

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

Raphael Cascaes Pereira<sup>1</sup>  
Juliana Cristina Lessmann Reckziegel<sup>2</sup>  
Lenita Agostinetto<sup>3</sup>

Recebido em: 24 mar. 2018

Aceito em: 22 fev. 2019

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

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

## ENVIRONMENT, CARE AND CARELESSNESS: DEVELOPING EDUCATION ACTIONS

### RELATED TO MEN'S HEALTH

**ABSTRACT:** This research it aimed to identify the interactions between environment, care and carelessness related to men's health and to propose strategies of education in health focusing the directives of the National Policy of Integral Men's Health Care. It is a qualitative study using the Convergent-Care Research as a methodological reference. Held in a medium-sized city in the Planalto region of the State of Santa Catarina, respecting all the ethical criteria of Resolution 466/12. Developed with 20 males, aged between 20 and 59 years, through individual interviews at home and, as a result, group health education actions, both with recorded audio. The analysis took place according to the precepts of the Convergent Care Survey. It was observed that

<sup>1</sup> Enfermeiro, mestre em Ambiente e Saúde, Programa de Pós Graduação Ambiente e Saúde, Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), Lages, SC. E-mail: [rcp\\_raphael@yahoo.com.br](mailto:rcp_raphael@yahoo.com.br).

<sup>2</sup> Enfermeira. Dra. em Enfermagem, docente do Programa de Pós graduação em Ambiente e Saúde, Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), Lages, SC. E-mail: [julianalessmann@gmail.com](mailto:julianalessmann@gmail.com).

<sup>3</sup> Engenheira agrônoma. Dra. em Produção Vegetal, docente do Programa de Pós graduação em Ambiente e Saúde, Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), Lages, SC. E-mail: [prof.leagostinetto@uniplacages.edu.br](mailto:prof.leagostinetto@uniplacages.edu.br).

the diseases of the heart were the most cited, but with low adherence to the behavioral treatment. The behaviors related to men's health are still influenced by environmental, socio-cultural and gender aspects, which negatively modulate the actions of self-care and access to health services. Modification of care routines and health education actions are necessary to raise awareness about the need for care, constituting a potential for modifying the health-illness scenario of this population.

**Keywords:** Men's health. Men. Health Policy.

## INTRODUÇÃO

A população masculina é vulnerável às doenças principalmente no que se refere às enfermidades graves e crônicas, o que pode conduzir ao óbito precoce (LUCK et al., 2000; LAURENTI et al., 2005; NARDI et al., 2007; COURTENAY, 2007). Esta vulnerabilidade evidencia-se nas elevadas taxas de morbimortalidade influenciada, dentre outros fatores, pela menor busca pelos serviços preventivos vinculados à Atenção Primária em Saúde e pela baixa adesão às terapêuticas (BARRETO; MARCON, 2017).

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

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

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

Neste contexto, com o surgimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) busca-se privilegiar ações, dentre elas as de educação em saúde,

que contribuam para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais, socioambientais e políticos econômicos de forma a integrá-los mais aos serviços de saúde. Esta conduta pode evitar o surgimento e o agravamento e doenças, pois dá ênfase às ações de prevenção e promoção da saúde nos serviços de atenção primária (BRASIL, 2009; JULIÃO; WEIGELT, 2011).

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

## **MATERIAL E MÉTODOS**

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

O estudo foi desenvolvido no contexto da rede de Atenção em Saúde do município de Lages, SC na Policlínica Municipal de Saúde do município. A policlínica foi designada para a identificação dos sujeitos participantes, uma vez que há atendimento específico às demandas relacionadas às diretrizes da Política de Assistência à saúde do homem, além de ser centralizada, de livre acesso a população e capacidade de abranger todo o município.

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

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

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

Para a realização da primeira etapa da pesquisa, foi realizado inicialmente contato via telefone para o agendamento da entrevista em domicílio. Posteriormente, foi feita a visita

---

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

Os grupos de Educação em Saúde ocorreram no dia da consulta agendada com o médico urologista na Policlínica Municipal de saúde e com os sujeitos que já haviam participado das entrevistas em domicílio. Após a consulta com o médico urologista foram feitos dois grupos de educação em saúde, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Do total de participantes da pesquisa, apenas sete participaram efetivamente. Assim, o primeiro grupo foi composto por quatro e o segundo por três indivíduos. A conversa com o grupo teve duração estimada de uma hora, onde o pesquisador explicou o contexto do trabalho, utilizando-se de apresentações de slides e rodadas de discussões. Para cada grupo foi realizado um encontro, com quatro momentos de conversação.

Todo o processo de pesquisa teve o áudio gravado, sendo transcrito em arquivo de texto para a realização da análise qualitativa dos dados conforme elementos da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) que compõe a “apreensão, síntese, teorização e recontextualização”, através da codificação dos dados obtidos e da formação de categorias com características similares e que se relacionam com o referencial teórico escolhido, buscando a criação de novos conhecimentos (TRENTINI; PAIM; GUEREIRO, 2014). De acordo com o preconizado por este método, os dados obtidos foram convertidos em códigos ou unidades significantes, por meio de recortes e agregação. Estas unidades foram divididas, organizadas e agrupadas por analogia, em três diferentes conjuntos nomeados com o título genérico de “**Relações entre ambiente e saúde**”, “**Cuidados do homem com sua saúde**” e “**Descuidados do homem com sua saúde**”, chamados de categorias. As categorias expressam os significados dos elementos organizados. Ao final deste processo, com os dados objetivos e subjetivos advindos das entrevistas, foi realizada a análise no programa Atlas. Ti versão 6.2, considerando suas similaridades, divergências e objetivos do estudo, conforme proposta de Trentini, Paim e Guerreiro (2014).

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

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados da presente pesquisa apresentam o contexto descritivo das condições de saúde-doença dos participantes, além de compor três categorias analíticas qualitativas: “**Relações entre ambiente e saúde**”; “**Cuidados do homem com sua saúde**” e

---

**“Descuidados do homem com sua saúde”**. Estas possuem elementos que confluem e afastam-se, representando a complexidade da temática em questão.

Dos 20 homens participantes, a maioria apresentou idade entre 40 a 59 anos (65%) carga horária de trabalho de 40 horas semanais ou acima disso (35%) e tem mais que um turno de trabalho (55%). Além disso, observou-se que a maioria (30%) possuía Ensino Superior Incompleto, apesar disso, observou-se que 20% dos entrevistados possuem apenas o primeiro grau completo, predominando os dois extremos em relação à escolaridade. Mesmo a maioria dos participantes tendo um bom nível de escolaridade não foi observada distinção no posicionamento destes em relação ao cuidado e ao descuido com sua saúde em relação aos demais, mostrando neste caso, que o maior ou o menor grau de instrução não fez diferença para o cuidado com a saúde. Por outro lado, Gomes et al. (2007) determinaram que indivíduos do sexo masculino que tem curso superior apresentam posicionamento mais crítico sobre a saúde do homem sendo capazes de problematizar com maior propriedade intelectual sobre o tema. Apesar disso, no estudo supracitado, os autores observaram que alguns destes indivíduos nem sempre conseguiam agir de acordo com essa ideia.

## RELAÇÕES ENTRE AMBIENTE E SAÚDE

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

Apesar disso, durante a pesquisa também foi observado que em alguns casos ainda não há saneamento básico, água tratada, coletor de esgoto e coleta de lixo, o que podem ser fatores contribuintes para o agravamento da saúde destes indivíduos. Abaixo alguns relatos dos participantes sobre isso:

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

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

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

Os problemas ambientais vividos por estas pessoas concentram-se muitas vezes na infraestrutura da cidade (GUIMARÃES, 2001). Durante a pesquisa observou-se que

---

muitos resíduos resultantes da ação humana são deixados em terrenos baldios, encostas e cursos de água, possibilitando casos de doenças e agressões ao meio ambiente, diante disto, é notória a necessidade de sensibilização humana para com o destino adequado de tais resíduos, evitando inúmeros danos à saúde e ao ambiente. Este fato constitui-se em problema para toda a população, mas tem maior potencial de influenciar negativamente aos que convivem nestes ambientes, já que algumas doenças podem ocorrer devido à falta de saneamento, presença de lixo, falta de tratamento de água, dentre outros, e que se não detectadas preventivamente podem causar agravamentos.

Em relação ao **acesso aos serviços de saúde**, percebe-se, que 44,4% buscam pelo atendimento secundário, isto pode demonstrar que muitas vezes a busca pelos serviços de saúde acontece tardiamente, a partir do momento que o homem já se sente ameaçado pela ocorrência de alguma doença ou por estar sentindo dor, o que pode ser percebido como um descuido à saúde. Figueiredo (2005) já afirmava que a maior parte da população masculina busca por auxílio médico apenas com o surgimento de uma doença, o que inviabiliza ações voltadas à promoção e proteção da saúde. Esta atitude acarreta em sobrecarga nos setores da atenção secundária e à terciária à saúde, além de ocasionar a demora na intervenção preventiva e diagnóstica, possibilitando o agravamento da morbidade e onerando custos financeiros com tratamentos, dispendido pelo sistema de saúde (BRASIL, 2008).

Ainda em relação à **busca pelos serviços de saúde**, a maioria dos participantes (35%) relatou que faz entre dois a seis meses que não buscam assistência médica. Apesar disto 30% deles informaram que fazem entre sete a doze meses que não buscam por estes serviços, e quando questionados sobre o motivo que os fizeram buscar a assistência 65% não quiseram se manifestar, e 20% responderam ser por rotina. Já em relação à percepção dos participantes quanto à **qualidade e proximidade dos serviços de saúde** do seu bairro, apesar de 70% dos participantes terem relatado que são próximos de sua residência, e a maioria (55,0%) ter afirmado que tem algum tipo de informação sobre estes serviços, ainda, 22,3% consideram este serviço como de qualidade regular, o que se constitui ainda em um entrave para o cuidado à saúde. Abaixo alguns relatos dos participantes.

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

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

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

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

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

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

Observamos nos comentários dos pesquisados que essa insatisfação relacionada à demora no atendimento é uma queixa comum dos usuários dos serviços públicos de saúde. Segundo pesquisa sobre satisfação com assistência de saúde o tempo de espera foi o item que obteve menor grau de satisfação pelos usuários do sistema de saúde no Brasil (GOUVEIA et al., 2005). Dentre os motivos da demora no atendimento, acredita-se que àqueles voltados à demanda, ou seja, oferta *versus* procura seja um dos mais comuns, pois o número de profissionais é insuficiente para atender a grande demanda, fazendo com que acumule consultas ou que nem todos sejam atendidos. Com relação aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), as percepções foram antagônicas, sendo que muitos desconheciam ou criticavam a existência deste atendimento e outros apontavam ser extremamente relevante devido à interação domiciliar dos ACS com os usuários dos serviços.

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

## DESCUIDADOS DO HOMEM COM SUA SAÚDE

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

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

Estou em processo de aposentadoria, fiquei doente e fui afastado e agora estou com os papéis em andamento para aposentar. Banco é um ambiente que adoce muito, tenho muitos colegas que também estão doentes por causa do serviço” (H2).

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

“Trabalhava de oito a 13 horas dependendo da viagem, não tinha horário certo, dava mais

de 40 horas por semana e por motivo de doença mesmo que estou afastado do trabalho” (H1).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

observou-se que a influência social das questões normativas de gênero e o medo de descobrir agravos mais sérios, conforme relatos a seguir:

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

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

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

É assim no homem né! Você encaminha os outros para o recurso, mas você vai deixando...

A cultura é assim né! Você leva alguém da família para o atendimento de saúde e você não... vai deixando (H18);

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

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

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

Segundo o INCA (2009) o câncer de próstata é o sexto tipo de câncer mais comum no mundo e o que mais prevalece na população masculina (INCA, 2009). Entretanto para que este câncer seja detectado é necessária à realização do exame médico por meio do toque retal em homens assintomáticos de forma preventiva, porém, mesmo sabendo da necessidade e importância alguns indivíduos ainda se mostram resistentes à sua realização, uma vez que vários fatores interferem na adesão ao exame preventivo do Câncer de Próstata, tais como: constrangimento, desinformação, medo e preconceito em realizar os exames do toque retal (VIEIRA et al., 2012).

## CUIDADOS DO HOMEM COM SUA SAÚDE

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

secundária.

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

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

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

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

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

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE

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

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

Assim, com vista à concretização da PNSH e considerando as lacunas de conhecimento apontadas nas entrevistas individuais, foi realizada atividade de educação

em saúde em grupo, privilegiando a troca de informações entre os participantes, mediada por intervenção profissional, conforme descritas no Quadro 1.

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

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

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

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

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

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

	uma Rodada de discussão sobre o assunto abordado, bem como para relatos e depoimentos dos participantes.
Conhecendo o Índice populacional epidemiológico da região.	Na sequência foi realizado uma apresentação e discussão sobre o índice populacional de Lages, masculino, feminino e total. Morbidades e mortalidades do homem em nossa região. Espaço para discussões e questionamentos por parte dos participantes.
Reconhecendo os aspectos socioculturais da nossa região.	Posteriormente o pesquisador apresentou sobre aspectos culturais da região serrana e abriu-se debate acerca das questões normativa de gênero envolvendo às masculinidades (tais como: crenças de invulnerabilidade masculina, impossibilidade de demonstração de sentimentos e demais tabus envolvidos no processo de ser saudável x adoecer) além de aspectos familiares da região (famílias tradicionalmente paternalistas) e acerca das questões sócio econômicas e ambientais locais.
Prevenindo as Doenças sexualmente transmissíveis	Seguiu-se com as apresentações, neste caso, sobre as doenças sexualmente transmissíveis que mais acometem os homens, formas de cuidado e prevenção e tratamento. Posteriormente deixou-se um espaço para rodada de conversa sobre o tema.
Prevenindo a ocorrência das principais doenças que acometem homens de nossa região.	Foi realizada uma rodada rápida de conversa sobre as Doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas (acidentes de trânsito, brigas com arma branca e de fogo) doenças respiratórias, diabetes. Após foi feita uma discussão com atividades dinâmicas sobre prevenção e cuidados com estas doenças. Na sequência o pesquisador conduziu uma discussão sobre os agravos da morbidade, sofrimento físico e emocional, menor possibilidade de resolução do problema e maior ônus para o sistema único de saúde (SUS). Durante a discussão os participantes relataram seus problemas de saúde e sobre os fatores que levam ao descuidado.
Conscientizando-se e sensibilizando-se para a o cuidado de si.	Este foi o ultimo tema abordado pelo pesquisador. Neste momento foi discutido de forma conscientizadora e motivadora sobre a importância dos cuidados e prevenção de doenças: prática de exercícios físicos, alimentação, cuidados emocionais e busca de atendimento precoce pelos serviços de saúde. Neste momento também foi solicitado aos participantes que falassem um pouco sobre sua avaliação em relação ao encontro e a participação da pesquisa, e o que contribui na percepção sobre a busca pelos serviços assistenciais.

Aponta-se a relevância da concretização da interdisciplinaridade neste processo, quando profissionais de múltiplas disciplinas podem juntos conectar saberes e fazeres para a concretização do cuidado compartilhado e integral à saúde do homem (BARRETO;

MARCON, 2017). Esta política também remete ao princípio da Integralidade da Assistência, tornando-se uma oportunidade para a troca de saberes pertinentes às múltiplas realidades dos participantes, considerando o contexto socioambiental e cultural, hábitos de vida e percepções acerca do sistema de saúde, suscitando o despertar da criticidade para realização de escolhas conscientes em relação às questões de saúde e de doença (ALBANO et al., 2010).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de tempo pela busca aos serviços de saúde tem se apresentado como um dos principais pontos para o descuido com a saúde do homem. Isto reflete na procura pelos serviços de saúde após o estabelecimento da dor ou de uma determinada doença, conduzindo diretamente a assistência de atenção secundária ou terciária onde medidas preventivas já não podem mais ser tomadas. Observa-se ainda que apesar da baixa adesão da população masculina à atenção primária a saúde, o envolvimento da família tem se mostrado como a principal influência que motivam esta população aos cuidados em saúde.

Assim, recomenda-se aos profissionais de saúde que implementem grupos de educação em saúde em seu cotidiano profissional, de tal forma que estimulem a população masculina a mudanças significativas nos seus hábitos de vida e na sua percepção sobre os cuidados em saúde.

## REFERÊNCIAS

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**, Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br/consultapublica>>. Acesso em: 18 set. 2015.

---

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)**. 2009. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS>>. Acesso em: 18 set. 2015.

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

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

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

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

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

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Caderno Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 185-196, 2007.

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

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Câncer de Próstata**. 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 06 mai. 2017.

JULIÃO, G. G.; WEIGELT, L. D. Atenção à saúde do homem em unidades de Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem**, v. 1, n. 2, p. 144-152, maio/ago. 2011.

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

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

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

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

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

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

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

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