

# **SAÚDE DO HOMEM: CONHECENDO AS NECESSIDADES DE SAÚDE EM UMA ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Ana Paula Bonadeo**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em saúde EaD, da UFSM/CESNORS, como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

**Orientador: Prof.Ms. Francisco Ritter**

**Sobradinho, RS, Brasil  
2012**

**Universidade Federal de Santa Maria – UFSM**  
**Centro de Educação Superior Norte do RS – CESNORS**  
**Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em**  
**Saúde EaD**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Monografia de**  
**Conclusão de Curso**

**SAÚDE DO HOMEM: CONHECENDO AS NECESSIDADES DE SAÚDE**  
**EM UMA ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

elaborada por  
**Ana Paula Bonadeo**

Como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especislista**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

---

**Francisco Ritter, Msc.**  
(Presidente/Orientador – UFSM/CENORS)

---

**Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dr<sup>a</sup>(UFSM)**

---

**David Lorenzi Junior, Msc. (UFSM)**

Sobradinho, 14 de dezembro de 2012.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus pelo dom da vida e pelas bênçãos recebidas!

À minha família, pelo apoio e compreensão pelas horas de ausência!

Aos amigos e colegas, em especial agradeço a amiga Pâmela e minha equipe de trabalho, pela ajuda, compreensão e auxílio nesse momento!

A todos que colaboraram para que esta pesquisa acontecesse, muito obrigada!

## RESUMO

Monografia de Especialização  
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em gestão de Organização Pública em  
Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior  
Norte do Rio Grande do Sul (CESNORS).

### **SAÚDE DO HOMEM: CONHECENDO AS NECESSIDADES DE SAÚDE EM UMA ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

AUTORA: ANA PAULA BONADEO

ORIENTADOR: FRANCISCO RITTER

Data e Local da Defesa: Sobradinho, 14 de dezembro de 2012.

Ao longo dos tempos as ações de saúde vêm evoluindo no aperfeiçoamento do cuidado às pessoas, nesse sentido não era atribuível até o momento nenhum programa de saúde voltado à promoção de ações de atenção integral à saúde do homem, sob esta ótica, em 2009 o Ministério da Saúde (MS) apresentou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Assim, delineou-se para este estudo a busca de dados que apresentassem as realidades da relação homem e saúde, considerando para isso homens na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF). Foram analisados dados como patologias, faixa etária e o tipo de atendimento mais procurado por esses indivíduos, quando buscaram assistência à saúde nesse serviço. A pesquisa atendeu a metodologia transversal descritiva e analisou duzentos e oitenta e dois (282) documentos, entre fichas de atendimento ambulatorial (FAA) e prontuários médicos. A pesquisa revelou o perfil desses homens como, indivíduos na faixa etária de 50 a 59 anos, sendo, brancos, casados e com pouca escolaridade, que apresentaram como principal patologia, doenças do aparelho circulatório, em especial Hipertensão Arterial Sistêmica, dentre os atendimentos de enfermagem, médicos e odontológicos, o atendimento médico, se mostrou prevalente. O resultado deste estudo também mostrou que as mulheres comparecem mais ao serviço de saúde. Estes resultados mostram-se alinhados aos dados já revelados pela PNAISH e nos remete a pensar na qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde a população masculina.

**Palavras-chave:** Homem, saúde, atenção básica.

## **ABSTRACT**

Monografia de Especialização  
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em gestão de Organização Pública em  
Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior  
Norte do Rio Grande do Sul (CESNORS).

### **HEALTH OF MAN AND PRIMARY CARE: KNOWING THE HEALTH NEEDS OF POPULATION MAN USER OF A ESF**

AUTORA: ANA PAULA BONADEO

ORIENTADOR: FRANCISCO RITTER

Data e Local da Defesa: Sobradinho, 14 de dezembro de 2012.

Along the times the shares of health come evolving in improving health care to people, in this direction was not attributable to date no health program aimed at promoting actions of comprehensive health care of the man, in this perspective, in 2009 the ministry of health (MH) introduced the National Policy on Comprehensive Health Care Human (NPCHCH). thus was outlined for this study present the realities of the relationship between man and health, considering for this men aged 20 to 59 years old, in a family health strategy (FHS). Were analyzed data as pathologies, age and type of care most sought by those individuals sought assistance when will this health service. The research answered the methodology descriptive cross and examined two hundred eighty-two (282) documents, including records of outpatient care and medical records. The research revealed the profile of these men as individuals aged 50 to 59 years, being whites, marrieds and with little education, who presented the main pathology, circulatory diseases, particularly systemic hypertension, among attendances nursing, medical and dental, medical care, proved prevalent. The result of this study also showed that women attend more to the health service. These results come aligned to the data already revealed by NPCHCH and leads us to think about the quality of care provided by health services to male population.

**Keywords:** Man, Health, primary care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1-	Prevalência dos atendimentos na unidade de saúde.....	29
Gráfico 2-	Comparativo de atendimentos médicos de homens e mulheres.....	34
Gráfico 3-	Comparativo de atendimentos odontológicos de homens e mulheres.....	36

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Prevalência dos atendimentos por faixa etária .....	31
Tabela 1.1 -	Total de atendimentos médicos da unidade conforme faixa etária.....	33
Tabela 1.2 -	Total de atendimentos odontológicos conforme faixa etária.....	35
Tabela 2 -	Distribuição das variáveis (cor, estado civil e nível de escolaridade).....	37
Tabela 3 -	Distribuição das patologias por tipo de atendimento com maior incidência.....	40

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CID - 10	Classificação Internacional de Doenças – Décima revisão
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAA's	Fichas de Atendimento Ambulatorial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral de Saúde do Homem
PSA	Antígeno prostático específico
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

## **LISTA DE ANEXOS**

<b>Anexo A -</b>	<b>Ofício para Secretária Municipal de Saúde.....</b>	<b>53</b>
<b>Anexo B -</b>	<b>Ficha de atendimento ambulatorial.....</b>	<b>54</b>
<b>Anexo C -</b>	<b>Prontuário médico.....</b>	<b>55</b>
<b>Anexo D -</b>	<b>Relatório PMA2.....</b>	<b>56</b>

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>1 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>14</b>
<b>1.1 Masculinidade e saúde: uma questão de gênero</b> .....	<b>14</b>
<b>1.2 A atenção básica e a saúde do homem</b> .....	<b>17</b>
<b>1.3 Indicadores de mortalidade masculina</b> .....	<b>19</b>
1.3.1 Causas externas. ....	19
1.3.2 Doenças do aparelho circulatório .....	20
1.3.3 Tumores .....	21
<b>1.4 Construção da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem</b> .....	<b>22</b>
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	<b>24</b>
<b>2.1 Tipo de pesquisa</b> .....	<b>24</b>
<b>2.2 Local da pesquisa</b> .....	<b>25</b>
<b>2.3 Sujeitos da pesquisa</b> .....	<b>25</b>
2.3.1 Critérios de inclusão .....	26
2.3.2 Critérios de exclusão .....	26
<b>2.4 Coleta de dados</b> .....	<b>27</b>
<b>2.5 Procedimento técnico</b> .....	<b>27</b>
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>29</b>
<b>3.1 Prevalência dos atendimentos ambulatoriais</b> .....	<b>29</b>
<b>3.2 Prevalência dos atendimentos por faixa etária</b> .....	<b>31</b>
3.2.1 Total de atendimentos médicos da unidade conforme faixa etária.....	32
3.2.2 Total de atendimentos odontológicos conforme faixa etária.....	35
<b>3.3 Distribuição das variáveis (cor, estado civil e nível de escolaridade)</b> .....	<b>37</b>
<b>3.4 Distribuição das patologias por tipo de atendimento com maior incidência</b> .....	<b>40</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>47</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>53</b>

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos tempos as ações direcionadas a saúde humana vem evoluindo na direção do aprofundamento e aperfeiçoamento da atenção destinada ao cuidado das pessoas. Na história da saúde pública brasileira, os programas oficiais existentes vinham contemplando faixas etárias e gênero como, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente e Jovem, Saúde do Idoso, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde Mental, Saúde no Sistema Penitenciário, mas, apesar das várias evidências impactantes, até então não era atribuível nenhum programa que visasse à promoção do gênero masculino, deixando a assistência à saúde desses indivíduos na obscuridade. Sob esta ótica, em agosto de 2009 o Ministério da Saúde (MS) apresentou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que vem alinhada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), numa busca pelo fortalecimento das ações e serviços de saúde, contudo passados três anos da formalização e pactuação desta política, para muitos municípios ela ainda é algo inexistente, visto que muitos indivíduos do sexo masculino ainda não sendo assistidos pelos serviços de saúde.

Nesse sentido propomos aqui, construir uma pesquisa que tenha como mote uma proposta geradora de reflexões e que permita apresentar para a comunidade científica o perfil desses indivíduos, considerando para isso cor/raça, faixa etária, estado civil e nível de escolaridade, de homens na faixa etária de 20 a 59 anos de idade e as morbidades que atingem esses indivíduos, analisando para isso a procura deste por assistência a saúde em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de modalidade I, considerando para a construção deste perfil, o tipo de serviço procurado com maior incidência, dentre os profissionais de nível superior, que prestam serviços neste local, dentre eles: médico, odontólogo e enfermeiro, e desvelar as patologias apresentadas por estes indivíduos quando procuram pelo serviço e desta forma compreender a conduta terapêutica tomada nesse momento pelo respectivo profissional.

Gomes, Nascimento e Araújo (2007) firmam suas concepções nos argumentos de que, a população masculina está mais vulnerável a doenças quando comparados à população feminina, tendo aumentado suas taxas de mortalidade, todavia, pode se fazer um comparativo a despeito disso quando analisamos a relação de busca dos homens aos serviços de saúde de atenção primária e a de mulheres.

Segundo Brasil (2008), os homens tendem por adentrar no serviço de saúde, não pela atenção primária, mas através da atenção ambulatorial e hospitalar, de média e alta

complexidade, com quadro clínico agravado, sendo que muitos dos agravos que causaram o quadro de morbidade poderia ser evitado, caso esta população buscasse medidas de prevenção primária com maior regularidade. Fatos como esse acabam elevando o desgaste emocional e físico, tanto para o indivíduo, quando acometido por alguma patologia, quanto para sua família, além de acarretar custos exorbitantes também, ao sistema de saúde. Visto que, para a realização do tratamento é necessário, disponibilidade e um tempo prolongado, haja vista que, um indivíduo com quadro patológico crônico, determinará uma mudança significativa em suas rotinas diárias.

Nesse contexto, apontam-se dois fatores que explicam de modo geral o significado para a baixa adesão do homem aos serviços primários de saúde, sendo eles: barreiras sócio-culturais e barreiras institucionais. Dentre as barreiras culturais, cita-se o conceito de masculinidade vigente em nossa sociedade, onde o homem julga-se imune as doenças, considerando-as como sinal de fragilidade, negando também sua profilaxia, e isto está fortemente ligado a sua posição frente à família, onde, a simbologia do homem forte, patriarca e provedor da família. Assim, ele deve ser dono de um corpo saudável e inviolável. A dificuldade para acessar o serviço de saúde e a dificuldade de fazer com que o homem se ausente das atividades laborais, para ir à busca de atendimento, são fatores que também colaboram para a resistência em procurar auxílio. (BRASIL, 2008).

Entende-se que ações de saúde realizadas na atenção básica (AB) especificamente aquelas voltadas à saúde do homem, como a PNAISH, terão de vir a contemplarem, sem discriminação as distintas necessidades de saúde encontradas na população masculina, prestando desta forma assistência a saúde de uma população que até então era quase desconhecida pelos serviços de saúde. Diante dessa realidade a questão de pesquisa definida para este estudo constitui-se em saber qual é a população masculina que adentra a ESF a procura de assistência para sua saúde? Quais são suas características? Quais patologias apresentam? Qual é a sua faixa etária?

Para responder a questão de pesquisa construíram-se os objetivos que seguem:

**Geral:**

- Analisar o perfil, as patologias, a faixa etária e o tipo de atendimento procurado por indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de vinte a cinquenta e nove anos de idade (20 – 59), que procuraram assistência à saúde, através de uma Estratégia de Saúde da Família, nos meses de julho, agosto e setembro de 2012.

**Específicos:**

- Desvelar quais são as patologias apresentadas com maior prevalência por homens de 20 a 59 anos quando buscaram a ESF;
- Conhecer o perfil, como cor, faixa etária, estado civil e o nível de escolaridade, dos indivíduos que buscam o serviço com maior frequência;
- Descobrir qual tipo de atendimento prestado na ESF, médico, odontológico ou de enfermagem, é o mais procurado pelos homens;
- Conhecer em qual fase da vida, os homens buscaram mais o serviço de saúde por meio da ESF;

# 1 REFERENCIAL TEÓRICO

## 1.1 Masculinidade e saúde: uma questão de gênero

A trajetória da temática homem e saúde não é recente, seu marco inicial se deu na década de setenta (70), a partir de estudos norte-americanos, nesse momento a masculinidade era tida como tradicional e responsável por gerar déficit a saúde masculina, a partir daí muitos estudos que tratam desta temática foram sendo desenvolvidos.

Ligeiramente, nos anos noventa (90), passou a se discutir sobre a singularidade do ser saudável e do ser doente, buscando assim, formas de prestar assistência à saúde do homem (GOMES e NASCIMENTO, 2006), bem como as “noções de poder, desigualdade e iniquidade de gênero<sup>1</sup>,” articuladas a outras como “raça/cor, etnia, orientação sexual, classe, geração, religião”, passaram a ser incluídos nos estudos do processo de saúde e doença do segmento masculino (SCHRAIBER, GOMES e COUTO, 2005, p.9). Na busca pela equidade, integralidade e universalidade do acesso a saúde pela população, nos anos 90 houve a criação da lei nº 8.080, também conhecida como lei orgânica da saúde, com ela as ações e serviços de saúde passaram a ser regida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1990).

Conduto, passados mais de duas décadas da criação e instituição do SUS inúmeras políticas foram formuladas, cada qual, direcionada a populações específicas, como Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente e Jovem, Saúde do Idoso, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde Mental, Saúde no Sistema Penitenciário, não havendo por parte do Ministério da Saúde nenhuma política que se voltasse de forma integral à saúde do homem, logo, a necessidade de um programa que atendesse a essa população nunca alcançou números tão expressivos.

Duas questões são fundamentais, quando falamos da relação homem e saúde: os “modelos hegemônicos de masculinidade” responsáveis por dificultar a adoção de hábitos e convicções mais saudáveis e as influências sobre o homem de “ideologias hegemônicas de gênero<sup>1</sup>”. (GOMES; NASCIMENTO, 2006, p. 908). Outro hora, também salientem que as principais causas de mortalidade de homens, em geral, relacionam-se com a forma de sua

---

<sup>1</sup>Segundo Figueredo e Schraiber (2011, p. 936) a palavra gênero nesse contexto é compreendido como uma construção social da diferença sexual e tem um sentido relacional, envolvendo homens e mulheres e constrói se em cima de valores que remontam às vivências na vida cotidiana.

socialização e suas formas de vida. A própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina e sim uma prática assumida pelas mulheres. (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Estavisão também é compartilhada nas falas de Figueredo (2005, p.106) quando refere que a ausência dos homens nos serviços de saúde está relacionado ao seu processo de socialização e aponta uma situação desfavorável para os homens, a partir das diferenças nos indicadores de mortalidade de homens e mulheres e que os serviços de saúde devem enfrentar tais barreiras.

Vários estudiosos têm procurado pesquisar como as relações sociais de gênero interferem nas práticas de cuidado de saúde da população. No campo das masculinidades, alguns estudos apontam que os homens apresentam um déficit de auto-cuidado e têm pouca preocupação com assuntos que dizem respeito à essa temática.

Para Pinheiro et al. (2002, p. 689),

[...] as desigualdades no uso de serviços de saúde refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer. De modo geral, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens. Este diferencial explica-se em parte pelas variações no perfil de necessidades de saúde entre os gêneros [...]

Para melhor entendermos os processos de adoecimento e morte da população masculina, devemos considerar além dos níveis de morbimortalidade masculina, os referenciais de gênero, considerados de grande valia pra esse processo, bem como o comportamento masculino hegemônico que leva o homem a desenvolver ações danosas e coloca em risco aqueles com os quais estes se relacionam.

Esses comportamentos hegemônicos, quando associados a práticas e valores perigosos contribuem para o surgimento de fatores de risco importantes para o adoecimento e o surgimento de vulnerabilidades. (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011).

Tal singularidade demonstrada no cuidado às pessoas, através da criação destas políticas, que abrangem faixas etárias e gênero é também demonstrada nas falas de Figueiredo e Schraiber (2011, p. 396), quando expressam que:

[...] os homens reprimem suas necessidades de saúde e têm dificuldades para expressá-las, procurando menos que as mulheres os serviços de saúde. Na atenção primária, essa situação torna-se mais emblemática, pois os serviços são destinados principalmente às mulheres, às crianças e aos idosos.

Essa singularidade que se criou para com a saúde do homem, apresentada ao longo dos anos na criação de políticas públicas de saúde, possibilitou que alguns sujeitos se tornassem mais visíveis, enquanto outros, como é o caso do homem, permaneceram até então na invisibilidade. (CARRARO; RUSSO; FARO, 2009).

Para Figueredo e Schraiber (2011, p.936),

[...] da parte dos serviços, estudos mostram que o sistema de cuidados constrói um comportamento de saúde dentro da referência dominante de atribuições de gênero, levando à invisibilidade dos homens. Com isso, os serviços de atenção primária apresentam dificuldades para acionar práticas de prevenção e promoção da saúde dos homens.

Visando às percepções supracitadas sobre a relação homem e saúde e os dados epidemiológicos de morbimortalidade desta população o MS, num intuito de mudar esta realidade, anunciou e pactuou formalmente no ano de 2009, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), visando garantir ações e serviços de saúde que possam promover, prevenir, assistir e recuperar a saúde dos homens.

Anteriormente à criação desta área não havia nenhum setor de cuidados específicos direcionados ao gênero masculino, sendo que estas estavam compartimentalizados entre hipertensão, diabetes, saúde do trabalhador, sendo o Brasil, o segundo país do continente sul americano que instituiu em seu território uma política específica direcionada aos homens. (FRANÇA, 2008).

Para Schraiber, Gomes e Couto (2005), atualmente a saúde coletiva vem contribuindo para as discussões acerca da saúde do homem, sob a óptica das masculinidades, implicando positivamente nas de questões de direitos e equidades do homem.

O diagnóstico sobre a relação dos homens com sua saúde do homem aponta para duas perspectivas, que refletem duplo movimento, pois os determinantes sócio-culturais de saúde masculina, se apresentam como uma barreira pelo fato de que o homem ideal é viril, forte e invulnerável, tais fenômenos estão ligados a uma questão de gênero, questão essa de grande valia e que devido a sua relevância será discutida pormenorizadamente ao longo deste trabalho, outro fator que incide na baixa procura dos homens pelo serviço de saúde de atenção primária se dá pelo fato de que os serviços de saúde como as ESF's não atendem a demanda masculina pelo fato de que os horários de atendimento destas coincidem com os horários de trabalho, bem como o fato de necessitarem enfrentar filas, a demora pelo atendimento e não resolução de seu problema em apenas um atendimento, pois a atividade laboral é considerada, dentre outras atividades, a prioritária para os homens. (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

## 1.2 A atenção básica e a saúde do homem

Na concepção de Fontes (2011) quando a saúde é oferecida a população como um direito de todos e dever do Estado e este dever é instituído através de um sistema como o SUS, o modelo de atenção à saúde deve ter a atenção básica como uma prioridade.

Numa perspectiva de consolidação e superação das dificuldades do SUS, foi definido em 2006 o Pacto pela Saúde, firmado pelo Ministério da Saúde (MS), com os respectivos gestores de saúde, nesse momento foram estabelecidas três dimensões de atuação: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão. Dentre estes, o Pacto pela Vida assumiu como uma de suas prioridades para aquele ano o fortalecimento da AB, através da consolidação e qualificação da ESF como modelo da AB à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. Através do referido pacto, várias políticas foram e estão sendo implementadas na busca de assistência a saúde integral e universal. (BRASIL, 2011).

A AB em nosso país é desenvolvida de forma altamente descentralizada e com relação próxima as pessoas, devendo ser desta forma, a assistência preferencial dos usuários, tanto por ser a principal porta de entrada, como por ser o centro de comunicação com o restante da rede de atenção à saúde. (BRASIL, 2012).

A política de AB para 2012, objetiva por meio das ações e programas busca estar cada vez mais próxima das pessoas, respondendo a suas necessidades de saúde como agilidade, qualidade e de forma acolhedora e humanizada. (BRASIL, 2011).

Nesse intuito, considera-se que a AB orienta-se por,

[...] princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2006, p.10).

Nesse sentido, quando a PNAISH foi instituída, ela veio alinhada a PNAB, privilegiando desta forma a ESF, num consenso de evitar a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas. Sob esta ótica, a PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da ESF e de outras estratégias de organização da atenção básica deve seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais. (BRASIL, 2012).

Para Ferraz e Santos (2007, p. 90), a Estratégia de Saúde da Família pode ser considerada como a renovação da prática assistencial, pois a atenção está centrada na saúde da

família, levando-se em consideração o ambiente físico e social, suas crenças e valores, ampliando a concepção do processo saúde doença, em um território delimitado e definido administrativamente.

Nesse contexto entende-se a Estratégia de Saúde da Família como,

[...] um modelo de organização dos serviços de Atenção Primária a Saúde (APS) peculiar do Sistema único de Saúde Brasileiro (SUS) baseado em equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde [...]. As Equipes de Saúde da Família podem ser complementadas por Equipes de Saúde Bucal compostas por uma odontólogo (a), e um auxiliar de consultório dentário, podendo contar também, com um técnico (a) de higiene dental. (ANDRADE, et al, 2004, p. 88).

A ESF trás uma concordância com os princípios da universalidade, descentralização, integralidade e participação comunitária do SUS pela vinculação hierárquica com as demais redes de assistência, executando a atenção básica integral, sendo dever das equipes o acompanhamento das famílias de uma área pré-estabelecida. (FONTINNELE, 2003).

Ao analisar a AB como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde e considerando a baixa acessibilidade da população masculina a esses serviços, observa a vulnerabilidade a que os homens estão expostos, pois, quando estes procuram pelo serviço de saúde seu quadro clínico já está agravado. Isso representa um grande e grave problema de saúde pública, que além de repercussões biopsicossociais geram ônus significativos ao sistema. (FONTES, 2011).

Para Carrara, Russo e Faro (2009, p. 669),

[...] os homens não são captados pelos serviços de atenção primária (como ocorre com as mulheres). Sua entrada no sistema de saúde se daria principalmente pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidades, configurando um perfil que favorece o agravamento da morbidade pela busca tardia ao atendimento.

Nas concepções de Brasil (2008), à baixa procura dos homens pelo serviço de saúde de atenção primária, se faz necessário também proporcionar atendimento especializado de média e alta complexidade, numa perspectiva de diminuir os índices de morbimortalidade.

Diante desta visão, entende-se que está é uma questão cultural, os homens buscam menos por serviços de saúde, quando comparados as mulheres e quando buscam já há um problema instalado, pode-se considerar desta forma que estes, ignoram as medidas de prevenção e promoção da saúde existente na AB, fazendo com que o modelo curativo do processo saúde-doença ainda esteja presente nos serviços de saúde. (CAMPANUCCI; LANZA, 2011).

Numa tentativa de mudança a essa realidade, a PNAISH que tem como proposta a entrada dos homens aos serviços de saúde através da AB, respectivamente a ESF, busca ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, neste sentido é considerada uma

comunidade específica, que por sua vez deverá ser atendida na sua integralidade por uma equipe multiprofissional em um local determinado e é conhecedor da realidade ali existente e que em suas metas pretende atender aos princípios do SUS de forma fidedigna. (BRASIL, 2008).

### 1.3 Indicadores de mortalidade masculina

O MS analisando as principais causas de mortalidade na população masculina entre 20 e 59 anos, ocorridas no ano de 2005, observou que, “75% dos casos, os óbitos incidem em cinco grupos principais de entidades mórbidas”<sup>2</sup>. (BRASIL, 2008, p. 21).

A percentagem de óbitos masculina foi classificada de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID - 10) e apresentaram-se na seguinte ordem:

A maior porcentagem de óbitos deve-se às Causas Externas (CID 10 – cap. XX; em segundo lugar, estão as Doenças do Aparelho Circulatório (CID 10 – cap. IX), em terceiro, os Tumores (CID 10 – cap. II); em quarto, as doenças do Aparelho Digestivo (CID 10 – cap. XI) e, finalmente, em quinto lugar, as Doenças do Aparelho Respiratório (CID 10 – cap. X) [...]. (BRASIL, 2008, p. 21).

Para Verbrugge (1989) Bird e Rieker (1999) apud Pinheiro et al. (2002):

De um modo geral, estudos [...] revelam que os homens sofrem mais doenças crônicas fatais (doença isquêmica do coração, aterosclerose, enfisema, câncer, acidente vascular cerebral, cirrose, problemas de rins), e referem mais restrição de atividade e incapacidade de longa duração devido a problemas crônicos de saúde.

Os indicadores tradicionais de saúde apresentam um diferencial significativo para a mortalidade masculina quando comparados com os femininos, sendo esse diferencial válido para todas as idades e para quase que uma totalidade de causas (LAURENTI et al., 2005).

#### 1.3.1 Causas externas

Sob a classificação da CID 10, capítulo XX, as causas externas englobam uma série de agravos, sendo notadamente os homicídios, acidentes de transporte, com maior incidência a partir dos quarenta e cinco (45) anos, suicídios, com maior frequência antes dos quarenta e cinco (45) anos, e as agressões, grande incidência entre vinte (20) aos quarenta e quatro (44)

---

<sup>2</sup> Dados retirados da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem.

anos de idade, os agravos que em 2005 foram grandiosamente responsáveis pelos óbitos por esta causa, outro ponto a ser evidenciado, corresponde ao declínio, dos óbitos na população masculina com mais de vinte (20) anos de idade, constituindo um grande problema de saúde pública (BRASIL, 2008).

Desde a década de 80, as causas externas representam um importante lugar nos índices de mortalidade de nosso país, nesses termos remetem uma crescente demanda aos serviços de saúde em seus diferenciados níveis, representando anualmente gastos imensos ao sistema de saúde.

Esse é, sem dúvida, um aspecto que merece uma investigação mais detalhada, tendo em vista o impacto das mortes por causas externas (homicídios, acidentes de trânsito, suicídios, quedas acidentais, afogamentos, etc.) na vida média da população brasileira. O segmento populacional mais vulnerável à incidência de tais mortes é constituído por homens jovens e adultos jovens (IBGE, 2001)

Como lembra Gawryszewski, Koizumi e Mello-Jorge (2004, p. 12-13) “é preciso assinalar que a chave da redução da mortalidade é a prevenção primária, uma vez que muitos pacientes não conseguem ser beneficiados com os avanços do cuidado moderno<sup>3</sup>”.

### 1.3.2 Doenças do aparelho circulatório

O perfil da mortalidade no país modificou-se ao longo dos anos, atualmente ocorrem mais mortes por doenças crônicas e violentas. As doenças do aparelho circulatório estão associadas a maus hábitos de alimentação, uso abusivo de álcool, tabagismo e a falta de atividade física. Em 2005 a prevalência das mortes, foram ocasionadas por problemas do aparelho circulatório. Em termos de internações hospitalares, a maior parte se deu por acidentes coronarianos, seguidos de hipertensão arterial (BRASIL, 2008).

Contudo os acidentes coronarianos estão relacionados a uma estreita associação entre distúrbios do estado psíquico como stress, depressão, ansiedade, transtornos emocionais. (LOUGON, 2008). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil e em outros países. Considera-se hipertensão arterial, a pressão maior ou igual a 140/90 milímetros de mercúrio (mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (BRASIL, 2006).

---

<sup>3</sup>Retirado do periódico: As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade.

### 1.3.3 Tumores

Dentre as neoplasias malignas, apresentadas na CID – 10, capítulo II, aquelas oriundas do aparelho digestivo são as mais significativas, representado 43,20% de todos os tumores apresentados nesta classificação, sendo o câncer de estômago com maior ocorrência, seguido pelo câncer de boca e de esôfago. Outros fatores apontados como grandes causadores de mortalidade, relacionados ao aparelho digestivo, são doenças do fígado, com grande incidência, úlcera gástrica, duodenal e péptica, peritonite e colecistite, esses dois últimos em menor escala. (BRASIL, 2008).

Nesta mesma linha, aparecem respectivamente, o câncer do aparelho digestivo, o câncer do aparelho respiratório e o do aparelho urinário, em geral os mais frequentes são o câncer de pulmão, traqueia e brônquios, e câncer de próstata e de pênis, ressalta-se a hipertrofia prostática benigna pelo caráter negativo que apresenta na qualidade de vida das pessoas. Vale lembrar que quando se trata de qualidade de vida, os pacientes que sofreram prostatectomia não podem ser esquecidos, devido às lesões advindas posteriormente a esta terapêutica. (BRASIL, 2008).

O câncer de boca inclui os cânceres de lábio e de cavidade oral, como a mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho da boca. Nesse aspecto, também apresenta a maior probabilidade entre homens com mais de 40 anos de idade, fumantes e alcoólatras. (INCA, 2008).

O INCA (2008) define que dentre os tipos de câncer de esôfago,

[...] o mais freqüente é o carcinoma epidermóide escamoso, responsável por 96% dos casos. Outro tipo de câncer de esôfago, o adenocarcinoma, vem tendo um aumento significativo principalmente em indivíduos com esôfago de Barrett, quando há crescimento anormal de células do tipo colunar para dentro do esôfago. (INCA, 2008, p. 328).

O câncer de estômago é considerado,

[...] a doença em que células malignas são encontradas nos tecidos do estômago. Os tumores do câncer de estômago se apresentam, predominantemente, sob a forma de três tipos histológicos: o adenocarcinoma, responsável por 95% dos tumores gástricos, o linfoma, diagnosticado em cerca de 3% dos casos, e o leiomiossarcoma. (INCA, 2008, p. 329).

O câncer de estômago é geralmente diagnosticado em pacientes que possuem mais de cinquenta (50) anos de idade, tendo sua maior incidência em homens de setenta (70) anos ou mais. (BRASIL, 2008).

Considerando o câncer de pulmão, como um dos mais frequentes de todos os tumores malignos, pode ser classificado do ponto de vista anatomopatológico em dois principais tipos: pequenas células e não pequenas células, sendo este o de maior incidência.

O tumor de células não-pequenas corresponde a um grupo heterogêneo composto de três tipos histológicos principais e distintos: carcinoma epidermóide, adenocarcinoma e carcinoma de grandes células, ocorrendo em cerca de 75% dos pacientes diagnosticados com câncer de pulmão. Dentre os tipos celulares restantes, destaca-se o carcinoma indiferenciado de células pequenas, com os três subtipos celulares: linfocitóide, intermediário e combinado (células pequenas mais carcinoma epidermóide ou adenocarcinoma) (INCA, 2008).

Na Hiperplasia Prostática Benigna, como no Câncer de Próstata, há um aumento do tamanho da próstata, contudo o crescimento benigno da próstata e o maligno têm em seus primórdios de desenvolvimento sintomatologia semelhante, por isso faz-se necessário à utilização de recursos como toque retal, dosagem do antígeno prostático específico (PSA), ecografia e até biópsia para um diagnóstico efetivo e se necessário tratamento correto. O câncer de próstata é uma patologia causadora de grande impacto social pelo crescente número de casos diagnosticados e pela falta de diagnóstico, pois 30% dos homens com mais de cinquenta anos (50) não tiveram diagnóstico em vida, pois, a maioria dos casos de câncer de próstata, tem seu desenvolvimento de forma lenta, com longo tempo de duplicação, podendo levar até quinze (15) anos para atingir um (1) centímetro. Este acomete preferencialmente homens acima de cinquenta (50) anos de idade.

O pênis como órgão sexual, simbólico entre o gênero masculino, é formado em sua extremidade por uma região volumosa, denominada glândula, coberta por uma pele fina e elástica, o prepúcio. O câncer que atinge o pênis está relacionado às más condições de higiene íntima (INCA, 2008).

#### **1.4 Construção da Política Nacional de Atenção Integral de Saúde do Homem**

Em fevereiro de 2008, foi publicada a portaria/GM 325, que estabeleceu dentro de suas prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, a saúde do homem como uma de suas prioridades, num intuito de fortalecimento a atenção básica (BRASIL, 2011).

As enfermidades e agravos que atentam para a saúde dos homens são significativos, bem como os altos índices que apontam para indivíduos desinformados, alienados a doenças específicas de seu próprio organismo. A partir da constatação das enfermidades e agravos mais comumente encontrados na população masculina, foram definidas as cinco principais

áreas especializadas representativas por tais causas sendo elas: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia. Dentre esses eventos, chegou-se ao consenso de que tal política seria alinhada com a PNAB e com estratégias de humanização, em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo as ações e serviços de saúde, ela também vem de forma integrada a outras políticas de saúde, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, visto que essa é considerada a cuidadora do homem (BRASIL, 2008).

O diagnóstico desta política se deu através de dados que apontam as principais temáticas responsáveis pelos índices elevados de morbi-mortalidade masculina, sendo definidas a partir de “três eixos distintos: violência, tendência à exposição a riscos com consequência nos indicadores de morbi-mortalidade, e saúde sexual e reprodutiva” e num recorte etário, tendo como população alvo do programa, homens na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, pois se considerou que crianças e idosos são assistidos pelos serviços de saúde através de outras políticas. Tal diagnóstico servirá como base para construção deste referencial, devido fidedignidade que os dados que apresentam para a pesquisa. (BRASIL, 2008, p. 9).

Como lembra Laurentiet al (2005, p.36):

A maioria dos indicadores tradicionais de saúde mostra, com certeza, a existência desse diferencial, sendo maior a mortalidade masculina em praticamente todas as idades e para quase a totalidade de causas; também as esperanças de vida ao nascer e em outras idades são sempre menores entre os homens.

Dentre os princípios estabelecidos para implementação da PNAISH, está à orientação das ações e os serviços de atenção primária, que visa um atendimento de acordo com os princípios do SUS, bem como estabelece a mudança de paradigmas da população masculina, para que procurem o serviço de saúde e cuidem de si, buscando a união com demais políticas vigentes e fortalecendo a atenção primária, tendo como princípios base, a humanização e a qualidade, que devem nortear as diretrizes desta política e se fazer presente em todas suas ações. A PNAISH foi elaborada tendo em vista a integralidade, a factibilidade, a coerência e a viabilidade, para garantir que suas ações sejam realmente válidas e com resultados futuramente positivos. (BRASIL, 2008).

## 2 METODOLOGIA

### 2.1 Tipo de pesquisa

Para o balizamento deste estudo definiu-se por uma pesquisa que atende o método transversal descritivo, através de análise documental, visto que a coleta de dados se deu por meio da análise de prontuários e fichas de atendimento ambulatorial (FAA's), de homens que frequentaram o serviço de saúde através de uma das ESF's do município de Arroio do Tigre, no período de julho a setembro de 2012 e que nesse período possuíam idade correspondente de vinte a cinquenta e nove (20 – 59) anos de idade.

Nesse intuito, são considerados documentos o prontuário médico, a ficha de atendimento ambulatorial, clínico e odontológico a ficha de atendimento de acidente de trabalho e os exames complementares e radiológicos avulsos. (BRASIL, 1990).

Segundo a Conselho Federal de Medicina, em seu parecer nº16/90, para todo e qualquer ato considerado fidedigno e legal deve-se analisar que,

[...] o atendimento clínico ambulatorial deve ser registrado na ficha de anamnese e na ficha de evolução. O mesmo deve ocorrer com o atendimento odontológico, porém com modelos específicos. O acidente de trabalho é uma intercorrência na vida do paciente logo deve ser registrado no prontuário médico, na ficha de anamnese ou de evolução e anexado uma via do documento legal do acidente do trabalho. Os resultados de exames laboratoriais devem ser registrados nos prontuários médicos, pois constituem provas de confirmação do diagnóstico e de acompanhamento terapêutico. (BRASIL, 1990, p. 2).

Santos (2000) argumenta que, a análise documental é aqueles realizados a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos.

Para Cellard (2008) a análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, entre outros.

Sendo que, as pesquisas descritivas têm como principal objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis, tendo como uma de suas principais características a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, salientando entre estas pesquisas aqueles com objetivo de estudar as características de um grupo como, idade, sexo, nível de escolaridade. Nessa perspectiva, este autor ainda considera a pesquisa descritiva como sendo a de escolha no trabalho de avaliação dos serviços públicos de uma comunidade, condições de habitação e criminalidade. (GIL, 2009; GAYA, 2008).

## **2.2 Local da pesquisa**

A seguinte pesquisa foi realizada em uma das unidades de saúde da família, dentre as quatro unidades existentes no município de Arroio do Tigre, estado do Rio Grande do Sul. Esta compreende uma ESF modalidade 1, a qual abrange seis (6) microáreas e um total de mais de mil (1.000) famílias, nela são realizados serviços médicos, bem como de enfermagem e odontologia.

A ESF conta com três (3) profissionais de enfermagem, sendo um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem, três médicos, sendo um clínico geral, um pediatra e um ginecologista, estes dois últimos desenvolvem suas atividades apenas em um dia da semana, equipe de saúde bucal (ESB), composta por uma odontóloga e uma auxiliar de saúde bucal (ASB), seis (6) agentes comunitários de saúde (ACS) e uma (1) higienizadora.

O município, no qual a unidade está inserida foi colonizado por descendentes germânicos e hoje conta com uma população de 12.648 mil habitantes, sendo 5.692 residentes na zona urbana e 6.686 na zona rural, destes 2.843 são homens que trabalham na zona urbana e 3.540 na zona rural. As atividades laborais desta população estão baseadas na agricultura, em especial na produção do tabaco (IBGE, 2010).

A unidade de saúde escolhida para realização da pesquisa apresenta recursos físicos, materiais e humanos de forma qualitativa e quantitativamente bem estruturados e organizados, a equipe se mostrou muito colaborativa durante a fase da coleta de dados, auxiliando em todo processo.

As razões pelas quais conduziram a escolha desta unidade de saúde dentre as demais, se deu pela inquietação da pesquisadora enquanto trabalhadora deste serviço em conhecer as necessidades desta população, bem como pelo grande entusiasmo em poder colaborar com este município trazendo para o mesmo um retorno positivo, que venha a somar com as práticas diárias de saúde desta localidade.

## **2.3 Sujeitos da pesquisa**

Os sujeitos que constituíram este estudo são indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de vinte a cinquenta e nove (20-59) anos de idade, que estiveram em atendimento médico, de enfermagem ou odontológico, em uma unidade de ESF, do município de Arroio do Tigre, estado do Rio Grande do Sul, no período compreendido de julho a setembro de 2012.

Nessa concepção, foram analisadas fichas de atendimento ambulatorial (FAA's) e posteriormente prontuários médicos, num total de cento e noventa e nove (199) para os atendimentos médicos, sessenta e seis (66) para os atendimentos odontológicos, ressaltando que no período considerado para a pesquisa o profissional odontólogo não desempenhou atividades no mês de julho, impossibilitando a quantificação desses dados, ficando estes parcialmente prejudicados, e dezessete (17) para atendimentos de enfermagem, totalizando duzentos e oitenta e dois (282) FAA's analisados para a pesquisa. É importante ressaltar que não foram considerados para esta pesquisa, dados de repetição, ou seja, as FAA's de pacientes que já haviam participado do estudo, no mesmo mês e para o mesmo atendimento, eram desconsideradas, sendo esta prerrogativa válida para todos os três tipos de atendimento.

A definição desta faixa etária está embasada na recomendação da PNAISH, a qual apontou que homens nessa faixa etária como não são assistidos pelos programas de saúde existentes, conseqüentemente não buscam assistência à saúde através da AB e dessa forma estão mais vulneráveis a riscos e a desenvolver índices elevados de morbi-mortalidade. (BRASIL, 2009).

O período caracterizado para realização deste estudo, respectivamente julho, agosto e setembro de 2012, foi selecionado visando o período de entre-safra da produção do tabaco na região, considerando esta a principal fonte econômica deste local, ou seja, nesse período os produtores de tabaco, representantes da maioria dos trabalhadores, não desenvolvem suas atividades laborais, tendo dessa forma disponibilidade para procurarem o serviço de saúde.

### 2.3.1 Critérios de inclusão

- Ter de vinte a cinquenta e nove (20-59) anos de idade;
- Sexo masculino;
- Homens que procuram o serviço de saúde através da ESF pelo menos uma vez no mês, dentre os meses escolhidos para realização da pesquisa.

### 2.3.2 Critérios de exclusão

- Homens que realizaram consulta médica, odontológica ou atendimento de enfermagem mais de uma vez no mesmo mês.

## **2.4 Coleta de dados**

A coleta de dados se apoiou em documentos, como já especificados anteriormente e ocorreu nos meses de julho, agosto e setembro de 2012. Esta etapa da pesquisa foi prejudicada pela falta de informações contidas em FAA's e prontuários médicos. Alguns fatores podem ser apontados para isso, quando se conhece a realidade da unidade de saúde, primeiramente podemos considerar que dados como os utilizados para pesquisa são preenchidos por pessoas desqualificadas para o cargo que exercem, bem como, ao analisarmos a realidade do funcionamento desta unidade podemos perceber que em grande parte dos casos, estas informações são preenchidas de forma corriqueira, esse fator está diretamente relacionado à grande demanda populacional e o tempo destinado para atendimento de cada indivíduo, que muitas vezes é limitado, tornando também limitado, de certa forma, o contato do paciente com o profissional responsável por preencher esses dados.

Outro ponto a ser ressaltado se dá pelo fato de que muitos pacientes não detêm consigo dados básicos, como o próprio número de prontuário, ou não conseguem especificar a própria cor da pele, desta forma, muitas informações deixam de ser atualizadas, ou, acabam em duplicidade, pois, ocorre frequentemente a criação de novo prontuário para um mesmo paciente, quando o primeiro não é localizado.

## **2.5 Procedimento técnico**

Primeiramente foi contatado com o Secretário Municipal de Saúde (SMS) do município para apresentação da pesquisa verbalmente, bem como, solicitação de autorização deste para proceder à coleta de dados, esta foi expressa em documento assinado pelo respectivo gestor, conforme anexo A.

Após foi contatado o enfermeiro, responsável pela uma unidade, expressando para este a pesquisa, bem como foram solicitados as FAA's, (anexo B) do período de julho a setembro de 2012. Estas passaram por uma triagem primária, sendo selecionadas somente as FAA's de indivíduos do sexo masculino, que possuem idade entre vinte a cinquenta e nove (20-59) anos de idade.

Num terceiro momento foram procurados os prontuários médicos (anexo C) dos indivíduos os quais as FAA's foram selecionadas e foram então coletados destes documentos dados como, cor da pele, religião, estado civil e nível de escolaridade, tipo de atendimento realizado, patologia diagnosticada, desta forma se deu início ao levantamento e análise dos referidos dados.

Como forma de aprimoramento dos dados da pesquisa, também foram utilizados outros documentos como o relatório de produção e de marcadores para avaliação dois(PMA2) (anexo D) e ficha mensal de produção do odontólogo, dos respectivos meses em que as FAA's foram selecionadas. Estes servirão como fonte para comparação dos dados coletados na pesquisa com aqueles provenientes da unidade de saúde através dos relatórios. Considera-se que o relatório PMA2 consolida mensalmente a produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou de situações consideradas como marcadoras de produção e avaliação por área e a ficha de produção do odontólogo, forneça dados como a produção desses atendimentos, especificados por faixa etária.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 Prevalência dos atendimentos ambulatoriais

Após a análise de duzentos e oitenta e dois (282) (100%)FAA's, pode-se perceber que dentre os três tipos de atendimentos analisados para a construção da pesquisa, médico, odontológico e de enfermagem, o atendimento médico se mostrou com maior prevalência, num total de cento e noventa e nove (199) (70,57%) dos atendimentos realizados durante os três (3) meses da coleta de dados, em segundo lugar, apareceram os atendimentos odontológicos, com prevalência de sessenta e seis (66) (23,40%) atendimentos. Com menor prevalência aparecem os atendimentos de enfermagem, apenas 17 (6,03%) atendimentos foram realizados durante o período da coleta de dados, como mostra o gráfico 1.

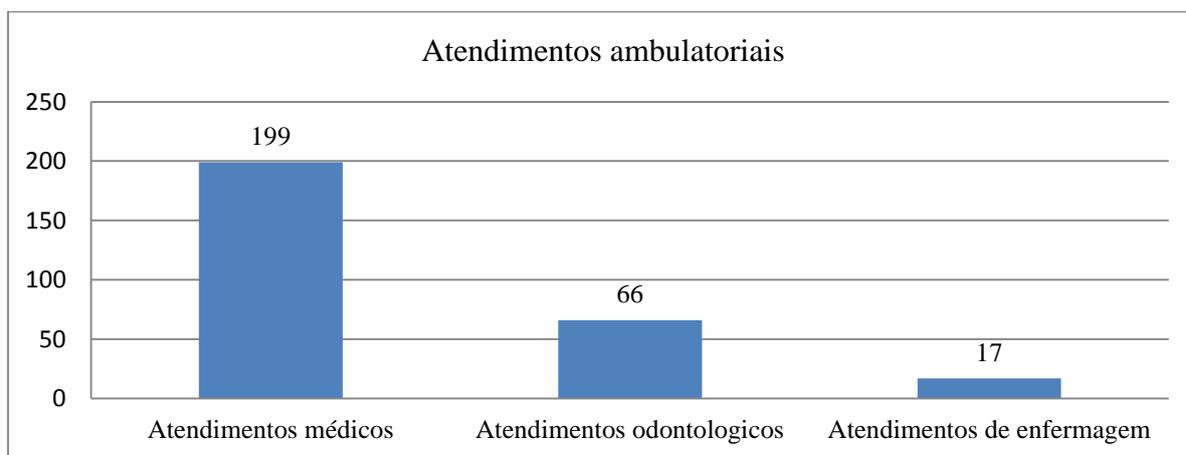


Gráfico 1- Prevalência dos atendimentos ambulatoriais

Contudo, deve-se considerar que o número de atendimentos odontológicos foram prejudicados, pois a coleta destes, diferentemente dos demais ocorreu apenas, em dois meses, sendo agosto e setembro, isso se deve ao fato de que o profissional odontólogo não desenvolveu suas atividades no mês de julho, entretanto, se consideramos a média de atendimentos/mês deste serviço, está será de trinta e três (33) atendimentos/mês, considerando está prerrogativa (média de atendimentos), pode-se concluir, que os atendimentos odontológicos não prevaleceriam sobre os atendimentos médicos.

Para Souza (2008), a busca por atendimentos médicos se mostrou prevalente aos demais atendimentos pelo fato de que muitas vezes os usuários geram uma pressão muito grande nos serviços, exigindo atendimento médico imediato e negando-se a serem atendimentos por outros profissionais de saúde. Este ainda argumenta que, os usuários tem a percepção do cuidado à saúde centrada no profissional médico, em vez da equipe de saúde, sendo que a equipe de saúde pode proporcionar atenção integral ao paciente, tanto para sua prevenção, como para sua reabilitação, porém esta visão de centralidade em torno do trabalho médico ainda persiste na atualidade nos serviços de saúde. (PEDUZZI, 2008).

Segundo Franco, Bueno e Mehry (1999) uma alternativa que visa à redução dos atendimentos médicos, seria deslocar a atenção da saúde para outros eixos profissionais, que também sejam centrais, através de uma equipe multiprofissional, que realize acolhimento do usuário e que se encarregue da escuta deste, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.

Alicerçada nas experiências práticas cotidianas deste serviço de saúde, entende-se que as consultas médicas não deveriam apresentar números tão superiores aos demais atendimentos, em especial o de enfermagem, pois esta unidade realiza acolhimento dos usuários tendo nesse processo o envolvimento de todos os profissionais.

Acredita-se que os atendimentos odontológicos e de enfermagem não tenham apresentado números mais expressivos pelo fato de que esses profissionais não dispõem de vasta autonomia, quanto o profissional médico, em seus atendimentos e muitas vezes não conseguem solucionar o problema de saúde do usuário, não satisfazendo as necessidades deste, que muitas vezes é encaminhado para atendimento com vários profissionais até chegar ao médico, esse fato se agrava quando falamos de indivíduos do sexo masculino, que demonstram uma dificuldade maior que as mulheres para se afastar de suas atividades laborais.

Para Nogueira (2009), essa reorganização assistencial é importante e deve acontecer, pois, a ESF constitui-se como uma nova forma de prestar assistência a saúde dos indivíduos, bem como é capaz de promover o cuidado através da equipe multidisciplinar.

### 3.2 Prevalência dos atendimentos por faixa etária

Tabela 1- Prevalência dos atendimentos por faixa

FAIXA ETÁRIA	ATENDIMENT O MÉDICO	ATENDIMENT OODONTO.	ATENDIMENT O DE ENF.	TOTAL /FAIXA ETARIA
	JUL/AGO/SET	AGO/SET	JUL/AGO/SET	JUL/AGO/SET
20 -29 ANOS	19 (9,55%)	8 (12,12%)	3 (17,65%)	30 (10,64%)
30-39 ANOS	53 (26,63%)	26 (39,39%)	6 (35,29%)	85 (30,14%)
40-49 ANOS	51 (25,62%)	16 (24,24%)	4 (23,53%)	71 (25,18%)
50-59 ANOS	76 (38,19%)	16 (24,24%)	4 (23,53%)	96 (34,04%)
TOTAL	199 (100%)	66 (100%)	17 (100%)	282 (100%)

Na tabela 1, foram analisados os duzentos e oitenta e dois (282) atendimentos, somados os médicos, odontológicos e de enfermagem, prestados no período de coleta de dados a homens na faixa etária de vinte a cinquenta e nove (20-59) anos. Pode-se perceber que os homens na faixa etária de cinquenta a cinquenta e nove (50-59) anos de idade são os que mais procuraram este serviço de saúde, no período de julho a setembro de 2012, representando noventa e seis (96) (30,14%) atendimentos, seguido de homens na faixa etária de trinta a trinta e nove (30-39) anos, com oitenta e cinco (85) (30,14%) dos atendimentos, seguidos da faixa etária de quarenta a quarenta e nove (40-49) anos apresentou setenta e um (71) (25,18%) atendimentos e por último a faixa etária de vinte a vinte e nove (20-29) anos, representando trinta (30) (10,64%) atendimentos.

Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde (SES) (2009) a faixa etária entre cinquenta a cinquenta e nove (50 e 59) anos sofrem mais com doenças do aparelho circulatório, quando comparados às demais, já os óbitos nesta faixa etária são evidenciadas por doenças cardíacas como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), doenças cerebrovasculares (Acidente Vascular Cerebral-AVC), doenças do aparelho digestivo, as doenças alcoólicas, hepáticas como cirrose, afetam consideravelmente os homens mais velhos.

Brasil (2008) reforça a ideia de que homens mais velhos tendem a procurar mais os serviços de saúde pelo atenção básica, pois são menos acometidos por causas externas de mortalidade, do que as faixas etárias mais jovens, porém estes tendem a apresentar mais doenças do aparelho circulatório e tumores a partir dos cinquenta (50) anos.

Nessa perspectiva Virtuoso (2010) lembra que, a sobremortalidade masculina oriunda de doenças como câncer de pulmão e doenças crônicas do fígado, como a cirrose hepática, seja uma questão de gênero, já que o hábitos como fumar e beber fazem parte de um estereótipo masculino. E estas tendem a acontecer em idades mais avançadas, quando há um desfecho das referidas patologias, aliadas a mudanças de metabolismo que acompanham o envelhecimento dos homens.

Dentre os fatores de risco para homens de cinquenta a cinquenta e nove (50-59) anos de idade são prevalentes o tabagismo, sedentarismo e a obesidade, que favorecem as doenças cardiovasculares, bem como doenças crônicas como Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e dislipidemias associadas ao nível de colesterol, visto que sendo estas patologias são passíveis de tratamento em unidades básicas de saúde, como a ESF. Pode-se considerar que esta faixa etária está mais presente nos serviços de saúde, pois, com o avanço da idade vão surgindo comorbidades fazendo com que desta forma os homens necessitem procurar mais o serviço de saúde, entretanto o número de óbitos por causas externas cai consideravelmente nesta faixa etária. (RIO GRANDE DO SUL, 2009).

### 3.2.1 Total de atendimentos médicos da unidade conforme faixa etária

A tabela 1.1 mostra a distribuição de todos dos atendimentos médicos, incluindo mulheres, no período compreendido para a pesquisa, estes foram retirados dos relatórios PMA2, dos meses de julho, agosto e setembro, estes foram fornecidos pela unidade de saúde onde a coleta de dados se sucedeu.

Tabela 1.1 – Total de atendimentos médicos da unidade conforme faixa etária

PERÍODO	ATENDIMENTOS MÉDICOS			TOTAL
	20-39 ANOS	40-49 ANOS	50-59 ANOS	
JULHO	88	98	112	298
AGOSTO	78	104	108	290
SETEMBRO	89	113	106	308
TOTAL	255	315	326	896

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde/Relatório PMA2

No mês de julho, foram realizados seiscentos e vinte (620) atendimentos médicos na respectiva unidade de saúde, contudo, participam desta somatória: homens, mulheres, crianças e idosos. Na tabela 1.1, foram especificadas apenas as faixas etárias utilizadas nesta pesquisa, pode-se perceber que entre homens e mulheres que foram atendidos oitenta e oito (88) foram indivíduos na faixa etária de vinte a trinta e nove (20-39) anos, na faixa etária de quarenta a quarenta e nove (40-49) anos, foram atendidos noventa e oito (98) indivíduos e na faixa etária de cinquenta a cinquenta e nove (50-59) anos foram atendidos cento e doze (112) indivíduos, estes dados vem ao encontro dos dados coletados, em que a prevalência dos atendimentos (médicos, odontológicos e de enfermagem) também se deu na faixa etária de cinquenta a cinquenta e nove (50-59) anos, no entanto, os dados coletados analisaram apenas indivíduos do sexo masculino e os dados acima mostram uma visão geral da funcionalidade do serviço analisado.

No mês de agosto os atendimentos médicos na unidade de saúde totalizaram quinhentos e sessenta e oito (568), destes setenta e oito (78) representaram homens e mulheres na faixa etária de vinte a trinta e nove (20-39) anos, cento e quatro (104) representaram atendimentos para indivíduos na faixa etária de quarenta a quarenta e nove (40-49) anos, cento e oito (108) representaram atendimentos para indivíduos na faixa etária de cinquenta a cinquenta e nove (50-59) anos de idade.

No mês de setembro os atendimentos médicos na unidade de saúde totalizaram quinhentos e vinte e um (521), destes oitenta e nove (89) representaram homens e mulheres na faixa etária de vinte a trinta e nove (20-39) anos, cento e treze (113) representaram atendimentos para indivíduos na faixa etária de quarenta a quarenta e nove (40-49) anos e cento e seis (106) representaram atendimentos para indivíduos na faixa etária de cinquenta a cinquenta e nove (50-59) anos.

Nesse contexto, podemos afirmar que os homens buscam menos os serviços de saúde, em especial os serviços de atenção primária, pois ao considerarmos homens e mulheres que

estiveram em atendimento médico nos meses de julho, agosto e setembro, chegou-se ao total de oitocentos e noventa e seis (896), sendo que destes cento e noventa e nove (199) foram atendimentos masculinos e seiscentos e noventa e sete (697) foram femininos, isso mostra a vasta diferença existente entre indivíduos do sexo masculino e indivíduos do sexo feminino, como pode ser visto no gráfico 2.

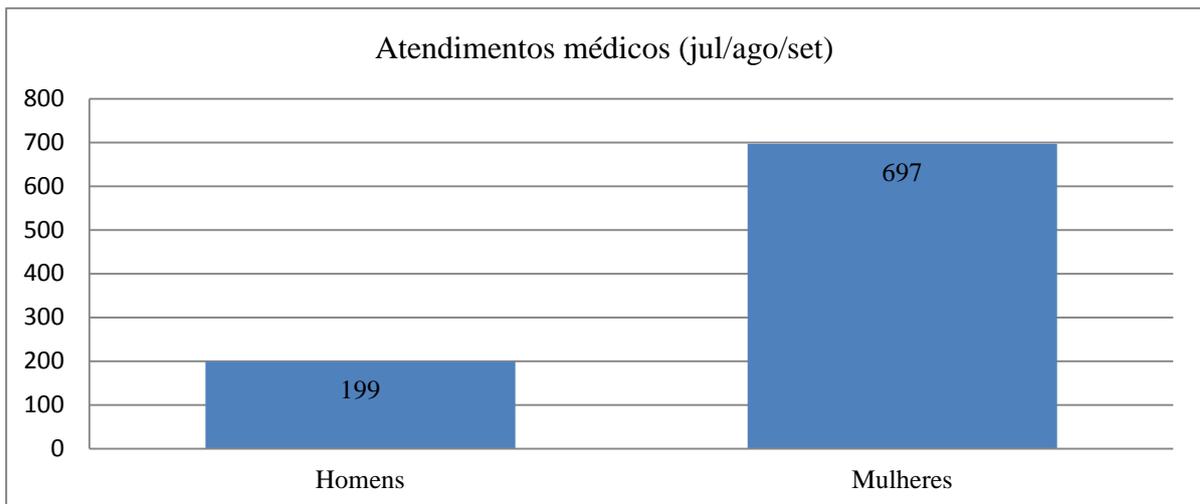


Gráfico 2 – Comparativo de atendimentos médicos de homens e mulheres

Gomes, Nascimento e Araújo (2007) firmam suas concepções nos argumentos de que, a população masculina está mais vulnerável a doenças quando comparados à população feminina, pois não buscam os serviços de saúde de atenção primária como as mulheres. O ser homem, culturalmente viril, invulnerável e forte dificulta a adoção de práticas de autocuidado, pois procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança e, portanto, aproximando-o de um universo feminizado, implicando nas questões de masculinidade instituídas pela sociedade. Isso é notoriamente observado quando comparamos a demanda dos serviços de saúde, com maior frequência dos serviços é feminino. Outro ponto a ser ressaltado é que os centros de saúde são tidos como locais para atendimento de mulheres e crianças, os homens procuram mais os serviços de emergência como pronto-socorro, e por não realizarem promoção e prevenção de sua saúde muitas vezes o diagnóstico é geralmente tardio, pois a doença já está em um quadro muito avançado. (BATISTA 2005; PINHEIRO, 2002).

As diferenças entre homens e mulheres e os papéis sócio-culturais que eles representam reflete em questões comportamentais, como gênero, e nas questões biológicas, como sexo que devem ser considerados como fatores de risco importante a saúde desses indivíduos essas diferenças podem explicar a variação na resistência e incidência de determinadas doenças em maior grau em uma população do que em outra. (SCHRAIBER, GOMES e COUTO, 2005; LAURENTI, JORGE, GOTLIEB, 2005).

### 3.2.2 Total de atendimentos odontológicos conforme faixa etária

A tabela 1.2 mostra a distribuição de todos dos atendimentos odontológicos, incluindo mulheres, no período compreendido para a pesquisa, sendo que este período foi menor quando comparado ao período dos demais atendimentos. Esses dados foram cedidos pela unidade onde ocorreu a pesquisa e retirados dos relatórios dos odontólogos dos respectivos meses.

Tabela 1.2- Total de atendimentos odontológicos conforme faixa etária

ATENDIMENTOS ODONTOLOGICOS				
PERÍODO	20-39 ANOS	40-49 ANOS	50-59 ANOS	TOTAL
AGOSTO	31	29	18	78
SETEMBRO	19	28	17	64
TOTAL	50	57	35	142

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde/Relatório de produção dentistas

No período analisado, como mostra a tabela acima, a faixa etária de vinte a trinta e nove (20-39) anos, correspondeu à faixa etária com maior número de atendimentos odontológicos, totalizando cinquenta (50) atendimentos, porém voltamos a considerar que esta engloba em seu conjunto duas (2) faixas etárias, sendo que ao calcularmos a média desses atendimentos, estes representariam vinte e cinco (25) atendimentos e representariam números mais expressivos sobre as demais faixas etárias analisadas.

A faixa etária de quarenta a quarenta e nove anos (40-49) anos, totalizaram cinquenta e sete (57) atendimentos. Visto que a faixa etária de 50-59 anos, nesse tipo de atendimento teve a menor prevalência, apenas trinta e cinco (35) atendimentos odontológicos foram realizados no período correspondente.

Nesse contexto, podemos afirmar que os homens também buscam menos os serviços de saúde nos atendimentos odontológicos, pois ao considerarmos homens e mulheres que estiveram em atendimento odontológico nos meses agosto e setembro, chegou-se ao total de cento e quarenta e dois (142) atendimentos, sendo que destes sessenta e seis (66) foram atendimentos masculinos e setenta e seis (76) foram atendimentos femininos, isso reforça o que já foi expresso anteriormente sobre a relação homens e saúde, mostrando que os homens efetivamente procuram menos os serviços de saúde, como mostra o gráfico 3.

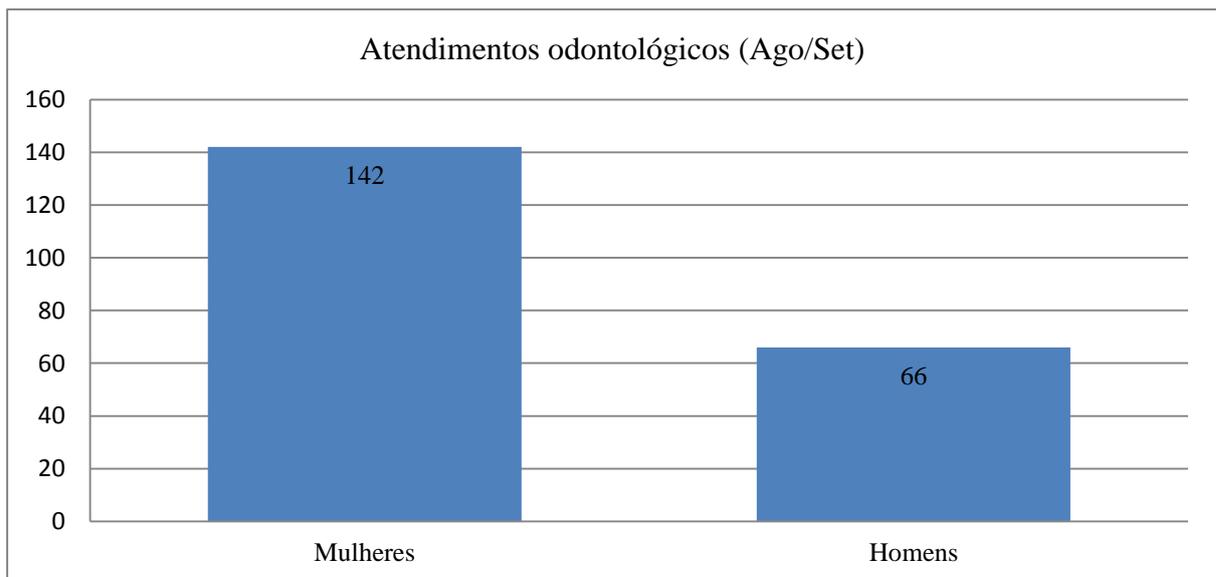


Gráfico 3 – Comparativo de atendimentos odontológicos de homens e mulheres

Segundo Carvalho, o Brasil tem mais de vinte e duas (22) mil equipes de saúde bucal em atuação, mesmo assim, o número de brasileiros que nunca foram a um dentista, é muito alto, dois fatores incidem para que isso ocorra, um deles está relacionado a falta de informação e o outro a falta de acesso. O autor ainda diz que em um simples exame clínico dos dentes o dentista pode detectar o início de problemas que vão de uma simples cárie até algo mais sério, como uma neoplasia de boca.

Este tipo de análise não pôde ser realizado com os atendimentos de enfermagem, pois, a unidade não forneceu dados para a realização de tal comparativo, visto que esses são enviados para a base de dados do Ministério da Saúde, não permanecendo cópia dos mesmos na unidade, impossibilitando desta forma de ocorrer a análise.

### 3.3 Distribuição das variáveis (cor, estado civil e nível de escolaridade)

A tabela 2 apresenta a distribuição das variáveis: cor da pele, estado civil e nível de escolaridade, analisadas dentre as duzentos e oitenta e dois (282) FAA's selecionadas que participaram da pesquisa.

Tabela 2-Distribuição das variáveis (cor, estado civil e nível de escolaridade)

<b>COR DA PELE</b>	<b>N (%)</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N (%)</b>	<b>NÍVEL DE ESCOLARIDADE</b>	<b>N (%)</b>
BRANCO	128 (43,39%)	CASADO/ EM UNIÃO	142 (50,35%)	ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO/INCOMPLETO	138 (48,93%)
PARDO	57 (20,21%)	SOLTEIRO	30 (10,64%)	ENSINO MÉDIO COMPLETO/INCOMPLETO OU MAIS	38 (13,48%)
NEGRO	02 (0,70%)	VIUVO/SEPARADO/ DIVORCIADO	10 (3,55%)	NÃO-ALFABETIZADO	05 (1,77%)
N.E.*	95 (33,69%)	N.E.*	100 (35,46%)	N.E.*	101 (35,82%)
TOTAL	282 (100%)	TOTAL	282 (100%)	TOTAL	282 (100%)

\*N.E.: Não especificado em FAA's ou prontuários médicos.

A tabela 2 mostra, que dentre as variáveis analisadas aquelas que apresentaram números mais expressivos foram homens brancos, casados ou em união estável e com baixo nível de escolaridade, apenas ensino fundamental (completo ou incompleto). Os dados utilizados para analisar esta variável também foram prejudicados, pois noventa e cinco (95) (33,69%) indivíduos analisados não foram especificados nas FAA's ou prontuários médicos, ficando a pesquisa comprometida parcialmente, por não permitir mostrar de forma completa a realidade desta população.

A variável cor da pele analisou três tipos distintos de cor, sendo elas: branco, pardo e negro. Como já citado anteriormente, nesta variável os homens brancos aparecem com maior frequência, representando cento e vinte e oito (128)(43,39%) indivíduos, seguidos de homens pardos, cinquenta e sete(57) (20,21%) indivíduos e homens negros, 2 (dois) indivíduos, que representaram menos de 1% dos dados analisados.

A variável cor, quando analisada deve-se levar em conta que este é um dado é auto referido pelo paciente. E, portanto, as palavras negro, branco e moreno tornam-se atribuições que podem variar de acordo com quem fala, nesse contexto devemos lembrar que ao analisar dados como esse podem ocorrer erros de mensuração. (BATISTA, 2005; SILVA, [20--?]).

Em 2005, uma pesquisa da Unicamp identificou cento e vinte e cinco (125) tons diferentes de pele no Brasil, bem como identificou que a cada dois anos surgem mais quatro tons de pele no Brasil. Nesse sentido, uma justificativa para os homens referirem sua pele como branca e esta ter prevalecido sobre as demais se dá pelo fato de que o município, onde foi realizada pesquisa, tem em sua maioria descendentes alemães. Para Costa ([20--?]), a pele clara, denominada branca, é resultados da descendência de alemães, holandeses e italianos, e é encontrada, em grande parte, no sul do Brasil.

Ao analisar a variável estado civil, foram analisados os dados atribuídos a variável homens casados ou que mantinham união estável conjuntamente, bem como as variáveis denominadas viúvos, separados ou divorciados, já a variável denominada homens solteiros, foi analisada individualmente. Nesta análise os homens casados ou que mantinham união estável foram os que mais procuraram o serviço de saúde, totalizando cento e quarenta e dois (142) (50,35%) indivíduos dos dados, seguidos de homens solteiros, trinta (30) (10,64%) indivíduos, homens viúvos, separados ou divorciados foram os indivíduos que menos procuram o serviço, apenas dez (10)(3,55%) indivíduos. Estes dados também foram prejudicados pelo fato de uma proporção significativa não pode ser especificada quanto a seu estado civil, isto se justifica pelo fato supracitado, a falta de informações pertinentes em FAA's e prontuários médicos.

Para Bakalar (2011), o fato da pesquisa apresentarem maior número de homens casados ou que mantinham união estável procurarem mais a unidade de saúde do que homens solteiros, viúvos/separados/divorciados, se deve ao fato de que a mulher assume o papel de cuidadora e aconselha o marido a buscar recursos para cuidar de sua saúde. O autor relata o caso de um estudo norte-americano onde os homens casados mostraram maior rapidez em procurar o serviço de saúde quando comparados aos solteiros, esse fator aumentou significativamente a sobrevida desses pacientes.

Na variável nível de escolaridade a prevalência foi de homens com baixo nível de escolaridade, considerando que dentre os duzentos e oitenta e dois (282) (100%) indivíduos analisados, cento trinta e oito (138) (49,83%), foram homens com ensino fundamental, completo ou incompleto, ou seja, homens que estudaram oito anos ou menos. Em proporções menores aparecem homens com ensino médio ou mais anos estudados, que representaram trinta e oito (38)(13,48%) indivíduos. Como as demais variáveis analisadas, a proporção de indivíduos que tiveram seu nível de escolaridade não especificados foi alta, totalizando cento e um (101) (35,82%) dos indivíduos.

Para Gomes, Nascimento e Araujo (2007) homens com maior tempo de estudo, como aqueles que possuem curso superior, apresentam ideias consideradas politicamente corretas, porém, nem sempre conseguem agir de acordo com elas, enquanto homens com menor nível de escolaridade quando apresentam alguma sintomatologia procuram medidas de tratamento alternativas, como chás e automedicação.

### 3.4 Distribuição das patologias por tipo de atendimento com maior incidência

A tabela 3 apresenta as patologias que incidem mais frequentemente sobre os indivíduos do sexo masculino.

Tabela 3-Distribuição das patologias por tipo de atendimento com maior incidência

<b>ATENDIMENTOS</b>					
MÉDICOS	N (%)	ODONTOLOGI COS	N (%)	ENFERMAGE M	N (%)
SET/AGO/JUL					
CAP. IX	38	SET/AGO Exame dentário	23	SET/AGO/JUL Encaminhado do	10
Doenças do aparelho circulatório	(19,09%)		(34,85%)	consultório médico	(58,82%)
CAP. XVIII	36	Colocação e ajustamento de	16	Ferimento	03
Sintomas, sinais e achados anormais...	(18,09%)	dispositivo de	(24,24%)	(perfuro- cortante)	(17,64%)
Não classificados em outras partes		prótese dentária			
CAP. X	32	Cárie dentária	13	Lesões na pele	02
Doenças do aparelho respiratório	(16,08%)		(19,70%)		(11,76%)
CAP. XI	32	Mobilidade	04	Pós-cirúrgico	01
Doenças do aparelho digestivo	(16,08%)	dentária	(6,06%)		(5,88%)
CAP. V	24	Remoção de	04	Acidentes de	01
Transtornos mentais e comportamentais	(12,06%)	sutura	(6,06%)	trabalho	(5,88%)
CAP. XX	19	Urgência	04	-	-
Causas externas de morbimortalidade	(9,55%)	(dor)	(6,06%)		
Outras causas	18	Depósitos nos	02	-	-
	(9,05%)	dentes de tártaro	(3,03%)		
<b>TOTAL:</b>	<b>199</b> <b>(100%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>66</b> <b>(100%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>17</b> <b>(100%)</b>

A tabela 3 apresenta em um contexto geral, que os homens quando procuraram a unidade de saúde referida, apresentaram com maior frequência doenças, do aparelho circulatório, quando procuraram atendimento odontológico, o fizeram buscando realizar

exame clínico dos dentes e quando procuram atendimento de enfermagem, o fizeram porque foram encaminhados do consultório médico para realização de algum procedimento competente a enfermagem.

Os cento e noventa e nove (199) (100%) atendimentos médicos foram especificados em sete principais grupos, os quais foram classificados conforme os capítulos do CID-10. Dentre esses grupos as doenças do aparelho circulatório (capítulo IX) tiveram maior prevalência quando comparado aos demais, totalizando trinta e seis (36) (18,09%) atendimentos, nesse grupo destacaram-se respectivamente doenças como a hipertensão primária, cardiopatias e doenças vasculares periféricas.

Silva e Souza (2004) lembram em um comparativo entre o sexo masculino e feminino versus pressão arterial, que esta se apresenta mais elevada em homens do que em mulheres de até 60 anos. Isso se deve a uma questão hormonal, que faz a pressão ficar mais baixa nas mulheres (durante o climatério), mas, após esse período a pressão alta entre homens e mulheres tende a se aproximar. Para Souza (2007) além dos homens apresentarem níveis pressóricos mais elevados que as mulheres, esse fato também está relacionado a pessoas com menor formação escolar, como aquelas que possuem apenas ensino fundamental.

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) (2010, p.7):

No Brasil, a hipertensão afeta mais de 30 milhões de brasileiros (36% dos homens adultos e 30% das mulheres adultas) e é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV), com destaque para o AVC e o infarto do miocárdio, as duas maiores causas isoladas de mortes no país.

Em segundo lugar aparecem as doenças do capítulo XVIII, onde são especificados os sintomas, sinais e achados anormais que não são classificados em outros capítulos, representando trinta e dois (32) (16,08%) atendimentos. Nesse grupo apareceram com maior prevalência as dores agudas, tosse e cefaleia.

Em terceiro lugar houve paridade de dois capítulos, o capítulo X, com as doenças do aparelho respiratório e o capítulo XI, com as doenças do aparelho digestivo, cada qual representou vinte e quatro (24) (12,06%) atendimentos. No capítulo X, apareceram às infecções agudas das vias aéreas, doenças pulmonares obstrutivas e bronquites agudas. No capítulo XI, apareceram doenças como gastroenterites, dispepsia e refluxo.

Em quarto lugar, apareceram os transtornos mentais e comportamentais (capítulo V), representando vinte e um (21) (10,55%) atendimentos, nele foram representadas doenças como esquizofrenia, episódios depressivos, transtornos de ansiedade e distímia.

Em quinto lugar, apareceram às causas externas de morbimortalidade (capítulo XX), este representou dezesseis (16) (8,04%) atendimentos, nesse apareceram doenças como intoxicação por alcoolismo e queda de nível.

Com número de atendimentos apareceu o grupo denominado outras causas, representando dezoito (18) (9,05%) atendimentos. Este grupo surgiu através da reunião de doenças que não representariam grandes proporções para a pesquisa se fossem analisadas de forma isolada pelo fato de estarem divididas em muitos capítulos e não representarem porcentagens quantitativas e qualitativas se analisadas individualmente, quando comparadas às demais, tornando desta forma a pesquisa monótona. As doenças que constituem este grupo são: doenças do tecido osteomuscular e conjuntivo, que representam dois (2) (1%) atendimentos, doenças do sistema nervoso, doenças de pele e tecido subcutâneo, doenças infecciosas e parasitárias, fatores que influenciam no estado de saúde e o contato com os serviços de saúde e doença do aparelho genitourinário, estes seis últimos representam apenas um (1) (0,50%) atendimento, ou seja, estes representaram menos de (1%) da pesquisa, desta maneira optou-se por agregá-las em apenas um grupo.

Nesta tabela podemos analisar também os atendimentos odontológicos, que totalizaram sessenta e seis (66) (100%), durante dois (2) meses da coleta de dados, destes vinte e três (23) (34,85%) atendimentos realizaram apenas exame clínico dos dentes, sendo que este teve prevalência sobre os demais atendimentos odontológicos realizados nesse período.

Sequencialmente, apareceram as colocações e ajustamento de próteses dentárias, num total de dezesseis (16) (24,24%) atendimentos. Em terceiro lugar, carie dentária foi o motivo que levou os homens a procurarem o serviço de saúde com treze (13) (19,70%) atendimentos. Em quarto lugar, houve empate no número de atendimentos, sendo que, cada qual representou quatro (4) (6,06%) atendimentos, nesse espaço entram os atendimentos por mobilidade dentária, às remoções de sutura e os atendimentos de urgência. Em quinto lugar, encontram-se os atendimentos de pacientes que procuram o serviço devido a depósitos de tártaro nos dentes, estes representaram dois (2) (3,03%) atendimentos.

Os atendimentos de enfermagem dentre os três (3) tipos de atendimentos foi o que se mostrou com menor prevalência, apresentando-se distribuídos em apenas quatro (4) grupos, totalizando dezessete (17) (100%) atendimentos. E dentre esse tipo de atendimento os encaminhamentos vindos do consultório médico, totalizaram dez (10) (58,82%) atendimentos, em segundo lugar apareceram os atendimentos por ferimentos perfuro-cortantes, com três (3) (17,64%) atendimentos em quinto apareceram lesões de pele, com dois (2) (11,76%)

atendimentos e com menor prevalência dentre os atendimentos de enfermagem ficaram os atendimentos a pacientes pós-cirúrgicos e os acidentes de trabalho, cada qual representando um (1) (5,88%) atendimento.

Quando comparamos as principais doenças apresentadas por indivíduos de vinte a cinquenta e nove (20-59) anos as quais foram apresentadas na tabela 3, percebemos uma estreita semelhança com as principais causas de mortalidade da população masculina brasileira, as quais são apresentadas na PNAISH, nessa a prevalência fica a cargo das causas externas, em segundo aparecem às doenças do aparelho circulatório, sendo este dado já referido anteriormente, como a principal causa que levou os homens a buscar os serviço de saúde, em terceiro aparecem os tumores, em nossa pesquisa este dado não apareceu, mas isso se deve ao fato de que pacientes com tal diagnostico, são encaminhados para centros de maior complexidade buscando terapêutica que exige muitas vezes cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou transplante e/ou a combinação de mais de uma dessas modalidades, desta forma esses indivíduos dificilmente permanecem sendo assistidos apenas pela atenção básica. (BRASIL, 2008; INCA, 2008).

Segundo SMS (2009) as três principais causas de morbidade em nosso estado, entre os homens na faixa etária de vinte a cinquenta e nove (20 - 59) anos, nos anos de 2004, 2005, 2006 e 2007, são também semelhantes às apontadas pela PNAISH, sendo respectivamente lesões por causas externas, doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho digestivo, porém acima dos quarenta (40) anos há uma troca de posições e as doenças do aparelho digestivo tornam-se prevalentes sobre as doenças do aparelho circulatório.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste estudo o enfoque esteve centralizado na busca de dados que apresentassem a verdadeira realidade sobre o perfil dos homens e as patologias apresentadas por indivíduos do sexo masculino, que frequentam o serviço de saúde de atenção básica. Os resultados encontrados confirmam o que os dados da PNAISH já nos havia mostrado sobre a relação homens e saúde e nos remete a pensar na qualidade da assistência que os serviços de saúde prestam a população masculina.

A inter-relação com o local de pesquisa e o consecutivo conhecimento da realidade do ambiente destes profissionais e dos usuários, somada aos dados apresentados, servem de embasamento para proferir algumas considerações que não pretendem representar como uma unanime expressão de verdade, visto que quando falamos de saúde, tudo pode ser passível de variação. Sequencialmente passaremos a apresentar tais considerações de forma conclusiva.

Através desta pesquisa pode-se delinear o perfil dos homens que procuram o serviço de saúde de atenção primária, local onde se deu a pesquisa. Entende-se que a população masculina constitui um pequeno grupo que busca este serviço quando comparados ao extensivo número de atendimentos femininos, representando desta forma um índice quantitativo que se mostra muito inferior, quando comparados às mulheres. Este dado vem contemplar as pesquisas bibliografias utilizadas para fomentar este trabalho onde é relatado a faltados homens nos serviços de saúde, em especial os serviços de atenção primária.

Nessa perspectiva, podemos concluir que dentre os atendimentos realizados neste serviço de saúde, médicos, odontológico e de enfermagem, o atendimento médico foi responsável pela maior procura dos homens ao serviço, (70,57%) quando comparados ao atendimentos odontológicos (23,40%) e de enfermagem (6,02%), este ultimo se caracterizou como o serviço com menor procura pelos homens dentre os atendimentos analisados. Tal fato pode ser explicado pela concepção que alguns indivíduos detém sobre o profissional de medicina tendo este como o único profissional capaz de resolver de forma efetiva seus problemas, visto que, os demais profissionais que compõe a equipe de saúde dispõe de pouca autonomia e seus atendimentos não são considerados resolutivos.

A faixa etária dos cinquenta e nove anos (50-59) anos de idade mostrou-se a fase da vida em que os homens mais procuraram o serviço de saúde, representando 34,04% dos atendimentos. Isto se explica pelo fato de que homens nessa faixa etária estão predispostos a

sofrerem com doenças do aparelho circulatório, dentre elas a hipertensão arterial, a qual teve também maior prevalência dentre a classificação das doenças que estes indivíduos apresentaram.

Como supracitado, nos atendimentos médicos as doenças do aparelho circulatório, como hipertensão primária, cardiopatias e doenças vasculares periféricas, apareceram com maior frequência dentre as demais, com representatividade de 19,09%, esses dados não representaram informações novas, visto que estudos anteriores, dentre eles a PNAISH já relataram dados similares. O fato da pesquisa trazido a nosso conhecimento patologias decorrentes de transtornos mentais e comportamentais, como esquizofrenia, depressão, transtornos de ansiedade e distímia, mesmo que esse representaram apenas 10,55% dos atendimentos, devem ser ressaltados pelo fato de que essas doenças vem aumentando progressivamente e podem num futuro próximo assumir índices tão altos como os apresentado no presente pelas doenças do aparelho circulatório.

O motivo pelo qual as causas externas aparecem neste estudo com baixa representatividade, 9,55%, se justifica pelo fato de que homens na faixa etária de 20-29 anos, também apareceram com menor frequência em nosso estudo, apenas 10,64%. Segundo a PNAISH bem como outros referencias utilizadas para fundamentar este trabalho, homens nessa faixa etária, estão mais expostos a adoecer por causas externas, sendo assim, podemos considerar que esses dados apresentam fidedignidade, pois são vivenciados de forma semelhante em outros serviços de saúde.

Nos atendimentos odontológicos, a pesquisa mostrou que os homens buscam em maior proporção, 34,85%, este serviço para realizar exame clínico dentário, dentre os demais atendimentos odontológicos. Esse fato pode ser considerado positivo, pois durante o exame clínico dentário pode ser diagnosticadas patologias bucais graves, podendo esse profissional agir de forma preventiva.

Dentre os atendimentos de enfermagem os encaminhamentos do consultório médico para o profissional de enfermagem, na perspectiva desses realizar algum procedimento, apareceram com maior frequência. Essa se constitui como uma realidade vivenciada na unidade de saúde analisada, visto que o profissional médico trabalha em conjunto com a enfermagem no atendimento aos usuários.

Ao analisar as características masculinas como cor, estado civil e nível de escolaridade, podemos perceber que os homens que mais procuram os serviços de saúde são homens brancos, casados e com pouca escolaridade, detinham apenas ensino fundamental. Os homens casados tendem a procurar mais os serviços de saúde pelo fato de terem uma espécie

de cuidadora ao seu lado, a mulher. Os homens brancos apareceram com maior prevalência sobre as outras cores de pele, devido a um fator cultural, relativo a descendência dessa população, em sua maioria, visto que homens auto-referenciados como negros tendem a procurar menos os serviços de saúde, e isso está relacionado a dificuldade de acesso, bem como a qualidade de serviço prestada a essa população.

Evidenciou-se durante a fase de coleta de dados a inexistência de informações relativas ao paciente em prontuários médicos e FAA's, esse fato prejudicou a pesquisa visto que os dados não puderam ser analisados por completo, sendo que em alguns momentos estes foram apenas quantificados, sem especificação, isso ocorre em partes pelos profissionais que são responsáveis por esse setor, mas também pelos usuários do serviço que muitas vezes não colaboram para que o serviço funcione.

Este trabalho nos acresceu de grandes e inigualáveis experiências para o futuro profissional, sendo um desafio trabalhar com dados e assuntos antes inexplorados, bem como ofereceu um importante conhecimento do serviço do qual participamos e da população que dele se beneficia, sendo esses dados de grande valia também para o gestor municipal de saúde entender as necessidades de saúde da população masculina.

Houve grande dificuldade em obter bibliografias que embasassem os dados encontrados e que causassem reflexões sobre o mote desta pesquisa, mas o conhecimento obtido deste pequeno universo masculino e da realidade deste serviço de saúde nos remete a pensar em outras pesquisas científicas futuramente.

Para finalizar ressaltamos que a realidade vislumbrada neste estudo se apresenta muito semelhante ao que está contextualizado na PNAISH, percebemos que esta encontra-se no caminho certo e que conseguirá atender o homem em suas similaridades e idiossincrasias, porém, é necessário que seja ligeiramente implantada nos serviços de saúde de atenção básica, pois, quando comparamos os programas existentes que contemplam mulheres, crianças, idosos, entre outros grupos, parece-nos que o cuidado ao homem está sendo de certa forma negligenciado. É necessário acabar com o estigma de que os homens frequentam os serviços de saúde apenas para tratar doenças como de hipertensão arterial e diabetes mellitus, acreditamos que com esta política se consigam fazer prevenção e promoção de sua saúde desses indivíduos de forma integral.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. et al. A Estratégia de Saúde da Família. In: DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 88 – 100.

BATISTA, Luís Eduardo. **Masculinidade, raça/cor e saúde**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2005, v.10, n.1, p. 71-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a07v10n1.pdf>. Acesso em: 28 out. 2012.

BAKALAR, N. **Homem casado chega mais rápido a local de tratamento para infarto**. Folha de São Paulo, 29 jul. de 2011. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/951658-homem-casado-chega-mais-rapido-a-local-de-tratamento-para-infarto.shtml>. Acesso em: 29 out. 2012.

BECK, L. C.C.; GONZALES, M. B.R.; LEOPARDI, T.M. Detalhamento da metodologia. In: LEOPARDI, Maria T. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. p. 187 – 209.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 291 p.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2008)**. Brasília, ago. 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em: 29 de set. 2012.

BRASIL. Parecer nº 16/90, aprovado em 12 de julho de 1990. Estabelece os critérios mínimos a serem observados na elaboração de prontuários médicos. **Conselho Federal de Medicina**. Disponível em: [http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/.../CFM\\_Parecer\\_16\\_90pront\\_m.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/.../CFM_Parecer_16_90pront_m.doc). Acesso em: 21 out. 2012.

BRASIL. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Cofen**. Disponível em: <[http://novo.portalcofen.gov.br/lei-8080-lei-orgnica-da-saude\\_4163.html](http://novo.portalcofen.gov.br/lei-8080-lei-orgnica-da-saude_4163.html)>. Acesso em: 30 set. 2012.

CAMPANUCCI, F. S.; LANZA, L. M. B. A atenção primária e a saúde do homem. In: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2., 2011, Londrina. **Anais...** Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2011, 13 p.

CARVALHO, N. M. de. 27 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista. **UOL notícias**, Brasília, 25 out. 2012. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2012/10/25/27-milhoes-de-brasileiros-nunca-foram-ao-dentista-diz-associacao.htm>. Acesso em: 29 out. 2012.

CARRARA, S; RUSSO, J A.; FARO, L. **A política de atenção à saúde do homem no Brasil**: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a06v19n3.pdf>. Acesso em: 15 set. 2012.

CELLARD, A. **A análise documental**. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

FERRAZ, L.N.S.; SANTOS, A. S. **O Programa de Saúde de Saúde da Família: atribuições previstas e a realidade vivencial**. Saúde Coletiva. Maio-jun vol. 4, nº15. Editora Bolina. São Paulo, Brasil.

FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. 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, **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 935-944, 2011.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para a atenção primária. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 105-109, jan./março 2005.

FONTES, W.D.; et al. Atenção a saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2011, v. 24, n. 3, p. 430-433.

FONTINELE, J. K. **Programas de Saúde da Família (PSF): comentado**. Goiânia: AB, 2003.

FRANÇA, Adson. Hora de quebrar paradigmas. In:**RADIS: Comunicação em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2008. p. 8 – 12.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. . O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.345-353, abr./jun. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. Acesso em: 27 out. 2012.

GAYA, Adroaldo. **Ciência do movimento humano: introdução a metodologia da pesquisa**. Artmed: Porto Alegre, 2008.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Caderno Saúde Publica** Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 995-1003, jul./ago. 2004.

GIL, Antonio Carlos. Pesquisa social. In\_\_\_\_\_. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed São Paulo: Atlas, 1999. p. 42 – 48.

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

GOMES R.; NASCIMENTO E. F.; ARAÚJO F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 3, v. 23, p. 565-574, mar. 2007.

GOMES, Romeu. “Os homens cuidam pouco da Saúde”. In: **RADIS: Comunicação em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2008. p. 10.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE, 2010). Resultados do Censo 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_rio\\_grande\\_do\\_sul.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_rio_grande_do_sul.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE, 2001). **Tábua da vida**:Evolução da Mortalidade, 2001. Disponível em: <[http://74.125.47.132/search?q=cache:14K3IVZOzQgJ:www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/evolucao\\_da\\_mortalidade\\_2001.shtm+Mortalidade+masculina+por+causas+externas&hl=PTBR&ct=clnk&cd=4&gl=br](http://74.125.47.132/search?q=cache:14K3IVZOzQgJ:www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/evolucao_da_mortalidade_2001.shtm+Mortalidade+masculina+por+causas+externas&hl=PTBR&ct=clnk&cd=4&gl=br)>. Acesso em: 27 set. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA), 2008. **Tipos de Câncer**. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=82](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=82)>. Acesso em: 27 set. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA), 2004. **Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS**. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano\\_abordagem\\_sus.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano_abordagem_sus.pdf). Acesso em: 26 nov. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA), 2008. Sumário executivo. **Relatório da OMS sobre a Epidemia Global de Tabagismo, 2008**: Pacote MPOWE. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS\\_Relatorio.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS_Relatorio.pdf)>. Acesso em: 27 nov. 2012.

KNIJNIK, Renato. **Sexualidade e masculinidade**. 1. ed.Porto Alegre: Corpore, 2003.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H.; GOTLIEB, S. L. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 1, p. 35 – 46, jan./mar. 2005.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Influência da idade e da escolaridade no uso de serviços preventivos de saúde: Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.**Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2004, vol.13, n.4, pp. 209-215.

LOUGON, Maurício. Fatores psicossociais de risco para Doenças Cardio Vasculares. **Revista do Instituto Nacional de Cardiologia**. Rio de Janeiro: **Laranjeiras**, v. 1, n.3, nov. 2003. Disponível em: <[http://www.incl.rj.saude.gov.br/incl/rev\\_3/sumario3.asp](http://www.incl.rj.saude.gov.br/incl/rev_3/sumario3.asp)>. Acesso em: 27 nov. 2012.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F (orgs). Dicionário da educação profissional em saúde. In: **Trabalho em equipe: gênese do conceito**. 2, 2008, Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 419-426.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, ano 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

REZENDE, Cláudia Barcellos; MAGGIE, Yvonne (Orgs.). **Raça como retórica: a construção da diferença**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. **Proposta de Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2009. 26 p.

SANTOS, Antonio Raimundo dos. **Metodologia Científica: a construção do conhecimento**. 3. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

SILVA, Jorge Luis Lima; SOUZA, Solange Lourdes de. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em: [www.revistas.ufg.br/index.php/fen](http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen). Acesso em: 30 out. 2012.

SANTOS, Álvaro da Silva; MIRANDA, Sônia Maria Rezende Camargo de (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole, 2007.

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

SILVA, Francisca Cordelia Oliveira da. **Etnia, cor e raça: aspectos discursivos do uso institucional**. Brasília. [20--?]. Disponível em: [www.fflch.usp.br/dlcv/enil/pdf/64\\_Francisca\\_Cordelia\\_OS.pdf](http://www.fflch.usp.br/dlcv/enil/pdf/64_Francisca_Cordelia_OS.pdf). Acesso em: 29 de out. de 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Revista brasileira de hipertensão**, v. 17, n. 1, janeiro/março, 2010. Disponível em: [www.anad.org.br/.../VI\\_Diretrizes\\_Bras\\_Hipertens\\_RDHA\\_6485.pdf](http://www.anad.org.br/.../VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf). Acesso em: 30 out. 2012.

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**[online]. 2008, vol.24, p.100-110. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf). Acesso em: 27 de out. de 2012.

VIRTUOSO. J. F. **Morbidade e mortalidade da população idosa de Florianópolis**: um estudo comparativo entre homens e mulheres. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, 2010, v.13, n 2, p. 215-223.

**Anexo A-Ofício para Secretária Municipal de Saúde**

Ofício 01

Arroio do Tigre, 28 de junho de 2012.

Vossa Senhoria Secretária Municipal de Saúde:

A par de respeitosamente cumprimentá-la, venho por meio deste solicitar sua autorização para realizar pesquisa científica no município de Arroio do Tigre, especificamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Urbano, com o objetivo de investigar quais são as características (faixa etária, cor, estado civil e o nível de escolaridade) e quais patologias os indivíduos do sexo masculino, compreendendo adultos na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, apresentaram quando procuraram assistência à saúde, pela atenção básica no período compreendido entre os meses de julho, agosto e setembro de 2012. Para tal serão coletados dados das Fichas de Atendimento Ambulatorial e dos prontuários médicos dos pacientes selecionados. Esta pesquisa é resultado de monografia para conclusão de especialização em Gestão de Organização Pública de Saúde. No aguardo de Vossa manifestação, agradeço e despeço-me.

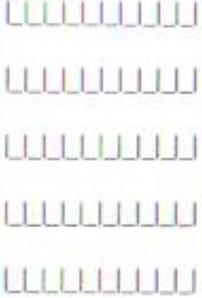
Atenciosamente,

---

Ana Paula Bonadeo  
Enfermeira  
COREN 243771

Sra. Claudia Konrad Ravello  
Secretária Municipal de Saúde  
Arroio do Tigre/RS

## Anexo B- Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA)

<b>SIA/SUS - RS</b> Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde		<b>3. Número do Atendimento</b> 		<b>Ficha de Atendimento Ambulatorial</b>	
<b>1. Unidade Prestadora de Atendimento</b> Nome da Unidade: Prefeitura Municipal de Arroio do Tigre Endereço: Rua Carlos Enstila, 165 Município: Arroio do Tigre UF: RS Código SIA/SUS:		<b>4. Código da Tabela de Procedimento</b> 		<b>7. Motivo do Atendimento</b>	
<b>2. Identificação do Paciente</b> Nome: _____ Número do Cartão SUS: _____ Data Nas: ____/____/____ Raça/cor: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Endereço: _____ Bairro/Distrito: _____ Município: Arroio do Tigre UF: RS		<b>5 - Atividade Profissional -CBO</b> 		<b>8 - Dados de Exame Clínico / Tratamento</b> Descrição dos Procedimentos	
		<b>6 - Data do Atendimento</b> ____/____/____		<b>9 - Diagnóstico/CID</b>	
				<b>10 - Assinatura do Paciente ou Responsável</b>	
				<b>11 - Ass. e carimbo do Profissional</b>	
				<b>12 - Polegar Direito</b>	

## Anexo C – Prontuário médico



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARROIO DO TIGRE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Nº do PRONTUÁRIO

### FICHA CLÍNICA

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Bairro / Distrito: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Agente Comunitário de Saúde: \_\_\_\_\_

### DADOS SAÚDE DO HOMEM

#### Inquérito de Saúde:

- ( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Varizes ( ) Cardiopatia  
 ( ) Cirurgia pélvica ( ) Fumante ( ) Álcool ( ) DST/HIV  
 ( ) Tuberculose ( ) Quimioterapia ( ) Radioterapia PSA. Ano: \_\_\_\_\_  
 ( ) História familiar de Câncer de Próstata. Quem? \_\_\_\_\_  
 ( ) Outro problema de saúde. Qual? \_\_\_\_\_  
 ( ) Alergia. De que? \_\_\_\_\_  
 ( ) Sensibilidade a anestesia ( ) Sensibilidade antibióticos. Qual(is)? \_\_\_\_\_  
 ( ) Faz uso de medicamento contínuo. Qual(is) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ( ) Faz uso de medicamento controlado. Qual(is)? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Anexo D - Relatório de produção e de marcadores para avaliação dois (PMA2)

Relatório PMA2	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MÊS	ANO
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO					

ATIVIDADES/PRODUÇÃO	
C O N S  M É D I C A	residentes fora da área de abrangência
	< 1
	1 - 4
	5 - 9
	10 - 14
	15 - 19
	20 - 39
	40 - 49
	50 - 59
	60 ou mais
Total	
Total geral de consultas	
T i p o  A t e n d i m e n t o  d e M é d i c o  e  d e E n f e r m e i r o	Puericultura
	Pré-Natal
	Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino
	DST/AIDS
	Diabetes
	Hipertensão Arterial
	Hanseníase
	Tuberculose
S o l i c i t a ç ã o  m é d i c a  d e e x a m e s  c o m p l e m e n t a r i e	Patologia Clínica
	Radiodiagnóstico
	Citopatológico cérvico-vaginal
	Ultrasonografia obstétrica
	Outros
E n c a m i n h a m e n t o  m é d i c o s	Atend. Especializado
	Internação Hospitalar
	Urgência Emergência
Internação Domiciliar	
Atendimento específico para AT	
P R O C E D I M E N T O  S	Visita de Inspeção Sanitária
	Atend. individual Enfermeiro
	Atend. individual outros prof. nível superior
	Curativos
	Inalações
	Injeções
	Retirada de pontos
	Terapia de Reidratação Oral
	Sutura
	Atend. Grupo - Educação em Saúde
Procedimentos Coletivos I (PCI)	
Reuniões	

MARCADORES	
Valvulopatia reumática em pessoas de 5 a 14 anos	
Acidente Vascular Cerebral	
Infarto Agudo do Miocárdio	
DHEG (forma grave)	
Doença Hemolítica Perinatal	
Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos	
Meningite tuberculosa em menores de 5 anos	
Hanseníase com grau de incapacidade II e III	
Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)	
RN com peso < 2500g	
Gravidez em < 20g	
Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia	
Hospitalizações em < 5 anos por desidratação	
Hospitalizações por abuso de álcool	
Hospitalizações por complicações de Diabetes	
Hospitalizações por qualquer causa	
Internações em Hospital Psiquiátrico	
Óbitos em < 1 ano por todas as causas	
Óbitos em < 1 ano por diarreia	
Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória	
Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos	
Óbitos de adolescentes (10 - 19) por violência	

VISITAS DOMICILIARES	
Médico	
Enfermeiro	
Outros profissionais de nível superior	
Profissionais de nível médio	
ACS	
Total	