

MESTRADO ASSOCIADO UNICRUZ/UNIJUÍ
PPGAIS – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

MAURO ANTONIO MASSAFRA

A SAÚDE DO HOMEM: LIMITES E PERSPECTIVAS
PARA SUA INTEGRALIDADE

Ijuí, RS, Brasil

2016

MAURO ANTONIO MASSAFRA

**A SAÚDE DO HOMEM: LIMITES E PERSPECTIVAS
PARA SUA INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção Integral à Saúde (PPGAIS) – Mestrado, convênio UNIJUÍ/UNICRUZ, Linha de Pesquisa: Processos Saúde-Doença-Cuidado, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Doutora Evelise Moraes Berlezi

Ijuí, RS, Brasil

2016

Catálogo na Publicação

M414s Massafra, Mauro Antonio.
A saúde do homem: limites e perspectivas para sua integralidade /
Mauro Antonio Massafra. – Ijuí, 2016.
63 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Regional do Noroeste do
Estado do Rio Grande do Sul (Campus Ijuí). Atenção Integral à Saúde.

"Orientadora: Evelise Moraes Berlezi."

1. Saúde do homem. 2. Atenção à saúde. 3. Serviços de saúde. 4.
Prevenção de doenças. I. Berlezi, Evelise Moraes. II. Título. III. Título:
Limites e perspectivas para sua integralidade.

CDU: 614-055.1
616-055.1

Aline Morales dos Santos Theobald
CRB10/1879

UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA E UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE
DO RIO GRANDE DO SUL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ATENÇÃO INTEGRAL
À SAÚDE

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

A SAÚDE DO HOMEM: LIMITES E PERSPECTIVAS PARA SUA INTEGRALIDADE

elaborada por:

MAURO ANTONIO MASSAFRA

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Atenção Integral à Saúde



Prof^a. Dr^a. Evelise Moraes Berlezi
(Orientadora)

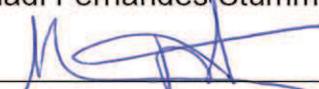
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Dr^a Marinês Tambara Leite - (UFSM)



Prof. Dr^a. Eniva Miladi Fernandes Stumm- (UNIJUI)



Prof. Dr^a Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz - (UNIJUI)

Ijuí, 11 de outubro de 2016

À minha esposa, Cristiane, e nossos filhos, Mateus e Bárbara, pela compreensão, incentivo e apoio em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é admitir que houve acréscimos. É reconhecer que existiram fontes de apoio, motivação, estímulo. É cientificar-se que, no isolamento, não há progresso, não há vida.

A Deus, em primeiro lugar.

À minha professora orientadora, pela sua presença, disponibilidade, competência e dedicação imensurável.

A todos os professores, por suas preciosas contribuições.

Aos funcionários das Universidades, pela disponibilidade e presteza.

À equipe de jovens pesquisadores, acadêmicos da UNIJUÍ, pelo empenho e dedicação.

Aos amigos, pelo estímulo.

Aos colegas pelo companheirismo.

RESUMO

O reconhecimento dos homens como foco dos programas e políticas de saúde é recente, e durante muito tempo sofreu de atenção adequada que considerasse suas peculiaridades. No Brasil, somente a partir do ano de 2009, com a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), consolidou-se como política pública de saúde. O objetivo desse estudo foi analisar o comportamento dos trabalhadores do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 60 anos de idade, acerca de sua saúde, com ênfase nos hábitos de vida e medidas preventivas, no município de Ijuí/RS. Trata-se de estudo observacional, transversal e analítico, com abordagem quantitativa. Participaram do estudo 629 homens; 64,5% estavam entre 20 a 39 anos e 35,5% entre 40 e 60 anos. Ao relacionar dados sociodemográficos com os cuidados de saúde, observou-se associação estatística entre o aumento da prática de atividade física com escolaridade entre os homens de ambas as faixas etárias. Em relação ao tabagismo 7,2% (n = 45) relataram ser fumantes, e na faixa dos 20-39 anos houve maior porcentagem de fumantes (8,1%). Em relação à ingestão de bebidas alcoólicas 26,6% dos homens relataram o consumo, sendo que, entre os participantes de 20-39 anos, foi observada associação com estado civil, renda familiar e escolaridade. Constatou-se, também, que os indivíduos com maior poder econômico e mais alta escolaridade, são os que apresentam um maior consumo de produtos contendo álcool. Quanto à utilização de serviços de saúde no último ano, 79,0% (n = 497) dos homens relataram a procura, enquanto 54,4% (n = 342) informaram ter realizado exames preventivos, observando-se um aumento gradual da frequência com o avançar da idade. Os motivos mais alegados para não realizar exames preventivos foram: não apresentar queixas (94,7%), não achar necessário (54,8%) e falta de tempo (33,1%); os que mais buscam estes serviços são os indivíduos casados, com mais idade e maiores renda e nível de escolaridade. Nesse sentido, é necessário a implementação de ações e estratégias de saúde, adaptadas a diferentes faixas etárias e condições de renda e escolaridade.

Palavras-chave: Saúde do Homem. Atenção à Saúde. Serviços de Saúde. Prevenção de Doenças.

ABSTRACT

Recognition of men focused on health programs and policies is recent, and for a long time they suffered from proper care to consider their peculiarities. In Brazil, only from 2009, with the implementation of the National Integral Attention to Men's Health Policy has established itself as public health policy. The aim of this study was to evaluate the behavior of male workers, trying to relate the care of their health, the search for preventive services and exams with demographic data. This is an observational, cross-sectional analytical study with a quantitative approach. The population consisted of men aged over 20 years up to 60 years old, workers in Ijuí / RS. The study included 629 men; 64.5% were between 20-39 years old and 35.5% between 40 and 60 years old. By linking sociodemographic data with health care, there was statistical association between increased physical activity and education among men in both age groups. Regarding to smoking 7.2% (n = 45) reported being smokers, and in the range of 20-39 years old there was a higher percentage of smokers (8.1%). In relation to alcohol consumption 26.6% of men reported consumption, and among participants aged 20-39 years old, was no association with marital status, family income and education. It was found also that individuals with greater economic power and higher education are those with a higher consumption of products containing alcohol. Regarding the use of health services in the last year, 79.0% (n = 497) of men reported demand, while 54.4% (n = 342) reported having undergone preventive exams, observing a gradual increase in frequency with advancing age. The more reasons reported for not performing preventive examinations were no complaints (94.7%), did not find it necessary (54.8%) and lack of time (33.1%); the ones who looks for these services are married individuals, with older and higher income and education level. In this way, the implementation of health actions and strategies adapted to different age groups, income and education conditions is required.

Keywords: Disease Prevention. Health Care. Health Services. Disease Prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DPOC	Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas
ESF	Estratégia da Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNH	Programa Nacional de Humanização
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de participantes segundo o perfil das empresas. Ijuí/RS, 2016	300
Tabela 2: Características sociodemográficas segundo a faixa etária dos participantes do estudo. Ijuí/RS, 2016.....	311
Tabela 3: Características sociodemográficas segundo a faixa etária e alimentação saudável, prática de atividade física e repouso. Ijuí/RS, 2016	344
Tabela 4: Características sociodemográficas segundo a faixa etária e tabagismo e ingestão de bebidas alcólicas. Ijuí/RS, 2016	39
Tabela 5: Características sociodemográficas segundo a faixa etária e procura por serviço de saúde e realização de exames preventivos no último ano. Ijuí/RS, 2016	41

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1 A SAÚDE DO HOMEM.....	122
2.2 A ASSISTÊNCIA DA SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	155
2.3 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM.....	177
2.4 O ACESSO DOS HOMENS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	190
3 OBJETIVOS	233
3.1 GERAL	233
3.2 ESPECÍFICOS	233
4 CASUÍSTICA E MÉTODO	244
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	244
4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRA.....	244
4.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA E VARIÁVEIS DE INTERESSE	255
4.4 CONTROLE DE QUALIDADE DA COLETA E GERENCIAMENTO DE DADOS	277
5 ANÁLISE ESTATÍSTICA	29
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	300
6.2 O CUIDADO COM A SAÚDE: COMPORTAMENTO E HÁBITOS	311
6.2.1 Alimentação, Atividade Física e Repouso	311
6.2.2 Tabagismo e Ingestão de Bebidas Alcoólicas	355
6.3 CUIDADO COM A SAÚDE: ATITUDE PREVENTIVA.....	40
6.3.1 Procura por Serviços de Saúde e Realização de Exames Preventivos	390
6.3.2 Motivos Alegados pelos Pesquisados que não Realizaram Avaliação/Exames Preventivos Recentemente	422
7 CONCLUSÕES	434
8 REFERÊNCIAS	466
APÊNDICES	511
ANEXOS	577

1 INTRODUÇÃO

A saúde do homem manteve-se relegada a um plano secundário durante muito tempo. Somente a partir do ano de 2008 consolidou-se como política pública de saúde, apresentando-se como uma das prioridades do Sistema Único de Saúde (SUS). Vários estudos constataam que os agravos de saúde apresentados pela população masculina constituem verdadeiros problemas de saúde pública, os quais apresentam especificidades de tal população, tais como: a população masculina acessa o sistema, em grande número de vezes, por meio da atenção especializada; os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas; e os homens morrem mais precocemente que as mulheres (NARDI et al., 2007; COURTENAY, 2000; LAURENTI et al., 2005; LUCK et al., 2000).

O acesso dos homens ao Sistema de Saúde Pública, por meio da atenção especializada, significa que a presença de agravos em sua saúde poderia ter sido evitados caso estes realizassem, com regularidade, medidas de prevenção primária. No entanto, apesar dos índices de morbimortalidade masculina representarem taxas significativas em relação a outros subgrupos populacionais, é perceptível que a procura dos homens pelos serviços de saúde de Atenção Básica é sensivelmente menor que das mulheres (FIGUEIREDO, 2005).

A evidente resistência dessa população em aderir a programas de promoção e prevenção de saúde, em parte, responde à existência de barreiras socioculturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos na cultura patriarcal, consideram a doença um sinal de fragilidade. Em contrapartida, o homem se julga invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais a situações de risco. A isto somam-se outros aspectos: a posição do homem como responsável provedor no meio familiar, impossibilitando-o de afastar-se do trabalho para cuidar de si; e a prioridade que os programas e os serviços de saúde garantem às crianças, adolescentes, mulheres e idosos.

Os primeiros estudos sobre saúde relacionados aos homens, nos Estados Unidos, ocorreram há mais de 45 anos, e foram projetados no sentido de compreender uma situação paradoxal, de então, quando se observava que, apesar dos homens terem maior poder, apresentavam números desfavoráveis, em relação às mulheres, quanto às taxas de morbimortalidade (COURTENAY; KEELING, 2000).

No Brasil, apesar de campanhas pioneiras, escassas e de baixa efetividade, lançadas pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), somente a partir do ano de 2008, a saúde do homem consolidou-se como política pública de saúde, inclusive com a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) em 2009, tornando-se, assim, a partir de então, uma das prioridades do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, é recente o reconhecimento dos homens como foco importante nos programas e políticas de saúde, seja do ponto de vista curativo (tratamento de enfermidades já instaladas) ou preventivo (evitar o aparecimento de agravos inexistentes) (BRASIL, 2008).

A PNAISH, além de levantar os principais fatores de morbimortalidade da saúde do homem, explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos da saúde, e as representações sociais sobre a masculinidade que comprometem o acesso à atenção primária. Diferentemente das mulheres, estas com atitudes mais efetivas na prevenção e manutenção de sua saúde, os homens mantiveram-se menos previdentes, comportamento evidenciado por uma série de barreiras institucionais e socioculturais, resultando em taxas de morbimortalidade nitidamente superiores às da população feminina (SCHWARZ et al., 2012).

Essas barreiras institucionais são representadas por falhas na elaboração e/ou implementação de planos e ações de saúde, e por estruturas deficientes nos locais de sua efetivação (unidades e serviços primários de saúde), seja do ponto de vista físico ou de pessoal. Os fatores socioculturais, numa errônea interpretação dos homens em não procurar os serviços na atenção primária, pelo temor de que isto possa representar insegurança e fragilidade, o que não se coaduna com a imagem viril e invulnerável, própria e "essencial" do sexo masculino (SCHWARZ et al., 2012).

A partir destas constatações, tornou-se imperioso um aprofundamento na compreensão, e posterior resolução, dos entraves à consecução de uma satisfatória condição de saúde deste segmento populacional. Assim, a PNAISH pode se constituir num suporte importante, para os gestores e trabalhadores da saúde, no sentido de progredir na perspectiva da atenção integral e na visão da saúde como direito (COUTO; GOMES, 2012). Neste sentido, a PNAISH objetiva promover a melhoria das condições de saúde dos homens do Brasil a partir de ações e serviços de saúde, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção e guiada pela mudança paradigmática no que concerne à percepção desta população em relação

aos cuidados com sua saúde. A implementação de tal política, segundo o Ministério da Saúde, deverá ocorrer de forma integrada às demais políticas existentes, numa lógica hierarquizada de atenção à saúde, priorizando a atenção primária como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime.

O êxito do que se pretende em relação à saúde dos homens, está condicionado a uma série de providências por parte de autoridades e profissionais. Destas se sobressaem a conscientização dos próprios homens sobre a importância dos cuidados preventivos e, além disso, a melhoria no atendimento e infraestrutura, principalmente na atenção primária, nível essencial de exercício da atenção integral.

Nesta perspectiva, este estudo visou analisar os motivos de procura e os de não procura dos serviços primários de saúde, e os cuidados relacionados à sua saúde, com ênfase nos aspectos sociodemográficos, especialmente no que tange aos fatores idade, estado civil, econômico e de escolaridade, por parte da população masculina de Ijuí. A finalidade, posterior, é possibilitar estratégias que facilitem a resolução de problemas à obtenção de uma melhor efetividade quanto à prevenção e à manutenção da saúde da população objeto deste estudo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A SAÚDE DO HOMEM

Desde os tempos remotos a imagem do homem está associada a adjetivos que lembram robustez, fortidão, invulnerabilidade. Como consequência dessa visão errônea, por muitos anos os cuidados e atenção à saúde masculina ficaram relegados a um plano secundário, e somente no final do século XX passaram a ser tomadas providências no sentido de corrigir esse erro no mundo todo.

No Brasil, a transição demográfica e epidemiológica ocorrida a partir de meados do século passado, revelou um fenômeno típico de países em desenvolvimento – a feminização, ou seja, o predomínio de mulheres. Este processo, obviamente, chamou a atenção de profissionais da saúde, os quais passaram a direcionar esforços e programas para atender as necessidades desta população majoritária (LOURENÇO; LINS, 2010), com consequente esquecimento da população masculina, ficando esta privada de medidas específicas no plano coletivo.

Conforme dados do IBGE (2010), a expectativa de vida das mulheres é maior do que a dos homens. No entanto, esta constatação mundial, mais do que representar uma vantagem feminina, deve alertar para o grau de descuido e ostracismo a que está relegada a saúde dos homens.

Conforme estudos de Cesar et al. (1991), realizados nos anos 1989 e 1990, na região metropolitana de São Paulo, constatou-se que, considerando praticamente todas as faixas etárias, as mulheres apresentavam alguma queixa relativa à saúde numa proporção de 50% a mais do que os homens. Segundo Lebrão e Laurenti (2003 apud LAURENTI et al., 2005), ao buscar a prevalência de oito doenças crônicas com repercussão significativa na saúde da população, constatou-se maior incidência de cinco delas no universo feminino (pressão alta, artrite/artrose/reumatismo, diabetes, osteoporose e neoplasia) e três no masculino (problemas cardíacos, DPOC e embolia/derrame).

Percebe-se, então, que quando comparadas as taxas de morbidade, elas são maiores na população feminina em relação aos homens. É preciso considerar, porém, que muito disso se deve à maior procura das mulheres pelos serviços de saúde. Esta interpretação é reforçada quando se observa os dados em relação às doenças de notificação compulsória, às relacionadas ao trabalho (LAURENTI et al., 2005), aos

agravos causados por violência associados a acidentes de trânsito e agressões físicas (LOURENÇO; LINS, 2010), quando as taxas de morbidade masculina são maiores que as da população feminina.

Em resultados da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD), em 2008, considerando a busca de serviços de saúde com vistas à prevenção ou à vacinação, verificou-se que esta é maior pelas mulheres do que pelos homens (24,0% e 19,0%, respectivamente). Já com relação aos cuidados relativos a lesões ou acidentes, a procura foi maior pelos homens do que pelas mulheres (8,9% e 4,1%, respectivamente).

Em relação às internações hospitalares, conforme Laurenti et al. (2005), no Brasil, excluindo-se os agravos relacionados a gestações, há um equilíbrio entre homens e mulheres, com prevalência masculina quando consideradas lesões, envenenamentos (2,32:1), transtornos mentais e comportamentais (1,9:1), e prevalência feminina nas internações por doenças aparelho urinário (1:0,44) e neoplasias (1:0,64).

Segundo os mesmos autores, em relação às causas referentes a internações masculinas, salientam-se as doenças do aparelho respiratório (21,1%), aparelho circulatório (12,5%), infecciosas e parasitárias (11,8%), aparelho digestivo (11,7%) e lesões (11%).

Ao analisar as faixas etárias dos indivíduos masculinos, percebe-se, abaixo de 10 anos, o predomínio de eventos respiratórios (39,5%) e infecciosos (24,1%); em adolescentes, destacam-se as lesões (mais de 20%); entre 20 e 39 anos, os transtornos mentais (11,3%); e acima dos 40 anos, evidenciam-se as doenças dos aparelhos circulatório, respiratório e digestivo.

Ainda, analisando a morbidade masculina, é importante abordar alguns agravos significativos à saúde dos homens: o tabagismo, o alcoolismo e as doenças sexualmente transmissíveis. Em relação ao tabagismo, segundo Vigitel (2014), a frequência de fumantes, entre os homens, nas capitais dos estados brasileiros, variou de 8,6% (em Fortaleza) e 17,9% (em Porto Alegre).

Com relação ao alcoolismo, não há uma frequência determinada por falta de estudos com abrangência significativa. É importante, contudo, considerar as consequências do alcoolismo na etiologia de doenças mentais (psicose alcoólica e síndrome da abstinência) e digestivas (cirrose hepática, varizes esofágicas), cujas

taxas de morbidade e mortalidade masculinas são muito superiores que as taxas femininas (LAURENTI et al., 2005).

Segundo Laurenti et al. (2005), John Graunt, no século XVII, na Inglaterra, foi o primeiro a apresentar dados de mortalidade, comparando dados numéricos entre homens e mulheres. Hoje, no Brasil e no mundo, em praticamente todas as faixas etárias, a mortalidade masculina se sobrepõe à feminina, excluindo-se, por óbvio, as doenças próprias do sexo (LAURENTI et al., 2005), o que resulta em uma menor expectativa de vida (aproximadamente de cinco anos a menos de vida para os homens, em países desenvolvidos). Salientam-se alguns fatores de risco, mais comuns entre os homens, que ajudam justificar esses índices, como alcoolismo, tabagismo e ações violentas (CHIAVEGATTO FILHO; LAURENTI, 2012).

Na análise dos óbitos, classificados segundo capítulos da Classificação Internacional de Doenças, os dados da série histórica de 1980 a 2001, retirados do sistema Datasus, verifica-se a sobremortalidade masculina para a grande maioria de causas. Chamam a atenção os coeficientes de mortalidade por causas externas. Dentre essas causas, o tipo de violência mais importante é o homicídio, seguindo-se os acidentes de transporte. Outras causas com acentuada sobremortalidade masculina são os transtornos mentais e comportamentais (razão igual a 4,2), que englobam essa parcela de indivíduos devido ao uso de álcool e de outras substâncias psicoativas, os quais são significativamente associados ao homem. Seguem as mortes por doenças do aparelho digestivo (razão de sexo igual a 1,9) com destaque para a cirrose hepática, informada ou não com associação ao alcoolismo.

Embora não exista grande diferença nos coeficientes de mortalidade por neoplasias malignas, é preciso destacar que, entre os homens, predominam os cânceres de pulmão, vindo a seguir os de próstata e os de estômago. A análise de séries históricas de mortalidade no Brasil mostra claramente a importância crescente do câncer de próstata que já suplantou a neoplasia maligna de estômago há alguns anos (LAURENTI et al., 2005).

Pesquisa realizada nas fontes Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), todas do Ministério da Saúde, relacionadas a 2009 e 2010, revelou que em relação ao perfil de mortalidade masculina, são seis as principais causas de óbito na faixa etária de 20 a 59 anos em todo o país: causas externas de morbidade e mortalidade, com destaque para a

violência; doenças do aparelho circulatório; neoplasias (tumores); doenças do aparelho digestivo; sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais; e algumas doenças infecciosas e parasitárias.

De acordo com essas fontes de informação a posição muda conforme a faixa etária: a) entre os mais jovens (20 a 29 anos), as três primeiras são: causas externas de morbidade e mortalidade; sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais; e algumas doenças infecciosas e parasitárias; b) entre 30 e 39 anos de idade: causas externas de morbidade e mortalidade; doenças do aparelho digestivo; e algumas doenças infecciosas e parasitárias; c) entre 40 e 49: causas externas de morbidade e mortalidade; as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias (tumores); d) entre 50 e 59 anos: neoplasias (tumores); as doenças do aparelho circulatório e causas externas de morbidade e mortalidade.

2.2 A ASSISTÊNCIA DA SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A atenção primária à saúde, no âmbito mundial, teve um marco fundamental na realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, na República do Cazaquistão (ex.: República Socialista Soviética), entre 6 e 12 de setembro de 1978, envolvendo todos os governos com o intuito de promover a saúde em todo o mundo. Deste encontro resultou a Declaração de Alma-Ata, na qual se enfatiza a necessidade de estabelecer a saúde, principalmente em povos em desenvolvimento, como uma das prioridades das políticas sociais. Considerada a primeira conferência a chamar atenção para a saúde básica, a declaração é composta por dez itens, entre os quais a definição de saúde atualmente empregada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o alerta para a desigualdade social nas políticas de saúde, e a defesa da cooperação de todos os países em prol da saúde como fator de qualidade de vida e direito/dever de todos (BRASIL, 2002).

No Brasil, a atenção primária é tida como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e se constitui no primeiro nível de promoção de saúde, prevenção de doenças e tratamento/solução de agravos pouco complexos, evitando, assim, a sobrecarga em níveis de complexidade superiores.

A sua implementação ocorreu a partir dos movimentos de redemocratização do país, na década de 80, tendo papel fundamental a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a promulgação da Constituição de 1988 e a criação do SUS, pela

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS) (BRASIL, 1990). Em 2006 efetivou-se a consolidação do SUS, por intermédio do Pacto pela Saúde (Portaria nº 399/GM), firmado entre os governos federal, estaduais e municipais, constituindo-se de compromissos sanitários e políticas com o objetivo de facilitar o acesso universal aos serviços e à prestação, por estes, da assistência integral à saúde. Entre as prioridades, a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que consolida e qualifica a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica (BRASIL, 2008).

Atualmente, constata-se uma preocupação abrangendo inúmeros países no sentido de destacar a importância da atenção primária dentro dos sistemas de saúde. Nesse cenário, consideram-se os gastos ascendentes em níveis superiores de atenção, decorrentes do aumento da sobrevida da população, da elevação de perspectivas de doentes crônicos devido a tratamentos com drogas mais efetivas e o aparecimento de tecnologias onerosas no diagnóstico e condução das patologias (BRASIL, 2002).

Esta valorização da atenção primária torna-se ainda mais justificada quando visa à população masculina, talvez a menos favorecida por este nível de atenção, considerando peculiaridades próprias como ideias de invulnerabilidade, temeridade em demonstrar presumível fraqueza e procura por recursos de saúde a nível de atenção secundária (GOMES et al., 2007). Há necessidade de conscientizar e estimular a ação unificada e consensual de todos os profissionais da saúde envolvidos, no sentido de desmistificar os conceitos erroneamente construídos, citados anteriormente, procurando desenvolver ações primárias que favoreçam o acesso e tenham aceitação e engajamento por parte da população-alvo e, assim, alcançar os objetivos almejados.

A efetividade plena de um sistema de saúde baseia-se na execução de dois objetivos fundamentais a partir da Atenção Básica: definição da etiologia e diagnóstico das patologias somado à profilaxia e à terapêutica adequada das enfermidades e, também, evitar diferentes modos de assistência e envolvimento com distintos subgrupos populacionais. Esta equidade de atenção parece não ocorrer em relação aos homens, considerando as políticas de saúde voltadas a outros grupos, como crianças, adolescentes, mulheres e idosos, nitidamente privilegiados na Atenção Básica (STARFIELD, 2002).

Ainda em relação à população masculina, um outro prejuízo significativo à Atenção Básica é a tendência de fragmentação de especialidades (por exemplo, as subespecialidades da Urologia: Andrologia, Urologia Pediátrica, Endurologia etc.), com conseqüente direcionamento de atenção visando patologias específicas ao invés da saúde geral dos homens, preterindo-se, assim, os programas de prevenção. Isso possibilita a formação de uma cadeia viciosa nada recomendável: atenção básica ineficiente, aumento de enfermidades, maior dispêndio com tecnologias e tratamentos (STARFIELD, 2002).

Tratando-se de atenção básica, é importante alertar que a assistência médica eficaz não está limitada ao tratamento da doença em si, mas, também, deve levar em conta as condições gerais em que ela ocorre e onde vive o paciente, ou seja, deve considerar os determinantes de saúde da população-alvo: estrutura genética, ambiente social e físico, comportamentos individuais e serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Considerando a população masculina, é notória a maior prevalência de doenças cardiovasculares, o ambiente social e físico opressivo ao homem pelo fato de ser considerado responsável pelo sustento da família, o comportamento refratário à busca de saúde preventiva e a deficiência dos serviços de saúde direcionados a esta população (BRASIL, 2008).

Em função disso, urge entender a Atenção Primária como um sistema extremamente importante e, em relação à população masculina, estimular providências no sentido de esclarecê-la sobre as medidas preventivas necessárias a serem implementadas, bem como a respeito das atitudes que precisam ser adotadas pelos serviços para facilitar a procura e o acesso dessa população específica às unidades de assistência. Com a execução dessas providências, imagina-se que as condições de saúde de toda a comunidade serão melhoradas.

2.3 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

A partir de meados do século XIX, a saúde passou a ser considerada questão de Estado e, então, estratégias começaram a monitorar grupos especiais no sentido de harmonizar as iniquidades mais salientes. A atenção foi atribuída a esses grupos por critérios distintos, alguns por representarem perigo social (criminosos, homossexuais, doentes mentais), outros devido à importância na preservação e

cuidados da família (mulheres) e, ainda outros, pela vulnerabilidade peculiar relativa a doenças (crianças, idosos). Os homens, socioculturalmente considerados mais fortes, ficaram à parte das ações.

Embora se saiba que as campanhas que visam combater o alcoolismo, o tabagismo e as doenças sexualmente transmissíveis (todas com maior prevalência na população masculina) são realizadas desde o último século, é notória a diferença do impacto dessas campanhas se comparadas às direcionadas a outros subgrupos populacionais.

Numa tentativa que se pretendia mais contundente, e que mais tarde se mostrou fracassada, nos anos 1930/1940 propôs-se a criação de uma especialidade médica, a Andrologia, definida como específica dos problemas masculinos (CARRARA et al., 2009) em contraposição à Ginecologia, já institucionalizada desde o final do século XIX (ROHDEN, 2001).

Como se viu anteriormente, as mulheres já eram alvo de cuidados especiais de saúde, no Brasil, desde 1930 e, estas se tornaram mais efetivas e focadas a partir do ano de 1983, com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa resultou das articulações entre o Ministério da Saúde e grupos feministas, visando conscientizar a população feminina da importância dos cuidados com seu corpo e da sua autonomia em relação à vida sexual e reprodutiva (PEREIRA, 2008).

Em 2007, o então Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, anunciou a implantação de uma política voltada à assistência da saúde masculina como uma das metas de sua administração. Em 2008, junto ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, foi criada a Área Técnica de Saúde do Homem, um precursor do PNAISH e, à época, exaltado como sendo o segundo plano desta espécie a ser adotado por um país das Américas (o Canadá foi o pioneiro), e o primeiro da América Latina.

Finalmente, em agosto de 2009 foi lançada a Política Nacional da Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), resultado de intensas conversações entre órgãos governamentais e representantes de entidades médicas, especialmente as áreas diretamente responsáveis pelos cuidados de agravos masculinos, como a Urologia, a Cardiologia, a Pneumologia, a Psiquiatria e a Gastroenterologia (CARRARA et al., 2009).

O documento referente à PNAISH foi elaborado a partir de algumas preocupações básicas: as altas taxas de morbimortalidade masculina, superiores aos índices da população feminina ao longo de praticamente todas as idades; a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde masculina que garanta o acesso e possibilite a continuidade dos cuidados em níveis subsequentes de complexidade; e a necessidade de qualificação de profissionais da saúde para o atendimento desta população.

Os objetivos principais dessa política são: inculcar na população masculina a importância dos cuidados com sua saúde e a de seus familiares; garantir melhoria de condições, quer de infraestrutura, ou de pessoal, na assistência básica, favorecendo o acesso e o enfrentamento de doenças e agravos à saúde dos homens; capacitar profissionais para o atendimento específico desta população; possibilitar continuidade de atenção em níveis secundário e terciário; estimular as campanhas e ações governamentais e da sociedade civil na redução de agravos e na prevenção de patologias prevalentes nos homens (BRASIL, 2009).

Percebe-se, então, que atitudes significativas e com real poder de impacto em relação à saúde masculina são relativamente recentes. O engajamento de gestores e profissionais da saúde, e a aceitação e a correspondência pela população visada ainda não é plenamente mensurável, o que de certo modo é aceitável tendo em vista o relativo curto espaço de tempo desde o início recente da implementação das ações pertinentes e as diferenças socioculturais regionais típicas de um país de dimensões continentais, como o Brasil. As atuais modificações da sociedade, porém, com as alterações da estrutura familiar e dos padrões de masculinidade, tornaram os homens alvo de necessidades antes desconsideradas, como por exemplo, os serviços de saúde. Também, a evidência de que o enfrentamento de sérios problemas (como a violência urbana, a disseminação da AIDS e o planejamento familiar) necessita da participação ativa dos homens (CARRARA et al., 2009), e isto permite esperar resultados futuros promissores em relação à efetividade desta política de saúde.

2.4 O ACESSO DOS HOMENS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A Atenção Básica se constitui na porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), e sua efetividade é essencial para a implementação de estratégias e planos de saúde públicos, direcionados a todos os grupos populacionais, incluindo, é lógico, a população masculina. A materialidade da prestação desta atenção primária se dá por meio do acesso da população aos serviços e postos de saúde públicos ou credenciados pelo SUS.

Em relação aos homens, vários estudos constataam que a sua procura pelos serviços de saúde é menor em relação à das mulheres (GOMES et al., 2007). O próprio Ministério da Saúde constatou essa menor procura dos homens em relação à das mulheres, pelos serviços de Atenção Primária, acessando, muitas vezes, o sistema de saúde por meio do atendimento ambulatorial e/ou hospitalar de média e alta complexidade (BRASIL, 2008). Esta atitude pode representar o atraso na busca de providências, com o conseqüente agravamento das patologias, o que poderia não ter acontecido se houvesse pronto e precoce atendimento nos serviços primários de saúde.

Conforme o Ministério da Saúde, vários motivos são apontados para explicar a escassa procura masculina pela assistência básica, podendo ser reunidos em dois grupos principais: barreiras institucionais, que se referem a dificuldades de acesso aos serviços/ou falhas na elaboração e/ou implementação das políticas de saúde, e as barreiras socioculturais, relativas ao comportamento masculino (BRASIL, 2008).

Em relação aos profissionais de saúde, que atuam nos serviços de assistência primária, destaca-se uma insuficiente capacitação, especialmente dos profissionais de nível médio, que são os responsáveis pelos primeiros contatos com os usuários. Esta deficiência se expressa pela falta de conhecimento em relação à saúde dos homens, e, também, por uma perceptível indefinição de prosseguimento dos serviços que deverão ser realizados a partir deste nível de atenção (LEAL et al., 2012).

Outro aspecto a mencionar é a falta de uma política motivacional mais eficaz dos profissionais de saúde, por parte dos gestores. Alude-se, além disso, ao horário de atendimento nos serviços assistenciais, o qual, em muitos casos, é coincidente com os turnos de atividade laborativa da maioria dos homens, os quais são forçados a se ausentarem do trabalho para procederem a avaliações de saúde, o que pode representar prejuízo econômico significativo para o provento familiar (GOMES et al., 2007).

A inexistência de uma rede organizada de atendimento resulta em dúvidas em relação ao possível prosseguimento da atenção quando da necessidade de posteriores procedimentos ou exames especializados.

Em muitas situações ocorre represamento da demanda a nível secundário ou terciário, contrariando a expectativa de solução rápida por parte dos homens, levando a sua desistência em prosseguir investigações ou tratamentos. Também, devido a problemas estruturais, o atendimento ocorre de maneira homogênea, não diferenciando particularidades como idade, raça, condição socioeconômica, religião, hábitos etc., o que implica em não reconhecer que desigualdades se traduzem em diferenças de recursos e adesão em se tratando de bens e serviços de saúde.

Com referência à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), constata-se que a mesma dá ênfase especial a problemas urológicos masculinos em detrimento de alerta, com mesmo destaque para outras doenças ou agravos da sua saúde. Ainda, em relação a este programa, pesquisas acusam ter havido uma boa divulgação à população por meio da mídia, porém não houve a mesma contundência junto às Unidades de Saúde, sobressaindo-se, então, o despreparo dos profissionais e a falta de aporte de recursos públicos para cobrir o acréscimo de atividades (LEAL et al., 2012).

Considerando a infraestrutura, outros dois entraves podem ser salientados: o espaço físico insuficiente para a realização de atividades próprias da Atenção Básica e o pequeno número de profissionais para a quantidade de ações requisitadas. Também, muitas vezes, a falta de trabalhadores do sexo masculino, inibindo a presença dos homens nestes serviços (CAMPANUCCI; LANZA, 2011).

A falta de Unidades de Saúde para atendimento específico de homens também pode ser apontada como causa da menor procura dos homens pelos serviços básicos (GOMES et al., 2007).

Conforme Leal et al. (2012), relatos de profissionais da saúde referem que um terço das pessoas que circulam nos ambientes dos serviços de saúde são homens. Estes, no entanto, raramente são usuários; sua presença se dá como acompanhante de familiares ou como solicitante de agendamento de consultas ou exames para outras pessoas. Esta situação configura a chamada “invisibilidade dos homens”, porquanto estes não são vistos pelos trabalhadores das Unidades de Saúde.

Outra explicação frequente se deve à masculinidade hegemônica, ou seja, a crença de ser o homem forte, viril, invulnerável, o que se contrapõe à demonstração

de fraqueza, medo e insegurança, características estas tipicamente femininas e vinculadas à maior procura dos serviços preventivos da saúde. Em outras palavras, a procura por serviços preventivos de saúde pode ser relacionada à mitigação da crença da masculinidade hegemônica.

O entendimento do cuidar como tarefa feminina, ademais, pode levar à interpretação do autocuidado masculino como uma aproximação de atividades feminilizantes, o que os constrangeria perante os outros homens. O medo de descobrir que algo vai mal também é motivo para evitar serviços de saúde. Nestes casos, é preferível justificar-se pela ausência de sinais e sintomas e acreditar, mesmo inseguro, que tudo está bem. Outra explicação é a vergonha de ficar exposto a outra pessoa. Referência especial, neste aspecto, é o exame preventivo para o câncer de próstata, quer sob o ponto de vista físico ou do constrangimento, em relação a si próprio ou a outros (GOMES et al., 2007).

Constata-se, enfim, que há deficiências estruturais claramente identificáveis, bem como conceitos histórico-culturais arraigados, que dificultam a procura de condições de saúde por parte dos homens, no mínimo, equivalentes às de outros grupos populacionais. As mudanças que se apresentam necessárias, portanto, passam por um trabalho amplo e persistente de conscientização e orientação.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar o comportamento dos homens, na faixa etária de 20 a 60 anos de idade, acerca de sua própria saúde, com ênfase nos hábitos de vida e medidas preventivas, no município de Ijuí/RS.

3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos homens em idade laborativa, residentes no município de Ijuí/RS.
- Identificar os motivos e as condições de procura dos serviços de saúde pelos homens, e as razões que os fazem procurar esses serviços em menor escala do que as mulheres.
- Analisar o comportamento dos homens com relação à alimentação, prática de atividades físicas, repouso e hábitos pessoais (tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas).
- Contribuir para a proposição e/ou implementação de políticas e ações de saúde que visam a atenção integral à saúde do homem, no município de Ijuí/RS.

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo observacional, transversal, analítico não probabilístico. Estudos observacionais e transversais são, frequentemente, utilizados em saúde pública, objetivando medir a prevalência, avaliar e planejar programas de controle e tratamento de doenças, baseados em dados coletados num determinado e único momento de uma população-alvo.

4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRA

A população do estudo foi representada por homens, com idade igual ou superior a 20 anos e até 60 anos, trabalhadores em empresas privadas e entidades e órgãos públicos, estabelecidas no município de Ijuí, Rio Grande do Sul.

O estudo foi realizado junto a empresas privadas e órgãos públicos localizadas no município de Ijuí, região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, com número de funcionários registrados igual ou superior a 50. A escolha das empresas e órgãos públicos foi feita por conveniência. Este critério foi adotado considerando uma maior concentração de trabalhadores nos locais de pesquisa, otimizando o acesso aos pesquisados, pela equipe de pesquisadores.

Conforme dados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010, o município de Ijuí tinha uma população estimada de 82.563 habitantes, e a população masculina, neste município, situada na faixa etária do estudo, era de 22.029 homens.

Para seleção dos sujeitos do estudo optou-se por uma amostra não probabilística com amostragem por julgamento. De acordo com Medronho e Bloch (2008), neste tipo de amostragem os elementos são escolhidos pelo pesquisador, não é aplicado nenhum tipo de sorteio na seleção dos elementos, senão o critério pessoal do estudioso, e os elementos selecionados são aqueles julgados como típicos ou representativos da população que se deseja estudar. Nesse caso, homens na faixa etária de 20 a 60 anos que atuam no mercado de trabalho.

A abordagem dos indivíduos pesquisados ocorreu no período de novembro de 2015 a setembro de 2016. Para inclusão, havia a necessidade de preencher os

seguintes requisitos: situar-se na faixa etária entre 20 e 60 anos, aceitar participar do estudo, ter condições de saúde e/ou escolaridade para responder ao questionário autoaplicado e fazer parte do quadro de trabalhadores de uma das empresas ou entidades escolhidas. Já, os critérios de exclusão foram: não estar presente quando do comparecimento à empresa de vínculo pelos pesquisadores, situar-se fora da faixa etária determinada, ou não apresentar condições de saúde e/ou escolaridade para responder o questionário da pesquisa.

Considerando os critérios de seleção foram acessadas 12 empresas/órgãos públicos e aderiram ao estudo e tiveram seus questionários validados 629 homens.

4.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA E VARIÁVEIS DE INTERESSE

Os dados desta pesquisa foram coletados por intermédio de um instrumento de pesquisa (apêndice 1), na forma de um questionário autoaplicado, fornecido aos trabalhadores do sexo masculino de empresas privadas e entidades e órgãos públicos estabelecidos em Ijuí/RS. O material de pesquisa se constituiu do questionário autoaplicável, do termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, acondicionados em um envelope individualizados.

O questionário abordou aspectos sociodemográficos e perguntas relativas à condutas de cuidados com a saúde; e condições de acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde.

As variáveis sociodemográficas estão descritas abaixo com as respectivas categorias de respostas:

- **nome e endereço** – objetivando identificar e possuir uma localização do pesquisado (para um controle posterior, se oportuno);
- **idade** – registrada em variável contínua e, também, a data de nascimento;
- **estado civil** – questionado a possibilitar respostas a três situações (solteiro, casado e comunhão estável);
- **ocupação (atividade profissional)** – com o objetivo de identificar possíveis relações doenças/agravs e profissão;
- **renda familiar** – sob a forma de quantidade de salários mínimos, possibilitando quatro situações (até dois salários mínimos, acima de dois salários mínimos, não sabe, não respondeu);

- **escolaridade** – o registro foi feito de maneira a enquadrar o pesquisado em sete possibilidades (analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo).

Ao tratar das atitudes relacionadas com os cuidados com a saúde dos homens, a partir de iniciativas dos interessados, o instrumento de pesquisa apresentou questões que visavam analisar as situações que os motivam a procurar recursos médicos, assim como avaliar as eventuais preocupações sob o ponto de vista alimentar, a prática de atividades físicas, repouso e os hábitos pessoais (uso de produtos derivados do tabaco e ingestão de bebidas alcoólicas) que interferem na qualidade de vida da população em estudo.

Ao analisar as condições de acesso, pelos homens, aos serviços de Atenção Primária de Saúde, as questões propostas pelo questionário de coleta de dados focaram a ocorrência de procura de serviços de saúde e a realização de avaliações e exames de saúde preventivos. Quando das respostas negativas, apesar do conhecimento da sua importância para a obtenção e manutenção de melhores condições de saúde, quais motivos foram alegados para justificar tal conduta, procurando-se, assim, identificar a presença de barreiras socioculturais ou institucionais.

A distribuição do instrumento de pesquisa ao público-alvo foi realizado a partir do contato do pesquisador com a empresa/órgão público para definição de agenda e forma de contato com os trabalhadores; momento em que se apresentou o estudo e seus objetivos e explicou a forma de coleta das informações; dessa forma os questionários foram entregues aos pesquisados, em seu local de trabalho, pelo próprio pesquisador, com auxílio de um grupo de pesquisadores de campo, formado por acadêmicos voluntários da UNIJUÍ. Estes forneceram orientação prévia em relação aos temas e objetivos da pesquisa e as condutas na abordagem dos pesquisados.

Foi orientado aos participantes que após estes documentos terem sido respondidos e assinados, fossem repostos nos envelopes, lacrados e, então, devolvidos à equipe de pesquisa; que organizou espaços e urna de coleta.

4.4 CONTROLE DE QUALIDADE DA COLETA E GERENCIAMENTO DE DADOS

O estudo foi conduzido de forma sistematizada quanto ao controle de qualidade da coleta e gerenciamento de dado, e foi realizado por uma equipe de pesquisa de cinco pessoas, compostas pelo pesquisador e acadêmicos dos cursos de Saúde da UNIJUÍ, voluntários, selecionados por meio de edital publicado e divulgado pelo Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção Integral à Saúde.

De acordo com Hulley et al. (2008), todos os participantes de uma equipe de pesquisa devem realizar atividades procedimentais e preenchimento dos protocolos de forma semelhante. Buscando essa padronização dos membros da equipe, o pesquisador, após a seleção dos voluntários, fez a capacitação da equipe para a atuação em campo.

Para identificar e qualificar o instrumento de coleta foi realizado um teste-piloto, com 10 sujeitos – estes foram excluídos da população de estudo. Neste teste, o sujeito foi convidado a responder o questionário (autoaplicado) e, imediatamente após a conclusão, foi solicitado ao participante da pesquisa que emitisse a sua opinião, de forma semelhante do questionário, quanto à clareza de linguagem, entendimento da questão, qualidade das alternativas de respostas, tamanho do questionário e grau de dificuldade em responder.

Os testes-piloto são importantes para orientar decisões sobre como delinear as abordagens de recrutamento, aferições e intervenções; bem como, fornecer uma ideia sobre a natureza da população de estudo, dados sobre factibilidade de medidas, reações subjetivas e detecção de algum desconforto que o instrumento possa ter gerado, para detectar se houve itens do protocolo que não foram compreendidos e se há outras formas de melhorar o estudo (HULLEY et al., 2008).

Salienta-se que foram realizadas reuniões sistemáticas da equipe de pesquisa com todos os membros da equipe de pesquisa, constituindo-se de um espaço para exposição e solução de problemas, discussões científicas e atualizações relacionadas ao estudo.

Este estudo foi realizado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), sob processo nº 1.672.755, assegurado a processualidade,

compromissos e responsabilidades com os sujeitos participantes do estudo, as empresas/órgão públicos e a guarda do material. Todos os participantes do estudo foram esclarecidos sobre o projeto, e o início da pesquisa (coleta de dados) foi condicionado à autorização dos participantes a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 2).

5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os questionários, depois de codificados e revisados, foram digitados e armazenados no programa *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (versão 20,0).

Foram utilizadas ferramentas da estatística descritiva e analítica, considerando a natureza da variável, quantitativa ou qualitativa. Para a estatística descritiva utilizou-se medidas de tendência central, de dispersão e variabilidade, frequência relativa e absoluta. Para verificar associação entre as variáveis qualitativas foi utilizado o teste do qui-quadrado. Os testes foram considerados significativos quando $p < 0,05$.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo serão apresentados por temas que posteriormente serão organizados em artigos para submeter à apreciação de revista científica.

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Participaram do estudo 629 homens com idade média de $36,30 \pm 10,99$ (IC 95% 35,44-37,16) anos. Com relação a faixa etária 64,5% (n = 406) estavam entre 20 a 39 anos e 35,5% (n = 223) de 40 a 60 anos. A população estudada foi constituída de trabalhadores de algumas empresas privadas e entidades e órgãos públicos, estabelecidas no município de Ijuí/RS. A escolha se deu procurando abranger entidades de vários perfis, com a finalidade de atingir trabalhadores com uma maior variabilidade de características sociodemográficas. Considerando que o estudo projetou captar sua população a partir de empresas, a Tabela 1 apresenta o número de homens que fizeram parte da amostra considerando o perfil da empresa.

Tabela 1: Número de participantes segundo o perfil das empresas. Ijuí/RS, 2016

Empresas	Número de participantes	% de participantes
Serviços de saúde	173	27,5
Indústria metalúrgica	108	17,2
Empresa de prestação de serviços	91	14,5
Agroindústria	55	8,7
Transporte urbano	52	8,3
Serviço Militar	45	7,2
Prestação de serviço de seguridade social	43	6,8
Serviços de educação	32	5,1
Indústria de mineração	30	4,8
Total	629	100,0

Ao considerar que este estudo objetivou analisar o comportamento da população masculina de Ijuí/RS em relação aos cuidados com sua própria saúde, com ênfase especial nos aspectos de idade, estado civil, renda e escolaridade, optou-se por considerar os resultados desta pesquisa de forma segmentada, de maneira a interpretá-los de acordo com o enfoque avaliado.

Quanto aos dados sociodemográficos (Tabela 2) o maior percentual foi de casados (47,6%), com renda acima de dois salários mínimos (69,6%) e com ensino superior (45,5%). Ao associar as características sociodemográficas com a faixa etária

foi evidenciada associação entre estado civil e faixa etária e escolaridade e faixa etária.

Tabela 2: Características sociodemográficas segundo a faixa etária dos participantes do estudo. Ijuí/RS, 2016

	Faixa etária		Total	p
	20-39 n (%)	40-60 n (%)		
*Estado Civil				
Solteiro	168 (41,8)	28 (12,7)	196 (31,5)	0,00*
Casado	148 (36,8)	148 (67,3)	296 (47,6)	
União estável	86 (21,4)	44 (20,0)	130 (20,9)	
**Renda Familiar				
Até 2 salários mínimos	109 (28,2)	75 (34,4)	184 (30,4)	0,07
Acima de 2 salários mínimos	277 (71,8)	145 (65,6)	422 (69,6)	
***Escolaridade				
Ensino fundamental	31 (7,6)	54 (24,2)	85 (13,5)	0,00*
Ensino médio	170 (41,9)	88 (39,5)	258 (41,0)	
Ensino superior	205 (50,5)	81 (36,3)	286 (45,5)	

*622 respostas válidas; **606 respostas válidas; ***629 respostas válidas.

6.2 O CUIDADO COM A SAÚDE: COMPORTAMENTO E HÁBITOS

6.2.1 Alimentação, Atividade Física e Repouso

Em relação aos cuidados de saúde, no que se refere aos cuidados com a alimentação, nesta pesquisa, ao analisar a totalidade da população, constatou-se que 59,5% (n = 374) procura observar os cuidados relativos a uma alimentação saudável, apresentando diferença significativa entre as faixas etárias (p = 0,006), sendo que, dos 20-39 anos, 55,6% (n = 225) e de 40-60 anos, 66,8% (n = 149) observam os cuidados com a alimentação. Ainda, não foi observada associação com estado civil, renda familiar e escolaridade, ao se analisar este cuidado, conforme a Tabela 3.

Em estudo de Pires e Mussi (2012), observou-se que homens mais jovens, solteiros, com baixa escolaridade e renda, têm menor crença à adoção de uma dieta adequada. Num aspecto promissor, Camilo, Figueiredo et al. (2016), fazendo uma análise de dados do Vigitel entre 2008 e 2013, constatou que a aglomeração de dois ou mais comportamentos saudáveis (entre estes, alimentação adequada), entre homens, aumentou de 20% para 25% (em todas as faixas de escolaridade).

No que se refere à alimentação, é importante conscientizar-se que esta é adequada quando atende às necessidades do corpo, fornecendo nutrientes variados e essenciais para a realização das atividades diárias. Além dos nutrientes, ao se

alimentarem, as pessoas buscam, também, satisfazer um ato de prazer, bem como manter valores culturais e familiares, tradicionalmente preservados. Uma alimentação é saudável quando composta por alimentos variados, permitindo o fornecimento de diferentes nutrientes; balanceada, observando a quantidade adequada de cada espécie de alimento, suficiente para atender as necessidades nutricionais do organismo; acessível física e financeiramente, segura, sem contaminações e armazenada adequadamente, visando manter a qualidade de todos os alimentos (BRASIL, 2007a).

Ao analisar a prática de atividade física, 58,9% (n = 370) da população relatou observar este cuidado. Ao se avaliar o fator idade, demonstrou-se que os homens na faixa dos 20-39 anos exercitam-se mais (63,7%) do que os situados na faixa dos 40-60 anos (50,2%), existindo diferença significativa entre os grupos ($p = 0,001$). Isto vem ao encontro dos estudos de Stein (1999), de Eyken e Moraes (2009) e Martins, De Assis et al. (2009), tendo estes constatados que, com o aumento da idade, o percentual de praticantes de exercícios tende gradativamente ao declínio.

O resultado encontrado nesse estudo indica uma atitude promissora por parte da população pesquisada, já que dados do Vigitel Brasil (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) demonstraram que, nas capitais brasileiras, a frequência da prática de atividades físicas, entre homens, variou de 35,1% (em São Paulo) a 52,3% (em Florianópolis). Em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, o percentual de praticantes, no sexo masculino, foi de 46,8% (BRASIL, 2015).

Em relação a este estudo, ao considerarmos os dados sociodemográficos percebeu-se que houve relação estatística entre a escolaridade e a prática de exercícios físicos, observando-se o aumento desta prática proporcional ao aumento da escolaridade, como também observado em outros estudos (BRASIL, 2015; COSTA, 2009; DEL DUCA et al., 2015; SALLES-COSTA et al., 2003). Ainda, Martins, De Assis et al. (2009) e Bastos et al. (2012), concluíram que a inatividade física aumenta à medida que diminui o nível de escolaridade.

No que se refere a renda, percebeu-se que os pesquisados com ganho superior a dois salários mínimos apresentaram um percentual de prática de atividades físicas (62,6%), maior em relação aos que ganham até dois salários mínimos (52,5%). Esta constatação vem ao encontro de achados em estudo de Eyken e Moraes (2009), que

ao avaliar uma população de 217 homens entre 20 e 49 anos, concluiu que quanto maior a renda maior a prática de atividade física.

Quanto à prática de atividades físicas, entre os pesquisados de 20-39 anos, observou-se que os solteiros apresentam maior frequência de realização de exercícios físicos (70,1%), enquanto na faixa etária dos 40-60 anos, os casados apresentaram maior frequência (54,1%).

A adoção de um estilo de vida ativo tem sido amplamente destacada como fator de suma importância para a manutenção da saúde, especialmente no combate ao sedentarismo, causa frequente de distúrbios metabólicos e cardiovasculares (MOTA et al., 2006). A prática regular de exercícios físicos desde jovem representa uma melhor qualidade de vida, que certamente se prolongará, pois, hábitos adquiridos na infância e adolescência têm grande chance de se manterem na vida adulta, aumentando, assim, a perspectiva de envelhecimento com saúde. Além dos benefícios orgânicos, é evidente o efeito do exercício em aspectos da saúde psicológica, atuando no combate ao stress, ansiedade e depressão, e proporcionando, com isso, a elevação do humor e autoestima (OLIVEIRA et al., 2011).

Estudos recentes constatam que a prática de exercícios físicos aumentou nos últimos 20 anos; porém, este aumento não se verificou de maneira uniforme em todos os níveis sociais da população, constatando-se que os indivíduos de menor poder econômico se exercitam com menor frequência. Stein (1999) constatou que, na faixa dos 20-39 anos, 40% dos homens se exercitavam regularmente, e que, com o aumento da idade, os percentuais de praticantes de exercícios físicos diminuíram sensivelmente, tendendo ao sedentarismo.

Sabe-se que, além de efeito protetor contra patologias crônico-degenerativas, o exercício físico estimula o indivíduo a mudar o comportamento em relação a outras práticas e, numa postura positiva, adotar um estilo de vida mais saudável. Neste sentido, o exercício atua contra o tabagismo, o stress, a alimentação inadequada e, até, sobre a dependência de álcool e outras drogas (STEIN, 1999).

Quanto aos cuidados com repouso, entre os participantes que responderam a essa questão 70,2% (n = 247) relataram observar repouso, com maior frequência na faixa etária dos 40-60 anos (78,9%), em comparação com a faixa dos 20-39 anos (64,8%), ocorrendo diferença significativa (p = 0,005). Não foi observada associação nas duas faixas etárias (de 20-39 anos e de 40-60 anos), quanto ao estado civil, renda familiar e escolaridade (Tabela 3).

Amparada pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e pela Constituição Federal de 1988 (artigo 7º, incisos XV a XVII) está a obrigatoriedade ao descanso. Nos direitos trabalhistas, estão fixadas as jornadas máximas e os intervalos obrigatórios de repouso. Estes são necessários para a recuperação das condições ideais de saúde para o esforço do trabalhador, com reflexos na produtividade e consequente retorno econômico ao empregador.

Na atual globalização, com o aumento da concorrência, os trabalhadores são pressionados a manter o emprego, tendo que aumentar a produtividade com menor custo ou com menos recursos, renunciando, inclusive, a direitos como o repouso, prejudicando, assim, sua saúde. Segundo Cataldi (2015), o descanso do trabalhador é um direito indisponível, não podendo ser negado por empregadores ou por acordos ou convenções coletivas, já que esta é uma norma da Medicina e Segurança do Trabalho, e se baseia em fatores biológicos, econômicos e sociais, em virtude de o trabalho excessivo provocar stress, e cansaço físico e mental no trabalhador.

O lazer é uma forma de descanso mental, provocando relaxamento e amenizando o stress inerente ao exercício profissional. Pode ser representado por férias, atividades que proporcionam prazer, ou mesmo períodos de “fazer nada”. O sono é outra forma clássica de descanso, durante o qual o organismo, num período ideal de seis a oito horas, readquire as energias gastas durante o período de trabalho físico e mental.

Tabela 3: Características sociodemográficas segundo a faixa etária e alimentação saudável, prática de atividade física e repouso. Ijuí/RS, 2016

Variáveis relacionadas ao cuidado com a saúde		Aliment. saudável	p	At. Física	p	Repouso	p
Estado Civil							
20-39	Solteiro	79 (47,0)	0,11	117 (70,1)	0,05	54 (62,1)	0,66
	Casado	56 (38,1)		88 (59,5)		56 (68,3)	
	União Est.	44 (51,2)		49 (57,0)		30 (62,5)	
40-60	Solteiro	6 (21,4)	0,31	14 (50,0)	0,19	11 (73,3)	0,79
	Casado	49 (33,1)		80 (54,1)		74 (80,4)	
	União Est.	17 (38,6)		17 (38,6)		20 (76,9)	
Renda Familiar							
20-39	Até 2 SM	55 (50,9)	0,12	63 (58,3)	0,90	22 (42,3)	0,28
	> de 2 SM	117 (42,2)		187 (67,5)		55 (34,2)	
40-60	Até 2 SM	23 (30,7)	0,50	33 (44,0)	0,20	8 (21,6)	0,92
	> de 2 SM	51 (35,2)		77 (53,1)		20 (20,8)	
Escolaridade							
20-39	Ens. Fund.	18 (58,1)	0,26	11 (35,5)	0,00*	11 (78,6)	0,41
	Ens. Méd.	75 (44,4)		104 (61,5)		51 (67,1)	
	Ens. Sup.	87 (42,4)		143 (69,8)		80 (62,0)	

40-60	Ens. Fund.	22 (40,7)		17 (31,5)		19 (67,9)	
	Ens. Méd.	29 (33,0)	0,32	38 (43,2)	0,00*	41 (82,0)	0,26
	Ens. Sup.	23 (28,4)		57 (70,4)		45 (81,8)	

Quanto aos aspectos sociodemográficas relacionados com a alimentação, atividade física e repouso, foram encontrados na literatura científica, estudos com homens adultos que apoiam na interpretação e comparação com os nossos resultados. Eyken e Moraes (2009) realizou um estudo com 217 homens, entre 20 e 49 anos e concluiu que quanto maior a faixa etária, maior a proporção de sedentários e sem atividade física regular.

Quanto maior a renda maior a prática de atividade física; Pires e Mussi (2012) corrobora com a ideia de que homens mais jovens, solteiros, com baixa escolaridade e renda, têm menor crença à adoção de dieta adequada; também Martins, De Assis et al. (2009) ao relacionar a escolaridade com os cuidados à saúde mostrou que a inatividade está associada ao aumento de idade, a escolaridade baixa e ao fato de trabalharem; resultados estes que são reforçados pelos achados de Bastos et al. (2012) que evidenciou que a menor escolaridade está relacionada a maior taxa de sedentarismo e ao consumo alimentar menos saudável. E, Camelo, Figueiredo, et al. (2016) a partir de dados analisados da pesquisa do Ministério da Saúde do Brasil Vigitel (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico), entre 2008 e 2013, verificou que a adoção de dois ou mais comportamentos saudáveis entre homens aumentou de 20% para 25% (em todas as faixas de escolaridade) nesse período o que mostraria a mudança de comportamento com relação as doenças crônicas.

6.2.2 Tabagismo e Ingestão de Bebidas Alcoólicas

Nessa pesquisa, o percentual geral de fumantes, foi de 7,2% (n = 45). Na faixa dos 20-39 anos houve maior porcentagem de fumantes (8,1%) em relação a dos 40-60 anos (5,4%). Esses dados não correspondem às conclusões referidas em publicações recentes da literatura, que constataram prevalências de 11,7%, entre jovens, e, em adultos, 16% (12,4% no sexo feminino e 20,5% entre os homens) de tabagismo (ALMEIDA et al., 2011; MALTA et al., 2010).

Além disso, dados fornecidos por Brasil (2015) revelam que, entre homens, a frequência de fumantes, nas capitais do Brasil variou de 8,6% (em Fortaleza) a 17,9%

(em Porto Alegre). Essa mudança percebida na porcentagem geral de fumantes das pesquisas sequenciais atesta a diminuição progressiva do uso do tabaco no Brasil.

Nesta pesquisa, ao se analisar o consumo de derivados do tabaco, entre os trabalhadores participantes dos 20-39 anos não foi observada associação com renda familiar e escolaridade; porém, apresentou relação estatística quanto ao estado civil, com maior frequência nos indivíduos em união estável (Tabela 4). Em relação aos pesquisados na faixa dos 40-60 anos, não foi detectada diferença estatisticamente significativa considerando estado civil, renda familiar e escolaridade, porém, observou-se uma tendência de queda do percentual do tabagismo à medida que aumenta a renda e a escolaridade (desta mesma forma na faixa dos 20-39 anos).

O tabagismo é atualmente, fator determinante por, em torno de, 5,4 milhões de óbitos anuais no mundo; estima-se, que até o ano de 2.030, este número deverá chegar em torno de 8 milhões de mortes, sendo que 80% destas ocorrerão em países em desenvolvimento (INCA, 2007).

A prevalência de fumantes ativos no Brasil está em torno de 17,2%. Nos últimos anos, é perceptível uma redução contínua do tabaco, e credita-se isto, em parte, ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo, sendo este centrado em ações que visam desestimular esta prática, como a proibição da propaganda, a restrição ao fumo em ambientes coletivos fechados e a imposição de imagens de alerta nas carteiras de cigarros. Apesar destas ações, ainda se mantém espaço para outras práticas que, certamente, contribuiriam para a efetividade do plano, como, dificultar o acesso ao consumo, elevar o custo dos produtos do tabaco e focar na fiscalização da prática das medidas (BARROS et al., 2011).

Reconhecido como um importante problema de saúde pública, o tabagismo está na gênese de, pelo menos, cinquenta doenças incapacitantes e causa de 200 mil mortes por ano no Brasil número superior ao de mortes por alcoolismo e por violência (INCA, 2007). Ainda, os custos com internações e tratamentos para enfermidades relacionadas ao tabagismo representam quase 8% da totalidade paga pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para neoplasias e doenças dos sistemas respiratório e circulatório da população brasileira adulta (PINTO; UGÁ, 2010).

Conforme Barros et al. (2011) o consumo de fumo, no Brasil, mostra-se maior nos indivíduos que trabalham em postos com menor exigência de escolaridade e maior esforço físico. Em trabalhadores de indústrias de bens e serviços e nas

atividades de reparação e manutenção, o consumo representa o dobro do observado em profissionais das ciências e artes.

Smith (2008) refere que, nas categorias de trabalho não manuais, há um maior nível de escolaridade e renda, favorecendo uma maior conscientização e, assim, atuando como fatores de proteção à saúde, o que se explica pelo declínio mais acentuado do tabagismo nestas categorias, em relação aos trabalhadores braçais.

Na presente pesquisa, independente de fatores, a frequência geral detectada para alcoolismo foi de 26,6%. Nas capitais do Brasil, segundo Brasil (2015), o consumo, entre os homens, variou de 20,8% em Curitiba e 34,4% em Florianópolis. Em Porto Alegre, capital do estado onde está situado o município onde ocorre o estudo, o percentual de consumo de álcool é de 25,3%, muito próximo do aqui encontrado.

Quanto à ingestão de bebidas alcoólicas, entre os participantes de 20-39 anos, foi observada associação com estado civil, renda familiar e escolaridade. Nesta faixa etária, os indivíduos em união estável, os com renda familiar superior a dois salários mínimos e os participantes em nível superior de escolaridade apresentaram uma frequência significativamente superior. Já, entre os pesquisados na faixa de 40-60 anos, não houve associação com estado civil e escolaridade; porém esta foi observada na renda familiar, onde, de forma similar à encontrada na faixa dos 20-39 anos, verificou-se que nos indivíduos com ganhos superiores a dois salários mínimos o percentual de ingestão de bebidas alcoólicas foi significativamente superior. Considerando estes achados, pode-se concluir que, neste estudo, os indivíduos que têm um maior poder econômico e situados num nível mais alto de escolaridade, são os que apresentam um maior consumo de produtos contendo álcool. Esta constatação em parte é similar às encontradas por Guimarães et al. (2010), que ao avaliar 826 homens entre 20 e 59 anos, observou, quanto à ingestão de bebidas alcoólicas, associação inversa à faixa etária e direta à escolaridade e ao tabagismo.

O consumo do álcool no local de trabalho é reconhecido como um grave problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde – OMS (WHO, 2014), e pela Organização Internacional do Trabalho – OIT (OIT, 2003). Segundo o Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID, o Brasil tem um custo anual de 19 bilhões de dólares devido ao absenteísmo, acidentes e doenças provocadas pelo uso do álcool e outras drogas.

Segundo o Relatório Global sobre Álcool e Saúde – 2014, divulgado pela OMS, o consumo total de álcool, no Brasil, é de 8,7 litros por pessoa/ano (superior à média mundial que é de 6,2 L), sendo que entre os homens é de 13,6 L, por pessoa/ano (CISA, 2014). Devido a uma média anual de 500 mil ocorrências, com 4 mil mortes por acidentes de trabalho, o Brasil situa-se entre os cinco primeiros do mundo nesta estatística. Os setores, cujos trabalhadores necessitam desenvolver um maior esforço braçal, como construção civil, indústrias metalúrgicas e madeireiras se destacam, neste aspecto (OIT, 2003).

Conforme a OIT (2003), o uso abusivo e crônico, mesmo controlado, de bebidas alcoólicas, determina uma repercussão negativa na saúde e comportamento dos trabalhadores, e na relação destes com familiares e empregadores. O natural aumento gradual da ingestão e consequentes efeitos, pode levar a uma progressiva piora nas relações pessoais, problemas familiares, econômicos e legais, culminando, muitas vezes, com perda do emprego. Como impacto negativo nas empresas, o custo da ordem de milhões de dólares, devido à perda de produtividade, absenteísmo e acidentes de trabalho.

Com o objetivo de minimizar estes problemas, a OMS passou a tratar a prevenção e redução do consumo do álcool como prioridade, lançando o manual Estratégias Globais para Redução do Uso Nocivo do Álcool, a nível mundial, visando reduzir o consumo em pelo menos 10% até o ano de 2025 (CISA, 2014). No Brasil, em consonância, atitudes foram tomadas com a mesma finalidade. Inicialmente através do Decreto nº 6.117, de maio de 2007 (BRASIL, 2007b), com medidas visando a redução do uso indevido do álcool e sua nefasta associação com atos de violência e criminalidade; posteriormente, outras medidas focadas no combate ao beber e dirigir, com a popular “Lei Sêca” (nº 11.705/2008) (BRASIL, 2008), reforçada, recentemente, pela sanção em dezembro de 2012, da lei nº 12.760 (BRASIL, 2012).

Referindo-se, ainda, a esta pesquisa, é importante ressaltar que o questionamento foi sobre o hábito de ingerir bebidas alcoólicas, não especificando quantidades. Assim, os pesquisados que afirmaram ingestão, não podem ser considerados, em sua maioria, alcoolistas. Estes resultam de um crônico e prolongado consumo, enquanto os trabalhadores em estudo, provavelmente, fazem uso ocasional de bebidas, sendo, então, tratados como consumidores.

Tabela 4: Características sociodemográficas segundo a faixa etária e tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas. Ijuí/RS, 2016

Variáveis relacionadas aos hábitos pessoais		Derivados do tabaco	p	Bebidas alcoólicas	p
Estado Civil					
20-39	Solteiro	11 (6,5)		49 (29,2)	
	Casado	7 (4,7)	0,02*	30 (20,3)	0,03*
	União Est.	15 (17,4)		30 (34,9)	
40-60	Solteiro	1 (3,6)		08 (28,6)	
	Casado	6 (4,1)	0,15	34 (23,0)	0,45
	União Est.	5 (11,4)		14 (76,9)	
Renda Familiar					
20-39	Até 2 SM	12 (11,0)	0,17	19 (17,4)	0,00*
	> de 2 SM	19 (6,9)		85 (30,7)	
40-60	Até 2 SM	6 (8,0)	0,23	13 (17,3)	0,03*
	> de 2 SM	6 (4,1)		44 (30,3)	
Escolaridade					
20-39	Ens. Fund.	3 (9,7)		4 (12,9)	
	Ens. Méd.	11 (6,5)	0,58	33 (19,4)	0,01*
	Ens. Sup.	19 (9,3)		72 (35,1)	
40-60	Ens. Fund.	5 (9,3)		13 (24,1)	
	Ens. Méd.	4 (4,5)	0,33	19 (21,6)	0,27
	Ens. Sup.	3 (3,7)		26 (32,1)	

Estudos evidenciam os resultados obtidos nesse estudo, ao relacionar a escolaridade e os cuidados com saúde em relação aos hábitos pessoais em população masculina, como o de Eyken e Moraes (2009) que observou que quanto menor a escolaridade, maior a prevalência do tabagismo; também Bastos et al. (2012) conclui no seu estudo que menor escolaridade está associada ao maior consumo ou dependência de bebidas alcoólicas e maior frequência de tabagismo; ainda Guimarães et al. (2010) verificou que a prevalência de consumo de álcool entre homens foi de 52,9% e associação inversa à faixa etária e direta à escolaridade e ao tabagismo; e a dependência de álcool associou-se à não trabalhar e à baixa escolaridade.

6.3 CUIDADO COM A SAÚDE: ATITUDE PREVENTIVA

6.3.1 Procura por Serviços de Saúde e Realização de Exames Preventivos

Em relação a utilização de serviços de saúde no último ano, 79,0% (n = 497) dos homens relataram a procura, com maior frequência na faixa etária dos 40-60 anos (83,0%) em relação a faixa dos 20-39 anos (76,8%) ($p = 0,79$). Esta conclusão demonstra uma expectativa promissora em comparação com outros estudos recentes,

como os trabalhos de Sousa et al. (2014) e Oliveira et al. (2015), nos quais o percentual de procura por serviços de saúde foi de 53% e 56%, respectivamente.

Considerando a realização de exames preventivos 54,4% (n = 342) dos homens relataram ter realizado, com maior frequência na faixa dos 40-60 anos (75,3%) em relação aos de 20-39 anos (42,9%) ($p = 0,00$).

Ao relacionar a escolaridade, no grupo etário dos 40-60 anos, não foi observada associação; porém, percebe-se uma tendência a uma maior procura por serviços de saúde e realização de exames preventivos, de forma gradual, à medida que os indivíduos elevam seu nível de escolaridade.

Quanto à procura por serviços de saúde e realização de exames preventivos no último ano, entre os pesquisados na faixa dos 20-39 anos, não foi observada associação com estado civil, renda familiar e escolaridade.

Esta constatação vai ao encontro dos estudos de Barata (2009), que afirma não haver grande influência da escolaridade sobre a procura e uso de serviços de saúde. Isto provavelmente se deve, em grande parte, à criação do SUS, que possibilitou o acesso universal a estes serviços para todos os brasileiros. No entanto, embora não tenha sido observada diferença estatisticamente significativa, no que se refere à realização de exames preventivos, esta pesquisa mostra percentuais que vão se elevando, numa relação direta, com a escolaridade. Este resultado também corresponde às afirmações de Barata (2009), que o justifica devido a questões culturais e a um melhor acesso às informações.

Já, no grupo etário dos 40-60 anos, constatou-se associação, em relação ao estado civil e realização de exames preventivos, obtendo a maior frequência entre os casados. Presume-se que este resultado seja motivado pela maior conscientização inerente à idade e, também, no provável incentivo pelas cônjuges.

Ao analisar renda familiar, entre os participantes desta faixa etária, observou-se uma diferença estatística significativa, com uma frequência superior dos que ganham acima de dois salários mínimos, quanto à procura por serviços de saúde. Em suma, constatou-se que os trabalhadores casados, com mais idade e maiores renda e escolaridade, foram os que mais procuraram serviços de saúde e realizaram exames de prevenção.

Nos últimos anos, a prevenção de doenças se tornou uma das prioridades na assistência primária. Na rotina diária, os médicos das unidades de saúde ocupam grande parte do seu tempo à investigação e tratamento de casos assintomáticos, em

que o objetivo principal é a detecção de situações patológicas (diabetes, hipertensão, hiperlipidemia, etc.), que, caso não controladas, evoluirão para complicações e, inclusive, morte (HASS, 2013).

Até há pouco tempo era evidente a ausência de enfoque, por parte de planos e unidades de saúde, na aplicação de cuidados preventivos. Em se tratando de trabalhadores, as atitudes preventivas devem – ou deveriam – fazer parte das preocupações e cuidados com a manutenção de sua saúde, até por necessidade em manter condições laborativas e, com isso, garantir sua subsistência e a de seus dependentes. Neste aspecto, ressalta-se o papel das informações que poderão ser fornecidas durante a consulta médica e/ou orientações, numa frequência pelo menos anual, seja a nível particular ou em serviços públicos de saúde (HASS, 2013).

Considerando o acima exposto, este estudo procurou avaliar a atenção prestada, pelos indivíduos pesquisados, na busca por serviços e realização de exames preventivos, no último ano, visando cuidados com sua saúde.

Tabela 5: Características sociodemográficas segundo a faixa etária e procura por serviço de saúde e realização de exames preventivos no último ano. Ijuí/RS, 2016

		Utilizou algum serviço de saúde no último ano?	<i>p</i>	Fez exames preventivos no último ano?	<i>P</i>
Estado Civil					
20-39	Solteiro	123 (73,2)	0,30	61 (36,3)	0,08
	Casado	119 (80,4)		70 (47,3)	
	União Est.	67 (77,9)		41 (47,7)	
40-60	Solteiro	21 (75,0)	0,40	21 (75,0)	0,01*
	Casado	126 (85,1)		119 (80,4)	
	União Est.	36 (81,8)		26 (59,1)	
Renda Familiar					
20-39	Até 2 SM	87 (79,8)	0,361	39 (35,8)	0,08
	> de 2 SM	209 (75,5)		126 (45,5)	
40-60	Até 2 SM	56 (74,7)	0,02*	51 (68,0)	0,06
	> de 2 SM	126 (86,9)		115 (79,3)	
Escolaridade					
20-39	Ens. Fund.	25 (80,6)	0,76	11 (35,5)	0,57
	Ens. Méd.	128 (75,3)		71 (41,8)	
	Ens. Sup.	159 (77,6)		92 (44,9)	
40-60	Ens. Fund.	41 (75,9)	0,26	37 (68,5)	0,13
	Ens. Méd.	74 (84,1)		64 (72,7)	
	Ens. Sup.	70 (86,4)		67 (82,7)	

Relacionando aspectos sociodemográficos e procura por serviços de saúde destacam-se os estudos de Sousa et al. (2014); Oliveira et al. (2015) e Barata (2009) em que ratificam que os homens procuram os serviços de saúde somente quando

apresentam algum mal-estar ou para exames preventivo em idades mais avançadas; que o uso de serviços de saúde é 1,2 vezes maior entre os com nove ou mais anos de escolaridade.

6.3.2 Motivos Alegados pelos Pesquisados que não Realizaram Avaliação/Exames Preventivos Recentemente

Nesta pesquisa, dos trabalhadores entrevistados, um total de 272 (43,2%) não procuraram realizar medidas preventivas no último ano. Numa relação de dez justificativas questionadas, com a possibilidade de apontar uma ou mais respostas por cada indivíduo pesquisado, os resultados encontrados, em ordem decrescente, foram: não apresentar queixas (94,7%), não achar necessário (54,8%), falta de tempo (33,1%), falta de oferta nos postos públicos (14,0%), medo de descobrir doença ainda não diagnosticada (7,6%), falta de informação (5,1%), restrição do seu plano de saúde (2,9%), achar que procurar serviços de saúde possa ser visto como fraqueza para as outras pessoas (2,3%), vergonha de ser examinado (1,5%) e achar que prevenção é coisa de mulher (0,8%).

Relacionando as justificativas acima apresentadas com os dados sociodemográficos estudados, observou-se que houve pequenas variações de percentuais nos resultados. Considerando o estado civil, os indivíduos solteiros se destacaram pelas respostas de não acharem necessária a procura por medidas preventivas e por sentir vergonha de serem examinados (neste estado civil estão os únicos quatro pesquisados que assim justificaram a não procura por prevenção).

No aspecto idade, os indivíduos situados na faixa dos 20-39 anos referem maior falta de informações, enquanto os homens de 40-60 anos queixam-se de restrições do seu plano de saúde.

Quanto à renda familiar, constatou-se que os indivíduos com até dois salários mínimos tiveram um maior percentual de medo de demonstrar fraqueza e de achar uma doença ainda não diagnosticada, por ocasião da realização de exames preventivos; já, os com ganhos superiores a dois salários mínimos, se sobressaem ao justificarem por não ter queixas e falta de tempo.

Na análise da escolaridade, observou-se que os entrevistados com nível fundamental apresentaram um maior percentual de respostas em relação à falta de informações; já, os de nível de ensino médio, se destacaram justificando devido à falta

de oferta de exames em postos públicos, medo de descobrir doença ainda não descoberta e temor de demonstrar sinal de fraqueza. Em relação aos trabalhadores com nível superior, estes destacaram a falta de tempo.

Estudos recentes, analisando este tema, apresentaram conclusões em grande parte coincidentes com as encontradas neste trabalho, concluindo-se, então, estar o caminho aberto para a tomada de atitudes no sentido de procurar as soluções. Sousa et al. (2014) em sua pesquisa realizada com 77 homens, com idade entre 18 e 59 anos concluiu que os fatores que impediram os homens a procurarem os serviços de saúde foram: falta de interesse em cuidar da saúde, horário de atendimento; dificuldade de acesso; valores culturais; medo; sexualidade masculina. Gomes et al. (2007) evidenciou em seu estudo que a menor procura pelos serviços de saúde por parte dos homens é devido ao modelo hegemônico de masculinidade, invulnerabilidade masculina, medo de descoberta de doenças, vergonha de ser examinado, falta de unidades de saúde específicas para homens, horários de atendimento coincidentes com jornada de trabalho; o que também foi observado por Knauth; Couto e Figueiredo (2012) em que conclui que a baixa procura dos homens pelos serviços de saúde está vinculada à pressa, objetividade, medo e resistência; e também os limites para o atendimento desta população nos postos, são os principais fatores que afastam os homens dos serviços de saúde.

7 CONCLUSÕES

Neste trabalho, procurou-se relacionar os cuidados com saúde de uma parcela de homens, em idade laborativa, trabalhadores em empresas privadas e entidades e órgãos públicos estabelecidos em Ijuí, Rio Grande do Sul, com dados sociodemográficos pesquisados nesta população, analisando, sobretudo, sua conduta em relação a cuidados e atitudes de prevenção.

Após análise dos resultados desta pesquisa, verificou-se em frequentes situações, associação destes cuidados (alimentação, atividades físicas, repouso, tabagismo e alcoolismo) com dados sociodemográficos pesquisados (idade, estado civil, renda familiar e escolaridade). Quanto à alimentação, 60% dos pesquisados relataram fazê-la de forma adequada, especialmente os de faixa etária superior.

Um percentual de 58,9% referiu prática de atividades físicas, com predomínio dos mais jovens. Neste aspecto constatou-se, também, um aumento de frequência em relação direta com renda familiar e escolaridade. Sobre observação de repouso, 70% dos que responderam, afirmaram observá-lo, com maior frequência dos situados entre 40 e 60 anos.

Referindo-se ao tabagismo, neste estudo, o percentual geral foi de 7,2%, ligeiramente maior entre o grupo mais jovem (8,1% contra 5,4%, dos mais velhos). Considerando outros trabalhos, é perceptível um declínio persistente do consumo de tabaco nos últimos anos.

Ao avaliar a ingestão de bebidas alcoólicas, a frequência geral foi de 26,6%. Observou-se que os indivíduos com maior renda e escolaridade apresentam maior consumo de bebidas alcoólicas.

Na procura por serviços de saúde, visando medidas preventivas para manter a higidez, verificou-se que, entre os homens pesquisados, os que mais buscam estes serviços são os indivíduos casados, com mais idade e maiores renda e nível de escolaridade.

Os resultados encontrados neste estudo, de uma maneira geral, se coadunam com achados da literatura. No entanto, e isto é alvissareiro, percebeu-se uma tendência de melhora quanto a respostas concretas, por parte da população alvo, em relação aos assuntos pesquisados. Esta constatação, porém, não é justificativa para a adoção de uma posição de inércia e conforto por parte das pessoas responsáveis pela oferta e gerenciamento dos serviços de saúde.

Em função disto, preconiza-se providências, no sentido de esclarecer e conscientizar a população masculina sobre a importância da observação dos cuidados e medidas preventivas, com vistas à manutenção de sua saúde. Neste sentido, urge a elaboração de programas que visem reforço da autoestima e engajamento pessoal, direcionando para uma mudança do estilo de vida, com vistas à consecução de uma saúde física e mental plena, por parte da população estudada.

Ainda, considerando as conclusões deste trabalho, fica evidente a providencial tomada de atitudes, por parte de gestores e trabalhadores da saúde, na resolução de problemas que dificultam a adesão da população-alvo: ações visando diminuição dos fatores de risco, melhoria das condições físicas e de pessoal dos serviços de saúde, estimular divulgação de programas, elevar o alcance de palestras de orientação e aconselhamento, etc. Essencial, nesta direção, analisar a possibilidade da

implementação de ações e estratégias de saúde, adaptadas a diferentes faixas etárias e condições de renda e escolaridade, visando ampliar a abrangência e adesão, com conseqüente maior efetividade.

10 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. B. DE et al. Prevalência e características do tabagismo na população universitária da região de Lins-SP. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 545–550, 2011.

BARATA, RB. **A posição social e seus reflexos sobre a saúde. In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 23-39.

BARROS, A. J. D. et al. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3707–3716, 2011.

BASTOS, T. F. et al. Men's health: a population-based study on social inequalities. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2133–2142, 2012.

BRASIL (Constituição, 1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012b.

BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007**. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Brasília, DF: DOU, 22 maio 2007b.

BRASIL. **LEI Nº 11.705, DE 19 DE JUNHO DE 2008**. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Brasília: DOU, 20 de jun. 2008.

BRASIL. **Lei Nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012**. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro. Brasília: DOU, 21 dez. 2012a.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Alimentação saudável e sustentável**. Brasília: universidade de Brasília, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Perfil da Saúde no Homem**. In: Brasil, Ministério da Saúde (MS). *Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de Saúde*. Brasília: MS; 2007. p. 509-536.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Brasília-DF: 2009.

CAMELO, L. V. et al. Comportamentos saudáveis e escolaridade no Brasil: tendência temporal de 2008 a 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 4, p. 1011–1021, 2016.

CAMPANUCCI, Fabrício da S.; LANZA, Líria M. B. A atenção primária à saúde do homem. **Anais do II Simpósio Gênero e Políticas Públicas**. Universidade Estadual de Londrina, 18 e 19z de agosto de 2011. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/Fabricio%20Campanucci.pdf>. Acesso em: 13 set. 2014.

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**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2009.

CESAR, C. L. G. et al. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde na Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1989-1990: relatório final. São Paulo: **Faculdade de Saúde Pública da USP**, 1991.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.; LAURENTI, R. O sexo masculino vulnerável: razão de masculinidade entre os óbitos fetais brasileiros. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, abr. 2012.

CISA, Centro de Informação Sobre Saúde e Álcool- **Relatório Global sobre Álcool e Saúde** – 2014. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/artigo/4429/relatorio-global-sobre-alcool-saude-2014.php>. Acesso em: 12 de jun. de 2016.

COSTA, E. F. **Prática de atividade física e sua relação com a escolaridade em adultos de Ermelino Matarazzo**, Zona Leste de São Paulo, SP. Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública Prática, 2009.

COURTENAY, W. H.; KEELING, R. P. Men, Gender, and Health: Toward an Interdisciplinary Approach. **J Am Coll Health**, v. 48, n. 6, p. 243–246, 2000.

COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2569–2578, 2012.

DEL DUCA, G. F. et al. Como gênero e escolaridade interagem nos padrões de inatividade física em diferentes domínios em adultos? **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 29, n. 4, p. 653–661, 2015.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n.1, mar. 2005.

FURASTÉ, P. A. **Normas técnicas para o trabalho científico**: explicitação das normas da ABNT. 17. ed. Porto Alegre: Dáctilo-Plus, 2014.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, 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, v. 23, n. 3, mar. 2007.

GUIMARÃES, V. V. et al. Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 2, p. 314–325, 2010.

HAAS, J. S. Adult Preventive Health Care. **ACP Medicine**. 2013. http://www.medicinanet.com.br/acesso-mobile/?frm=/m/conteudos/acp-medicine/6251/assistencia_medica_preventiva_para_adultos.htm. Acesso em: 02 jul. 2016. Acesso em: 12 de jun. 2016.

HULLEY, Stephen B.; CUMMING, Steven R.; BROWNER, Warren S.; GRADY, Deborah G.; HEARST, Norman B.; NEWMAN, Thomas B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo demográfico. 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 05 jul. 2014.

INCA, I. N. D. C.-. **Tabagismo um grave problema de saúde pública**. Instituto Nacional de Câncer - Instituto Nacional de Câncer – INCA, v. 1, p. 6–9, 2007.

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. DOS S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2617–2626, 2012.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005.

LEAL, Andréa F.; FIGUEIREDO, Wagner S.; NOGUEIRA-DA-SILVA, Geórgia S. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, out. 2012.

LOLIO, C. A. et al. Prevalência de tabagismo em localidade urbana da região sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 262–265, 1993.

LOURENÇO, R. A.; LINS, R. G. Saúde do homem: aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento masculino. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 9, n. supl. 1, p. 12–19, 2010.

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

MALTA, D. C. et al. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 36, n. 1, p. 75-83, 2010.

MARTINS, T. G. et al. Inatividade física no lazer de adultos e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 814-824, 2009.

MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K.V. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

MOTA, J. et al. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. **Revista Brasileira de Educação Física**, v. 20, n. 3, p. 219–225, 2006.

NARDI, A.; GLINA, S.; FAVORITO, L. A. Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil. **International Braz J Urol**. V. 33: p. 1-7. 2007

OIT. **Problemas ligados ao álcool e a drogas no local de trabalho- — uma evolução para a prevenção**. Genebra: Organização Internacional do Trabalho. 2003.

OLIVEIRA, M. M. et al. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, n. 1, p. 273–278, 2015.

OLIVEIRA, N. et al. Benefícios da Atividade Física para Saúde Mental. **Saúde Coletiva**, v 08, n 50, p. 126-130, 2011.

PEREIRA, A. L. **Ações Educativas em contracepção: teoria e prática dos profissionais da saúde**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

PINTO, M.; UGÁ, M. A. D. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1234–1245, 2010.

PIRES, C. G. DA S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde sobre a dieta: uma perspectiva de pessoas negras hipertensas. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 46, n. 3, p. 233–252, 2012.

ROHDEN, F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

SALLES-COSTA, R. et al. Associação entre fatores sócio-demográficos e prática de atividade física de lazer no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 1095-1105, 2003.

SCHWARZ, E. et al. Política de Saúde do Homem. **Revista Saúde Pública**, v. 46, p. 1-9, 2012.

SMITH, D. R. Tobacco smoking by occupation in Australia and the United States: a review of national surveys conducted between 1970 and 2005. **Industrial health**, v. 46, p. 77-89, 2008.

SOUSA, A. R. F. et al. Análise dos fatores de risco relacionados à saúde do homem. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, v. 3, n. 2, p. 6-20, 2014.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre **necessidades**. 2002. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ue000039.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2014.

STEIN, R. Atividade física e saúde pública. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 5, n. 4, p. 147–149, 1999.

VAN EYKEN, E. B. B. D.; MORAES, C. L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 25, n. 1, p. 111-123, 2009.

WHO. **Global status report on alcohol and health**. World Health Organization, p. 1–100, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário Utilizado na Pesquisa

UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RS
PESQUISA: SAÚDE DO HOMEM NO MUNICÍPIO DE IJUÍ
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS
 Ano da avaliação.....

PROTOCOLO DE PESQUISA

Nome do Entrevistador:.....

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, SOCIO-DEMOGRÁFICOS E CULTURAIS:

Data da entrevista:...../...../.....

Nome completo:.....

Endereço:.....Nº:.....Bairro:.....Área:.....

Telefone:..... Idade:..... Data de nasc:/...../.....

Estado Civil: 1. () Solteiro 2. () Casado 3. () Viúvo 4. () Concubinato

Ocupação (atividade profissional):.....

Renda Familiar (quantos salários mínimos):

1. () abaixo de 1 salário mínimo
2. () de 1 a 2 salários mínimos
3. () acima de 2 salários mínimos
4. () não sabe
5. () não respondeu

Nº de pessoas que contribuem para renda familiar.....

Escolaridade:

1. () Analfabeto
2. () Ensino Fundamental Incompleto
3. () Ensino Fundamental Completo
4. () Ensino Médio Incompleto
5. () Ensino Médio Completo
6. () Ensino Superior Incompleto
7. () Ensino Superior Completo

2 CUIDADOS COM SAÚDE

I - Você procura por consulta médica frequentemente?

1. () Sim, para fazer *check up*
2. () Sim, para controle de doença já descoberta
3. () Somente quando doente (quando tem queixas)
4. () Não costuma procurar médico

II - Em relação aos cuidados com alimentação:

1. () Procura fazer uma dieta variada (balanceada)
2. () Procura evitar muito sal, gorduras, doces
3. () Alimenta-se sem observar cuidados

III - Quanto às atividades físicas:

1. () Somente o próprio trabalho
2. () Procura fazer exercícios (academia, caminhadas, jogos) uma ou duas vezes por semana
3. () Faz exercícios todos os dias
4. () Não faz nada

IV - Hábitos pessoais:

1. () Fuma
2. () Ingere bebidas alcoólicas
3. () Não fuma e não bebe
4. () Procura observar períodos de descanso necessário
5. () Não observa tempo de repouso

3. ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**I - Você utilizou algum serviço de saúde no último ano?**

1. () Sim
2. () Não

II - Se procurou, por qual motivo?

1. () Para fazer exames de prevenção
2. () Por apresentar algum problema de saúde (sinal de doença)
3. () Para buscar remédios

III - Qual serviço de saúde você procura, preferencialmente?

1. () Hospital
2. () Posto do bairro
3. () Consultório médico
4. () Farmácia
5. () Unidade de Pronto-Atendimento

IV - Você sabe se tem alguma destas doenças? (Marcar mais de uma, se necessário)

1. () Diabetes (açúcar elevado no sangue)
2. () Hipertensão (pressão alta)
3. () Doenças do coração
4. () Artrite ou artrose (reumatismo)
5. () Câncer
6. () Outras doenças (Quais?.....)

V - Como você descobriu ser portador destas doenças?

1. () Através de exames preventivos por iniciativa própria
2. () Através de consulta médica por não estar se sentindo bem
3. () Através de exames médicos exigidos pela empresa onde trabalha
4. () Através de consulta médica sugerida por familiares ou amigos
5. () Através de campanhas realizadas por entidades de saúde

VI - Você fez exames preventivos, com vistas à sua saúde, no último ano?

1. () Sim 2. () Não

Em qual local?.....

VII - Quais exames realizou na avaliação preventiva (se fez avaliação)? (Marcar mais de uma, se necessário)

1. () Exames de sangue e urina
2. () Exames de Raio X ou ecografia
3. () Exame de próstata
4. () Biópsia

VIII - No caso de não ter realizado exames preventivos, não fez por:

1. () Falta de informação
2. () Falta de oferta nos postos públicos
3. () Por não achar necessário fazê-los
4. () Por restrição do seu plano de saúde
5. () Falta de tempo

IX - Sabendo da importância dos exames de prevenção, não procurou fazer por: (marcar mais de uma, se necessário)

1. () Vergonha de ser examinado
2. () Por não ter queixas
3. () Por medo de descobrir doença que não sabia que tinha
4. () Por achar que procurar serviços de saúde pode ser visto como fraqueza para as outras pessoas
5. () Por achar que prevenção é coisa de mulher

X - Em relação aos serviços de saúde, o que poderia ser feito para aumentar a procura destes pelos homens?

1. () Ter serviços e horários exclusivos para atendimento dos homens
2. () Aumentar o número de funcionário masculinos nos serviços
3. () Realizar campanhas de esclarecimento sobre doenças em homens mais frequentemente
4. () Outras sugestões.....

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado Senhor,

Estamos desenvolvendo uma pesquisa cujo título é **A Saúde do Homem: limites e perspectivas para sua integralidade**. Este trabalho é fruto de estudos do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* (Mestrado) em Atenção Integral à Saúde nas Universidades Unijuí/Unicruz, e tem como objetivo analisar o comportamento dos homens a respeito de sua saúde, com ênfase nas limitações apresentadas pelos serviços de saúde, atuando como empecilhos à sua efetividade, no município de Ijuí/RS.

A metodologia utilizada para a realização da pesquisa está baseada em um instrumento de pesquisa, representado por um questionário autoaplicado, cuja realização não apresenta riscos de provocar constrangimentos, exposição de ordem moral e ética e situações que possam afetar a integridade psíquica e física da pessoa estudada.

Este estudo apresenta como benefícios, uma avaliação da prevalência das patologias que acometem os homens, em idade laborativa, do município de Ijuí/RS, e a atitude destes em relação à presença destas patologias. Também, visa contribuir para uma melhor avaliação da população masculina, pelas autoridades sanitárias responsáveis, com conseqüente contribuição no planejamento e aplicação de ações de saúde visando uma prevenção mais efetiva e uma melhora da qualidade de vida.

O estudo foi projetado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 e avaliado pelo Comitê de Ética da Unijuí.

Esta pesquisa será feita através de respostas a um questionário autoaplicado, cujos dados, posteriormente, serão transcritos e analisados. As informações serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa, podendo você ter acesso as suas informações e realizar qualquer modificação no seu conteúdo, se julgar necessário. Todos os documentos ficarão sob a responsabilidade do pesquisador principal, por um período de cinco anos e após serão deletados e/ou incinerados.

Nós pesquisadores garantimos que seu anonimato está assegurado e as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados a este projeto de pesquisa.

Você tem liberdade para recusar-se a participar da pesquisa, ou desistir dela a qualquer momento sem que haja constrangimento, podendo você solicitar que as informações sejam desconsideradas no estudo.

Mesmo participando da pesquisa poderá recusar-se a responder as perguntas ou a quaisquer outros procedimentos que ocasionem constrangimento de qualquer natureza.

Está garantido que você não terá nenhum tipo de despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, como também, não será disponibilizada nenhuma compensação financeira.

Eu, Evelise Moraes Berlezi, bem como Mauro Antonio Massafrá, assumimos toda e qualquer responsabilidade no decorrer da investigação e garantimos que as informações somente serão utilizadas para esta pesquisa, podendo os resultados vir a ser publicados.

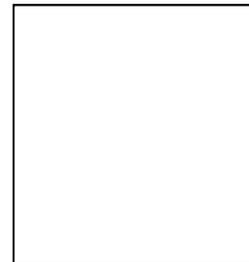
Se houver dúvidas quanto à sua participação poderá pedir esclarecimento a qualquer um de nós, nos endereços e telefones abaixo:

- Evelise Moraes Berlezi: Rua Floriano Peixoto, 541, ap 03, Centro, Ijuí/RS. Telefone: (055) 9608.9699.
- Mauro Antonio Massafra: Rua Ernesto Alves, 11, Cento, Ijuí/RS. Telefone: (055) 3332.8555.
- Ou ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unijuí - Rua do Comércio, 3.000 - Prédio da Biblioteca - Caixa Postal 560 - Bairro Universitário - Ijuí/RS - 98700-000. Fone (55) 3332-0301, e-mail: cep@unijui.edu.br.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o entrevistado ou responsável legal e a outra com os pesquisadores.

Eu, _____, CPF _____, ciente das informações recebidas concordo em participar da pesquisa, autorizando-os a utilizarem as informações por mim concedidas e/ou os resultados alcançados.

Assinatura do entrevistado



Impressão dactiloscópica

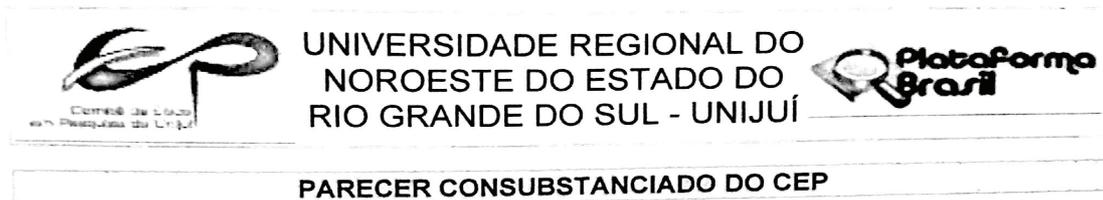
Evelise M. Berlezi
CPF 626.879.300-59

Mauro A. Massafra
CPF 296.199.120-04

Ijuí/RS, ____/____/____

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A SAÚDE DO HOMEM: LIMITES E PERSPECTIVAS PARA SUA INTEGRALIDADE
Pesquisador: Mauro Antonio Massafra
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 47113715.2.0000.5350
Instituição Proponente: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

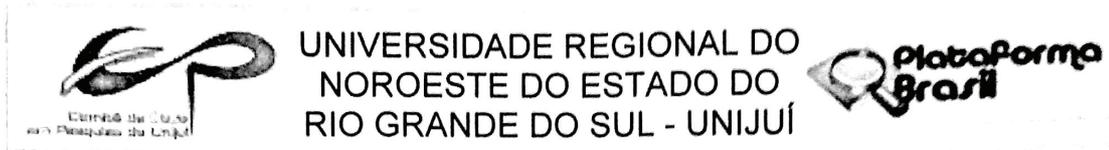
Número do Parecer: 1.672.755

Apresentação do Projeto:

A "Apresentação do projeto", "Objetivo da Pesquisa" e a "Avaliação dos Riscos e Benefícios", foram retirados da PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_773203_E1.pdf

A saúde do homem manteve-se relegada a um plano secundário durante muito tempo. Somente a partir de 2008 consolidou-se como política pública de saúde, apresentando-se como uma das prioridades do Sistema Único de Saúde (SUS). Vários estudos constataam que os agravos de saúde apresentados pela população masculina constituem verdadeiros problemas de saúde pública, os quais apresentam especificidades de tal população, tais como: a população masculina acessa o sistema, em grande número vezes, por meio da atenção especializada; os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas; e os homens morrem mais precocemente que as mulheres (NARDI et al., 2007; COURTENAY, 2007; LAURENTI et al., 2005; LUCK et al., 2006 apud BRASIL, 2008). O acesso dos homens ao Sistema de Saúde Pública por meio da atenção especializada significa que a presença de agravos de sua saúde poderiam ter sido evitados caso estes realizassem, com regularidade, medidas de prevenção primária. No entanto, apesar dos índices de morbimortalidade masculina representarem taxas significativas em relação a outros subgrupos populacionais, é perceptível que a procura dos homens pelos serviços de saúde de Atenção Básica é sensivelmente menor que das

Endereço: Rua do Comércio, 3.000
Bairro: Universtário **CEP:** 98.700-000
UF: RS **Município:** IJUI
Telefone: (55)3332-0301 **Fax:** (55)3332-0331 **E-mail:** cep@unijui.edu.br



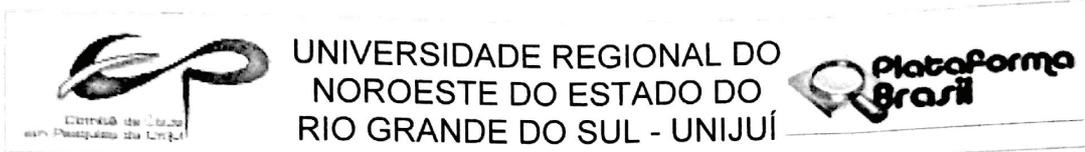
Continuação do Parecer: 1.672.755

mulheres (FIGUEIREDO, 2005). A evidente resistência dessa população em aderir a programas de promoção e prevenção de saúde, em parte, responde à existência de barreiras socioculturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos na cultura patriarcal, consideram a doença um sinal de fragilidade. Em contrapartida, o homem se julga invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais a situações de risco. A isto somam-se outros aspectos: a posição do homem como responsável provedor no meio familiar, impossibilitando-o de afastar-se do trabalho para cuidar de si; e a prioridade que os programas e os serviços de saúde garantem às crianças, adolescentes, mulheres e idosos. Com o objetivo de enfrentar essas dificuldades específicas da saúde masculina, o Ministério da Saúde lançou, em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Esta, além de levantar os principais fatores de morbimortalidade da saúde do homem, explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos da saúde, e as representações sociais sobre a masculinidade que comprometem o acesso à atenção primária. Dessa forma, a PNAISH objetiva promover a melhoria das condições de saúde dos homens do Brasil a partir de ações e serviços de saúde, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção e guiada pela mudança paradigmática no que concerne à percepção desta população em relação aos cuidados com sua saúde. A implementação de tal política, segundo o Ministério da Saúde, deverá ocorrer de forma integrada às demais políticas existentes, numa lógica hierarquizada de atenção à saúde, priorizando a atenção primária como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime. É de conhecimento amplo, portanto, o pouco empenho dos homens em procurar um estilo de vida saudável e que favoreça a manutenção de sua saúde. E, talvez, a resposta a este comportamento negligente seja encontrada nos depoimentos das pessoas diretamente envolvidas neste processo, ou seja, os profissionais de saúde lotados nos serviços primários e os próprios homens. Nesta perspectiva, este estudo visa a analisar os motivos de procura e os de não procura dos serviços primários de saúde por parte da população masculina de Ijuí, com a finalidade, posterior, de possibilitar estratégias que facilitem a resolução de problemas à obtenção de uma melhor efetividade quanto à prevenção e à manutenção da saúde da população objeto deste estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o comportamento dos homens acerca de sua própria saúde, com ênfase nas limitações apresentadas pelos serviços de saúde, atuando como empecilhos à sua efetividade, no município de Ijuí/RS.

Endereço: Rua do Comércio, 3.000	CEP: 98.700-000
Bairro: Univeristário	
UF: RS	Município: IJUI
Telefone: (55)3332-0301	Fax: (55)3332-0331
	E-mail: cep@unijui.edu.br



Continuação do Parecer: 1.672.755

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo é baseado na coleta de dados de uma amostra da população masculina, do município de Ijuí/RS, a partir de um questionário autoaplicado. Os quesitos que compõem o instrumento foram elaborados de forma a não provocar constrangimentos ou qualquer exposição ética e moral dos indivíduos pesquisados. Porém, se apesar disso ocorrer a explicitação de alguma dúvida ou desconforto, o pesquisador providenciará um novo esclarecimento sobre o projeto, visando, principalmente, a elucidação do evento referido.

Benefícios:

Este estudo apresenta como benefícios, uma avaliação da prevalência das patologias que acometem os homens, em idade laborativa, do município de Ijuí/RS, e a sua atitude em relação à presença dessas patologias. Visa, também, contribuir para uma melhor avaliação dessa população pelas autoridades sanitárias responsáveis, com consequente colaboração no planejamento e aplicação de campanhas e ações de saúde, visando à prevenção e melhora na qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este é um projeto vinculado ao Mestrado de Atenção Integral à Saúde e tem como objetivo principal analisar o comportamento dos homens acerca de sua própria saúde, com ênfase nas limitações apresentadas pelos serviços de saúde, atuando como empecilhos à sua efetividade, no município de Ijuí/RS. Trata-se de um estudo observacional, transversal analítico em que a população do estudo serão homens, com idade igual ou superior a 20 anos e até 60 anos, trabalhadores em empresas jurídicas públicas ou privadas, estabelecidas no município de Ijuí/RS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há lista de pendências éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUI acompanha o parecer do relator.

Endereço: Rua do Comércio, 3.000

Bairro: Univenstário

CEP: 98.700-000

UF: RS

Município: IJUÍ

Telefone: (55)3332-0301

Fax: (55)3332-0331

E-mail: cep@unijui.edu.br



UNIVERSIDADE REGIONAL DO
NOROESTE DO ESTADO DO
RIO GRANDE DO SUL - UNIJUI



Continuação do Parecer: 1.672.755

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_773203 E1.pdf	10/08/2016 11:18:14		Aceito
Outros	autorizacaocotrijui.pdf	10/08/2016 11:16:21	Mauro Antonio Massafra	Aceito
Outros	AutorizacaoGimenez.pdf	10/08/2016 11:15:45	Mauro Antonio Massafra	Aceito
Folha de Rosto	FR.jpg	07/07/2015 11:15:38		Aceito
Outros	Instrumento de pesquisa.docx	07/07/2015 10:29:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Mauro Massafra projeto de mestrado CEP final.doc	07/07/2015 10:28:27		Aceito
Outros	Evelise Moraes Berlezi.pdf	07/07/2015 10:24:32		Aceito
Outros	Termo de Ciência.jpg	07/07/2015 10:21:49		Aceito
Outros	Mauro Antonio Massafra.pdf	07/07/2015 10:21:29		Aceito
Outros	Autorização UNIJUI.jpg	07/07/2015 10:21:03		Aceito
Outros	Autorização Municipio.jpg	07/07/2015 10:20:51		Aceito
Outros	Autorização MTU.jpg	07/07/2015 10:20:38		Aceito
Outros	Autorização HCl.jpg	07/07/2015 10:20:26		Aceito
Outros	Autorização Fonte da Ilha.jpg	07/07/2015 10:20:14		Aceito
Outros	Autorização DEMEI.jpg	07/07/2015 10:19:58		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de Consentimento.docx	06/07/2015 20:06:40		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua do Comércio, 3.000

Bairro: Univeristário

CEP: 98.700-000

UF: RS

Município: IJUI

Telefone: (55)3332-0301

Fax: (55)3332-0331

E-mail: cep@unijui.edu.br



UNIVERSIDADE REGIONAL DO
NOROESTE DO ESTADO DO
RIO GRANDE DO SUL - UNIJUI



Continuação do Parecer: 1.872.755

IJUI, 11 de Agosto de 2016

Assinado por:
Anna Paula Bagetti Zeifert
(Coordenador)

Endereço: Rua do Comércio, 3.000

Bairro: Universtário

CEP: 98.700-000

UF: RS

Município: IJUI

Telefone: (55)3332-0301

Fax: (55)3332-0331

E-mail: cep@unijui.edu.br