

## **SITUAÇÃO DE SAÚDE DE HOMENS ASSISTIDOS NO ESTADO DO CEARÁ**

Ana Ruth Vieira de Lima<sup>1</sup>; Cassiana Viana Silva<sup>1</sup>; Maria Tamires Ferreira de Araújo<sup>1</sup>;  
Sabrina Kérzia Sampaio de Holanda<sup>1</sup>; Huana Carolina Candido Moraes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Católica de Quixadá;

E-mail: anaruthvieira@hotmail.com.br; lovecassinha@hotmail.com;

tamysaraujo1@hotmail.com; Sabrina.kerzia@gmail.com

<sup>2</sup>Mestre em enfermagem. Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Católica de Quixadá; E-mail: huanamoraes@fcrs.edu.br

### **RESUMO**

Este trabalho tem por objetivo investigar a situação da saúde do homem para analisar os agravos e a procura por atendimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Estado do Ceará. O referencial teórico se baseia em STOCKLE, et al (1993) e no PORTAL DA SAÚDE (2014). Sua justificativa é que gênero é um termo para várias referências, podendo significar principalmente a diferença entre os homens e as mulheres, o qual será abordado no presente trabalho. Diante disso, a questão homem e masculinidade ganha relevância quando aborda o quesito gênero. O homem ao se sobrecarregar com suas obrigações diárias acaba caindo no esquecimento do cuidado pessoal. A atenção primária busca alcançar bons resultados na saúde da população e o homem tem por direito a saúde digna de qualidade e com um fácil acesso. A metodologia se baseia em pesquisas mais amplas de artigos referentes ao tema e de dados obtidos através do SESA/CE E DATASUS. As pesquisas foram realizadas no período de abril e maio de 2016, onde os dados epidemiológicos coletados foram do período do ano de 2010 a 2015. Ao final, o estudo tem em vista analisar as consequências acarretadas a saúde do homem, em função das barreiras encontradas pela população masculina. Identificou que é evidente a necessidade de mais precisão dos dados notificados, gerando uma reflexão a respeito da saúde masculina, que venha a favorecer o acesso dos homens aos serviços de saúde, a fim de facilitar o processo saúde - doença.

**Palavras-chave:** Saúde. Homem. Doença.

### **INTRODUÇÃO**

Desde a segunda metade do século XIX, quando a saúde se torna questão de Estado e intervenções de diferentes feitios passam a atravessar o “corpo” social com o objetivo de sanear-lo ou de aperfeiçoá-lo eugenicamente, determinados sujeitos mereceram atenção especial, singularizando-se na medida em que a ação do Estado os interpelava. Alguns deles, como criminosos, loucos ou homossexuais, receberam tal atenção pelo perigo social que supostamente representavam; outros, como foi o caso das mulheres durante grande parte do século XX, pela responsabilidade que lhes era atribuída na reprodução de uma raça forte e sadia (STOCKLE, 1993 apud CARRARA, et al. 2009, p. 2).

É possível perceber que os homens não têm na sua cultura o hábito de buscar ajuda e acompanhamento quando o assunto é sua saúde, uma vez que se auto caracterizam como gênero forte, viril, saudável. O processo da construção de identidade é fortemente ligado a este tema, devido ao machismo, que confere ao homem dignidade, respeitabilidade, necessidade apenas

de cumprir suas responsabilidades pessoais e com a família, excluindo-se assim do espaço saúde (FIGUEREDO; SCHRAIBER, 2011).

Nesse contexto, os homens possuem um sentimento de serem indestrutíveis e inabaláveis, acreditando que problemas de saúde não vão afetá-los. Ao contrário das mulheres, que vão ao ginecologista, durante a maternidade passam por diversas consultas, acompanham os filhos no pediatra e vão a consultas de rotina, os homens só procuram um médico quando sua condição de saúde se modifica. Visando assim a doença como um sinal de fragilidade, consideram que os serviços de saúde são locais dirigidos para os mais fracos: crianças, mulheres e idosos (GOMES et al., 2011).

Propondo discutir uma nova política de saúde do homem, buscando meios de se trabalhar a coletividade masculina mediante a promoção, prevenção e questões relacionadas ao modo com que esses sujeitos vivenciam seus adoecimentos e o cuidado de si e dos outros. A implementação da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem/PNAISH, que foi instituída pela Portaria nº 1.944/GM, do Ministério da Saúde, de 27 de agosto de 2009 (PORTAL DA SAÚDE). Um dos principais objetivos desta Política é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; outro é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. Este conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p3).

Com o sentido de chamar à atenção do público masculino este trabalho foi desenvolvido por diversas razões, a principal delas é valorização do corpo no sentido saúde, já que alguns homens só valorizam o físico o qual também predispõem as doenças, esquecendo-se de cuidados básicos.

Dados de pesquisas do ano de 2011 revelou que doenças do aparelho circulatório, causas externas, neoplasias e doenças do aparelho respiratório foram às quatro principais causas de morte entre homens. Entretanto complicações deste gênero poderiam ser evitadas se os homens realizassem medidas de prevenção primária. A não aderência masculina à atenção primária resulta na sobrecarga financeira da sociedade e também no sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família. Buscamos nesse trabalho, associar a masculinidade ou o ser homem a numerosos assuntos, predominando, os seus problemas de saúde (BARBOSA, 2010).

Este trabalho é de relevância, já que estudos comparativos entre homens e mulheres vêm comprovando o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres por não tomarem medidas preventivas (NARDI et al., 2007; COURTENAY, 2007; IDB, 2006; LAURENTI et al., 2005; LUCK et al., 2000).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Um estudo quantitativo parte de um princípio onde o pesquisador irá iniciar a partir de quadros conceituais de referência tão bem estruturados quanto possível, formulando hipóteses sobre os fenômenos e situações que quer estudar. Uma lista de consequências é então deduzida das hipóteses. A coleta de dados prioriza apontar numericamente (ou informações conversíveis em números) a frequência e a intensidade dos comportamentos dos indivíduos de um determinado grupo, ou população. Os dados são analisados com apoio da estatística (inclusive multivariada) ou outras técnicas matemáticas. Também, os tradicionais levantamentos de dados são o exemplo clássico do estudo de campo quantitativo (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008, p. 7).

A análise ocorrerá de forma descritiva com a utilização da literatura pertinente, utilizando os gráficos e indicadores colhidos na SESA (Secretaria de Estado da Saúde) /CE e as políticas públicas lançadas no Ceará referentes à temática. Os dados serão coletados no mês de abril a maio, a partir da Secretaria de Saúde do Município de Quixadá.

A Unidade Básica de Saúde é a porta de entrada para a inclusão e início de tratamento do SUS. A partir do conceito de Atenção Básica pode-se considerar que a missão da Unidade Básica de Saúde (UBS), independentemente da estratégia de sua organização, é desenvolver ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de modo a intervir no processo de saúde doença da população respeitando os princípios de integralidade, equidade e universalidade, ampliando a participação e o controle social com vistas à Vigilância à Saúde na defesa da qualidade de vida (SAS-SECONSI).

Dentre as suas funções estão a conhecer a realidade da população (diagnóstico epidemiológico); elaborar plano de saúde com base no diagnóstico; desenvolver ações de vigilância à saúde atuando no controle de doenças; prestar atenção integral resolvendo a maior parte dos problemas da saúde detectados; organizar os serviços estabelecendo vínculos, desenvolvendo ações educativas e intersetoriais; entre outros (SAS-SECONSI).

Os dados coletados serão: as taxas de mortalidade por doenças cardíacas, de tabagismo, acompanhamento dos homens de acordo com os registros da UBS, hipertensão, diabetes, etc.

A Resolução 466/2012/CNS/MS/CONEP fundamenta-se em buscar o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos; incorporando sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: **autonomia, não maleficência, beneficência e justiça**, entre outros, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Esta resolução entende **pesquisa** como uma classe de atividades cujo objetivo é desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável que consiste em teorias, relações ou princípios ou no acúmulo de informações sobre os quais estão baseados, que possam ser corroborados por métodos científicos aceitos de observação e inferência, e a **pesquisa** envolvendo seres humanos como aquela que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.

Destaca-se que a pesquisa utilizará dados consolidados e de domínio público de forma que dispensa a análise de um Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo estimativas do DATASUS e SESA-CE, coletamos dados epidemiológicos de casos de hipertensão, diabetes, taxa de incidência de tuberculose e mortalidade de homens assistidos no estado do Ceará durante os anos de 2010 a 2015, porém, alguns dados só havia notificações até determinados meses do ano de 2013.

Foram notificados que a população masculina cadastrada com Hipertensão no ano de 2010 eram de 1.189; no ano de 2011 foram 1.389; em 2012 foram 955 e no ano de 2013 até o mês de abril eram de 113. Os casos de diabetes tipo II que foram notificados em 2010 eram de 490; em 2011 foram 462; em 2012 foram 323 e em 2013 até o mês abril eram 24 casos. As taxas de incidência de tuberculose em 2010 eram de 1.111; em 2011 eram 1.107; e em 2012 eram de 1.036casos.

Nota-se que os dados de Hipertensão nos anos de 2010 e 2011 aumentaram, já nos anos de 2012 e 2013 houve então uma leve queda nestes dados. Devido à Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem/PNAISH ter sido implementada apenas um ano antes, em 2009, os dois anos posteriores ainda estariam em fase de adaptação, e iriam diminuindo os

casos de acordo com os anos. Com uma queda nos números de dados pressupõe que tal política está tendo sucesso, ou os dados não estão sendo notificados corretamente, visto que, encontramos locais que não havia nenhum dado.

Os casos de mortalidade masculina notificados no ano 2010 eram de 25.414; em 2011 eram de 27.552; em 2012 eram de 28.458; em 2013 eram de 30.081; em 2014 eram de 30.289 e em 2015 eram de 30.990.

Segundo estudos, verificou-se que a maioria dos indicadores tradicionais de saúde mostra, com clareza, que o percentual de mortalidade masculina é maior em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas em relação ao percentual feminino. No Brasil, essas diferenças, que eram de aproximadamente cinco anos, durante as décadas anteriores a 1980, elevaram-se nas décadas seguintes, sendo que, para 2001, as mulheres tinham maior sobrevivência de oito anos, em relação à esperança de vida masculina, respectivamente, 73 e 65 anos. (Ripsa, 2004). Em países desenvolvidos, a diferença é de aproximadamente cinco anos, como nos Estados Unidos e Canadá (OPS, 2003).

## AGRADECIMENTOS

A Deus por ter nos dado saúde e força para superar as dificuldades.

A nossa professora orientadora, Huana Carolina, que sempre esteve a nossa disposição, auxiliando em todos os passos deste trabalho.

A este centro universitário que permitiu o curso de enfermagem na realização do trabalho interdisciplinar, visando agregar conhecimentos.

## CONCLUSÕES

Com base nessas coletas, observa-se que há um desfalque nas notificações, dificultando uma estimativa de forma consistente da dimensão do problema, porém, mesmo com poucos dados, subentende-se que deve estar havendo uma busca maior dos homens na atenção primária já que observou-se que dados de doenças diminuíram após a adaptação da política, visto que uma maior busca pode relacionar-se a uma maior prevenção dessas doenças, ocasionando provavelmente a queda nos dados ;ou a maioria dos dados não estão sendo notificados, acarretando assim uma conclusão incompleta e imprecisa sobre o assunto.

## REFERÊNCIAS

PORTAL DA SAÚDE. **Saúde do homem**. Portal saúde, disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em: 24 fev. de 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, p. 3, novembro de 2008.

BROLEZI, E. A.; MARQUES, G. O.; MARTINEZ, L. C. B. As principais causas de adoecimento e morte em homens no Brasil. **Revista saúde**, p. 102, 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 Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 659-678, setembro, 2009.

FIGUEREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homem usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da

população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, p.430-433, 2011.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16 (Supl. 1), p. 983-992, 2011.

UBS- Unidade Básica de Saúde. **SAS SECONSI-SP OSS**, disponível em: <<http://sas-seconci.org.br/index.php/onde-atuamos/ubs-unidade-basica-de-saude>>. Acesso em: 24 nov. de 2015.

**DATASUS**. Portal saúde, disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASU/index.php>>. Acesso em: 18 maio de 2016.

**PERFIL DA SAÚDE**. SESA, disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/categoria-2?cssfile=principal2.css>>. Acesso em 18 de maio de 2016.

LAURENTI, R., JORGE, M. H. P. M., GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1): 35-46, 2005.