

PERFIL DOS HOMENS USUÁRIOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE DOIS MUNICÍPIOS DO NORTE DO PARANÁ DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2009

PROFILE OF MEN USERS OF THE BASIC HEALTH UNITS OF TWO MUNICIPALITIES OF THE NORTH OF PARANÁ FROM JANUARY TO DECEMBER 2009

NATHALY ALINE DE CASTILHO FÁVARO¹, MARCO ANTÔNIO QUEIROZ DELL' ACQUA², SIMONE CRISTINA CASTANHO SABAINI DE MELO³, CRISTIANO MASSAO TASHIMA⁴, ALINE BALANDIS COSTA^{5*}, BRUNA DA CRUZ BUSETI², DAIANE SUELE BRAVO⁶, NATÁLIA MARIA MACIEL GUERRA SILVA⁷

1. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Norte do Paraná – UENP / Campus Luiz Meneghel; 2. Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Norte do Paraná – UENP / Campus Luiz Meneghel; 3. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Maringá (2011 - 2015), Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Maringá (2009). Graduada em Farmácia e Bioquímica pela Universidade do Sagrado Coração / Bauru-SP (1991). Docente da Universidade Estadual do Norte do Paraná / Campus Luiz Meneghel desde 2004; 4. Doutor em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Estadual de Maringá (2011). Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Estadual de Maringá (2006). Graduado em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Norte do Paraná (2001). Docente da Universidade Estadual do Norte do Paraná / Campus Luiz Meneghel; 5. Mestre em ciências da saúde pela Universidade Estadual de Maringá (UEM - 2015). Graduada em enfermagem pela Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP - junho de 2012). Atua como docente colaboradora no curso de enfermagem da universidade Estadual do norte do Paraná (UENP); 6. Doutoranda em saúde coletiva da universidade Estadual de Londrina. Enfermeira da penitenciária de Florínea – SP; 7. Doutora em Biociências e Fisiopatologia aplicadas a Farmácia pela Universidade Estadual de Maringá (2017). Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Maringá (2011). Graduada em Farmácia pela Universidade Norte do Paraná (2001). Docente da Universidade Estadual do Norte do Paraná – UENP / Campus Luiz Meneghel. Orientadora.

* Universidade Estadual do Norte do Paraná - Campus Luiz Meneghel. Rodovia BR-369, Km 54, Vila Maria, CP 261, Bandeirantes, Paraná, Brasil. CEP: 86360-000. alinebalandis@uenp.edu.br

Recebido em 18/10/2017. Aceito para publicação em 27/10/2017

RESUMO

A cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens, ainda que haja um aumento da estimativa de anos de vida de 63,20 em 1991 para 68,82 em 2007, eles vivem em média, sete anos menos comparados às mulheres. Objetivou-se verificar o perfil do homem que procura a atenção básica dos serviços de saúde e quais os diagnósticos mais encontrados. Metodologia de abordagem retrospectiva longitudinal de natureza quantitativa. Foram analisados 10% dos prontuários de homens, com idade de 20 a 59 anos, no período de 20 de janeiro a 20 de dezembro de 2009 de dois municípios do norte do Paraná. A maioria dos homens é casado, moradores da área urbana, com hipertensão arterial e média de idade de 39,8 anos. Após o lançamento da Política Nacional de Saúde do Homem não houve impacto na procura por atendimentos básicos de saúde nos municípios estudados. Os gestores e os enfermeiros que gerenciam as UBS podem aumentar as propostas de prevenção/promoção à saúde em horários alternativos e campanhas em lugares estratégicos. Intervenções voltadas à educação em saúde podem promover o conhecimento da equipe multiprofissional e da população em geral, para estimular o interesse do homem em cuidar da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do homem, gênero e saúde, atenção primária à saúde, prevenção primária, perfil de saúde, políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

In every three adult deaths, two are men, although there is an increase in the estimated lifetime of 63,20 in 1991 to 68.82 in 2007, they live on average, seven years less compared to women. The aim of this study was to verify the profile of the man who seeks the Primary Health Care and which diagnoses are most found. The method used was the quantitative approach, retrospective and longitudinal. In the period from January 20th to December 20th, 2009 in two municipalities in the north of Paraná were analyzed 10% of the medical records of men aged 20 to 59 years old. Most men are married, urban residents, with hypertension and mean age of 39.8 years old. After the launch of the National Health Policy for Man, there was no impact on the demand for Primary Health Care in the municipalities studied. Managers and nurses who manage care units can increase health promotion / prevention proposals at alternative times and campaigns at strategic locations. Interventions focused on health education can promote the knowledge of the multiprofessional team and of the population in general, to stimulate man's interest in health care.

KEYWORDS: Men's health, gender and health, primary health care, primary prevention, health profile, public health policy.

1. INTRODUÇÃO

Em agosto de 2009 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Ho-

mem (PANAISH) e teve por objetivo geral melhorar as condições de saúde da população masculina e assim diminuir os agravos e a morbimortalidade. Para qualificar a saúde e atingir a integralidade da atenção é que se propôs linhas de cuidado específicas¹.

Em sociedades que equiparam poder, sucesso e força como características masculinas; estimular essa população em seu processo de socialização ao distanciamento de características relacionadas ao feminino, como a sensibilidade, cuidado, dependência, fragilidade. Estas dimensões simbólicas diferenciadas entre homens e mulheres resultam, muitas vezes, para os homens no julgamento de imunidade às doenças, podendo levá-los a comportamentos que os predispõem ao distanciamento do seu cuidar^{2,3}.

Para cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens, e mesmo com um aumento da estimativa de anos de vida para eles de 63,20 em 1991 para 68,82 em 2007, eles vivem, em média, de sete a oito anos menos, quando comparados ao sexo feminino⁴.

Existem diversas necessidades de saúde que não se manifestam primeiramente como um problema imediato. A condição de agravo poderia ser evitável, caso houvesse o acompanhamento destas pessoas em nível primário. Para isto, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com equipe de profissionais competentes e disponíveis podem intervir com ações preventivas e de promoção à saúde, entretanto a ausência dos homens ou sua invisibilidade nesses serviços são consideradas como característica da sua identidade e quando associadas à desvalorização do autocuidado, impedem o seguimento adequado da população masculina⁵.

Nota-se que embora a PANAISH tenha sido criada em 2009 e que apesar de estar explicitado no objetivo geral, que preza pela melhoria das condições de saúde, por meio de acesso facilitado, dentre outros princípios, ainda existem muitos desafios que deverão ser superados para que se melhore a perspectiva dos cuidados da saúde do homem^{1,6}.

Quanto às diferentes explicações sobre morbimortalidades relacionadas ao sexo, há um estudo na temática realizado na Nova Zelândia, que aponta para as diferenças entre os gêneros no que tange à morbidade, mortalidade e expectativa de vida. A explicação considera também o que é específico do biológico e da genética que se diferencia entre homens e mulheres; as desigualdades sociais e a maneira que buscam pelo serviço de saúde são evidenciadas⁷.

A estratégia de prevenção e promoção da saúde deve considerar a mudança comportamental, em toda a população, mas o gênero deve ser visto como fator de grande importância no padrão dos riscos para a saúde. Nos homens e na forma como percebem e usam os corpos podem aumentar o risco para o adoecimentos³.

Percebe-se que há certa dificuldade no homem em

verbalizar as próprias necessidades de saúde, pois falar de seus problemas pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros. Representações e estereótipos relacionados aos gêneros, tais como: “homens são mais fortes”; “o corpo feminino tem particularidades que demandam mais cuidados”; “mulheres são naturalmente cuidadoras” levam à representação que cuidados de saúde estão ligados diretamente com caráter feminino. Sendo assim, está constantemente presente nos serviços o imaginário que associa, em um pólo, o feminino ao cuidado à saúde e, no outro, o masculino ao não-cuidado^{8,9}.

Ao refletir sobre a participação ativa do gênero masculino no processo de cuidar, não se atribui, na totalidade, a responsabilidade aos profissionais que atuam nos serviços; mas se compartilha com os homens, por suas características e resistências em aderir ao seguimento para o planejamento e cuidar⁹.

Mas a compreensão do coordenador da área técnica de saúde do homem diverge do que foi citado anteriormente, relatando que em relação às barreiras institucionais, um levantamento mostrou que os homens não são ouvidos nas unidades adequadamente, por isso frequentam pouco esses locais. O fato de grande parte dos serviços serem formados por profissionais mulheres, também impede que eles encontrem espaço adequado para falar sobre a vida sexual, por exemplo, relatar uma impotência e outras demandas de saúde^{1,5}.

Ao considerar esse pensamento, bem como, a disponibilidade de horários convencionais; destaca-se que a procura de pronto-socorro, farmácia e ambulatório de sindicato prevalecem entre os homens. Porém, quando há alterações de horários nos atendimentos nas UBS, nota-se uma maior presença de homens nessas unidades nos horários ampliados, sendo eles os turnos de 24 horas, aos sábados ou num terceiro turno à noite e o funcionamento no horário de almoço⁹.

Após a argumentação teórica sobre como ocorre o processo de cuidar dos homens adultos, conforme seu comportamento perante a busca por cuidados, apresenta-se como hipótese para o estudo, a população masculina que comparece às UBSs é menor que a população de mulheres e os diagnósticos médicos de base são comuns como os das mulheres.

O objetivo do estudo foi descrever e analisar o perfil epidemiológico do homem que procurou a atenção básica dos serviços de saúde em dois municípios do Norte do Paraná e quais foram os principais diagnósticos médicos que o acometeram.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho foi desenvolvido a partir de um estudo retrospectivo longitudinal de natureza quantitativa, realizado após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa

da Universidade Estadual do Norte do Paraná, Campus Luiz Meneghel, sob o número 034/2010, e dos Secretários de Saúde dos municípios que foram chamados A e B, ambos na região norte do Paraná, com população estimada para o ano de 2007 de 32.290 habitantes; e 11.992 habitantes respectivamente⁴.

O município A apresentou no ano de 2000 um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,756. Já o município B apresentou um IDH de 0.751 no mesmo ano, ambos considerados médio¹⁰.

Foram realizadas análises de prontuários de homens entre 20 a 59 anos de idade atendidos nas UBS dos dois municípios, durante o período de 20 de janeiro à 20 de dezembro de 2009.

Os critérios de exclusão foram todos os prontuários do sexo feminino e dos sexos masculinos com idades não compatíveis com as já citadas.

Neste estudo, foram analisados os prontuários dos homens atendidos em aproximadamente 50% das UBS de ambos os municípios, sendo que no município A existem 7 UBSs, e no município B existem 2 UBSs.

Foram analisados os dados de 3 UBSs referentes ao município A, que foram codificados por A1, A2 e A3; e uma UBS do município B que foi denominada de B1.

Os dados foram tabulados, utilizando os programas Excel® e Statistica® para verificação dos resultados e construção de gráficos e tabelas para discussão com a literatura compulsada.

3. RESULTADOS

Durante o ano de 2009 foram realizadas 66.221 consultas no município A, as consultas nas 3 UBS, A1, A2 e A3; correspondem a 13,70% (9.078) do total de consultas do município. No município B foram realizadas 11.258 consultas e analisou-se 1.099 (9,76%) das consultas na UBS pesquisadas¹¹.

Dos 13,70% (9.078) das consultas analisadas no município A, 1,69% (1.122) era de homens na faixa etária estipulada de 20 a 59 anos. Já dos 9,76% (1.099) das consultas analisadas no município B, 2,21% (249) consultas era de homens na faixa etária já citada.

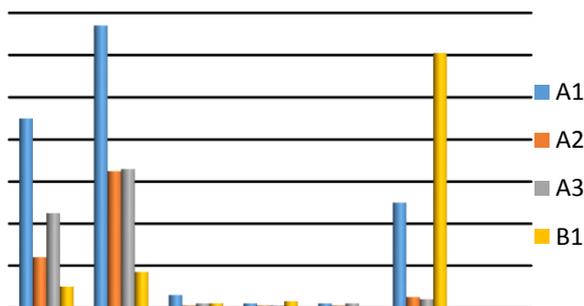


Figura 1. Comparação do estado civil entre as UBS estudadas nos municípios A e B no ano de 2009.

Verificou-se, quanto ao estado civil, 43% (281) dos homens atendidos nos municípios estudados eram casados.

Quando comparado os dados de estado civil por UBS, verifica-se que o A1 e o B1 foram as UBS com menos informações disponíveis, dificultando a discussão destes achados (Figura 1).

Observa-se nas demais UBS que o número de homens casados sobressai aos demais usuários da atenção básica.

Ao analisar o diagnóstico dos homens atendidos nas UBS, verificou-se também que 38% (251) dos prontuários não continham informações de diagnóstico ou estavam ilegíveis.

Os principais diagnósticos verificados foram 8,96% (59) de Hipertensão Arterial (HA), 5,62% (37) lombalgia, 5,31% (35) de febre, 5% (33) de distúrbios da pele, e 4,5% (30) de influenza sazonal (Figura 2).

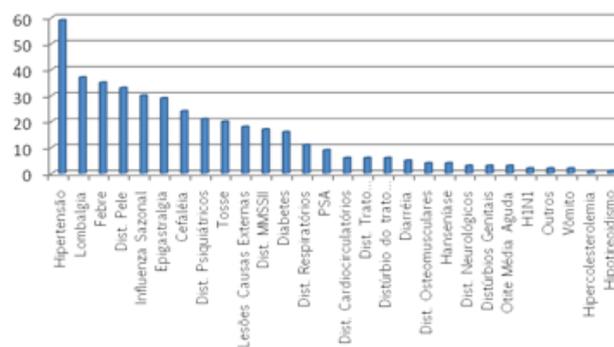


Figura 2. Patologias diagnosticadas e solicitações realizadas pelos médicos nas UBSs pesquisadas nos municípios A e B no ano de 2009.

A média de idade dos homens foi 39,8 anos com desvio padrão de 11,7, não houve diferença significativa entre as faixas etárias. Porém, observou-se um predomínio na faixa etária de 40 a 49 anos (27%) (Figura 3).

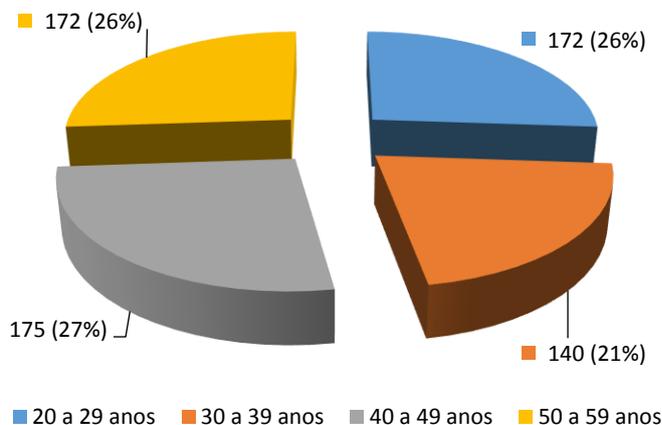


Figura 3. Distribuição dos pacientes do sexo masculino, segundo faixa etária, que se consultaram nas UBS dos municípios A e B no ano de 2009.

No presente trabalho observou-se uma correlação estatística diretamente proporcional, ao nível de $p < 0,05$, entre diagnóstico e idade dos usuários (Tabela 1). No qual se pode evidenciar que à medida que aumenta a idade aumenta-se o diagnóstico de HA.

Tabela 1. Correlação entre Idade e os principais diagnósticos dos homens atendidos nos municípios A e B no ano de 2009.

Doença	Idade				Total
	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	
Influenza	5	9	8	8	30
Pele	10	5	10	8	33
Febre	18	10	4	3	35
Lombalgia	6	6	13	12	37
Hipertensão*	3	9	19	28	59
Total					

* $p < 0,05$

O total de consultas realizadas na UBS A1 foi igual a 6.248, entre elas foram analisados 10,85% de consultas de homens na faixa etária de 20 a 59 anos, perfazendo 678 consultas, de 284 pacientes homens. Equivalendo a uma média de 2,4 consultas/paciente.

Segundo as análises dos prontuários destes 284 pacientes, obteve-se um total de 29 diagnósticos médicos diferentes, tendo maior prevalência a HA, aparecendo em 8,55% (58) consultas, em seguida a febre, com 6,05% (41) (Figura 4).

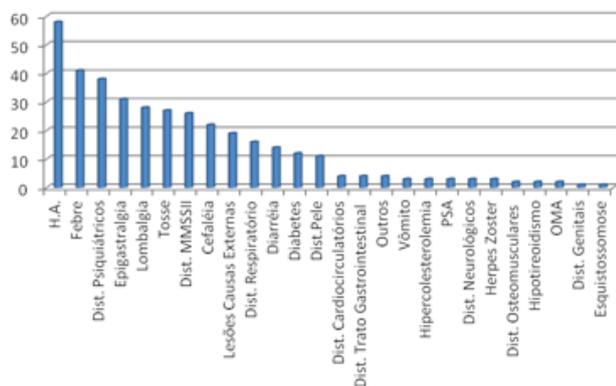


Figura 4. Diagnósticos e solicitações realizadas pelo médico dos homens que se consultaram na UBS A1 no município A, durante o ano de 2009.

Baseando-se nas análises dos prontuários dos 97 pacientes, obteve-se um total de 21 diagnósticos ou solicitações. A HA apareceu em 5,26% (9) atendimentos preenchidos nos prontuários, em seguida a tosse (espirros, corizas e secreções expectorativas) que revelou 4,67% (8) (Figura 5).

Dos 171 atendimentos da UBS A2 constavam que 52,63% (53) não haviam dados de diagnóstico e/ou estavam ilegíveis.

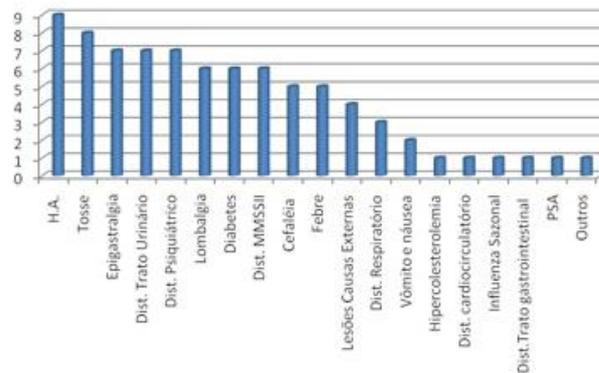


Figura 5. Diagnósticos e solicitações realizadas pelo médico dos homens que se consultaram na UBS A2 do município A, durante o ano de 2009.

O total de consultas realizadas na UBS A3 foi igual a 2.830, entre elas foram analisados 9,65%, de consultas de homens na faixa etária de 20 a 59 anos, perfazendo 273 consultas, de 120 pacientes homens. Equivalendo a uma média de 2,3 consultas/paciente.

Segundo as análises dos prontuários destes 120 pacientes, e também do caderno de relatórios de consultas médicas com Classificação Internacional de Doenças (CID) da UBS foi observado um total de 17 diagnósticos médicos diferenciados, sendo o com maior prevalência influenza sazonal, apresentando a porcentagem de 20,15% (55) seguido pela lombalgia que revelou 16,12% (44) diagnósticos nas consultas.

Com as análises dos prontuários destes 153 pacientes, juntamente com os mapas de consultas, observou-se um total de 20 diagnósticos e solicitações realizadas pelo médicos diferenciados, tendo HA como o de maior prevalência apresentando o número de 16,87% (42) diagnósticos na totalidade das consultas, em seguida foi apontado a hanseníase com porcentagem igual a 3,62% (9), logo após apareceu o diabetes e o pedido e/ou resultados de PSA (Prostate Specific Antigen, na tradução, Antígeno Específico da Próstata), ambos com valor igual a 7 diagnósticos e solicitações realizadas pelo médico.

Nesse caso, especificamente, as informações foram extremamente limitadas, obtendo-se 58,64% (146) atendimentos médicos com falta de informação e/ou ilegíveis que constam no prontuário.

E mesmo com o lançamento da política em agosto de 2009, não refletiu em aumento no número de consultas pelos homens (Figura 6).

4. DISCUSSÃO

Neste trabalho pode-se verificar que os homens procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres, crianças e idosos, fato que pode correlacionar-se a masculinidade, ao sustento da família e também a menor condição para o autocuidado^{1,3,6}. Considera-se também

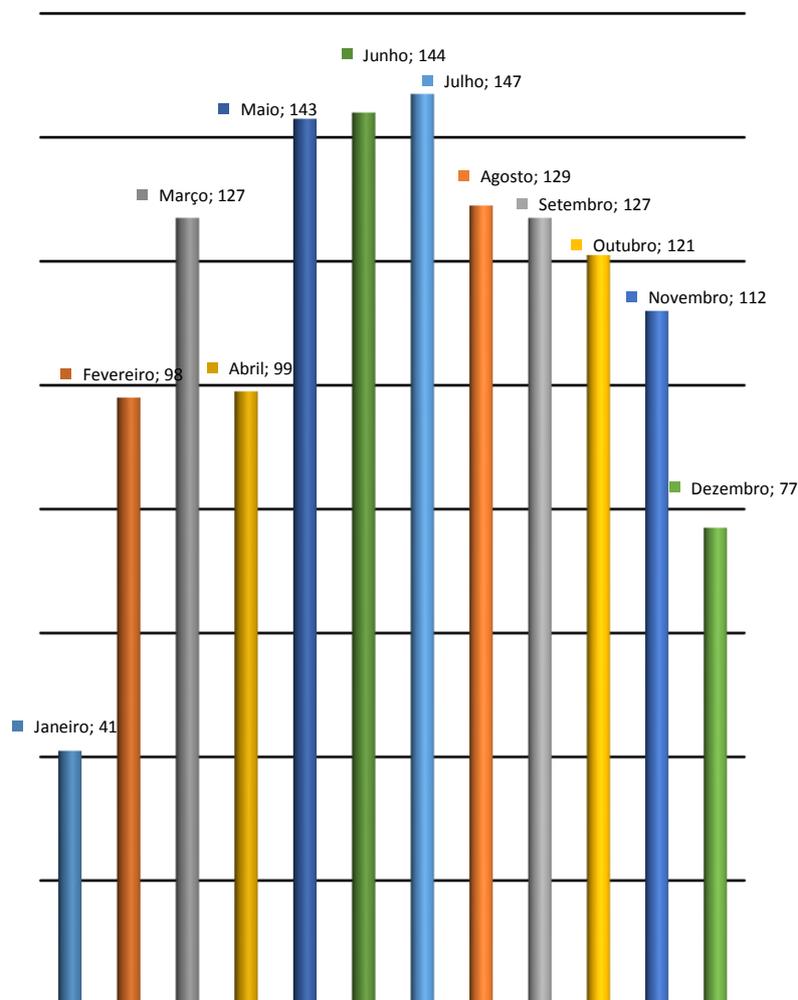


Figura 6. Número das consultas de homens nas UBS dos municípios A e B nos meses de Janeiro a Dezembro de 2009.

que não é adequado afirmar que a ausência dos indivíduos deste sexo nas UBS, seja exclusivamente uma falta de responsabilidade com sua saúde¹².

Percebe-se nas visitas às UBS um despreparo para o atendimento do homem. Já para as mulheres existem programas específicos e campanhas na atenção básica, como por exemplo, exame preventivo e mamografia. Para o homem os exames realizados à prevenção do câncer de próstata, só são realizados na média complexidade (exame de toque retal e PSA).

Quando se fala da invisibilidade no gênero masculino comparado à figura feminina, em geral na qualidade de mãe ou parceira, domina o campo do cuidado e isto en-

tão media à relação dos homens usuários com os serviços ou com a saúde de forma geral. Muitas cenas de atendimentos a homens apresentam uma mulher como protagonista⁹.

Tendo por base a afirmação acima, pode se considerar que os homens, no geral, são acompanhados ou estimulados pelas mulheres quando o assunto é cuidado com a saúde, assim verifica-se que os homens casados cuidam melhor da sua saúde, pois as mulheres oferecem o suporte necessário para o autocuidado.

A diminuição do acompanhamento em serviços de saúde pelos homens que não realizam o cuidado de sua própria saúde, pode correlacionar-se com maior número de internações hospitalares, pois se a prevenção não ocorrer será preciso recorrer aos cuidados especializados.

Os dados de diagnóstico neste estudo coincidem com os dados epidemiológicos brasileiros, pois dados do MS apontam que no Brasil a HA e o Diabetes mellitus constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde¹³.

A magnitude de brasileiros diagnosticados com HA cresceu de 21,5%, em 2006, para 24,4%, em 2009. De acordo com a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), a proporção de hipertensos é maior entre mulheres (27,2%) que entre homens (21,2%), mas os homens morrem mais do que as mulheres por procurarem menos atendi-

mento¹³.

Das 1.003.350 mortes ocorridas em 2005, 57,8% (582.311) foram de pessoas do sexo masculino. A mortalidade de homens por Doenças Isquêmicas do Coração (DIC) foi de 8,44% (49.128). As doenças cerebrovasculares foram à segunda causa de morte para os homens, representando 7,76% (45.180) dos óbitos. Na sequência, estão os homicídios, que são 7,50% (43.665). O padrão de ocorrência de mortes de homens é maior comparando-se com as mulheres e este dado repete-se em todas as regiões do Brasil¹³.

Dados da cartilha Saúde Brasil 2007-2008 revelam que o número de óbitos por causas externas relacionadas ao uso/abuso de álcool (como acidente de trânsito, quedas, afogamentos, etc.) entre 2000 e 2006 concentrou-se

no sexo masculino, sendo que dos 92.919 óbitos registrados, 89,1% (82.834) foram de homens¹³.

Atualmente o estilo de vida da população masculina é tido como um gerador de maus hábitos de vida. Assim, principalmente, entre homens jovens, já citados, há o aumento considerável de desenvolvimento de doenças e situações propensas a taxas de mortalidade por acidentes e violência. Dados do Ministério da Saúde relatam que entre as situações que mais matam o homem, até os 40 anos, estão às causas externas como a violência, agressões e acidentes de trânsito/trabalho⁴.

Observa-se esse alto índice de óbitos por causas externas devido ao estilo de vida do homem. É aceitável socialmente que os homens após o trabalho, se reúnam com os amigos para se distrair e após um praticar algum esporte e comer um churrasco tomem algum tipo de bebida alcoólica.

Quando analisados os dados das UBS em separado, observou-se que não houve significância estatística em relação à idade de atendimento nos postos de saúde, e a média de idade ficou muito próxima em todos eles, conforme os dados.

Dados do MS relatam que na faixa etária intermediária (30-59 anos de idade) aparecem em primeiro lugar às doenças do aparelho circulatório e em segundo os cânceres, principalmente do aparelho respiratório e da próstata^{4,7}.

Os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e a HA é uma delas; destaca-se também que na presença das doenças crônicas as faltas em consultas diminuem^{3,13,14}.

O percentual de portadores de HA não passa de 14% na população até os 34 anos, aumentando para 20,9% na faixa etária de 35 à 44 anos, elevando-se para 34,5% entre 45 aos 54 anos seguido de 50,4% dos 55 aos 64 anos. Esse aumento na ocorrência da doença, de acordo com a idade, é resultado de padrões alimentares e da falta de atividade física ao longo da vida, além de fatores genéticos, estresse e outros determinantes. Ainda conforme a idade verifica-se o aumento do número das doenças crônicas^{5, 6,13,14}.

Os dados também proporcionaram observar que os diagnósticos registrados de 43% (292) dos atendimentos nos prontuários, não continham informações e/ou estavam ilegíveis, essa falta de informação é prejuízo para todos envolvidos no atendimento. Vale o destaque desse valor, pois além de um limite da pesquisa, fica explicitada a importância para a fidedignidade dos registros; responsabilidade do médico e demais membros da equipe de saúde.

De acordo com o parágrafo 1º do Artigo 87 do Capítulo X do Código de Ética Médica “o prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de

registro do médico no Conselho Regional de Medicina (CRM)”¹⁵.

A falta de informação ou o preenchimento errôneo dos prontuários levam a uma falta a eventos adversos, pois o conhecimento tanto para a equipe multiprofissional que trabalham nas UBS, como para o próprio paciente, são direitos e critérios para segurança. O correto preenchimento do prontuário tem um importante papel para a instituição que o atende, bem como para o ensino, a pesquisa, a elaboração de censos, propostas de assistência à saúde pública e para a avaliação da qualidade da assistência médica prestada.

O parágrafo 2º do Artigo 87 do Capítulo X do Código de ética Médica diz que “o prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente”¹⁵; isto deve ser assegurado. Porém é sabido que o paciente pode ter acesso ao seu prontuário a qualquer momento. A consulta ao prontuário é restrita ao paciente, havendo algumas exceções, como filhos, pai, mãe, cônjuges, companheiros, e quando na ausência destes, o irmão, sendo liberado apenas quando houver autorização por escrito do paciente, quando o paciente estiver impossibilitado ou for menor de idade. O prontuário é do paciente e não do médico.

A redação do Artigo 88 do Capítulo X do Código de Ética Médico diz que “é vedado negar, ao paciente, acesso ao seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros”¹⁵.

O Artigo 87 do Capítulo X do Código de Ética Médica prega que é “vedado ao médico deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente”. Dando continuidade ao Código de Ética Médica, o Artigo 11 do Capítulo III relata que “é vedado ao médico receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no CRM da sua jurisdição, bem como assinar folhas de receituários em branco, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos”¹⁵. É importante enfatizar que não há lei que obrigue o uso do carimbo no prontuário. Nesse caso, o nome do médico e seu respectivo CRM devem estar legíveis.

Porém, mesmo assim, há algumas situações onde a letra do médico é praticamente ilegível, e como já citado acima, ele tem por dever preencher adequadamente, e o paciente tem por direito ler e conseguir entender o que está escrito a seu respeito no seu prontuário.

O Ministério da Saúde¹ lançou no ano passado, em Brasília, a Política Nacional de Saúde do Homem, que tem por objetivo facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde. A iniciativa do Ministério da Saúde, é uma resposta à observação de que as doenças e os agravos do sexo masculino são um problema de saúde pública. A cada 5 pessoas que morrem de

20 a 30 anos, 4 são homens. Eles vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres e têm mais doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e pressão arterial mais elevada.

O total de consultas realizadas na UBS A2 foi igual a 5.607, entre elas foram analisados 3,05%, de consultas de homens na faixa etária de 20 a 59 anos, perfazendo 171 consultas, de 97 pacientes homens. Equivalendo a uma média de 1,8 consultas/paciente.

Na maioria dos prontuários foi encontrado registros de influenza sazonal, CID (J11. 8). Assim observou-se que houve uma diminuição de falta de informação nos prontuários em relação as outras UBS.

Como atender aos princípios e pressupostos da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem¹ e a Política Nacional de Atenção Básica¹⁵, que estabelece no Art. 2º “A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária”¹⁵.

Os prontuários dos pacientes são documentos fundamentais para obtenção de informações a respeito da assistência prestada e instrumento legal no caso de ações judiciais. A enfermagem deve valorizar a sua responsabilidade quanto às anotações e registros realizados nesses prontuários, considerando que esses são imprescindíveis para a comunicação eficiente entre os membros da equipe de saúde, sobre diagnóstico, tratamento e intercorrências com o paciente. O enfermeiro responsável pela produção do cuidado pode materializar e produzir o cuidado afetivo e individualizado, sendo essencial a avaliação e registro destas ações¹⁷.

O total de consultas realizadas na UBS B1 foi igual a 1.099, entre elas foram analisados 22,66%, de consultas de homens na faixa etária de 20 a 59 anos, perfazendo 249 consultas, de 153 pacientes homens. Equivalendo a uma média de 1,6 consultas/paciente.

Corroborando a essas afirmações, dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Pnad/IBGE, 1998) na cartilha do Ministério da Saúde, constatou que a proporção de indivíduos da área rural usuários do SUS é maior que da área urbana, cuja demanda apresenta diferenças^{4,13}. Enquanto os usuários da área urbana procuram o SUS para realização de exames de rotina e de prevenção, na área rural o principal motivo da procura está associado à ocorrência de doenças. Procurar atendimento e não os achar disponíveis, também é fator importante para desmotivar-se para o cuidado¹⁸.

A lombalgia com 6,51% (73) consultas, logo após a

influenza sazonal com número igual a 4,99% (56), devido a grande demanda desse diagnóstico da UBS A3, em seguida aparece os distúrbios psiquiátricos, com valor de 4,55% (51) diagnósticos. Neste diagnóstico de distúrbios psiquiátrico se enquadram convulsões, etilismo, depressão e encaminhamentos para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Dados do Ministério da Saúde destacam que os transtornos mentais, que pesam na hospitalização de adultos jovens, têm grande associação com o uso/abuso de álcool, apontando mais de um terço (1/3) dos casos¹³.

Fazendo o comparativo pode-se dizer que a maioria dos homens que procuraram atendimentos nas UBS dos municípios A e B são moradores da área urbana, 92%.

Mesmo com a soma das três unidades de saúde do município A, a porcentagem dos moradores da área rural é evidentemente menor do que os residentes da área rural do município B, pois os usuários da área rural do município A são atendidos na UBS A4 (rural) ou na UBS A5. Enquanto que os usuários do município B só possuem atendimento na UBS B1.

Levando em consideração a totalidade das consultas realizadas nas UBS comparadas com a quantidade das dos homens, observa-se que eles procuram pouco a atenção primária.

De maneira geral, verificou-se que os homens na faixa etária de 20 a 59 anos, procuram menos a atenção básica de saúde, do que as mulheres, crianças e idosos com uma porcentagem de aproximadamente 2,5% do total de consultas nos municípios estudados. Este dado condiz com os dados da Política Nacional de Saúde do Homem que afirmam que o homem não cuida da própria saúde.

5. CONCLUSÃO

Ao considerar os resultados das análises dos dados, conclui-se que o perfil dos homens usuários da atenção básica dos municípios estudados, prevaleceu casados, moradores da área urbana e, na grande maioria com diagnóstico de HA. Não houve diferença significativa entre as faixas etárias, porém observou-se um predomínio na faixa etária de 40 a 49 anos, sendo assim, a média de idade foi de 39,8 anos (11,7 desvio padrão) com valores aproximados em todas as unidades.

Não houve impacto na procura por atendimentos básicos de saúde aos homens de 20 a 59 anos após o lançamento da Política Nacional de Saúde do Homem nos municípios estudados. Portanto ações locais devem ser realizadas para colocar em práticas as ideias desta política.

Os gestores desses municípios devem aumentar as propostas de prevenção/promoção à saúde voltada para essa população. Programar práticas de saúde em horários alternativos e campanhas em lugares estratégicos podem alcançar estes homens e proporcionar espaços que faci-

lite o interesse pelo cuidado à sua saúde.

Propõe-se então o incentivo e esclarecimentos ao exame para detecção do câncer de próstata (PSA), atividades de educação para a saúde para aumentar o conhecimento dos homens a respeito da HA, já que esta foi vista com grande prevalência entre eles, principalmente com o aumento da idade, aumentar as informações a respeito dos acidentes de trabalhos, e que estes devem ser notificados por meio da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT), aumentar ainda as notícias a respeito de lesões por causas externas, como acidentes automobilísticos, afogamentos, quedas, violências, entre outros; divulgar informações a respeito de DST e planejamento familiar, como campanhas, formação de grupos para discussão, e ainda redirecionar o espaço das unidades que são voltadas quase que exclusivamente às mulheres para que os homens sintam-se igualmente acolhidos, e assim procurem mais os atendimentos.

Com este trabalho pode-se refletir e sugerir que a enfermagem como coordenadora do processo de cuidar e responsável pelo gerir nas UBS, podem ampliar suas ações para educação em saúde, devem promover o conhecimento da equipe multiprofissional e da população em geral, para estimular o interesse do homem em promover a sua saúde, tomando para si responsabilidade pelo autocuidado e consciência da necessidade da mudança dos hábitos para melhorar a qualidade de vida.

Sugere-se novos estudo com a temática Processo de Trabalho da equipe de saúde em Atenção Básica para população de homens.

REFERÊNCIAS

- [01] Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília (DF): [Ministério da Saúde]. 2009.
- [02] Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima AGB, Souza FM. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicologia: teoria e prática*. 2011; 13(3):152-166.
- [03] Schraibe LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10(1): 7 -17.
- [04] Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Contagem da População 2010 (RJ). [acesso 23 set. 2017] Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf
- [05] Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005.10(1):105 – 109.
- [06] Arruda GO, Mathias TAF, Marcon SS. Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017 22(1): 279-290.
- [07] Mckinlay E. Men and health: a literature review. Wellington: Wellington School of Medicine and Health Sciences; 2005.
- [08] Separavich MA, Canesqui AM. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saúde Soc*. São Paulo. 2013, 22(2),.415-428.
- [09] Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSM, Gomes R et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, 2010, 14(33):257-270.
- [10] Brasil, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal 1991 e 2000. 2000. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20%28pelos%20dados%20de%202000%29.htm>>. Acesso em 13/04/2010. REFERENCIA NÚMERO 10 http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/ [Acesso 30 set 2017]
- [11] SIAB, Sistema de Informações da Atenção Básica, Secretária Municipal de Saúde, 2017. [Acesso 30 set 2017] Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/>
- [12] Figueiredo W.S. Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária. [tese] São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2008.
- [13] Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde/PNS 2008/2009-2011. Ministério da Saúde. [acesso 30 set. 2017] Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/>
- [14] Bodinotto DNPB, Simonetti JP, Bocchi SCM. A saúde do homem: doenças crônicas não transmissíveis e vulnerabilidade social. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24:e2756.
- [15] Conselho Federal de Medicina, Código de Ética Médica: Confiança para o médico, segurança para o paciente. RESOLUÇÃO CFM Nº1931/2009. Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90. Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173. [Acesso 01 outubro 2017]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_preambulo.asp>.
- [16] Ministério da Saúde (BR). Portaria GM n. 2436, 21 set 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [Acesso 30 set 2017]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conass-informa-b-192-publicada-portaria-gm-n-2436-que-politica-nacional-de-atencao-basica-estabelecendo-revisao-de-diretrizes-para-organizacao-da-atencao-basica-no-ambito-do-sist/>
- [17] Lima FAC, Medeiros JT, Franco TB, Jorge MSB. Gênero e sexualidade em saúde coletiva: elementos para a discussão acerca da produção do cuidado integral ao usuário masculino. *Interface*. 2017; <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0725>
- [18] Moura EC, Gomes R, Pereira GMC. Percepções sobre a saúde dos homens. *Cienc & Saúde Coletiva* 2017; 22(1):291-300.