

PERCEPÇÃO DO CENÁRIO ATUAL DA SAÚDE DO HOMEM: DIFICULDADES ENCONTRADAS POR INDIVÍDUOS MASCULINOS EM MONITORAMENTO CONTÍNUO DE PRESSÃO ARTERIAL E DIABETES NA PROCURA POR ASSISTÊNCIA DE SAÚDE EM CÁCERES- MT

PERCEPTION OF CURRENT OF MEN HEALTH SCENARIO: DIFFICULTIES
ENCOUNTERED BY MALE INDIVIDUALS IN CONTINUOUS MONITORING
OF BLOOD PRESSURE AND DIABETES IN THE DEMAND FOR HEALTH
CARE IN CÁCERES- MT

Josiane Magalhães¹, Romário Luiz da Silva²

RESUMO

A baixa frequência de homens principalmente nos serviços de atenção primária configura-se como um fator que dificulta a adoção de medidas que venham promover o autocuidado na população masculina, tornando os mesmos dependentes futuramente de cuidados terapêuticos mais avançados, quando se exige maior comprometimento na resolução do problema. O estudo teve como objetivo identificar características sociais, econômicas, socioculturais, hábitos de vida e, principalmente, elementos que dificultem no momento da procura por assistência de saúde pelo público masculino entrevistado. Trata-se de uma pesquisa de campo de natureza descritiva, qualitativa e quantitativa, na Associação Remanso Fraterno João Gabriel, desenvolvida mediante uma entrevista, abordando apenas indivíduos do sexo masculino frequentadores das atividades ali desenvolvidas. Este estudo possibilitou enxergar de forma clara o contexto de vida dos participantes bem como fatores que interferem no processo de busca por serviços de saúde pela população masculina, direcionando a conclusão de que a saúde do homem, em um contexto mais amplo, merece profunda consideração, uma vez que os homens, apesar de serem vistos culturalmente como seres mais resistentes, são susceptíveis às mais variadas interferências patológicas, necessitando serem acolhidos e tratados de acordo com suas particularidades.

Palavras-chave: Saúde do Homem. Comportamento de busca. Acesso aos serviços de saúde.

-
1. Professora Doutora docente na UNEMAT – Cáceres/MT
 2. Bacharel em Enfermagem pela UNEMAT – Cáceres/MT

Correspondência

Romário Luiz da Silva - Rua Travessa Jacobina, 147, Cavalhada, Cáceres - MT, CEP: 78200-000
E- mail: romariols_@hotmail.com

ABSTRACT

Low frequency of men especially in primary care services appears as a factor that hinders the adoption of measures that will promote self-care to male population, making them dependent in the future of more advanced therapeutic care when it requires greater commitment in solving the problem. This study aimed to identify social, economic, socio-cultural and lifestyle aspects, as well, especially, difficult elements when respondent male needs health care. This is a descriptive field research, qualitative and quantitative, in Remanso John Gabriel Fraternal Association, developed through an interview, addressing only male individuals goes of the activities developed in the institution. Through this study, it is possible to see clearly the context of life of the participants as well factors that interfere in the search process for health services for the male population, targeting the conclusion that human health in a broader context deserves deep consideration, because men, although they are culturally seen as stronger beings, they are susceptible to various pathological interference and need to be welcomed and treated according to their particularities.

Keywords: Men's Health. Seeking behavior. Access to health services.

INTRODUÇÃO

A saúde do homem em um contexto geral vem ganhando força nos últimos anos, mas ainda se encontra muito abaixo o número de artigos relacionados à promoção da saúde masculina.^{1,2}

O Ministério da Saúde, ao lançar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, em 2008, exhibe sua preocupação com a questão, diante da elevada morbimortalidade masculina, quando comparada à feminina nos últimos anos.³

O Sistema Único de Saúde (SUS), em seu artigo 196, coloca a saúde como direito de todos e dever do Estado⁴. Apesar da criação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem pelo Ministério da Saúde e do empenho do Estado na efetivação do Programa de Saúde da Família (PSF), ainda se percebe a ausência masculina nas atividades de atenção básica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).^{3,5,2,6}

Pinheiro et al.⁷ explica tal situação quando afirma que “As mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção, enquanto os homens procuram serviços de saúde predominantemente por motivo de doença.”

Como já referida, a baixa frequência de homens nos serviços de atenção primária configura-se como um fator que impede a adoção de medidas que venham a promover o autocuidado na população masculina. Se estes procurassem as Unidades Básicas de Saúde de modo preventivo, talvez não houvesse agravamento de possíveis patologias e eles não se tornariam dependentes futuramente de cuidados terapêuticos mais avançados, quando se exige maior comprometimento do

indivíduo necessitado. Além disso, favoreceria a redução de tempo e custos de tratamento, tornando o processo de recuperação da saúde mais seguro e barato.³

Tal ausência, em primeira instância, pode estar ligada a questões culturais em que o fato de o homem frequentar uma Unidade Básica de Saúde ou qualquer outro serviço de saúde em ambos os níveis de complexidade os tornaria mais feminilizados e fragilizados, visto que tal comportamento seja mais adotado pelo sexo feminino.^{5,2}

Vários estudos já identificaram diversas explicações para tal comportamento, como o pudor na exibição corporal, a falta de tempo disponível e a preferência por outros meios de busca por serviços relacionados à saúde, como prontos-socorros e farmácias. Em termos de visão masculina, tanto a farmácia quanto os prontos-socorros responderiam mais objetivamente às suas demandas.^{5,2}

Ainda assim, é observada significativa descrença na eficiência dos serviços prestados, fator ligado principalmente a questões de organização das próprias unidades de saúde. Neste caso, os homens sentiriam mais dificuldades para serem atendidos, seja pelo tempo perdido na espera da assistência, seja por considerarem as UBS como um espaço feminilizado, frequentados principalmente por mulheres e composto de uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres.^{5,2}

O município de Cáceres, localizado no estado de Mato-Grosso, conta com 32 unidades de atendimento ambulatorial distribuídas e controladas pela Secretária Municipal de Saúde. Nessas unidades, são desenvolvidas diversas ações de saúde, e destaca-se o HIPERDIA, programa destinado ao cadastramento e acompanhamento de indivíduos portadores de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial (HA) na rede ambulatorial do SUS.^{8,9}

Dos 249 óbitos registrados do sexo masculino em 2012 em Cáceres- MT, 58 foram relacionados a distúrbios circulatórios, sendo a HA e o DM os principais fatores de risco no seu desenvolvimento.¹⁰

A baixa frequência masculina na atenção básica de saúde remete a tal situação, visto que as unidades oferecem serviços de prevenção e controle aos fatores de risco inerentes às principais patologias circulatórias.

Portanto, este estudo se justifica na possibilidade de detectar possíveis obstáculos na busca por assistência de saúde, dando voz de opinião aos atores sociais envolvidos e com intuito de entender as dimensões culturais e sociais no processo de evasão masculina dos serviços públicos de saúde.

O conhecimento de tais obstáculos é de grande importância para formulação de ações de saúde pela equipe multidisciplinar das UBS, de modo a formular estratégias que possam atrair a população em questão, levando em conta suas particularidades vivenciais para, assim, favorecer uma assistência mais efetiva em ambos os aspectos.

Haja vista, este estudo se propõe a analisar as barreiras encontradas pela população masculina portadora de HA e/ou DM, ou que ainda não apresentam a doença, mas estão em monitoramento contínuo de pressão arterial e glicose sanguínea no acesso aos serviços de atenção primária, visto que ambas as enfermidades se colocam como principais fatores de risco no desenvolvimento e agravamento de patologias cardiovasculares graves, sendo as mesmas responsáveis por grande parte do índice de mortalidade em homens.

Particularmente pretende-se diagnosticar hábitos de vida considerados prejudiciais ou predisponentes às patologias citadas, enfatizando precisamente o hábito de fumar, o alcoolismo e o sedentarismo.⁸

Os resultados do estudo poderão ajudar na compreensão do dilema existente citado por Gomes, Nascimento e Araújo, em que os dados epidemiológicos apontam o homem como mais vulnerável, e ao mesmo tempo o senso comum os vê como mais invulneráveis frente a questões de saúde.²

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de campo de natureza descritiva, qualitativa e quantitativa, de caráter exploratório, pois proporciona maior aproximação com o problema, tornando mais explícito, além de favorecer a construção de hipóteses.¹¹

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), sob protocolo número 044633/2014. Todos os indivíduos que participaram da pesquisa receberam devido esclarecimento de todos os objetivos da pesquisa, a que se destina e a forma de

divulgação da mesma, além de assinarem um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) como autorização de divulgação dos dados coletados.

O estudo foi desenvolvido na cidade de Cáceres- MT, localizada a 210 km de Cuiabá, situada a sudoeste do estado. Segundo IBGE (2010), apresenta população estimada de 87.942 habitantes, sendo destes 50% (44.098) homens, lotados em uma unidade territorial de 24.351.408 km².¹²

A Associação Remanso Fraterno João Gabriel constituiu-se em local de coleta de dados em razão de promover atividades de monitoramento, prevenção e controle de doenças hipertensivas e DM, de apresentar em sua clientela indivíduos masculinos usuários da saúde pública, além de se encontrar intimamente ligada a indivíduos com faixa etária mais elevada, haja vista que vários estudos associam as patologias em questão à faixa etária acima dos 60 anos.^{13,8,14}

O público da pesquisa constituiu-se de 12 indivíduos masculinos em monitoramento contínuo de pressão arterial e glicose sanguínea participantes de atividades desenvolvidas na Associação Remanso Fraterno João Gabriel.

A pesquisa teve como subsídio de informações coleta de dados mediante uso de entrevistas semiestruturadas baseadas em perguntas norteadoras de pesquisa previamente elaboradas.

As perguntas foram relacionadas a vários aspectos, entre eles, idade, níveis de escolaridade e socioeconômico, ocupação, hábitos de vida, satisfação com a assistência de saúde recebida por eles e com maior relevância as dificuldades encontradas na procura por assistência nas Unidades Básicas de Saúde.

Os dados obtidos foram discutidos em forma de tabelas informativas, que segundo Marconi e Lakatos, quando utilizados com habilidade, podem evidenciar aspectos visuais dos dados de forma clara e de fácil compreensão, além de fornecer conhecimento real, atual, do problema estudado.¹⁵

Como bases para discussão dos resultados, foram utilizados estudos anteriores relacionados ao tema, tendo como fonte de busca livros, websites especializados Google Acadêmico, SciELO e Revista do Nordeste de Enfermagem. Os descritores ou palavras chaves foram os seguintes: “Saúde do Homem”, “Assistência de Saúde” e “Dificuldade de Acesso”.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dados pessoais dos participantes da pesquisa

A Tabela 1 demonstra a faixa etária de idade encontrada entre os indivíduos participantes da pesquisa, onde é perceptível a predominância de indivíduos com idade acima de 65 anos, fator que gera preocupação, haja vista que tais patologias abordadas neste estudo se associam às faixas etárias mais elevadas.

Pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) - estados permanentes ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas (comorbidades).¹⁶

Tabela 1: Número e porcentagem de faixa etária de idade dos participantes da pesquisa		
Faixa Etária (Idade)	n	%
18- 44	2	17
45- 50	0	0
51- 55	2	17
56- 60	1	8
61- 65	1	8
Mais que 65	6	50
Total	12	100

A percepção da idade da população a ser trabalhada possibilita que sejam elaboradas atividades adequadas àquele público específico, que, quando praticadas corretamente, se mostram muito importantes para obtenção de qualidade de vida e autonomia por parte dos indivíduos aqui tratados.

A Tabela 2 apresenta os níveis de escolaridade mais comumente encontrados entre os participantes da pesquisa, onde nos transmite a informação de que o público alvo apresenta, em sua maioria, baixo nível de escolaridade, sendo predominante o ensino fundamental entre 42% dos entrevistados.

Tabela 2: Número e porcentagem de níveis de escolaridade dos participantes da pesquisa		
Escolaridade	N	%
Nenhuma	3	25
Primário	5	42
Médio	3	25
Superior	1	8
Total	12	100

Essa realidade se configura como de suma importância a se considerar no direcionamento de orientações sobre saúde àquela população, já que se trata de indivíduos de baixo nível de escolaridade, sendo necessária maior atenção e uso de métodos didáticos adequados ao entendimento por parte de tal público.

Não menos importante, o mesmo gráfico mostra que 25% dos entrevistados referem nunca ter estudado, o que reforça ainda mais a necessidade de adequação da linguagem entre instrutor e receptor.

A Tabela 3 exhibe aspectos sociais do público alvo da pesquisa, de modo que 75% (9) dos indivíduos entrevistados são casados, 17% (2) dos indivíduos são viúvos e um (8%) indivíduo se denomina como solteiro. Percebe-se que, das 12 pessoas entrevistadas, 3 (25%) afirmam morarem sozinhos em suas residências, gerando muita preocupação, uma vez que se encontram em sua maioria em faixa etária mais elevada e assim sujeitas a acidentes domésticos e até ao risco de adoecimento e complicações devido a alguma patologia ou eventuais situações geradoras de complicações de saúde na população estudada.

Tabela 3: Número e porcentagem de aspectos sociais dos participantes da pesquisa			
Estado Civil e Convívio Social	N	%	
Casado	9	75	
Viúvo	2	17	
Solteiro	1	8	
Total	12	100	
Mora Sozinho			
Sim	3	25	
Não	9	75	
Total	12	100	

A grande propensão da pessoa idosa à instabilidade postural e à alteração da marcha aumenta o risco de quedas. As quedas representam um sério problema para as pessoas idosas e estão associadas a elevados índices de morbimortalidade, redução da capacidade funcional e institucionalização precoce.¹⁶

Dados socioeconômicos do público entrevistado

A Tabela 4 relata o contexto socioeconômico do público entrevistado. Com relação ao fator ocupacional, constata-se que 75% (9) são aposentados e 25% (3) não aposentados. Dentre todos os indivíduos entrevistados, 58% afirmam ainda exercer algum tipo de atividade de trabalho, sendo encontradas com maior frequência entre os entrevistados as profissões de motorista, guarda, professor, funcionário público, trabalhador braçal e militar.

Tabela 4: Número e porcentagem de aspectos socioeconômicos dos participantes		
Características econômicas	n	%
Aposentado		
Sim	9	75
Não	3	25
Total	12	100
Trabalha		
Sim	5	42
Não	7	58
Total	12	100

A realidade que se mostra é de grande benefício para o público considerado no estudo, pois transmite a ideia de que, apesar de se encontrar em sua maioria em uma faixa etária mais elevada, ainda consegue exercer determinadas atividades, que, além de proporcionar autonomia financeira, proporcionam bem-estar relacionado ao sentimento de independência por parte dos indivíduos, além de favorecer o convívio social.

A Tabela 5 mostra com clareza, a renda familiar dos participantes da pesquisa. Conforme análise, percebe-se que este grupo populacional não possui elevado poder econômico, o que, de certa maneira, interfere significativamente na qualidade de vida dos mesmos, podendo exercer forte influência nos seus hábitos de vida, principalmente relacionado à questão alimentar.

Tabela 5: Número e porcentagem de renda familiar dos indivíduos participantes da pesquisa		
Renda familiar	n	%
Salário Mínimo		
1 a 3	7	58
4 a 6	1	9
Mais que 6	4	33
Total	12	100

A HA e o DM são patologias que exigem profundo controle alimentar para prevenção e controle das mesmas. Para tal finalidade se faz necessário o consumo de alimentos integrais, não gordurosos, com baixo teor de sódio e açúcar. O consumo de alguns alimentos enquadrados nessas especificações, como os alimentos integrais, apresentam um alto custo econômico, dificultando o acesso aos mesmos.

A escolha de alimentos pobres e regime alimentar inadequado contribui diretamente para o excesso de peso, obesidade, doença cardíaca, diabetes, câncer e, indiretamente, para outros problemas como a depressão e o desajuste social e econômico.¹⁷

Hábitos de vida diária do público da pesquisa

A Tabela 6 exhibe o índice de tabagismo entre o público da pesquisa. É possível constatar que mais de 83% dos entrevistados não fazem uso de tabaco, fato de grande importância para prevenção e controle de HA e DM, já que se constitui em um importante fator de risco e agravo destas patologias.

Tabela 6: Número e porcentagem de índice de tabagismo entre os participantes da pesquisa

Tabagismo	n	%
Sim	2	17
Não	10	83
Total	12	100

A fumaça do cigarro é uma mistura de aproximadamente 4.720 substâncias tóxicas diferentes e se constitui de duas fases fundamentais: a fase particulada e a fase gasosa. Na fase gasosa é composta, entre outros, por monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína. A fase particulada contém nicotina e alcatrão. Essas substâncias tóxicas atuam sobre os mais diversos sistemas e órgãos. Contém mais de 60 cancerígenos.¹⁸

Responde por 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema), 25% das mortes por doença cerebrovascular e 30% das mortes por câncer.¹⁹

Cerca de 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes. O uso do tabaco desencadeia e agrava condições como a HA e o DM. Também aumenta o risco das pessoas desenvolverem e morrerem por tuberculose.¹⁹

Considerando a importância do etilismo também como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento e agravamento de patologias cardiovasculares e DM, a Tabela 7 exibe o índice de alcoolismo entre os participantes da pesquisa, sendo transmitida a ideia de que o público alvo desta pesquisa possui total discernimento dos malefícios que o uso rotineiro do álcool pode acarretar, já que apenas 2 indivíduos (17%), relataram fazer uso de bebidas alcoólicas em sua vida diária.

Tabela 7: Número e porcentagem de índice de alcoolismo entre os participantes da pesquisa

Etilista	n	%
Sim	2	17
Não	10	83
Total	12	100

Considerando o fato de que o público alvo deste estudo em sua maioria tem acima de 65 anos, deve-se direcionar maior atenção em relação ao alcoolismo.

O uso maciço de álcool pode alterar os efeitos terapêuticos de vários medicamentos, podendo afetar adversamente vários processos patológicos. O cérebro envelhecido parece ser mais suscetível ao álcool do que o jovem. A mesma dose resulta em um pico sanguíneo de álcool muito maior.²⁰

A Tabela 8 mostra o quantitativo de indivíduos ativos fisicamente e o índice de sedentarismo entre o público participante da pesquisa, sendo possível observar que 83% do grupo populacional entrevistado se encontra ativo no que se refere à prática de atividade física. Destes, cerca de 40% demonstram durante entrevista realizar atividade física diariamente, sendo de extrema importância para o bem estar físico, bem como para prevenção e tratamento de patologias como HA e DM.

Tabela 8: Número e porcentagem de índice de sedentarismo entre participantes da pesquisa		
Atividade Física		
Prática Atividade Física	N	%
Sim	10	83
Não	2	17
Total	12	100
Quantas vezes (semana)		
7	4	40
2	5	50
1	1	10
Total	10	100

A inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes para as Doenças Crônicas não Transmissíveis, junto à dieta e uso do fumo.¹⁶ Não acarreta somente doenças e sofrimentos pessoais, mas também representa um custo econômico significativo, tanto para os indivíduos como para a sociedade, em vista das sequelas que causa.²¹

A pessoa que deixa de ser sedentária diminui em 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares e, associada a uma dieta adequada, é capaz de reduzir em 58% o risco de progressão do diabetes tipo II, demonstrando que uma pequena mudança no comportamento pode provocar grande melhora na saúde e qualidade de vida ¹⁶.

Tomando como referência o público alvo da pesquisa, que se encontra em sua maioria acima dos 65 anos, o hábito de se exercitar fisicamente se torna de suma importância, pois se trata de uma população com idade mais avançada e suscetível a incapacidades pelo sedentarismo.

Ainda mediante entrevista, 5 (50%) indivíduos relataram prática de atividades físicas 2 vezes durante a semana, necessitando serem orientados sobre o aumento da frequência do hábito de se exercitar fisicamente, já que o ideal seria que tal prática fosse implementada durante todos dias da semana.

Atividades e hábitos positivos estão relacionados ao condicionamento físico e ao baixo risco de desenvolver problemas graves de saúde. Esses comportamentos incluem exercitar-se regularmente, manter uma nutrição saudável, dormir adequadamente, relaxar e lidar com os causadores de estresse, praticar hábitos de segurança e abster-se de fumo, do álcool em excesso e drogas.¹⁷

Patologias referidas

A Tabela 9 exhibe as patologias relatadas por alguns dos entrevistados, sendo que, das 12 pessoas entrevistadas, apenas 3 (25%) indivíduos são diagnosticados como hipertensos, 9 (75%) afirmam estar realizando monitoramento contínuo de pressão arterial, mas não apresentam a doença. Com relação ao DM, apenas 1 (8%) indivíduo se denomina como diabético, estando em monitoramento contínuo de glicose sanguínea.

Entre as pessoas idosas, a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária. É um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas, quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos. A hipertensão não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento¹⁶.

Tabela 9: Número e porcentagem de acometimento por HA e DM nos indivíduos participantes da pesquisa

Patologias Encontradas	n	%
Hipertensão Arterial		
Diabetes mellitus		
Hipertenso		
Sim	3	25
Não	9	75
Total	12	100
Diabético		
Sim	1	8
Não	11	92
Total	12	100

O DM também merece profunda atenção quando se considera Indivíduos em idade avançada. É uma doença comum e de incidência crescente que aumenta com a idade. Apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida.¹⁶

Meios de busca por serviços de saúde pelo público da pesquisa

Com relação a meios de busca de cura pela população considerada no estudo, a Tabela 10 remete à informação de que a maioria (47%) considera como primeira opção a Estratégia de Saúde da Família (ESF), seguida dos hospitais, representando 26% dos entrevistados.

Tabela 10: Número e porcentagem de meios de busca de cura por participantes da pesquisa

Meio de Busca de Cura	n	%
ESF	9	47
PAM	1	5
Hospital	5	26
Farmácia	2	11
Plantas Medicinais	2	11
Total	19	100

Essa realidade é animadora, supõe-se que as pessoas ainda creem no serviço prestado nas UBS. A Unidade de Saúde da Família (USF) deve se constituir no primeiro contato com sistema de saúde, isto é, “porta de entrada” do sistema.²² A USF não pode ser apenas um local de triagem e encaminhamento, onde a maior parte dos casos é encaminhada para serviços especializados.²²

As tabelas 11 e 12 refletem o nível de procura por assistência básica de saúde pelos participantes da pesquisa, ao mesmo tempo em que busca perceber o grau de aprovação dos serviços prestados pelo público alvo deste estudo.

Os dados explícitos na Tabela 11 reforçam a ideia de que a população ainda acredita nos serviços prestados pelas ESF, ainda que tal procura mostre-se muito baixa, de modo que 80% dos entrevistados afirmam comparecer nas unidades apenas 1 vez ao mês. Outros 17% dos entrevistados negam comparecer ao serviço de atenção básica de saúde, o que pode estar associado a uma possível descrença com a qualidade do serviço prestado nas UBS, conforme apresentado na Tabela 12.

Tabela 11: Número e porcentagem de nível de procura por serviços prestados pelas Unidades Básicas de Saúde da Família pelos indivíduos participantes da pesquisa

Unidade Básica de Saúde (UBS)	n	%
Frequenta a Unidade		
Sim	10	83
Não	2	17
Total	12	100

Tabela 12: Número e porcentagem do nível de aprovação dos serviços prestados pelas Unidades Básicas de Saúde da Família por indivíduos participantes da pesquisa

Unidade Básica de Saúde	n	%
Frequenta a unidade quantas vezes (mês)		
1	8	80
2	1	10
3	1	10
Total	10	100
Como Avalia a Assistência		
Ruim	1	10
Regular	2	20
Boa	6	60
Ótima	1	10
Total	10	100

Ainda assim, a mesma tabela remete à informação de que o percentual de indivíduos que relatam frequentar UBS se encontra razoavelmente satisfeitos, sendo que 60% classificam como “bom” o atendimento recebido nas unidades, 1 (10%) indivíduo classifica o atendimento como “ruim” e 20% como “regular”. Apenas 1 (10%) pessoa classificou o serviço como “ótimo”, divergindo das restantes opiniões.

Com maior relevância, foi feita a seguinte pergunta aos participantes da pesquisa: “Quais as dificuldades encontradas no momento da procura por assistência de saúde nas UBS”. Como resultado, foram encontrados vários relatos elencados na Tabela 13.

Tabela 13: Dificuldades encontradas no momento da procura por assistência de saúde por indivíduos participantes da pesquisa	
Informante a	<i>“Tenho dificuldade para chegar lá por causa da minha perna, e também vai muita mulher, e quer passar na frente pra ser atendido”</i>
Informante b	<i>“Não, não tenho dificuldades”</i>
Informante c	<i>“Não tenho dificuldades não”</i>
Informante d	<i>“Não tenho dificuldades, mas falta muita coisa, materiais, medicamentos e falta profissionais de nível superior”</i>
Informante e	<i>“Há, tem que esperar muito tempo para ser atendido”</i>
Informante f	<i>“Têm que esperar bastante tempo para ser atendido, ainda não resolve”</i>

Ao analisarmos as respostas obtidas, encontramos uma situação conflituosa, que gera uma incógnita. Ao mesmo tempo em que as respostas nos remetem a ideia de que o grupo entrevistado se apresenta, em sua maioria, insatisfeito com a organização dos serviços de saúde prestados nas UBS, essa situação de determinada maneira se torna menos preocupante de certo ângulo de vista.

Apesar da descrença com os serviços prestados, tal fato nos direciona ao pensamento de que a presente situação é passível de ser amenizada ou até resolvida, pois, se o caso se tratasse de questões culturais, seria mais difícil o seu enfrentamento, já que são situações impostas geralmente por certas concepções criadas e transmitidas por várias gerações e, de certo ponto de vista, amparadas em determinadas condições realistas encontradas nos serviços de atenção básica de saúde.

O descontentamento apresentado pelos entrevistados se torna mais propenso de resolutividade na medida em que possa ser amenizado apenas baseado no empenho da equipe de saúde de família, buscando o entendimento das necessidades básicas de saúde masculinas, seu contexto de vida, seus anseios para, assim, adequar à assistência as características daquele público específico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme avaliação do público participante da pesquisa, percebe-se que se trata de indivíduos situados em faixa etária mais elevada, sendo assim mais suscetíveis ao desenvolvimento de patologias como HA e DM. Em contrapartida, constata-se também que se trata de um grupo populacional, em sua maioria, não portadores de HA e DM, isentos de hábitos de vida prejudiciais como tabagismo e etilismo geralmente presentes nessa faixa etária de idade, sendo um ganho frente às Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT).

Em relação à prática de atividade física, faz-se necessário realizar uma abordagem mais eficaz sobre a importância da introdução e intensificação dessa prática no cotidiano dos participantes da pesquisa, considerando as particularidades de cada pessoa nesse processo. Apesar de os mesmos estarem desenvolvendo alguma atividade física, ainda é realizado em uma frequência menor que esperado para tal faixa etária de idade.

A respeito do nível socioeconômico dos entrevistados, percebe-se que se trata em sua maioria de pessoas com baixa renda familiar, o que compromete a obtenção de qualidade de vida pela população. Essa realidade é compreensível quando se considera as profissões encontradas no público alvo, sendo em sua maioria ocupações com baixa remuneração.

Também se faz necessário buscar aproximá-los da ESF, visto que nas unidades são oferecidas inúmeras atividades de saúde associadas à faixa etária em que se encontra o público da pesquisa, como HIPERDIA, Programa de Imunização, projetos ligados à melhoria de qualidade de vida entre outros.

Em relação à dificuldade de acesso a serviços de saúde da atenção básica, fica a evidência de que os participantes da pesquisa exibem maior resistência quanto à organização da própria assistência prestada, sendo quase nulo o

aparecimento de questões culturais impostas pelo próprio sexo masculino na procura por assistência básica de saúde.

Apesar de o sexo masculino carregar consigo a imagem de um ser forte e resistente, de certa maneira imposta culturalmente pelo próprio sexo, ainda se mostra vulnerável. Considerando a opinião do público da pesquisa, além de sofrerem pouca influência dos governos frente à sua saúde, ainda se percebe que uma pequena parcela dos indivíduos se mantém afastada dos serviços de saúde disponíveis, ofertados no âmbito do SUS.

Referências

1. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 2000; 50:1385-401.
2. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. 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. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro; 2007 mar; 23 (3): 565- 574 [Acesso em: 11/10/2013] . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
3. 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 [Acesso em: 30/09/2013]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
4. Associação Paulista de Medicina (APM). O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneer; 2010.
5. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. São Paulo; 2005 ago; 10 (1): 105-109 [Acesso em: 12/10/2013]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n1> .
6. Julião GG, Weigelt LD. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. *Rev Enferm UFSM*. Rio Grande do Sul; 2011 mai/ago; 1(2): 144-152 [Acesso em: 10/10/2013]. Disponível em: <http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs>.
7. Pinheiro RS, et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro; 2002 nov; 7 (4): 687-707 [Acesso em: 28/09/2013]. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br>.
8. Contiero AP, et al. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha de Enfermagem*. Rio Grande do Sul; 2009 mar; 30(1):62-70 [Acesso em: 31/10/2013] . Disponível em: <http://www.scielo.br>.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Serviços de Saúde em Cáceres- MT. 2009 [Acesso em: 30/10/2013]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Morbidades Hospitalares em Cáceres- MT. 2012 [Acesso em: 31/10/2013]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home>.
11. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2002.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados Geográficos Cáceres- MT. 2010 [Acesso em: 31/10/2013]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home>.

13. Carlos PR, et al. Perfil de hipertensos em um núcleo de saúde da família. Arquivo Ciências da Saúde. São Paulo; 2008 out/dez; 15(4): 176-81 [Acesso em: 31/10/2013]. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br>
14. Veras RFS, Oliveira JS. Aspectos sócios demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Rev Nordeste de Enfermagem. Fortaleza; 2009 jul/set; p. 1 32-138 [Acesso em: 31/10/2013]. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br>.
15. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de Metodologia Científica. São Paulo: Atlas; 2003.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006 [Acesso em: 31/10/2013]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>.
17. Guiselini M. Aptidão física saúde bem- estar: fundamentos teóricos e exercícios práticos. São Paulo: Phorte; 2006.
18. Fiocruz. Tabagismo: O mal da destruição em massa. 2014 [Acesso em: 01/11/2013]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/tabagismo.htm>.
19. Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo: Um grave problema de saúde pública. 2007 [Acesso em: 01/11/2013]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/Rbc/n_55/v04/pdf/379_revisao_literatura1.
20. Anderson L, et al. Nutrição. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília; 2001 [Acesso em: 31/10/2013]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília; 2000 [Acesso em: 31/10/2013]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>