

PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DE SAÚDE DOS HOMENS NO NORTE PIONEIRO DO PARANÁ - BRASIL

SOCIOECONOMIC AND DEMOGRAPHIC PROFILE OF MEN'S HEALTH IN THE NORTH PIONEER OF PARANÁ – BRAZIL

DAILA SANTOS DE **SALDARRIAGA**¹, ALINE BALANDIS **COSTA**², CRISTIANO MASSAO **TASHIMA**³, NATÁLIA MARIA MACIEL GUERRA **SILVA**^{3*}

1. Acadêmico do curso de graduação do curso Enfermagem da Universidade Estadual do Norte do Paraná, campus Luiz Meneghel; 2. Professor Mestre, do curso enfermagem da Universidade Estadual do Norte do Paraná, campus Luiz Meneghel; 3. Professora Doutora, do curso enfermagem da Universidade Estadual do Norte do Paraná, campus Luiz Meneghel.

* BR 369, Km 54, Universidade Estadual do Norte do Paraná, Campus Luiz Meneghel, Setor de Enfermagem, Vila Maria, Bandeirantes, Paraná, Brasil. CEP: 86360-000. natyguerra@uenp.edu.br

Recebido em 20/08/2018. Aceito para publicação em 20/10/2018

RESUMO

Em 2008 foi formulada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) a fim de nortear as ações de saúde, estimulando o autocuidado destes sujeitos e, sobretudo, em reconhecer a saúde como um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros. A cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens, sendo que estes vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres, e têm maior incidência de doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e hipertensão arterial. O objetivo deste estudo foi verificar o perfil socioeconômico e situação de saúde dos homens no Norte do Paraná. Trata-se de um estudo descritivo, analítico, transversal, realizado em três municípios no norte do Paraná, Brasil. Teve predominância de indivíduos da raça branca, casados, com baixa escolaridade e renda. A maioria destes apresentou excesso de peso e obesidade central. Verificou-se também uma importante elevação da pressão arterial nesta população. As estratégias necessárias para o atendimento à saúde dos homens incluem a capacitação dos profissionais dos serviços de saúde com enfoque nesta população, e o conhecimento das especificidades da saúde do homem, com o desenvolvimento de ações educativas referentes às principais questões que afetam a saúde masculina.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do homem, atenção primária à saúde, doenças.

ABSTRACT

In 2008, the National Policy for Integral Attention to Human Health (PNAISH) was formulated to guide health actions, stimulating the self-care of these subjects and, above all, to recognize health as a basic social right and citizenship of all Brazilian men. Every three adult deaths, two are of men, who live on average seven years less than women, and have a higher incidence of heart disease, cancer, diabetes, cholesterol and hypertension. The objective of this study was to verify the socioeconomic profile and health status of men in the

North of Paraná. This is a descriptive, analytical, cross-sectional study carried out in three municipalities in northern Paraná, Brazil. There was predominance of white individuals, married, with low schooling and income. Most of these were overweight and central obesity. There was also a significant increase in blood pressure in this population. The strategies necessary for the health care of men include the training of health professionals with a focus on this population, and the knowledge of the specificities of human health, with the development of educational actions regarding the main issues affecting male health.

KEYWORDS: Men's health, primary health care, diseases

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo de sua história desenvolve políticas que subsidiam ações de saúde para grupos específicos. Nesta perspectiva foi formulada, em 2008, PNAISH para nortear as ações de saúde, estimulando o autocuidado destes sujeitos e, sobretudo, em reconhecer a saúde como um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros¹.

Esta política visa facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, pois se observou que as doenças que afetam o sexo masculino são um problema de saúde pública. A cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens, sendo que estes vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres, e têm maior incidência de doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e hipertensão arterial¹.

A hipertensão foi uma das primeiras causas de morte tanto em homens como em mulheres no Brasil no ano de 2008¹, e continua até os dias atuais². Os homens morrem mais do que as mulheres por quase todas as causas de

óbitos, sobretudo por doenças graves e crônicas e causas externas (especialmente por acidentes de trânsito e homicídios), além das altas prevalências de comportamentos não saudáveis, como o uso abusivo de álcool, sedentarismo e não uso de preservativos³.

Para que a PNAISH seja efetiva, ela deve-se atentar a algumas limitações relacionadas à população alvo, sendo que as principais são: 1) as barreiras institucionais para o acesso dos homens aos serviços de saúde, 2) a supervalorização da saúde sexual e reprodutiva, 3) e do início na proposição de estratégias de assistência à saúde masculina. Percebe-se ainda que a concepção dos cuidados com a saúde se faz distantes dos homens adultos jovens, pois estes suscitam fragilidade e reafirmam a caracterização dos serviços de saúde como locais para mulheres, crianças e idosos⁴. Sendo assim, a utilização dos serviços de saúde pelos homens é basicamente pela busca de atendimento, que normalmente, se dá em situações extremas ou em níveis especializados do sistema de saúde⁵.

Diante disto o objetivo foi verificar o perfil socioeconômico e situação de saúde de homens no Norte do Paraná.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, analítico, transversal, realizado nos municípios de Bandeirantes, Jacarezinho e Santo Antônio da Platina, no norte Pioneira do Paraná, Brasil.

Os homens foram incluídos no estudo por conveniência, selecionados no seu local de trabalho. Os critérios de inclusão foram: indivíduos do sexo masculino, acima de 18 anos, e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados por meio de um questionário semi-estruturado (com dados socioeconômicos, demográficos, história clínica, características do tipo e turno de trabalho, exame clínico, dados antropométricos e glicemia capilar). Esse questionário foi validado e aprovado em estudo piloto realizado anteriormente.

Os dados coletados foram digitados em uma planilha do Microsoft Excel e transferidos para o programa Stata® para as análises descritivas e de Chi-quadrado, com nível de significância de 95% ($p < 0,05$).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FCFRP/USP) sob o número 523.158.

3. RESULTADOS

Foram entrevistados 98 homens. A idade média foi 41,40 anos, sendo que a idade mínima foi 20 e máxima de 73 anos. A maioria dos homens 54% (50) estava na faixa etária de 20 a 40 anos (Tabela 1).

A raça branca predominou com 69,89% (65), quando questionados sobre o tipo de trabalho verificou-se que 98,96% (96) trabalhavam no setor de serviço e

trabalham em turno integral 88,29% (83) (Tabela 1).

A escolaridade encontrada na pesquisa foi baixa, sendo que apenas 29,34% possuíam mais de 8 anos de estudo (ensino fundamental completo), e a renda familiar também foi baixa, com salários entre 2 e 3 salários mínimos (70,93%) (Tabela I).

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas dos homens o norte Pioneiro do Paraná, 2017.

Características	Quantidade	%
Idade		
20 a 40 anos	50	51,54%
41 a 60 anos	40	41,23%
61 anos e +	7	7,21%
Raça		
Branca	65	69,89%
Parda	20	21,50%
Preta	8	8,60%
Estado Civil		
Casado	66	73,33%
Divorciado	5	5,55%
Solteiro	18	20,00%
Separado	1	1,11%
Escolaridade		
0-8 anos	65	70,65%
Mais de 8 anos	27	29,34%
Moradia		
Própria	59	60,82%
Alugada	23	23,71%
Financiada	12	12,37%
Outra	3	3,09%
Nº de pessoas que vivem na mesma casa		
1 a 4	82	87,23%
Mais de 5	12	12,76%
Turno de trabalho		
Integral	83	88,29%
Matutino	2	2,12%
Rotativo	4	4,25%
Noturno	5	5,31%
Tipo de trabalho (setor produtivos)		
Indústria	1	1,03%
Serviço	96	98,96%
Renda Familiar (Salários mínimos nacionais)		
1 a 4	61	70,93%
4,5 a 7	23	26,74%
Mais de 8	2	2,32%
Plano de saúde		
Sim	21	21,64%
Não	76	78,35%
Consulta Médica		
1 x ao mês	1	1,07%
2 x ao mês	1	1,07%
< 1 x ao ano	26	27,95%
1 x ao ano	42	45,16%
2 x ao ano	11	11,82%
3 x ao ano	5	5,37%
4 x ao ano	7	7,52%
Álcool		
Sim	43	43,87%
Não	55	56,12%
Tabagista		
Sim	14	14,28%
Não	84	85,71%

A maioria é casado 73,33%, e vivem com mais 4 pessoas na mesma casa 87,23%; quando questionados sobre a condição de moradia, verificou-se que 60,82% possuem casa própria (Tabela 1).

De acordo com os dados 78,57% homens apresentaram excesso de peso ($IMC \geq 25\text{kg/m}^2$) (Tabela 3) e 32% apresentaram circunferência abdominal acima

de 102 cm, portanto apresentavam obesidade central (Tabela 2).

Verificou-se que 4,08% estavam com a glicose elevada (≥ 126 mg/dL), e pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg em 39,79% (Tabela 2).

Quando questionados sobre plano de saúde e uso exclusivo do SUS, 78,35% não possuem nenhum plano de saúde e 60,20% são usuários exclusivos do SUS (Tabela 1). Entre estes, 80,61% não relataram ter nenhum problema de saúde (Tabela 2) e 42,85% vão ao médico uma vez ao ano (Tabela 1).

Tabela 2: Condições de saúde dos homens do norte Pioneiro do Paraná, 2017

Características	Quantidade	%
Doença pré-existente		
Não	79	80,61%
Hipertensão	12	12,24%
Hipercolesterolemia	2	2,04%
Gastrite	1	1,02%
Doenças respiratórias	2	2,04%
Diabetes	2	2,04%
Glicemia capilar		
< 126 mg/dL	94	95,91%
≥ 126 mg/dL	4	4,08%
Pressão Arterial		
< 140/90	59	60,20%
$\geq 140/90$	39	39,79%
Circunferência abdominal		
< 102 cm	67	68%
≥ 102 cm	31	32%
IMC		
18,6 a 24,99	21	21,43%
25 a 29,99	48	48,98%
30 a 34,99	23	23,47%
35 a 39,99	5	5,10%
≥ 40	1	1,02%
Total	98	100%

Verificou-se que quando aumenta a circunferência abdominal nota-se um aumento significativo da pressão arterial ($p=0,012$), assim como o aumento do IMC com a pressão arterial ($p=0,047$) (Tabela 3), para as demais alterações não houve significância estatística.

Dos homens analisados constatou-se que 24,48% nunca praticam atividade física, 43,87% ingerem álcool, mas 81,63% tomam café diariamente. 14,28% (14) são tabagistas e 2,04% relataram consumir ou utilizar outras substâncias.

Tabela 3. Fatores associados à hipertensão arterial em homens do norte Pioneiro do Paraná, 2017

		Pressão <140/90 mmHg	Pressão $\geq 140/90$ mmHg
$p=0,012$	Circunferência <102 cm	46	13
	Circunferência ≥ 102 cm	21	18
$p=0,047$	IMC Normal (18,6 a 24,99)	17	4
	Sobrepeso (25 a 29,99)	30	18
	Obeso grau I (30 a 34,99)	9	14
	Obeso grau II (35 a 39,99)	3	2
	Obeso grau III (≥ 40)	0	1

Valor de $p < 0,05$.

4. DISCUSSÃO

Este estudo teve predomínio de homens com a faixa etária de 20 e 40 anos (51,54%), raça branca (69,89%), casados (73,33%), com escolaridade maior que 8 anos (29,34%) de estudo, sendo estes dados similares aos de Van Eyken & Moraes (2009)⁶ com 61,3% com idade entre 20 e 40 anos, raça branca 51,6%, casados 48,8% e tinham estudado mais de 8 anos 40%, e de Paiva *et al.* (2010)⁷ também com dados similares, mas este trabalho foi divergente de Ganassim *et al.* (2016)⁸ que encontrou a maioria parda/preta (62,5%) e com maior nível de escolaridade (61,1%).

Quanto aos fatores socioeconômicos, verificou-se que a maioria trabalhava no setor de serviço, e mesmo sendo uma região agrícola, nesta pesquisa não foi entrevistado nenhum homem deste setor da economia, uma vez que a população era urbana, mas ressalta-se que, pessoas com baixa condição socioeconômica repercutem diretamente na utilização de serviços públicos de saúde, por não possuírem renda compatível para a aquisição de planos de saúde particular⁸.

Os indivíduos que possuem maior nível de escolaridade e uma melhor situação econômica utilizam mais os serviços de saúde, sendo estes por convênios ou particulares, porque se associam ao nível de conhecimento sobre saúde e à adoção de comportamentos mais saudáveis^{9,10}.

Esses fatores possuem relação entre eles, pois o nível de escolaridade implica, além do conhecimento e da adoção de ações de autocuidado, a situação ocupacional e as condições de trabalho. Estas, por sua vez, refletem a situação econômica, a qual pode limitar o acesso a bens como a saúde¹¹, o que explica o ajuste do modelo das variáveis sócio-demográficas pela renda familiar e classe econômica. Além disso, destaca-se que o sistema público de saúde tem acolhido parte da população historicamente menos favorecida e desassistida por profissionais de saúde, sobretudo na Atenção Básica¹².

Em estudo realizado no município de Ribeirão Preto, com 320 indivíduos na faixa etária de 18 a 65 anos, os autores verificaram que a situação conjugal esteve associada ao sexo masculino na predição do uso dos serviços públicos de saúde. Tal associação pode ser explicada à luz da perspectiva de gênero, no sentido de que a manutenção de uma relação social, no caso ter uma

companheira, pode ser determinante para o envolvimento do homem em práticas protetoras de cuidado, dentre elas, a procura por serviços de saúde¹³.

Em outro estudo realizado na cidade de Campina Grande (Paraíba), com 82 indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de 25 a 59 anos, o estado civil não possuiu correlação com a procura pelos serviços de saúde. Já em pesquisas realizadas em outros contextos culturais¹⁴ afirmam que os homens casados ou com convivência com uma parceira procuram mais o médico do que os homens solteiros.

Os fatores que levam à alta morbimortalidade masculina são decorrentes de hábitos e estilo de vida menos saudáveis. Tais fatores são decorrentes do estereótipo masculino, sendo percebidos pela sociedade como seres fortes e invulneráveis. De acordo com algumas produções científicas^{8,15-17}, foram demonstradas que os homens recorrem menos do que as mulheres aos serviços de saúde. Isso acontece em função de barreiras, como a inconformidade dos horários de prestação dos serviços e a ausência de profissionais preparados para trabalhar as questões referentes à saúde dessa população, além de fatores culturais.

Nesta pesquisa verificou-se uma frequência de 39,79% de homens com a Pressão acima de >140/90mmHg, portanto é maior do que 35,8% apontado pela 7^a. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial¹⁸, mesmo com o predomínio de homens com idade menor do que 40 anos. Além de verificar um grande número de homens com sobrepeso e/ou obesidade (48,98% e 29,59%; respectivamente). Em outras pesquisas notou-se que as doenças que mais acometem os homens são: hipertensão e diabetes¹⁹ e Moura (2012)²⁰ percebeu que foram hipertensão arterial, as dislipidemias, o excesso de peso, o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas, são as doenças prevalentes neste sexo. Portanto a hipertensão é uma das doenças que mais prevalece nos homens em idade produtiva, aumentando os índices de doenças cardiovasculares.

E como a hipertensão é considerada uma doença silenciosa, este fato pode ser agravado pelo comportamento masculino, pois segundo Korin (2001)²¹, em sociedades que equiparam poder, sucesso e força como características masculinas, os homens buscam, no processo de socialização (pela mídia, entre pares, na família), o distanciamento de características relacionadas ao feminino: sensibilidade, cuidado, dependência, fragilidade. Essas atribuições simbólicas diferenciadas entre homens e mulheres resultam, muitas vezes, para os homens, em comportamentos que os predisõem a doenças, lesões e mortes, principalmente as doenças cardiovasculares que causam comprometimentos graves, quando não levam a morte, se não descobertas precocemente.

E se associados a outros fatores de risco como a obesidade central (32%), sobrepeso (48,97%), obesidade grau I, II e III (29,59%) e diabetes (4,08%), podem potencializar o risco cardiovascular¹⁸ e aumentar os índices de morbimortalidade na população masculina.

5. CONCLUSÃO

Os resultados mostram que a idade média encontrada foi de 41,40 anos, com predominância da raça branca, casados, com baixa escolaridade e renda. A maioria dos homens apresentou excesso de peso e 32% apresentaram obesidade central.

Verificou-se uma porcentagem maior de homens com a pressão arterial elevada do que foi previsto na 7^a. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Além disso, verificou-se uma correlação positiva entre o aumento da pressão arterial e a circunferência abdominal e o IMC.

Os homens são adeptos dos serviços de atendimento emergencial de saúde, os quais são mais procurados quando surge algum sintoma que dificulte a realização do trabalho e os tratamentos tardios contribuem para a cronicidade das doenças, aumentando o número e do tempo de internação hospitalar, elevando o índice de morte dos homens quando comparados às mulheres.

As estratégias necessárias para o atendimento à saúde dos homens incluem a capacitação dos profissionais dos serviços de saúde com enfoque nesta população, e o conhecimento das especificidades da saúde do homem, com o desenvolvimento de ações educativas referentes às principais questões que afetam a saúde masculina, principalmente relacionada à Hipertensão Arterial que teve grande prevalência neste estudo e é uma das principais causas de mortalidade em homens no Brasil.

Busca-se contribuir, assim, para o conhecimento e a divulgação sobre o perfil socioeconômico e situação de saúde de homens no Norte Pioneiro do Paraná, e auxiliar em estratégias de implementação de ações de gestão voltadas para a saúde masculina, direcionadas para a promoção e prevenção de saúde desta população.

AGRADECIMENTOS ou FINANCIAMENTO

Agradeço as agências de fomento (CNPq; Fundação Araucária; UENP) que muito tem feito para que esta e muitas outras pesquisas sejam realizadas, contribuindo assim para o crescimento científico de nosso País.

A todos os participantes que cederam um pouco de seu valioso tempo de serviço para responder ao questionário. Sem vocês não seria possível o término deste. Muito obrigada.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes). In: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. p. 40.
- [2] Brasil. Plano Nacional de Saúde (PNS) 2016–2019. In: Secretaria-Executiva Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. p. 91.
- [3] Brasil. Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012–2015. In: Secretaria-Executiva Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 116.

- [4] Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2009;19(3):659-78.
- [5] Oliffe J. Health behaviors, prostate cancer, and masculinities: a life course perspective. *Men and Masculinities*. 2009;11(3):346-66.
- [6] Eyken EBBDO, Moraes CL. Fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25(1):111-23.
- [7] Paiva EP, Motta MCS, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2010;23(1):88-93.
- [8] Schiavon Ganassin G, Monteiro da Silva E, Marçal Pimenta A, Silva Marcon S. Efetividade da intervenção educativa no conhecimento de homens relacionado às doenças cardiovasculares. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2016;29(1):38-46.
- [9] Pavão ALB, Coeli CM, Lopes CS, Faerstein E, Werneck GL, Chor D. Uso de serviços de saúde segundo posição socioeconômica em trabalhadores de uma universidade pública. *Revista de Saúde Pública*. 2012;46(1):98-103.
- [10] Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, *et al.* Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4395-404.
- [11] Oliveira de Arruda G, Mathias TAF, Marcon SS. Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(1):279-90.
- [12] Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;19(4):1263-74.
- [13] Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciência & saúde coletiva*. 2013;18(1):273-80.
- [14] Lyra J, Leão LS, Lima DC, Targino P, Crisóstomo A, Santos B. Homens e cuidado: uma outra família? São Paulo: Cortez; 2008. 91-106.
- [15] Gomide EGS, de Lima HHC, de Azevedo Filho ER. A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem no Brasil: Uma Revisão Integrativa. In: Pesquisa NId, editor. *Simpósio ICESP*; Brasília: ICESP; 2014; 1-12.
- [16] Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(4):1263-74.
- [17] Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):7-17.
- [18] Guerra-Silva NMM, Santucci FS, Moreira RC, Tashima CM, de Melo SCCS, Pereira LRL, *et al.* Coronary disease risk assessment in men: comparison between ASCVD Risk versus Framingham. *International journal of cardiology*. 2017;228:481-7.
- [19] Malachias MVB, Póvoa RMS, Nogueira AR, Souza D, Costa LS, Magalhães ME. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: chapter 3-clinical and complementary assessment. *Arquivos brasileiros de cardiologia*. 2016;107(3):14-7.
- [20] Moura EC. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira; 2012. p. 128.
- [21] Korin D. Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolescência Latinoamericana*. 2001;2(2):67-79.