atendimentos realizados.¹³



Figura 1. Distribuição geográfica dos homens pesquisados e atendidos pelo projeto “Saúde e Qualidade de Vida para os Homens” atrelado ao programa Laboratório Itinerante, no Estado da Paraíba.

Numa segunda parte do instrumento de coleta de dados, voltada à investigação do perfil de saúde dos homens, os primeiros resultados foram relacionados às medidas

antropométricas. Evidenciou-se uma média de peso geral de 76,55 Kg e de altura 1,72 metros.

Cruzando-se individualmente os valores contatou-se que 53,0% destes indivíduos estavam com índice de massa corpórea (IMC) acima dos parâmetros considerados saudáveis, ou seja, 41,1% dos homens estavam com sobrepeso; 8,5% com obesidade moderada

(Grau I) e 3,8% com obesidade elevada (Grau II), conforme disposto na Figura 02. Considerou-se como sobrepeso o IMC entre 25kg/m² e 29,9kg/m², obesidade moderada o IMC entre 30kg/m² e 34,9kg/m² e obesidade elevada o IMC>35kg/m².

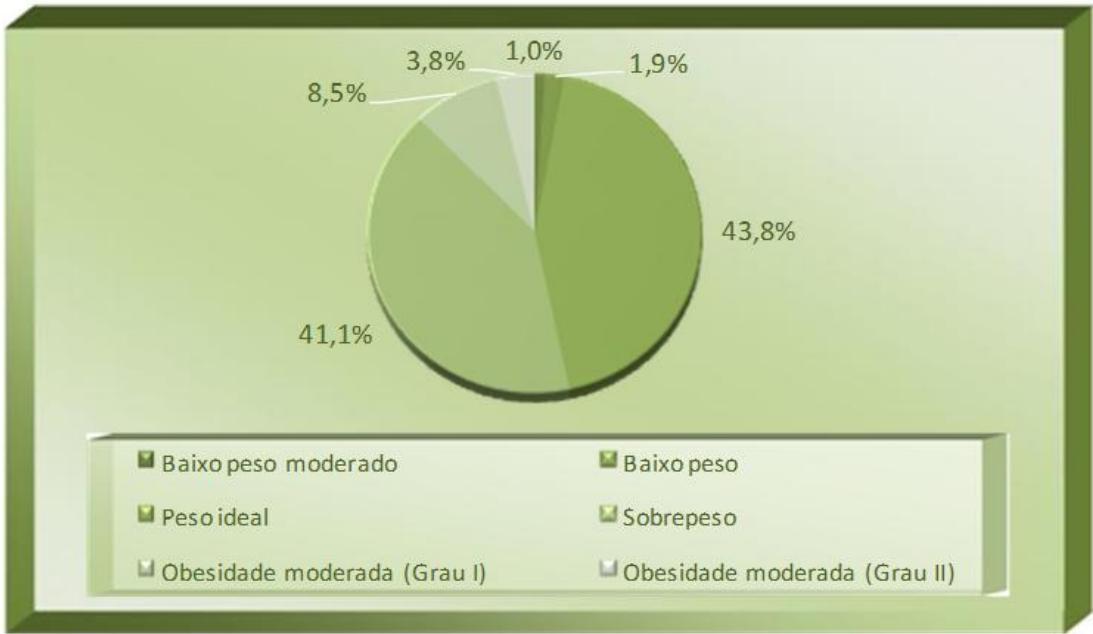


Figura 2. Representação gráfica dos IMC's dos homens pesquisados e atendidos pelo projeto “Saúde e Qualidade de Vida para os Homens” atrelado ao programa Laboratório Itinerante.

No tocante a dados clínicos, foi verificada a pressão arterial dos participantes no qual 24,0% apresentaram-se com níveis pressóricos aumentados no momento da coleta, ressaltando-se que foi considerada como pressão aumentada valores >130/85 mmHg, critério proposto pela *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III*.¹⁴

A glicemia capilar de 45 homens foi verificada e a média dos níveis glicêmicos foi de 106,44 mg/dL sendo considerada normal, uma vez que não foi pré-requisito o jejum para realização do exame. A glicemia de jejum >110 mg/dL é considerada elevada.¹⁴

Os hábitos de risco, como a ingestão abusiva de bebidas alcoólicas e tabagismo foram investigados por estarem socialmente atrelados às condutas masculinas. Dos nossos entrevistados, 43% fazem uso de bebidas com álcool, sendo que 10,3% *frequentemente*, 31,8% *de vez em quando* e 0,9% *sempre*.

Ao todo, 32,7% dos entrevistados responderam há quanto tempo faziam uso de bebidas alcoólicas e a média chegou ao valor de 11 anos, evidenciando que o hábito de beber se adquire antes ou durante a idade

adulta. Em relação ao tabagismo, quando perguntados se fumavam, 14,0% dos entrevistados responderam positivamente.

Ao responderem a pergunta “*como está sua saúde hoje?*”, 17,8% dos homens afirmaram estar com a saúde *excelente*; 51,4% *boa* e 26,2% *regular*. Apenas 3,7% dos homens julgaram-se com a saúde *ruim* e 0,9% *péssima*.

Os homens pesquisados, em sua maioria (55,1%), avaliaram-se cuidadosos com a saúde, pois *se preveniam* (26,7%), porque *tinham bons hábitos de saúde* (21,7%) ou porque eram *conscientes* (11,7%). Quando indagados de como se dava essa prevenção, a resposta mais frequente foi que geralmente procuravam o médico em caso de doença.

Perguntou-se qual serviço de saúde eles tinham utilizado no último ano, sabendo que 29,0% dos homens possuíam vínculos com planos de saúde privados. A Tabela 2 discrimina os resultados:

Tabela 2. Utilização dos serviços de saúde pelos homens no último ano.

Serviços de Saúde*	Especificações	n = 107	%
Realizaram exames clínico-laboratoriais?	Sim	58	54,2%
	Não	49	45,8%
Necessitou de atendimento de urgência? (SAMU)	Sim	05	4,7%
	Não	102	95,3%
Necessitou de internação hospitalar?	Sim	8	7,5%
	Não	99	92,5%
Realizou tratamento fisioterapêutico?	Sim	05	4,7%
	Não	102	95,3%
Frequentou uma unidade básica de saúde?	Sim	17	15,9%
	Não	90	84,1%

*Poderia marcar mais de uma alternativa.

Foram questionados há quanto tempo tinham ido a algum médico e dentista, no intuito de agregar valor à prática da prevenção. O resultado foi que os indivíduos não frequentaram os consultórios médicos nos últimos 19,77 meses em média, sendo que 5,7% afirmaram nunca ter realizado uma consulta com esses profissionais. Também foi possível perceber que nos últimos 22,93 meses os homens não visitaram os consultórios odontológicos como meio de rotina, prevenção ou mesmo diagnóstico e acompanhamento.

Um total de 32,7% respondeu que tinham problemas de saúde, sendo os mais frequentemente mencionados os problemas ortopédicos (13,1%), seguidos dos gástricos (10,3%) e da hipertensão arterial (7,5%). O mais grave é que mesmo afirmando ter problemas de saúde, 79,4% destes não receberam nenhum tipo de tratamento e 82,0% não tomaram medicação alguma.

Apenas 15,9% dos entrevistados frequentaram a atenção primária no último ano, conforme exposto na Tabela 02, sendo este um indicador sensível de como a prevenção e promoção à saúde masculina está sendo desenvolvida, justamente por representar o palco onde tais estratégias são propostas.

Numa última parte da pesquisa, perguntou-se qual a maior dificuldade encontrada pelos homens na procura pela atenção primária a saúde, conforme apresentado na Figura 03. Um total de 25,2% dos participantes respondeu que os maiores entraves eram no tocante à *dificuldade de utilização dos serviços de saúde* por fatores geográficos (localização geográfica desfavorável da unidade) e fatores sócio-organizacionais (o uso recorrente de fichas e tempo de espera demasiadamente extenso nas filas).

O *mau atendimento/desumanização* figurou como resposta de 16,8% dos homens, seguido de *dificuldades decorrentes do modelo de masculinidade socialmente imposto*, como falta de tempo devido ao trabalho, limitação dos horários de atendimento pela unidade de saúde e a visão

própria dos homens da não necessidade de ir ao médico, citado por 12,1% da amostra.

Por último a *ausência dos recursos humanos*, ou seja, o não cumprimento da carga horária total pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família figurou como resposta de 11,2% dos entrevistados como maior obstáculo, surgindo assim como fator desmotivador à presença dos homens, que desta forma, preterem as Unidades Básicas.

DISCUSSÃO

Os achados desse estudo convergem para a existência do exercício de uma masculinidade socialmente imposta que se associa à comportamentos de risco e significados que traduzem uma condição própria de ser homem.

Este perfil de masculinidade está atrelado a modos de viver e pensar de homens e de mulheres, que crescem em uma combinação cultural que os empurram para seus papéis, sendo o *constructo* masculino caracterizado pela dominação, heterossexualidade e provisão.^{8;15}

Nosso perfil sociodemográfico traduz na prática o explanado em teoria. Os 49,5% de homens casados, os 47,7% que possuem filhos e os 63,6% de homens com vínculo empregatício da amostra reiteram um perfil de homens chefes de família e que tem no trabalho uma marca dignificante, que os possibilita ao cumprimento de suas obrigações e indubitavelmente reflete na sua afirmação masculina.

Esta masculinidade acaba por sugerir hábitos de risco na tentativa de adequação a um processo de construção de expectativas. Pesquisas^{16;20} comprovam estes comportamentos na população masculina apontando, por exemplo, que a quantidade de fumantes é maior no sexo masculino (20,3%) do que no feminino (12,8%), assim como a de sedentários (39,8% ante 20,1%) e de pessoas que consomem abusivamente bebidas alcoólicas onde o consumo abusivo tende a ser duas vezes maior em homens do que em mulheres (16,1% ante 8,1%).

No contexto do consumo de bebidas alcoólicas, os aspectos biológicos e sociais devem ser considerados. Estudo das Universidades de Columbia e Yale relacionou a ingestão de bebidas alcoólicas à quantidade de dopamina liberada, que foi maior nos indivíduos do sexo masculino, com elevação dessa substância em áreas do cérebro associadas ao prazer, afirmação e vício, explicando assim o maior hábito etilista nos homens.¹⁷

Considerando o contexto cultural, o ato de beber insere-se ainda precocemente no meio masculino como forma de facilitação social, de aprimoramento da sexualidade e de redução da tensão cotidiana.¹⁸ Isso leva os homens a desenvolver o hábito de beber antes ou durante a idade adulta, fato comprovado pela média de tempo de bebida de 11 anos encontrada em nosso estudo, em detrimento da faixa etária jovem.

O uso precoce de álcool demanda atenção na medida em que quanto mais cedo o jovem começa a beber, mais danoso será o seu padrão de consumo de álcool no futuro.¹⁹ Esta é a grande preocupação. O consumo de bebidas alcoólicas influencia diretamente o perfil de morbimortalidade, tanto em sua relação com a violência quanto pelo aumento do risco de doenças crônicas como neoplasias, cirrose e hipertensão arterial.¹⁸

Com relação ao tabaco, nossos resultados (14,0%) ficam dentro do parâmetro de fumantes masculinos no Brasil, que chega a 14,8%, e também indicam que os homens estão à frente das mulheres neste quesito.²⁰

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. A OMS estima que um terço da população mundial adulta e 47% de toda a população masculina no mundo fuma,²¹ inserindo o câncer de pulmão, traqueia e brônquios, neste contexto, como o tipo neoplásico mais frequente no segmento masculino.¹²

O sedentarismo, também mais frequente em homens, quando associado a um padrão alimentar inadequado resulta em maior vulnerabilidade a um sobrepeso. Sabe-se que o excesso de peso diminui potencialmente a expectativa de vida.²² Pesar um terço a mais do que o ideal, em países como a Inglaterra e os Estados Unidos, diminui a expectativa média de vida em três anos.²²

Conforme detalhada na Figura 02, os 53,0% de homens com IMC maior que o considerado saudável seguem a média brasileira de cerca

de 52,0% de homens apresentando sobrepeso.²⁰

Os 12,3% de obesos do nosso estudo também vão ao encontro do percentual de homens brasileiros com obesidade, na qual entre 2002 e 2009, o percentual passou de 9,0% para 12,4%. Nas principais capitais brasileiras, esse mesmo índice foi de 14,4% em 2010.²⁰ O sobrepeso e a obesidade são fatores determinantes para o desenvolvimento de diabetes tipo 2, gota, apneia do sono, doenças cardiovasculares e infertilidade masculina.¹⁴

No tocante a hipertensão arterial, sabe-se que o percentual de 24,0% de homens com níveis pressóricos aumentados apontados pelo nosso estudo não correspondem à realidade, pois referem-se a uma população de faixa etária jovem e o diagnóstico desta patologia se torna mais comum com a idade, mas equipara-se ao percentual brasileiro de homens hipertensos que é 20,7%.²⁰ Um estudo realizado com 1.339 trabalhadores, onde 803 eram do sexo masculino, mostrou que a prevalência de hipertensão foi maior: 38,1% entre os homens.²³

Apesar das características masculinas, sobretudo o alcoolismo, o tabagismo, a hipertensão e a obesidade assumirem um peso significativo no perfil de saúde dos homens, acarretando inúmeros agravos à saúde destes indivíduos, percebeu-se que ainda não existe o hábito da prevenção presente no meio masculino, fato comprovado pelas médias de frequência nas unidades de saúde e nos consultórios médicos encontradas nesta investigação.

Entende-se que definitivamente os homens não costumam frequentar as unidades de saúde. A procura por assistência básica ocorre em sua maioria pelos homens idosos, frutos de uma atenção melhor consolidada e que enfrentam a atenção primária muitas vezes para dispensação de medicamentos relacionados à programas associados a doenças crônicas.

Não há uma sensação de pertencimento dos homens àquele espaço. Eles consideram o ambiente das unidades de saúde feminilizados, pois foram orientados ao mundo externo, a serem ativos, fortes, produtivos e a sentirem-se invulneráveis.²⁴ Este discurso é implicitamente evidenciado nas 95,4% das respostas dos homens que julgaram-se com a saúde *boa, excelente ou regular*, em detrimento do percentual de homens com problemas de saúde que chega a 32,7%.

Autores¹ colocam que a crença em um determinismo natural de invulnerabilidade é bem cômoda e exime os homens da responsabilidade por comportamentos e atitudes. E mesmo quando se possui problemas de saúde, a busca pela assistência médica pelos homens ocorre a partir do reconhecimento de sintomas tidos como graves. Os 79,4% que não receberam tratamento pra suas enfermidades e os 80,0% que não tomaram medicação traduzem muito bem este quadro.

Assim, há o reforço à ideia de que os homens preferem buscar ações capazes de solucionar seus problemas de forma objetiva, o que acontece em balcões de farmácias ou em prontos-socorros, restringindo as ações às práticas assistenciais ou de caráter emergencial.¹⁵

Há a propagação do pensamento que cuidar da saúde é apenas tratar das doenças. Quando indagados se são cuidadosos com a saúde, a maioria afirmou que sim, pois procuravam o médico ao adoecerem.

É importante reconhecer, nesse contexto, que as necessidades dos homens em relação a sua saúde não se limitam aos males ou outras enfermidades. Assim, a atenção à saúde deve incluir medidas preventivas e implementar ações educativas de promoção à saúde, fortalecendo a atenção básica.

No entanto, observou-se neste estudo uma situação de distância entre estes indivíduos e os serviços de entrada do sistema de saúde. Uma ausência que inexoravelmente compromete a expectativa e qualidade de vida e que poderia ser revertida com o acionamento de práticas de prevenção e promoção da saúde para o segmento.³

A proposta de haver maior quantidade de programas que busquem sair de um enfoque de risco e dano para o da saúde como satisfação das necessidades humanas, integrado às outras estratégias de saúde do país, é de atuar maximizando esforços e minimizando custos, não competindo por investimentos destinados à outras políticas nem criando composições isoladas.^{12;25}

Assim, ações voltadas para a Atenção à Saúde do Homem são necessárias para promoverem o acolhimento e acessibilidade dos homens em geral e para serem mais atrativos, não apenas respondendo as demandas, mas transpondo as barreiras de utilização dos serviços relatadas como dificuldade pela maioria dos homens da nossa pesquisa.

Estudos também compartilham da ideia que além das dificuldades na entrada do

serviço, a falta de preparo dos profissionais para atuar com essa problemática e a limitação dos horários de atendimento são as maiores dificuldades na interação destes indivíduos com o serviço de atenção primária,^{9;26} fatores corroborados por nossos achados e dispostos na Figura 03.

Assim, é plenamente compreensível que os homens entendam que as dificuldades de acesso às Unidades Básicas fortaleçam para o distanciamento dos mesmos do serviço de saúde. Soma-se a esse afastamento, a ausência de programas ou estratégias direcionadas aos homens, e o próprio conceito de masculinidade, favorecendo a maior dificuldade de interação entre a população masculina e os serviços de saúde.⁸

É digno de nota lembrar que mesmos os participantes dessa pesquisa possuindo horários flexíveis, evidenciado pela não inserção no trabalho formal, tendo a possibilidade de buscar as unidades básicas no período estabelecido para seu funcionamento, não o fazem, o que reforça a tese de que é necessário compreender a problemática sob a ótica das questões de gênero envolvidas nesse contexto.^{8;24}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados dessa investigação, percebeu-se um perfil que traz consigo comportamentos de risco adotados pelos próprios sujeitos do sexo masculino, e quando associado à concepção de invulnerabilidade masculina culturalmente imposta, interferem na promoção e assistência à saúde destes indivíduos resultando na maior prevalência de agravos perfeitamente evitáveis e nas altas taxas de morbimortalidade.

Alia-se a este problema a falta de estratégias e programas eficazes para melhor acolhimento dos homens. Percebeu-se uma ausência destes indivíduos da assistência primária a saúde, logo, é preciso ir onde os homens estão. Assim, começar investindo nas emergências como espaço de prevenção de forma humanizada, é uma ótima maneira de estimular nos homens uma revisão de seus valores e práticas, promovendo uma prevenção secundária.

A redução de danos deve ser um princípio básico nas ações em saúde, pois como percebeu-se que os homens compõem a parcela da população que mais consome álcool e outras drogas, é essencial atuar junto a este segmento, rejeitando medidas punitivas, restritivas ou culpabilizantes. Devem ser implantadas estratégias que

possam reduzir os danos à luz das discussões sobre gênero e masculinidades.

Os gestores e os profissionais de saúde precisam rever práticas, conceitos e valores. Esse processo educativo deve promover a crítica a posturas machistas que, muitas vezes, não permitem perceber que os homens também possuem necessidades específicas em saúde.

Informação é a base de qualquer política pública. Conhecemos pouco sobre a saúde e o adoecimento dos homens. Portanto, estudos como este são acima de tudo pertinentes na geração e divulgação sistemática de dados sobre as principais necessidades dos homens em termos de saúde, as principais causas de adoecimento e de morte, e sobre acessibilidade aos serviços para que se garantam políticas públicas em saúde, como forma de exercício de cidadania e controle social.

REFERÊNCIAS

1. Figueiredo WS, Schraiber LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. Ciênc saúde coletiva on line [Internet]. 2011 [cited 2012 Aug 12];16 (Supl.1):935-44. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232011000700025&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
2. Mendonça VS, Andrade AN. Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? Rev psicol polít [Internet]. 2010 July/Dec [cited 2012 Aug 10]; 10(20):215-26. Available from: <http://filesocial.eu.s3.amazonaws.com/93y7v2b/576a871877865b8f0f2bb44328cf80227af88d19/RPP-2010-268.pdf?AWSAccessKeyId=118BCPR9JK5VVMH7NX82&Expires=1345615050&Signature=05TQDuTeRSFOZoDyH2UupJi0Jzw%3D>
3. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. Cad saúde pública [Internet]. 2006 May [cited 2011 June 17]; 22(5):901-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/03.pdf>
4. Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. Saúde do Adulto: Programas e ações na Unidade Básica. São Paulo: HUCITEC; 2000.
5. Dominguez B. Saúde do Homem: Hora de Quebrar Paradigmas. Tema proj RADIS. 2008 Oct; 74(1):08-10.
6. Brasil. Ministério do Planejamento. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Diretoria de Pesquisas. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil: tábua completa de mortalidade 2010. Ministério do Planejamento, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Diretoria de Pesquisas. Brasília (Brasil): IBGE; 2010.
7. Nascimento EF, Gomes R. [Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens](#). Cad saúde pública [Internet]. 2008 July [cited 2011 June 18];24(7):1556-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/10.pdf>
8. Brito RS, Santos DLA. Men And Preventive Health: Systematic Literature Review. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2010 Apr/June [cited 2012 Sept 22];4(esp):1118-123. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1054/pdf_111
9. Araújo MAL, Leitão GCM. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2005 Apr [cited 2011 July 20];21(2):396-3. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n2/06.pdf>
10. Rebelo PAP. Qualidade em saúde: Modelo teórico, realidade, utopia e tendência. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1995.
11. Aquino, EML. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2005 Jan/Mar [cited 2011 July 21];10(1):19-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a03bv1On1.pdf>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2008.
13. Brasil. Ministério do Planejamento. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Censo Demográfico 2010: Resultados Gerais da amostra. Ministério do Planejamento, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro (Brasil): Ministério do Planejamento; 2012.
14. Nunes LAS. Síndrome metabólica e infertilidade masculina. Rev cienc em saúde [Internet]. 2012 Apr [cited 2012 Aug 12]; 2(2).

Available from:
http://187.94.92.6:8080/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/80/79

15. Brito RS, Santos DLA, Maciel PSO. The Man within the Family Health Strategy. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2010 Nov/Dec [cited 2012 Aug 12];4(spe):1868-875. Available from:
http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1228/pdf_259

16. Moura EC, Moraes Neto OL, Malta DC, Moura L, Silva NN, Bernal R, et al. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal 2006. Rev bras epidemiol [Internet]. 2008 June [cited 2012 Aug 13];11(supl 1):20-37. Available from:
http://200.144.190.38/bitstream/handle/2012.1/12824/art_MOURA_Vigilancia_de_Fatores_de_Risco_para_Doencas_2008.pdf?sequence=1

17. Urban NBL, Kegeles LS, Slifstein M, Xu X, Martinez D, Abi-Darghan A, et al. Sex differences in striatal dopamine release in young adults after oral alcohol challenge: a positron emission tomography imaging study with Craclopride. Biol psychiatry [Internet]. 2010 Oct [cited 2012 June 22]; 15(8):689-96. Available from:
[http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223\(10\)00594-9/fulltext](http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(10)00594-9/fulltext)

18. Fachini A, Furtado EF. Diferenças de gênero sobre expectativas do uso de álcool. Rev psiquiatr clín (São Paulo) [Internet]. 2012 [cited 2012 Sept 17];39(2):68-73. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v39n2/05.pdf>

19. Ferreira LN, Sales ZN, Casotti CA, Bispo Júnior JP, Braga Júnior ACR. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. Cad saúde pública [Internet]. 2011 Aug [cited 2012 Sept 17];27(8):1473-86. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/03.pdf>

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2010: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011.

21. Organização Mundial de Saúde. Library Cataloguing-in-publication data. Confronting the tobacco epidemic in a new era of trade

and investment liberalization. Geneva (Switzerland): WHO Press; 2004.

22. Withlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. Lancet [Internet]. 2009 Mar [cited 2012 Sept 17];28(9669):1083-96. Available from:
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60318-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60318-4/abstract)

23. Sarno F, Bandoni DH, Jaime PC. Excesso de peso e hipertensão arterial em trabalhadores de empresas beneficiadas pelo Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT). Rev bras epidemiol [Internet]. 2008 Sept [cited 2012 Sept 17];11(3):453-62. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n3/11.pdf>

24. Strey MS, Nogueira C, Azambuja MR. Gênero & Saúde: Diálogos Íbero-Brasileiros. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Edipucrs; 2010.

25. Gomes, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2003 Aug [cited 2011 June 17];8(3):825-29. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17463.pdf>

26. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad saúde pública [Internet]. 2004 [cited 2012 Sept 17];2:190-98. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>

Submissão: 08/11/2012

Aceito: 26/01/2013

Publicado: 01/03/2013

Correspondência

Felipe Clementino Gomes

Rua Antônio Félix, 1354 – São Sebastião

CEP: 58706-110 – Patos (PB), Brasil