



Universidade Federal do Maranhão
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto
Mestrado Acadêmico



**ATIVIDADE FÍSICA NOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO A
SAÚDE DO HOMEM NO DISTRITO ITAQUI BACANGA, SÃO
LUÍS-MA: opinião de profissionais de saúde e usuários**

FRANCISCA BRUNA ARRUDA ARAGÃO

**São Luís
2018**

Francisca Bruna Arruda Aragão

**ATIVIDADE FÍSICA NOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO A
SAÚDE DO HOMEM NO DISTRITO ITAQUI BACANGA, SÃO
LUÍS-MA: opinião de profissionais de saúde e usuários**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do título de Mestre em Saúde do Adulto.

Área de Concentração: Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto

Orientador:

Prof. Dr. Emanuel Péricles Salvador

Coordenadora:

Profª. Dra. Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento

**São Luís
2018**

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Aragão, Francisca Bruna Arruda.

ATIVIDADE FÍSICA NOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO A SAÚDE DO
HOMEM NO DISTRITO ITAQUI BACANGA, SÃO LUÍS-MA: : opinião
de profissionais de saúde e usuários / Francisca Bruna
Arruda Aragão. - 2018.

155 p.

Orientador(a): Prof. Dr. Emanuel Péricles Salvador.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Saúde do Adulto/ccbs, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís - MA, 2018.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Atividade Motora. 3.
Saúde do Homem. I. Salvador, Prof. Dr. Emanuel Péricles.
II. Título.

Francisca Bruna Arruda Aragão

**ATIVIDADE FÍSICA NOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO A
SAÚDE DO HOMEM NO DISTRITO ITAQUI BACANGA, SÃO
LUÍS-MA: opinião de profissionais de saúde e usuários**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do título de Mestre em Saúde do Adulto.

A Banca examinadora da Dissertação de Mestrado apresentada em sessão pública considerou a candidata aprovada em ____/____/____.

Professor Dr. Emanuel Péricles Salvador (Orientador)
Universidade Federal do Maranhão

Professora Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves (Examinadora)
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Professora Dra. Ana Eugênia Ribeiro de Araújo e Araújo (Examinadora)
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Professora Dra. Jacira do Nascimento Serra (Examinadora)
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Dedico este trabalho a Deus pelo Dom da Vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela vida e por cuidar de mim em todos os momentos. Porque ele é capaz de fazer infinitamente mais de tudo aquilo que pedimos ou pensamos. Ele sabe o tempo certo para tudo. Muito obrigada meu Deus, por mais essa conquista.

À Universidade Federal do Maranhão, ao programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto, em nome da Profa. Dra. Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento, Profa. Dra. Maria Bethânia da Costa Chein, Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito e a todos os demais professores do Mestrado, por nos proporcionar um crescimento intelectual e pessoal ao longo da jornada. Aos funcionários do programa Emanuel Leite e José Valente, pela ajuda e apoio prestados.

À Secretária Municipal de Saúde- (SEMUS) São Luís, pela oportunidade de execução deste trabalho. Aos Profissionais de Saúde e Usuários das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Itaqui Bacanga que participaram desta pesquisa, pois sem eles não seria viável a sua realização e a todos que, de alguma forma, colaboraram com seu apoio e dedicação.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Emanuel Péricles Salvador, pela permanente presteza em minha orientação, fazendo-me entender o quão magnífico é oferecer ensinamentos e experiência nesse nível.

Aos meus pais, Marluce e Francisco, pelo amor imensurável, confiança e apoio. A minha querida avó Maria, pelas orações. Aos irmãos queridos, Bruno, Raissa e Janaína, pela presença, carinho e paciência. Aos meus sobrinhos Marone e Issac por serem minha alegria constante.

Aos colegas do Mestrado em Saúde do Adulto, pelos momentos juntos vividos e pelas trocas de experiências. Em especial, aos queridos colegas Gerusinete, Clíce, Gabrielle, Rodrigo, Elayne, Joyce, Flávia e Franco (que se tornaram verdadeiros amigos), por dividirem comigo as angústias e alegrias e por me incentivarem a continuar.

Ao Laboratório de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física, Exercício, Esportes e Saúde (LAPAES), pela troca de conhecimentos.

À Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA), pelo incentivo e apoio financeiro.

À banca examinadora, pela disponibilidade e contribuição para este trabalho.

Enfim, a todos vocês, MINHA ETERNA GRATIDÃO!

“Que darei ao Senhor por todos os benefícios que me tem feito”.
(Salmos: 116.12).

RESUMO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi um marco na promoção de ações de saúde direcionadas para o usuário masculino, ao contrário de outras políticas voltadas para as mulheres e outras minorias. Entre as ações que essa política preconiza, a atividade física cumpre um papel fundamental para que esse público tenha acesso a programas de promoção de saúde. Diante do exposto, este estudo objetivou conhecer a opinião dos profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre ações de promoção da saúde e de atividades físicas desenvolvidas para o homem no Distrito Itaquí Bacanga. Participaram do estudo, por meio de uma seleção amostral por conveniência, 119 pacientes do sexo masculino acompanhados pelas unidades de saúde pesquisadas e 36 profissionais que compõem a ESF (equipe mínima) que prestaram assistência direta aos pacientes. A pesquisa em questão utilizou-se de dois instrumentos de coleta de dados referentes aos profissionais da ESF (roteiro de entrevista) e aos participantes masculinos (questionário quantitativo). Com base nos resultados encontrados, com relação aos profissionais de saúde, verificou-se que a assistência ao usuário homem ainda é lenta, visto que barreiras culturais e socioeconômicas ainda são empecilhos para ida do homem às unidades básicas, também se observou nos depoimentos dos profissionais, que apesar de tentarem mudar essa realidade, as UBS ainda são vistas pelo público masculino como local feminilizado. Contudo, observamos que a falta de conhecimento do profissional sobre o PNAISH é um fator preocupante, já que para uma assistência adequada é importante conhecer todas as ações necessárias para influenciar ou motivar a procura pelos serviços de saúde. Com relação aos usuários, observou-se que Homem que faz atividade tem menos DCNT (12,9%) do que aqueles que são sedentários (34,7%). Pode-se observar, também, uma associação significativa ($p < 0,05$) entre não atividade física e o uso de remédio diariamente. Homem que faz atividade usa menos remédio (12,9%) do que aqueles que são sedentários (36,7%). Nos demais cruzamentos, não foram observadas associações significativas ($p > 0,05$) com a atividade física, ou seja, as proporções das classes dessas variáveis no grupo de homens que fazem atividade física são semelhantes às do grupo que não faz atividade física. Entretanto, apesar de 84,1% saberem da importância da prevenção de doenças; 84,4% não participam de nenhum programa pelo centro de saúde. O outro dado importante verificado foi que 99,2% gostariam de participar de algum programa de saúde e 86,6% sentem vontade de falar sobre a saúde deles, no entanto, desse percentual, 100% possuem vergonha para falar sobre o assunto; 54,6% relatam o trabalho como fator de dificuldade para ir ao serviço de saúde. Nesse sentido, observa-se que a participação masculina é pequena nos serviços, por motivos múltiplos, pode-se concluir que existe a necessidade da realização de outros estudos com a mesma temática, pois o PNAISH é um avanço na saúde do homem, além de possibilitar a esse público uma oferta de uma assistência integral e humanizada, considerando a singularidade do universo masculino.

Palavras-chave: Saúde do Homem. Atividade Motora. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The National Policy of Integral Attention to Human Health was a milestone in the promotion of health actions destined to the male user, contrary to other policies destined to women and other minorities. Among the actions that this policy advocates, physical activity plays a fundamental role for this public to have access to health promotion programs. Based in these aspects, the present study object to know the opinions of the professionals and users of the Family Health Strategy (ESF) on actions to promote health and physical activities developed for men in the Itaquí Bacanga District. A total of 119 male patients followed by the health units surveyed and 36 professionals that make up the FHT (minimum staff) who provided direct assistance to the patients participated in the study, through a sample selection for convenience. This research in used two instruments of information collection concerning the professionals of the FHT (interview script) and the male participants (quantitative questionnaire). Based on the results found, with regard to health professionals, it was verified that the assistance to the male user is still slow, since cultural and socioeconomic barriers are still obstacles for the going of the man to the basic units, also it was observed in the testimonials of the professionals, that despite trying to change this reality, the UBS are still seen by the male public as a feminized place. However, we observe that the lack of professional knowledge about PNAISH is a worrying factor, since for adequate care it is important to know all the actions necessary to influence or motivate the demand for health services. Regarding the users, it was observed that the man who does activity has less CNCD (12.9%) than those who are sedentary (34.7%). It is also possible to observe a significant association ($p < 0.05$) between non-physical activity and daily use of medication. Man who does activity uses less medication (12.9%) than those who are sedentary (36.7%). In other crosses, there were no significant associations ($p > 0.05$) with physical activity, that is, the proportions of the classes of these variables in the group of men who perform physical activity are similar to those in the group that does not perform physical activity. However, although 84.1% were aware of the importance of disease prevention; 84.4% do not participate in any program by the health center. The other important finding was that 99.2% would like to participate in some health program and 86.6% would like to talk about their health, however, of that percentage, 100% are ashamed to talk about it; 54.6% reported work as a difficulty factor to go to the health service. In this sense, it is observed that the male participation is small in the services, for multiple reasons, it can be concluded that there is a need to carry out other studies with the same theme, since the PNAISH is an advance in the health of the man, besides to enable this public to offer an integral and humanized assistance, considering the uniqueness of the masculine universe.

Keywords: Mens's Health. Motor Activity. Pimary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Distrito Sanitário Itaquí Bacanga, São Luís- Maranhão.....	39
----------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sócio demográfica dos usuários homens entrevistados. Distrito Itaqui Bacanga, São Luís – MA, 2018.....	59
Tabela 2	Caracterização dos usuários homens entrevistados, segundo comorbidades. Distrito Itaqui Bacanga, São Luís – MA, 2018.....	60
Tabela 3	Caracterização dos usuários homens entrevistados, segundo a busca por serviço de saúde. Distrito Itaqui Bacanga, São Luís – MA, 2018.....	61
Tabela 4	Caracterização dos usuários homens entrevistados, segundo os serviços voltados para saúde do homem. São Luís, 2018.....	62
Tabela 5	Caracterização dos usuários homens entrevistados, segundo a realização de atividade física. Distrito Itaqui Bacanga, São Luís – MA, 2018.....	63
Tabela 6a	Teste de qui-quadrado das variáveis classificatórias com o hábito de fazer ou não atividade física. Distrito Itaqui Bacanga, São Luís – MA, 2018.....	64
Tabela 6b	Teste de qui-quadrado das variáveis classificatórias com o hábito de fazer ou não atividade física. Distrito Itaqui Bacanga, São Luís – MA, 2018.....	65
Tabela 7	Modelo de regressão logístico envolvendo as variáveis sócio demográficas e de serviços de saúde com a prática de atividade física em usuários (n=119). Distrito Itaqui Bacanga, São Luís – MA, 2018.....	66

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Atividade Física
AFE's	Atividades Físicas e Esportivas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAISI	Centro de Apoio ao Idoso
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
E	Enfermeiro
EF	Educação Física
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIPERDIA	Cadastramento e Acompanhamento de Portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAPs	Instituto Nacional de Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IST	Infeção Sexualmente Transmissível
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
ME	Médico
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOAS / SUS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
ONG(s)	Organizações não Governamentais
ONU	Organização Nacional das Nações Unidas
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PST	Projeto de Saúde no Território
SEMCAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SEMDEL	Secretaria Municipal de Desporto e Lazer

SEMSA	Secretaria Municipal de Segurança Alimentar
SEMUS	Secretária Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TE	Técnico de Enfermagem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS's	Unidades Básicas de Saúde
UNICEUMA	Universidade Ceuma
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
2.1 Breve histórico sobre as Políticas de Saúde no Brasil	15
2.2 A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde.....	17
2.3 Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família	21
2.3.1 Atividade Física e a Política Nacional de Promoção da Saúde.....	25
2.3 Saúde do Homem: Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem	29
2.3.1 Atividade física e saúde do homem	35
3 OBJETIVOS	38
3.1 Geral	38
3.2 Específicos	38
4 METODOLOGIA.....	39
4.1 Tipo do estudo.....	39
4.2 Período e local do estudo.....	39
4.3 Amostra	40
4.3.1 Cálculo amostral.....	41
4.4 Instrumento de coleta e tratamento dos dados	42
4.5 Aspectos éticos	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1 Análise qualitativa	44
5.1.1 Características dos profissionais de saúde	44
5.1.2 Entrevistas.....	45
5.2 Análise quantitativa: usuários masculinos	58
6 CONCLUSÃO.....	70
REFERÊNCIAS	71
ANEXOS	79
APÊNDICES	87
ARTIGO A - Artigo propriamente dito	101
ARTIGO B – Artigo propriamente dito	113
ARTIGO C – Artigo propriamente dito.....	125
ARTIGO D – Artigo propriamente dito.....	138

1 INTRODUÇÃO

A temática promoção de saúde do homem na atenção básica ainda é pouco abordada e discutida entre os meios acadêmicos. Apesar da conhecida relação entre as morbidades associadas a esse público, como a obesidade, a hipertensão, a diabetes e outros, sabe-se que a maioria dos estudos são voltados para saúde da mulher, da criança e do idoso.

De acordo com Gomes, Nascimento e Araújo (2007) e Gomes et al. (2011) os homens percebem que as unidades de saúde são destinos para mulheres e crianças, sendo consideradas um espaço feminilizado, e não se sentem pertencidos àquele espaço. Embora seja possível que as políticas de saúde voltadas para o público feminino integrem, também, a saúde do homem, é importante que essa possibilidade seja vista em sua singularidade e em sua diversidade no âmbito das relações sociais em que está inserida.

Ressalta-se ainda que nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), historicamente, os cuidados são geralmente voltados para as mulheres e as crianças, embora, em tese, esses locais sejam destinados a toda população. Entretanto, a atenção primária se identifica com um espaço assistencial feminilizado (GOMES et al., 2011). Braz (2005, p. 1) relata ainda que “a falta de equidade no atendimento às necessidades de saúde dessa parcela da população, acaba por redundar numa atenção precária nos serviços de saúde”.

Diante do exposto, chegou-se às seguintes problemáticas: Quais são as ações desenvolvidas na promoção da saúde do homem no Distrito Itaquí Bacanga? Os profissionais da área da saúde incentivam a prática de atividade física entre seus usuários homens? Quais são as ações educativas desenvolvidas na unidade estudada voltadas para atividade física e promoção de saúde do homem? O usuário participa das programações de saúde realizadas pela unidade? Quais são as dificuldades que o usuário encontra para participar de programas voltados para a saúde do homem?

O Ministério da Saúde instituiu, em agosto de 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH (BRASIL, 2008), para atender os homens entre 25 e 59 anos. Segundo Alves et al. (2011) a faixa etária visa 41,3% da população masculina, e 20% do total da população brasileira, relacionada à parcela da população produtiva com significativo papel sociocultural e político que não estava, até então, incluída em nenhuma política de saúde. Tal Programa tenta mudar a percepção masculina em relação a seus cuidados com a saúde e à compreensão do universo masculino.

Na agenda de prioridades da PNAISH, destacam-se as práticas corporais/atividades físicas, reconhecidas como fator protetor de saúde, auxiliando na redução

dos riscos à saúde e melhorando a qualidade de vida dos sujeitos. Cabe aos estados e municípios à elaboração e implementação de políticas de promoção da saúde oferecendo à população programas de atividade física (MALTA et al, 2009).

Nesse ambiente, conforme dados da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), referentes ao ano de 2016, a atividade física é uma forte ferramenta da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na promoção da saúde, pois sabe-se que os homens praticam mais algum tipo de atividade física em comparação às mulheres, seja esporte, exercício físico ou atividade física como forma de lazer, mesmo de forma irregular, como partidas de futebol em finais de semana (BRASIL, 2017).

Percebe-se que segundo a última pesquisa pelo VIGITEL (BRASIL, 2017), realizada em 2016 com uma amostra representativa de 27 capitais brasileiras, inclusive São Luís (20.258 homens, sendo 752 em São Luís – MA), demonstrou-se que 50,9% dos entrevistados estavam com excesso de peso, 12,5% eram obesos e 35,2% praticavam atividade física de maneira insuficiente (abaixo dos 150 minutos semanais).

Sendo assim, considera-se importante este estudo no sentido de conhecer a opinião dos profissionais de saúde e dos usuários do sexo masculino sobre a promoção de saúde para os homens a fim de subsidiar outros trabalhos com a temática em foco, e também contribuir para o avanço da institucionalização das ações de promoção da saúde, especificamente, o eixo práticas corporais/atividades físicas desenvolvidas na cidade São Luís/MA.

Nesse contexto, os profissionais de saúde são fundamentais na promoção da saúde, principalmente no aconselhamento sobre a importância da prática da atividade física. Entretanto, observa-se que, nas Equipes de Estratégia de Saúde da Família, existe uma dificuldade em promover a saúde neste público. Além disso, existe relutância do homem em procurar um centro de saúde. Portanto, a boa relação entre profissional e usuário é estratégia fundamental que possibilita o compartilhamento de pensamentos, crenças e valores. É importante considerar a influência que esse profissional poderá ter para o paciente do sexo masculino, além da possibilidade de respeitar e compreender as inúmeras situações que envolvem sua saúde, a fim de ajudá-lo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Breve histórico sobre as Políticas de Saúde no Brasil

O direito à saúde foi reconhecido internacionalmente em 1948, quando teve a aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU). Os anos de 1930 a 1945 foram essenciais para o desenho da realidade da saúde brasileira nos dias atuais. As ações voltadas para a Saúde Pública, no período de 1930 a 1945, têm como processo mais visível a redefinição do papel do Estado. Assim, as políticas de saúde alcançaram caráter nacional, e a preocupação com aquelas políticas tornou-se predominante até meados dos anos de 1945, centralizando-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas, mais restritamente para as do campo (FIGUEIREDO NETO, 2010).

Nesse período, o modelo de Previdência que norteou o Brasil foi o de orientação contencionista. A previdência preocupou-se mais com os aspectos financeiros do que com a promoção de saúde. A medicina previdenciária teve como marco a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) criadas em 1923 (BRAVO, 2007).

Bravo (2007) explica que, durante esse período, houve uma significativa reformulação. Essas mudanças buscavam firmar um modelo que unificasse a política de saúde, e que, portanto, envolvesse grande parte dos trabalhadores naquelas políticas, de forma igualitária e com acesso facilitado. No entanto, os representantes das classes trabalhadoras se recusavam à unificação, uma vez que isso representava o abandono de muitos direitos conquistados.

Sobre essa unificação, Figueiredo Neto (2010) ressalta que, com a criação dos IAPs, passou-se a incluir, em um mesmo instituto, toda categoria profissional, além das empresas. Nesse cenário, o Estado passou a participar da sua administração, controle e financiamento, surgindo um sistema público de previdência social; todavia, os beneficiários desse serviço eram somente trabalhadores contribuintes. Destaca-se o fato de que, para esse sistema de proteção, caso não contribuíssem, estariam excluídos os trabalhadores rurais, os profissionais liberais, além de todo trabalhador que exercesse uma função não reconhecida pelo Estado. Logo, poucas pessoas possuíam a proteção previdenciária, ocasionando uma discriminação entre os profissionais que não podiam contribuir e que não tinham tal benefício.

Durante muito tempo, as Políticas Públicas de Saúde objetivaram, tão somente, propiciar a manutenção e a recuperação das forças de trabalho necessárias à reprodução social do capital. Sendo assim, Figueiredo Neto (2010, p. 03) afirma que:

No Brasil, especialmente nos últimos anos, observou-se, sob o controle do governo, o desenvolvimento de um extenso programa de assistência médico-social compulsório para as classes assalariadas, programa esse que, apesar de vir atender a uma razoável parte de nossa população, não pode ainda cogitar da grande massa constituída pelos habitantes da zona rural, os quais por não trabalharem em regime regular de emprego, não sendo, portanto obrigados a contribuir para as organizações de seguro médico-social, veem-se, em sua maioria, totalmente desprovidos de qualquer tipo de assistência médico-sanitária, a não ser aqui e ali e assim mesmo muito mal, aquela que é prestada pelos serviços oficiais de saúde e pelas instituições de caridade.

Considerando-se esses fatores, os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados nos anos seguintes. Cumpre lembrar que o setor Saúde era voltado para o assistencialismo e curativo, de caráter crescentemente privatista, com pouca prioridade para as políticas de promoção da saúde e, portanto, surge o movimento pela Reforma Sanitária, devido à indignação de setores da sociedade com a saúde pública (BRASIL, 2007).

Suas primeiras articulações datam do início da década de 1960. Entretanto, toda movimentação foi abortada pelo golpe militar de 1964. O movimento atingiu sua maturidade a partir do fim da década de 1970, e princípio dos anos 1980, e mantém-se mobilizado até o presente momento. Essa reforma é organizada por técnicos e intelectuais, partidos políticos, diferentes correntes, tendências e movimentos sociais diversos (BRASIL, 2007).

Assim, a Política de Saúde no período de 1964 a 1974 desenvolveu-se por meio da intervenção do binômio repressão-assistência, que desenvolveu a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com base na atribuição de privilégios do setor privado, articulada às tendências da política econômica implantada nesse período. Nos anos 80, a sociedade brasileira, além de estar construindo uma democratização política com fim do regime ditatorial, também estava vivenciando uma crise econômica (BRAVO, 2007), com impactos negativos nas políticas de saúde.

O movimento sanitário pautou, em sua agenda política, grandes propostas de mudanças para a área da saúde ao longo das lutas ídeo-políticas que permeavam a relação do Estado com o campo da saúde, uma vez que já se tinha a consolidação do Projeto de Reforma Sanitária que vinha sendo construído desde meados da década de 70. Evidencia-se o fato que aquele projeto era considerado, naquele momento político, a mais recente *luta* da sociedade civil organizada.

2.2 A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde

É importante que se exponha o fato de que o movimento de Reforma Sanitária está intimamente ligado aos contextos históricos das políticas sociais. Em especial no Brasil, a política social caracteriza-se como subordinada aos interesses econômicos e políticos, os quais, historicamente, foram implementados através de práticas assistencialistas, trazendo consigo uma modificação clientelista e refletindo relações que não incorporam o reconhecimento dos direitos sociais. Contrapondo a essa concepção, e no que diz respeito à política de saúde, Bravo (2007) aponta que essa política deve atender a uma perspectiva social, no sentido de que seu conceito deve ser ampliado.

O setor saúde, propriamente, deve direcionar suas ações para além da simples provisão de serviços. Para o autor, políticas de saúde devem, também, apoiar os sujeitos e as comunidades na perspectiva da inclusão social, desmistificando a compreensão de saúde atrelada ao pensamento de doença. Sendo assim, a reforma do setor de saúde brasileiro ocorreu de forma simultânea ao processo de democratização, liderada por profissionais da saúde e pelos movimentos sociais e organizações da sociedade civil em torno da ampliação do conceito de saúde e da perspectiva de incorporação de práticas vinculadas ao acesso universal e igualitário (MENICUCCI, 2014).

Surgiram personagens importantes, como: os profissionais de saúde que buscavam defender uma melhoria na política de saúde; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como setor de divulgação e local de debate sobre a melhoria dos serviços e os partidos políticos de oposição, que passaram a impor debates sobre a saúde e a criação de programas voltados para essa temática (BRAVO, 2007).

A Reforma Sanitária foi proposta num momento de mudanças intensas na estrutura socioeconômica brasileira. A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no ano de 1986, em Brasília, teve a participação de técnicos do setor, de gestores e da sociedade civil organizada, e propôs um modelo de proteção social com o objetivo de garantir o direito à saúde integral e universal à população (FAUSTO; MATTA, 2007).

Fausto e Matta (2007, p. 67) destacam ainda que:

[...] na esteira desse processo democrático constituinte, o chamado movimento sanitário tinha proposições concretas. A primeira delas, a saúde como direito de todo o cidadão, independente de ter contribuído, ser trabalhador rural ou não trabalhador. Não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde. A segunda delas é a de que as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema. A terceira, a descentralização da

gestão, tanto administrativa, como financeira, de forma que se estivesse mais próxima da quarta proposição que era a do controle social das ações de saúde.

Em vista disso, a VIII Conferência Nacional de Saúde foi o evento que se contrapôs, incisivamente, às diversificadas propostas de mercado, que visavam à deterioração dos serviços públicos de saúde. Logo, ela pode ser considerada um marco das conquistas alcançadas no campo da saúde no Brasil (BRAVO; MATOS, 2006).

A referida conferência foi norteada pelo princípio da “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Suas principais resoluções foram confirmadas pela Constituição Federal, promulgada em 1988. A reforma sanitária é fruto de um processo social e político que requereu um ambiente democrático para a sua construção, no campo sanitário, e cuja implantação apresentou nítido, e sólido caráter de mudança cultural. O movimento sanitário foi responsável pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) consubstanciado e alicerçado em uma concepção ampliada do cuidado em saúde do usuário, família e comunidade (FAUSTO; MATTA, 2007).

Essa conquista foi ratificada na Constituição Federal de 1988, considerando o conceito de proteção social no Estado brasileiro, e elevando a saúde ao patamar de direito social. Após a conferência, a saúde passou a formar um conjunto de ações e serviços de cunho protetivo, preventivo e de promoção resguardados pelo Estado e pela sociedade. Dessa forma, a saúde, a assistência e a previdência social constituem a “tríade” da Política de Seguridade Social no país e, com isso, a descentralização política e administrativa nas três esferas de governo. Nesse escopo, a saúde passou ser interesse de todos e um aspecto importante para democratização na sociedade (LEITÃO, 2010; MENICUCCI, 2014).

A “ideia/conceito” de saúde foi reorientada, a fim de que seu conceito fosse ampliado, pois havia a necessidade de se associar à perspectiva das transformações políticas, sociais, econômicas, imprescindíveis à configuração do bem-estar social, tendo a equidade, e não mais o desenvolvimento econômico, como elemento central desse conceito. Logo, foi essencial pensar em uma justiça distributiva que alcançasse as metas indicadas pelo direito à saúde, retomando o desenvolvimento como proposta global e incluindo saúde e educação como prioridades (RABELO, 2006).

A promulgação da Constituição Federal sobre a saúde no Brasil foi consubstanciada através da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação do bem-estar, organização e funcionamento dos serviços correspondentes. Tais garantias já vinham sendo resguardadas e instituídas nos

artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 que se referem à saúde como “direito de todos”.

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 define o papel que constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição estabeleceu o SUS como de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle dos seus usuários. Baseado nos preceitos constitucionais, a construção das ações do SUS norteiam-se pelos seguintes princípios doutrinários:

Universalidade, todas as pessoas devem ter acesso aos serviços de saúde, é um direito de cidadania, com isso deixam de existir os ditos como “indigentes”, ou seja, brasileiros que não inseridos no mercado de trabalho e por isso não eram incluídos nos programas de saúde, esse princípio é a maior conquista das lutas em favor da Reforma Sanitária; ***Preservação da autonomia*** das pessoas, visando a sua integridade física ou moral; ***Igualdade*** da assistência médica, sem preconceitos ou privilégios buscando assim a equidade, pois todo cidadão é igual perante o SUS e deve ser atendido conforme sua necessidade, cada grupo, região ou classe social tem seus problemas específicos, seu modo de viver e adoecer, com isso devem ser realizadas ações diferentes para que se possa buscar a igualdade; ***Integralidade***, entendida como um conjunto articulado de ações e serviços que visem atender o indivíduo como um ser humano integral, vê-lo como um ser biologicamente, psicologicamente e socialmente exposto aos riscos de vida (BRASIL, 2006).

Outros princípios igualmente relevantes do SUS são a **resolutividade**, ou seja, um atendimento eficaz e eficiente, o qual a população procura e necessita; a **participação da comunidade**, que deve abranger as três esferas políticas: federal, estadual e municipal, cuja participação ocorre por meio de conselheiros e nas Conferências de saúde, conforme a Lei n.º 8.142/90, e a **descentralização político-administrativa**, que seria a redistribuição da responsabilidade entre as esferas de governo na norma operacional básica do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

No que se refere ao financiamento do SUS, reitera-se que é de responsabilidade comum dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), cujos recursos financeiros de investimento devem ser voltados para a melhoria nos acessos e para a garantia da integralidade da atenção básica, priorizando, principalmente, a prevenção, a promoção de saúde e o aumento da rede física de saúde (PAIM, 2006).

Diante de um conjunto de ações ofertado para população, a Atenção Básica proposta pela NOAS/SUS, tem se destacado onde há responsabilidades e ações estratégicas mínimas. No entanto, em procedimentos de Média e Alta Complexidade, tornam-se necessárias a contratação de profissionais especializados e a aquisição de recursos

tecnológicos, uma vez que esses recursos não são oferecidos a todos os municípios em razão do custo-benefício ou pela limitação da oferta (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) determina ainda que os recursos federais que correspondem a mais de 60% do total sejam repassados para os estados e municípios por meio do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, como de acordo com o decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. Entretanto, esses recursos, mesmo que disponíveis pelo governo, encontram-se mal distribuídos ou, ainda, mal-empregados pelos gestores públicos (VARELA; PACHECO, 2012).

É importante destacar também que, segundo a Constituição, em casos em que o setor público não consegue possibilitar um atendimento eficaz, o Estado pode contratar serviços de setores privados, porém, esse setor deve estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Desde o início da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde sempre enfrentou um grande desafio: o de garantir, através da formulação e implementação de estratégias de mudanças na gestão, organização e financiamento do sistema, que consolidem o processo de transformação do modelo assistencial, processo esse que vem se desenvolvendo, principalmente, a partir de 1993, quando se desencadearam a municipalização e a implementação do Programa Estratégia Saúde da Família (GIL, 2006).

A partir da municipalização, os profissionais de saúde se aproximaram mais da sociedade, com a finalidade de transmitir informações sobre a saúde e, com isso, mudar o padrão sanitário da população. Nesse sentido, as ações do profissional de saúde devem estar pautadas conforme o art. 198 da Constituição Federal, que ensina que:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O conceito de saúde firmado pela Reforma Sanitária vincula-se à qualidade de vida, ou seja, aos mecanismos que possibilitam os padrões da dignidade humana, como: moradia, trabalho, transporte, lazer e que propiciem o acesso às ações integrais de saúde, a uma educação de qualidade e aos mecanismos de resolução equânime e pacífica dos conflitos. A consolidação do SUS, como um sistema de atenção e cuidados em saúde, não é suficiente para a efetivação do direito da população à saúde. São claras as evidências que apontam para os limites da atuação de um sistema de assistência. A conquista da saúde precisa estar articulada à ação sistemática e intersetorial do Estado sobre os determinantes sociais de saúde,

ou seja, sobre o conjunto dos fatores de ordem econômico-social e cultural que exercem influência direta ou indireta sobre as condições de saúde da população (BRASIL, 2007).

2.3 Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Na Saúde Pública, à ação de saúde representa o instrumento técnico-político que compreende na intervenção no processo saúde-doença. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), desde a sua criação, tem ocasionado o crescimento do número de equipes de saúde em todo território brasileiro.

Como relatado anteriormente, o modelo assistencial-privatista vigorado no país antes da criação do SUS, tornou-se ineficaz e insuficiente para atender necessidades de saúde da população. Após a implantação do SUS, surgiu a necessidade de criação de programas que poderiam atender os princípios desse sistema (FÁE, 2011).

Assim, uma das portas de entrada do SUS, são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que possuem como plano de trabalho o exercício de práticas democráticas, participativas, sanitárias e gerenciais, realizado através de equipes que abrangem atividades realizadas em famílias adstritas em sua área de atuação apresentado sob a área de sua responsabilidade (BRASIL, 2007).

As equipes das UBS's são compostas ao menos por um médico da família ou médico generalista, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo sua equipe ser ampliada contendo a equipe de saúde bucal, composta por profissionais como um dentista, um técnico em higiene bucal e um auxiliar de consultório dentário (BRASIL, 2011). Cabe a cada um desses profissionais estar focado em sua comunidade adstrita, considerando o cidadão como um todo, dessa forma propondo melhorias na qualidade de vida do usuário (MACHADO, 2014).

Visando ampliar a atenção básica e consolidar as diretrizes do SUS, surgiu a proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF), que inicialmente, era denominada de Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde. As origens desse programa encontram-se nos moldes dos movimentos reformistas das décadas de 1970 e 1980, os quais tinham o desejo de substituir o modelo tradicional de saúde (curativista), por um novo modelo que visava à prevenção e promoção da saúde da população (CORTEZ; TOCANTINS, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2008) dispõe sobre o ESF:

A Estratégia Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde dessa comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

Logo, tal estratégia considera a família como unidade de intervenção e consolida como pressupostos a reorientação das práticas profissionais, promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. Além disso, a ESF passou a ser o primeiro nível de atenção básica, onde sua equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco encontradas na sociedade, elaborar um programa de atividades para combater alguns problemas relacionados à saúde/doença, desenvolver ações educativas e prestar assistência integral às famílias no âmbito da atenção básica (SCOREL et al., 2007; LEITÃO, 2010).

Vale ressaltar que a Atenção Básica considera o indivíduo, em todo seu contexto sociocultural e objetivo, a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças com a diminuição de riscos que possam alterar a qualidade de vida do usuário. A Atenção Básica tem como fundamentos (BRASIL, 2008):

I - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, em consonância com o princípio da equidade. II - Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços. III - Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. IV - Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação. V - Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação. VI - Estimular a participação popular e o controle social.

Costa et al. (2009) constata que no Brasil, refere-se a atenção primária como um dos níveis da atenção básica. Desse modo, a ESF deve considerar como proposta da vigilância à saúde na atenção básica: o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sociocultural; o objeto da atenção que apresenta uma dimensão coletiva (problemas de saúde de populações e potencialidades de organização social para a promoção da saúde),

uma dimensão individual (sujeitos portadores de problemas, projetos e/ou sofrimentos), ações pautadas no princípio da integralidade.

Portanto, o trabalho desenvolvido pela Estratégia de Saúde da Família pressupõe um acompanhamento direto das famílias cadastradas e deve ser composto por: um médico, um enfermeiro e quatro a seis agentes comunitários de saúde, que têm como objetivo desenvolver ações que visam ao bem-estar da comunidade. Assim, além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve (BRASIL, 2008):

I - Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam. II - Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente ao processo de saúde-doença da população. III - Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade. IV - Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias. V - Ser um espaço de construção de cidadania.

O Brasil conta com 32.970 Equipes de Saúde da Família espalhadas por todo País e existem 253 mil agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2015). Com relação ao número pessoas atendidas pelo programa, conforme a Portaria n.2355 de 10 de outubro de 2013, dispõe que:

Considerando que cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição e que para áreas mais vulneráveis é necessário que as equipes se responsabilizem pelo cuidado de uma população ainda menor que o recomendado, aproximando de 2.000 pessoas por equipe.

No Maranhão, segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2017) houve um aumento do percentual de cobertura da população por Equipes de Saúde da Família no Estado, cuja cobertura no ano de 2003 era de 41%, havendo uma ampliação em 2015 para 81%.

Cumprir lembrar que o acompanhamento, a oferta sistemática de ações de saúde preventiva e a assistência médica permanente são os instrumentos utilizados pelas equipes de saúde da família para combater a incidência de doenças e de mortes, especialmente em crianças menores de 1 ano e adultos acima de 60 anos, faixas etárias mais vulneráveis da população. Vale destacar que, entre as atividades da ESF, as ações educativas são umas das ferramentas mais importantes para conscientizar e transmitir conhecimento para um

determinado público, visando autocuidado e promoção de reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos (LEITÃO, 2010).

Em suma, as ações educativas são basicamente dirigidas para: gestantes, mães, portadores de doenças crônicas e grupos de idosos e ações de atenção básica ao grupo materno-infantil, além disso, inclui os serviços voltados para o planejamento familiar, pré-natal, acompanhamento e desenvolvimento da criança, controle da desnutrição, infecções respiratórias e outros agravos que constituem o perfil da demanda nesse nível de atenção e saúde bucal (BRASIL, 2009).

De fato, a ESF vem se consolidando como uma ferramenta fundamental na promoção de saúde e na qualidade de vida da população. Essa estratégia possibilitou o resgate dos vínculos de compromisso entre os serviços de saúde, os profissionais e a população evidenciando a importância das relações interpessoais. Assim, a educação permanente é um dos princípios básicos desse modelo de atenção, indo além da assistência puramente curativa. A ampliação da cobertura do programa da ESF possibilitou que a equipe identificasse novas necessidades de saúde, proporcionando, assim, demandas assistenciais. Destaca-se, que a inserção de outros profissionais de saúde promoveu a integralidade na atenção básica de saúde (FERREIRA, 2013).

Nesse sentido, houve a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) através da portaria Nº 154/ GM, esse programa teve como proposta o envolvimento de outros profissionais no apoio para as equipes já existentes de saúde da família, posteriormente, houve a ampliação da rede de atenção básica para a melhoria da assistência à saúde do usuário (BRASIL, 2008). A criação do NASF, descrito como um programa de apoio a ESF, representou um marco para o avanço da saúde pública brasileira (LOCH, RODRIGUES, TEIXEIRA, 2013).

A modalidade NASF é a pioneira no Brasil, contando com documentos norteadores, os quais apresentam orientações gerais nas atribuições desse núcleo, como também a forma de ser aplicada na atenção primária. Perante essa situação, o trabalho ainda está em fase de consolidação, apresentando estratégias inovadoras e contando com processos sistematizados (GONÇALVES et al., 2015). Cada NASF apresenta sob sua responsabilidade o atendimento da clientela adstrita vinculada a uma ESF, ou seja, os profissionais do NASF atuam de forma complementar as ESF em que estão vinculadas (SOUZA et al., 2013).

Outro objetivo desse núcleo compreende como contribuição para a melhoria da resolutividade para casos atendidos na atenção primária, qualificando e fortalecendo as redes do cuidado em saúde. Assim, se espera que a implantação do NASF concretize o cuidado

integral para população e diminuição dos encaminhamentos para outros níveis de atenção (BRASIL, 2011).

Os NASF são compostos por equipes de profissionais de diferentes categorias, tais como: fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, professores de Educação de Física (EF), entre outros. Importante lembrar, que as ESFs e NASFs são alocadas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) (GONÇALVES et al, 2015). O NASF compreende três modalidades descritas: (BRASIL, 2011)

- NASF 1= apoia de 5 a 9 ESF, como também equipes da atenção básica para populações específicas, por exemplo, população ribeirinha ou a de rua;
- NASF 2= apoia de 3 a 4 ESF, inclusive atenção para equipes com população específica;
- NASF 3 = apoia de 1 a 2 ESF, como também para populações específicas.

Alguns instrumentos de trabalho que tanto a NASF como as ESF utilizam em suas atividades, são a clínica ampliada, conta com o apoio matricial, Projeto de Saúde no Território (PST), o projeto terapêutico singular (PTS) e pactuação de apoio (GONÇALVES et al, 2015; BRASIL, Diretrizes do NASF, 2010). Para Lima (2013), esses instrumentos norteiam um modelo inovador, trazendo consigo diferentes profissionais resultando como um programa constituído de vários desafios. O autor ainda acrescenta a relevância do apoio matricial referente à comunicação e reuniões entre as equipes do NASF e ESF, inclusive como a compreensão dos profissionais a respeito desse instrumento e os objetivos das reuniões.

Algumas áreas estratégicas que compreendem o NASF, estão: saúde da criança e do adolescente, saúde mental, alimentação e nutrição, assistência farmacêutica, práticas integrativas e complementares, e atividades físicas ou também denominada práticas corporais (BRASIL, 2009). A inserção das práticas de atividade física no NASF, devem ser direcionadas ao público específico, sendo descritas em diversas faixas etárias para portadores de diferentes condições corporais ou mesmo pelas necessidades especiais do usuário, isso aliado a equipe multiprofissional do NASF, cabendo salientar que o profissional de educação física deve conhecer as características do local, bem como sobre a população referente a cada prática esportiva para atuar de forma positiva com seus usuários (BRASIL, 2008).

2.2.1 Atividade Física e a Política Nacional de Promoção da Saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a importância da atividade física para a saúde e aponta para a necessidade de políticas e programas que levem em conta

as necessidades e possibilidades das diferentes populações com o intuito de integrá-la em seu dia-a-dia. Indicada como uma estratégia de promoção da saúde para a população (BRASIL, 2006).

A prática regular de atividade física reduz o risco de mortes prematuras, doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de cólon, mama e diabetes tipo II. Atua na prevenção ou redução da hipertensão arterial, previne o ganho de peso (diminuindo o risco de obesidade), auxilia na prevenção ou redução da osteoporose, promove bem-estar, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão. (BRASIL, 2008).

Em se tratando do aspecto conceitual de Atividade Física (AF), pode-se citar as definições de autores considerados relevantes para esta pesquisa. Para Salvador (2014, p.3), atividade física corresponde a um “comportamento complexo, compreendendo não só aspectos biológicos, mas também comportamentais, psicológicos, socioculturais e ambientais”. Ainda segundo o autor, tais definições revelam algumas questões preocupantes, tais como, demonstrar que a AF é natural e inerente ao ser humano, devendo, portanto, apresentar a intenção, o objetivo e a possibilidade de se realizá-la em momentos distintos.

Além disso, a prática de Atividade Física pode ser compreendida em diferentes domínios, conforme o mesmo autor, sendo como forma de lazer, de deslocamento, doméstica e ocupacional. Para se ter uma noção da complexidade e diferentes manifestações da AF, o exercício físico, considerado por muitos profissionais de EF como sendo a melhor ou única estratégia de promoção da saúde, é considerado apenas um tipo, dentre vários, de AF como forma de lazer.

O Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano do Brasil do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD (2017) apresenta a diferença conceitual entre os termos “atividade física” e “exercício físico”, os quais são utilizados, geralmente, como sinônimos, tanto no campo científico, quanto no linguajar cotidiano.

Segundo Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano do Brasil da PNUD (2017, p. 70), “Atividade física” é definida como “qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético”, estando presente em praticamente todas as ações que fazem parte do cotidiano das pessoas, mas com diferentes níveis de gasto energético.

Em contrapartida, o termo referente a “exercício físico”, apesar de possuir elementos em comum com a atividade física, é caracterizado como uma subcategoria desta, cuja definição é “a atividade física que é planejada, estruturada, repetitiva e intencional, no

sentido de que tem por objetivo a melhoria ou manutenção de um ou mais componentes da aptidão física” (PNUD, 2017, p. 70).

O Caderno de Atenção Básica em Saúde sugere a substituição do termo “atividade física” por “práticas corporais”, levando-se em consideração a inclusão de outros dados relevantes, tais como: componentes culturais, históricos, políticos, econômicos e sociais de determinada localidade para essas práticas, uma vez que a prática corporal traz consigo uma identificação do indivíduo e do grupo social no qual ele se encontra inserido (SALVADOR, 2014).

Outrossim, na agenda de prioridades da saúde pública brasileira destacam-se a atividade física, reconhecida como fator protetor, auxiliando na redução dos riscos à saúde e melhorando a qualidade de vida dos sujeitos. Cabe aos estados e municípios à elaboração e implementação de políticas de promoção da saúde, oferecendo à população programas de atividade física. (MALTA et al, 2009).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde brasileiro normatizou em 2006, por meio da Portaria 687, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2006). Política de saúde em sintonia com o artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080/90. Em outros termos, a aprovação da PNPS ratificou a institucionalização da promoção da saúde no SUS (MALTA et al, 2009).

O PNPS (2010, p. 17) tem como objetivo “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais”. Além disso, a política com relação a atividade física, possui como diretrizes:

Ações na rede básica de saúde e na comunidade:

a) mapear e apoiar as ações de práticas corporais/atividade física existentes nos serviços de atenção básica e na Estratégia de Saúde da Família, e inserir naqueles em que não há ações; b) ofertar práticas corporais/atividade física como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis; c) capacitar os trabalhadores de saúde em conteúdos de promoção à saúde e práticas corporais/atividade física na lógica da educação permanente, incluindo a avaliação como parte do processo; d) estimular a inclusão de pessoas com deficiências em projetos de práticas corporais atividades físicas; e) pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de ações voltadas para melhorias ambientais com o objetivo de aumentar os níveis populacionais de atividade física; f) constituir mecanismos de sustentabilidade e continuidade das ações do “Pratique Saúde no SUS” (área física adequada e equipamentos, equipe capacitada, articulação com a rede de atenção); e g) incentivar articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais/atividades físicas (urbanização dos espaços públicos; criação de ciclovias e pistas de caminhadas; segurança, outros).

Cumprir lembrar que com a criação do NASF possibilitou-se reunir profissionais das mais variadas áreas da Saúde, como médicos, profissionais de educação física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais para atuarem em parceria com as equipes da Saúde da Família em inúmeras atividades, dentre eles o estímulo às práticas corporais/atividade física (BRASIL, 2010).

Em 2007, a elaboração do Plano Nacional de Práticas Corporais e Atividade Física foi considerada um marco regulatório visando à indução das respectivas políticas públicas no nível municipal, com várias outras ações focadas em ambientes de trabalho e áreas públicas de lazer. Os investimentos em espaços urbanos mais saudáveis visavam à ampliação do acesso à informação para a produção de modos de viver mais saudáveis no cotidiano dos indivíduos (MALTA et al, 2009).

Ressaltam-se também os principais marcos na Institucionalização da PNPS: o Plano Plurianual (PPA)/ 2006- 2010: linha orçamentária para Promoção da Saúde; Prioridade do Pacto pela Vida; Mais Saúde – Eixo 1 – Promoção da Saúde; Portaria 3 252/2009 Portaria 3.252/2009 – Vigilância em Saúde e Promoção da Saúde em articulação com a Atenção Vigilância em Saúde e Promoção da Saúde em articulação com a Atenção Básica; Financiamento para construção da Rede Nacional de Promoção da Saúde.

Outros atos normativos e documentos essenciais para consolidação da PNPS foram: a Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011 que institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS; Lançamento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022; e mais recentemente a Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013 que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.

Em São Luís, capital do Estado do Maranhão (MA) a adesão à PNPS ocorreu em 2008, concorrendo ao edital de lançamento com Projeto Municipal de Estratégia Global para a Atividade Física e Alimentação Saudável. Com a aprovação do projeto pelo MS, foi criado o Programa denominado “São Luís em Movimento” (SÃO LUÍS, 2017).

O Programa “São Luís em Movimento” teve início com a implantação de pólos de atividade física integrada à Política Nacional de Promoção da Saúde. Atualmente existem 05 pólos de atividade física distribuídos da seguinte forma: 01 no Parque do Bom Menino localizado no centro da cidade, 01 no bairro Vinhais, 01 no bairro Coroadinho; 01 no bairro Cohab e 01 no bairro João de Deus, inaugurado em abril de 2014. O processo de institucionalização das práticas corporais/ atividade física no Programa “São Luís em

Movimento” desenvolvido pela rede municipal de saúde de São Luís-MA se deu a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde editada pelo Ministério da Saúde (SÃO LUIS, 2017).

Cumpre lembrar que como os recursos financeiros destinados pelo MS não permitiram a construção de espaços planejados para funcionamento desses pólos, buscando-se espaços com as mínimas condições estruturais para desenvolvimento das atividades práticas relacionadas à proposta municipal, a prefeitura, por meio da SEMUS, estabeleceu parcerias com outros setores da administração pública envolvendo diferentes secretarias de âmbito municipal e estadual, universidades públicas e particulares, entre outros segmentos organizados da sociedade, são eles: Secretaria Municipal de assistência Social (SEMCAS), Secretaria Municipal de Desporto e Lazer (SEMDEL), Secretaria Municipal de Segurança Alimentar (SEMSA), Universidade Ceuma (UNICEUMA) e Centro de Apoio ao Idoso (CAISI) (SÃO LUÍS, 2017).

2.3 Saúde do Homem: Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

Atualmente, é pouco discutido ou incorporado às práticas de saúde o ato de se refletir sobre as especificidades das necessidades de saúde do homem na contemporaneidade e os desafios existentes para expandir o acesso da população masculina aos serviços de atenção à saúde (CARVALHO, 2015).

De acordo com o autor, conforme as pesquisas, no cenário internacional, a introdução de uma atenção especial voltada para os homens no campo da saúde foi impulsionada a partir da década de 80, pelo advento do vírus HIV, inicialmente entre homens e, posteriormente, na década de 1990, associada à tendência de feminilização da epidemia entre mulheres heterossexuais.

Gomes (2011) menciona que, há 40 anos, nos Estados Unidos, iniciaram-se os primeiros estudos com foco nos déficits de saúde no público masculino. Diante desse cenário, deparava-se com um importante paradoxo: apesar do homem possuir maior poder sobre as mulheres, eles possuíam desvantagens em relação a elas, quanto às taxas de morbimortalidade.

Historicamente, observa-se que os formuladores e os executores de políticas públicas são homens, que idealizaram políticas e programas que asseguraram, frequentemente, privilégios de origem simbólica e material aos homens, ou a alguns grupos do sexo masculino (LEAL *et al.*, 2012).

Segundo esses autores, as discussões originadas principalmente através do movimento feminista, nas últimas décadas, implicaram na inclusão de gênero, enquanto categoria analítica para avaliação de políticas públicas e, como estratégia política, para a formulação de políticas e programas com a finalidade de reduzir as desigualdades existentes entre homens e mulheres.

Podem-se mencionar dois acordos internacionais de suma importância que assinalam, de forma explícita, a necessidade de se focar os homens em suas especificidades através de políticas públicas: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995). Nos documentos ratificados no Cairo e em Pequim, são discutidos os direitos sexuais e reprodutivos, bem como a saúde, numa perspectiva de defesa da promoção da igualdade de gênero, onde são notórias as relações desiguais de poder entre homens e mulheres. Assim, são lançadas as bases para um consenso internacional de que os homens devem ser envolvidos, sendo convidados a participarem e a se responsabilizarem em termos de conduta sexual e de decisões reprodutivas, visando, inclusive, ao maior “empoderamento” das mulheres (LEAL *et al.*, 2012).

A partir desse contexto, foram realizados estudos com foco no homem em sua singularidade, de sujeitos sociais no processo saúde-doença, baseados em uma perspectiva relacional de gênero.

Os estudos sobre a masculinidade trazem novas contribuições, como a necessidade de avançar na discussão em como envolver o homem, visando alcançar à equidade de gênero. Sobre essas pesquisas, Carvalho (2015, p.17), estabeleceu cinco hipóteses para as diferenças entre homens e mulheres no que se refere à mortalidade e a morbidade:

- (1) as diferenças e desigualdades sociais; (2) expectativas sociais diferenciadas para ambos os sexos; (3) especificidades biológico-genéticas dos sexos; (4) cuidados dos profissionais de saúde voltados para os homens e (5) uso dos serviços de saúde por parte dos homens.

No Brasil, considera-se a “Saúde do Homem” como um marco importante na área da saúde pública a partir de 2005, com o lançamento de um número especial sobre essa temática na revista Ciência e Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Esse volume discute o tema em várias dimensões, dando ênfase à categoria gênero para caracterizar e explicar os tipos de morbimortalidade que atingem a população masculina, além do contexto de invulnerabilidade, consolidado diariamente nas atitudes e nos comportamentos dos homens diante de suas relações sociais (COUTO; GOMES, 2012).

A partir do reconhecimento dessa singularidade e da vulnerabilidade física ou psíquica do público masculino, surgiu a necessidade de inclusão dos homens nas Políticas Públicas de Saúde, sendo antecedida por diversas discussões, envolvendo vários atores sociais, instituições e entidades civis, diferentemente da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e não correspondeu a uma motivação do campo social, já que a população masculina não é considerada como excluída ou abstraída no meio social (CARVALHO, 2015).

Visando atender ao público masculino, governantes, por meio da criação de programas, têm permitido o desenvolvimento de ações e pesquisas dos agravos e índices de mortalidade ao público masculino (NETO et al., 2013). Segundo o estudo de Moura (2012), no ano de 2010, a população brasileira foi contabilizada em pouco mais de 190 milhões de habitantes, sendo 48,8% do sexo masculino. Essa proporção varia entre as regiões: de 48,3% no Nordeste a 50,3% no Norte, única região com mais de 50% de homens. Destes 48,8%, aproximadamente 56% estão na faixa etária entre 20 e 59 anos de idade. O mesmo estudo verificou ainda que a taxa de mortalidade geral no Brasil na faixa etária de 20 a 59 anos de idade é igual a 3,5, porém é 2,3 vezes maior entre os homens do que entre as mulheres, chegando a quatro vezes mais na faixa etária mais jovem.

De acordo com Carrara, Russo e Faro (2009), do ponto de vista da história das políticas de saúde voltadas a "populações específicas", podemos considerar a recente criação pelo Ministério da Saúde brasileiro, do Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), como momento significativo no longo e paradoxal processo que se desenrola em torno da medicalização do corpo masculino, portanto os "homens" passam então a ter um lugar ao lado de outros sujeitos, focos mais antigos de ações de saúde específicas: além das "mulheres", "adolescentes e jovens", "idosos", "pessoas com deficiência", usuários de serviços de saúde mental e indivíduos sob a custódia do Estado.

O PNAISH foi criado em 2008, descrevendo os princípios e diretrizes, sancionado pelo Ministério da Saúde através da portaria nº1944 (BRASIL, 2008). Essa portaria destaca ainda, que anteriormente, suas ações eram apenas direcionadas às necessidades de saúde do homem, principalmente aos adultos jovens. Resultando no primeiro passo para uma série de transformações na rede pública, procurando detectar as demandas da população com intuito de construir ações e políticas direcionadas às questões de saúde voltadas para seus atores (MAGALHÃES, 2015).

Esse programa é considerado como resultado de processos amplos de análise e discussão entre setores da sociedade civil, profissionais de saúde, gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, pesquisadores e sociedades científicas (CHAKORA, 2014).

Segundo esse mesmo autor, considerou-se como ponto de partida o reconhecimento da gravidade do quadro epidemiológico dos usuários homens no Brasil e a sua maior vulnerabilidade a mortes precoces e a doenças graves e crônicas, quando comparados às mulheres e às crianças.

Além disso, verificou-se que a procura dos homens pelos serviços de saúde é significativamente menor do que das mulheres, além da adesão reduzida às propostas terapêuticas, à prevenção e à promoção da saúde, o que remete à importância de um olhar específico para esse grupo (CHAKORA, 2014).

Tal programa tem o objetivo de estimular o autocuidado, bem como reconhecer o direito social e a cidadania dos integrantes desse grupo, porém existem diversos empecilhos que dificultam a implantação e a implementação da saúde do homem inseridos no programa de atenção primária, dificultando, assim, o acesso a essa política, resultando em um sentido oposto ao seu objetivo (ROCHA et. al, 2016).

O Ministério da Saúde vem cumprir seu papel ao formular a Política que deve nortear as ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito básico e de cidadania de todos os homens brasileiros (BRASIL, 2008, p. 3).

No PNAISH, as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde do homem, estão centralizadas em três eixos: saúde sexual e reprodutiva; violência por motivo de agressões, lesões provocadas por acidentes de transporte e de lesões provocadas de forma voluntária ou suicídio; e na tendência de exposição a riscos marcantes nos indicadores de morbimortalidade (BRASIL, 2008).

Em relação aos fundamentos necessários de exercer a qualidade na atenção integral e aos princípios de humanização, alguns itens são destacados:

- O acesso do homem aos diferentes níveis de atenção, contribuindo para a resolutividade e acompanhamento do usuário pela equipe de saúde;
- Englobar diversas áreas do setor sanitário, privado, não governamental e da sociedade, para estabelecer redes de compromisso e co-responsabilidade na qualidade de vida da população masculina, abrangendo todos itens constituintes do cuidado e a proteção a vida;
- Oferecer esclarecimento ao público masculino, familiares e comunidade sobre promoção, prevenção e tratamento de agravos, bem como as patologias do homem;
- Tornar-se de forma antecipada ao alcance da população masculina as atividades de prevenção primária sobre as doenças cardiovasculares e cancerosas, dentre outros agravos recorrentes;
- Oferecer treinamento aos profissionais de saúde no atendimento ao homem;

- Dispor sobre equipamentos, insumos e materiais educativos;
- Implantar recursos de monitoramento, bem como avaliação continuada dos serviços prestados, apresentando a completa cooperação dos usuários e cumprimentos da assistência profissional ofertada;
- Criação e análise de quais indicadores facilitam o monitoramento dos gestores para análise do serviço e seu impacto, contribuindo para redefinição de estratégias que assim se fizerem necessárias (BRASIL, 2008).

Diversos pesquisadores e agências internacionais descreveram quais são os agravos que afetam a saúde do homem, contribuindo, dessa maneira, como marcadores de problemas em Saúde Pública. O plano tem o objetivo de implantar, organizar, humanizar e qualificar a atenção integral ao homem, inserida nos princípios que regem o SUS. O princípio que se destaca é a necessidade de mudança na percepção masculina sobre os cuidados de sua saúde e de seus familiares. De modo geral, o plano tem o objetivo de melhorar as condições de saúde do homem contribuindo para a redução da morbimortalidade masculina que se apresenta maior quando comparada com a feminina, apresentando como objetivo principal facilitar o acesso dessa clientela aos serviços de atenção primária, conferindo o caráter mais abrangente no cuidado a saúde do homem (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

Apesar do incentivo das políticas públicas, o homem ainda é o indivíduo que menos procura os serviços de saúde, e quando o faz, é por meio da média a alta complexidade, assim conferindo a maior vulnerabilidade desse grupo às doenças crônicas, o que contriubui para o agravamento da enfermidade. Muitas vezes, esta se apresenta num estágio em que não há mais cura, como as neoplasias prostáticas resultando numa demanda de maior custo para o Sistema de Saúde (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013). Além disso, existe a dificuldade do homem em reconhecer que está doente e o medo de descobrir algo mais grave (VIEIRA et al., 2013).

Convém evidenciar que o medo do diagnóstico de uma doença no público masculino é um fator psicológico marcante, em que o homem esboça vergonha de expor ao profissional de saúde seus maiores incômodos e angústias nesse segmento (BARBOSA, 2014). O PNAISH destaca que a não adesão masculina na procura dos serviços de saúde revela um determinante de vulnerabilidade de risco repercutindo em um estereótipo de gênero, cujas características culturais fomentam para uma masculinidade descrita de hegemônica, impossibilitando ao homem visualizar a fragilidade de seu corpo, bem como a doença que o afeta, não reconhecendo o programa como efetivo (SEPARAVICH, CANESQUI, 2013).

Em relação às dificuldades socioculturais, a atenção à saúde do homem e seus comportamentos são baseados na perspectiva de gênero, com enfoque nas dificuldades

masculinas em procurar uma unidade de saúde e em como esse público é recebido pelos profissionais de saúde. Para que se tenha um equilíbrio entre os aspectos culturais e sociais que influenciam em seu comportamento, o cuidado prestado, bem como as características da assistência dos profissionais, se faz necessária uma análise de gênero, servindo de embasamento para este estudo (BARBOSA, 2014).

A masculinidade hegemônica constitui-se num caráter cujas características masculinas se apresentam de forma oposta às femininas, ou seja, um homem pode ser forte, competente, agressivo, mas não apresenta a ternura e a fragilidade contidas nas mulheres (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

De acordo com o estudo de Lemos e Rezende (2016), foram apontadas as possíveis causas que dificultam a ação do programa de saúde do homem, como: o machismo, profissionais sem capacitação, horário restrito ao funcionamento do serviço de saúde e poucas ações educativas. Nessa vereda, mostrou-se que precisa haver mudanças organizacionais e estruturais nos serviços de saúde para o público alvo, com ações voltadas para a educação em saúde para que ocorra a conscientização e a sensibilização da relevância significativa de promoção e prevenção de enfermidades, capitando as reais necessidades da clientela em toda assistência oferecida.

O público alvo do PNAISH são os homens ativos compreendo a faixa etária de 20 a 59 de idade, revelando que se trata de um público economicamente ativo, apresentando um grande papel sócio-político e cultural significativo na sociedade (BRASIL, 2008).

Outros objetivos que compreendem o PNAISH abordam a promoção da saúde, repercutindo uma melhor expectativa de vida e na redução dos índices de morbimortalidade por meio da prevenção e educação em saúde dessa população. Dessa maneira, compreender as barreiras institucionais e socioculturais é de grande relevância nas medidas de acesso dos homens aos serviços de atenção básica, com intuito de resguardar a promoção e prevenção como elementos essenciais e fundamentais de intervenção, o que revela este programa ser de grande valia para o contexto da saúde do homem (SILVA et al., 2013).

Vale destacar que é de grande relevância, que a ação de saúde reconheça as diferenças específicas do público masculino, apresentando atitudes sem discriminação e mobilizando a população alvo para luta da garantia do seu direito social à saúde, sendo este um desafio dessa política sensibilizar e conscientizar os homens para o reconhecimento dos determinantes sociais de saúde (OLIVEIRA et al, 2014).

2.3.1 Atividade física e saúde do homem

A atenção básica brasileira apresenta como desafio nas suas atividades a incorporação da atividade física no cotidiano da população ativa, apresentando como uma estratégia fundamental para o reconhecimento científico no que tange a aquisição de hábitos saudáveis (FURFORO, 2015).

Para a implantação da atividade física na Saúde Pública, deve acontecer a ampliação e a abrangência das ações de atenção básica, inclusive sobre sua resolubilidade apoiada na ESF nas redes de serviços e no processo de regionalização e territorialização a partir da Atenção Básica (JESUS, 2013).

De acordo com Jesus (2013), o sedentarismo é problema de saúde pública, tendo relação com agravos não transmissíveis e patologias, que para a redução desses riscos, recomenda-se a prática de atividade física. O mesmo adverte que a atividade física tem um papel importante em benefício à saúde, por exemplo: redução dos níveis de colesterol ruim, fortalecimento das articulações e músculos, diminuição da taxa de açúcar na corrente sanguínea, controle de peso, redução da ansiedade, controle da hipertensão, combate à osteoporose, a problemas cardíacos, a redução do etilismo e ao tabagismo, entres outros. Contudo, mesmo com a presença de inúmeros benefícios, ainda é uma prática ausente, e que os indivíduos não reconhecem a relevância dessa atividade para a saúde.

Em consonância ao destacado acima, Souza et al. (2013) revelam que em sua pesquisa o aumento dos níveis de atividade física apresenta-se como fator importante para aquisição de uma boa vida saudável, revelando, também, a necessidade da identificação de fatores que se associam a essa prática e contribuem para adoção de um estilo de vida ativo.

Em paralelo ao destacado acima, alguns indicadores revelam que a atividade física é um elemento fundamental para uma boa saúde, e a adoção desse comportamento tem um enfoque multidimensional com uma abrangência mais ampla, que para ser adotada por uma parcela do público deve haver uma consciência na relevância da contribuição dessa atividade para que o mesmo se torne fisicamente ativo (LOCH, RODRIGUES, TEIXEIRA, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), recomenda que as atividades físicas podem ser realizadas com intensidade de leve a moderada diariamente ou em dias alternados durante a semana, frisando que para a prevenção de doenças cardiovasculares, alguns tipos de neoplasias e inclusive para o diabetes mellitus recomenda-se 30 minutos de atividade física. Já para o controle de peso a recomendação é de 60 minutos diário de atividade física, em que todas essas atividades possam ser realizadas de forma contínua ou alternadas ao longo do dia.

Outro dado interessante para a manutenção e promoção da saúde, é que as atividades físicas podem ser realizadas por 30 minutos em cinco dias na semana ou 20 minutos com intensidade vigorosa em três dias por semana (LOCH, RODRIGUES, TEIXEIRA, 2013).

No NASF, o profissional de Educação Física ainda tem barreiras para sua inserção, visto que nesses núcleos, profissionais de saúde apresentam como elemento importante o modelo biomédico (FURTADO; KNUTH, 2015). A partir dessa perspectiva, é relevante adotar a educação física, bem como outras áreas de saúde que compõem o NASF, encontrando uma perspectiva mais ampla em intervir na saúde, utilizando todas as dimensões formadoras do sujeito para que contribua de forma efetiva nos processos de desenvolvimento e cuidados do mesmo. Nesse redimensionamento dos profissionais do NASF, em conjunto com os serviços de saúde, é imprescindível abordar o cuidado e a promoção da saúde na medida em que ela se relaciona com elementos que contribuem para a otimização do homem com os fenômenos saúde e doença.

Importante destacar que a prática do profissional de Educação Física no NASF mostra uma relação tímida, precisando que exercite a capacidade humana e profissional em considerar uma aproximação dos diferentes sujeitos, seja ele, usuário, gestor ou profissional para a constituição desse espaço, resultando em um diálogo que permita a interpretação dos conceitos da prática corporal, atividade física e exercício físico, relacionando-os com o processo saúde e doença (REZENDE, 2016).

De acordo com os dados do IBGE (2015), o País possuía 161,8 milhões de pessoas de 15 anos ou mais de idade, dentre as quais 61,3 milhões (37,9%) praticaram algum esporte ou atividade física durante esse período. As Regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram proporções maiores que a média nacional (40,8% e 41,1%, respectivamente), em comparação com as Regiões Nordeste (36,3%), Norte (36,6%) e Sudeste (37,5%), que registraram proporções inferiores.

Portanto, verificou-se que havia maior participação efetiva dos homens na realização de algum esporte ou atividade física, já que 42,7% deles praticaram atividades, enquanto apenas 33,4% das mulheres eram praticantes dessas atividades. Ressalta-se que todas as Grandes Regiões apresentaram percentuais superiores de mulheres na população de 15 anos ou mais de idade. Entretanto, no que se refere à prática de esporte ou atividade física, o percentual de homens praticantes foi sempre maior, em comparação ao de mulheres (IBGE, 2015).

Para Silva (2015), o avanço na produção do conhecimento acadêmico e popular acerca dos benefícios de um estilo de vida ativo não se acarreta de forma imediata. Logo, vale

ressaltar que os espaços públicos, como parques, praças e ciclovias, podem desempenhar um papel fundamental na promoção de um estilo de vida ativo, uma vez que contribuem para a ampliação e democratização do acesso a locais propícios para a prática da atividade física. Além disso, a qualidade e adequação dos atributos existentes nesses locais podem ser importantes para o uso, tanto como um espaço de lazer, como de prática de atividade física (SILVA, 2015).

Andrade et al. (2017) acreditam que, para promover a atividade física, é necessário, além de continuar a produzir conhecimento, formar uma rede bem conectada, constituída por diferentes grupos, sendo capaz de ampliar, difundir e aplicar os recursos materiais e imateriais que geram e compartilham, bem como responder e se adaptar, com agilidade e de forma adequada, às demandas e desafios que a sociedade apresenta.

Para isso, segundo esse mesmo autor, precisa-se de infraestrutura, processos, papéis e conhecimentos que sustentem a rede e promovam o engajamento dos atores envolvidos. Porém, esta estrutura não precisa estar concentrada ou estar sujeita a poucas fontes, mas pode estar disposta pelos atores constituintes da rede, numa organização colaborativa e horizontal.

Inicialmente, são de fundamental importância à aproximação e o engajamento entre os diversos setores e atores envolvidos na promoção da atividade física, dentre os quais, destacam-se: “a sociedade civil e coletivos da sociedade, profissionais e instituições formadoras (professores e Instituições de Ensino Superior), pesquisadores de diversas áreas, profissionais da saúde, profissionais de marketing e comunicação, gestores públicos e técnicos de secretarias governamentais, entre outros” (ANDRADE et al., 2017, p. 2).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Conhecer a opinião dos profissionais de saúde e dos usuários sobre ações de promoção da saúde e de atividades físicas desenvolvidas para o homem no Distrito Itaquí Bacanga.

3.2 Específicos

- Caracterizar a população estudada seguindo os indicadores sócioeconômicos e aspectos profissionais;
- Verificar a realização de algum esporte e a frequência da realização dessa atividade no Centro de Saúde;
- Identificar se o usuário participa de algum programa realizado pelo Centro de Saúde;
- Investigar os fatores que dificultam os profissionais desenvolverem a adesão e aderência dos usuários aos programas à saúde do homem;
- Investigar os fatores associados a prática de atividade física em usuário.

4 METODOLOGIA

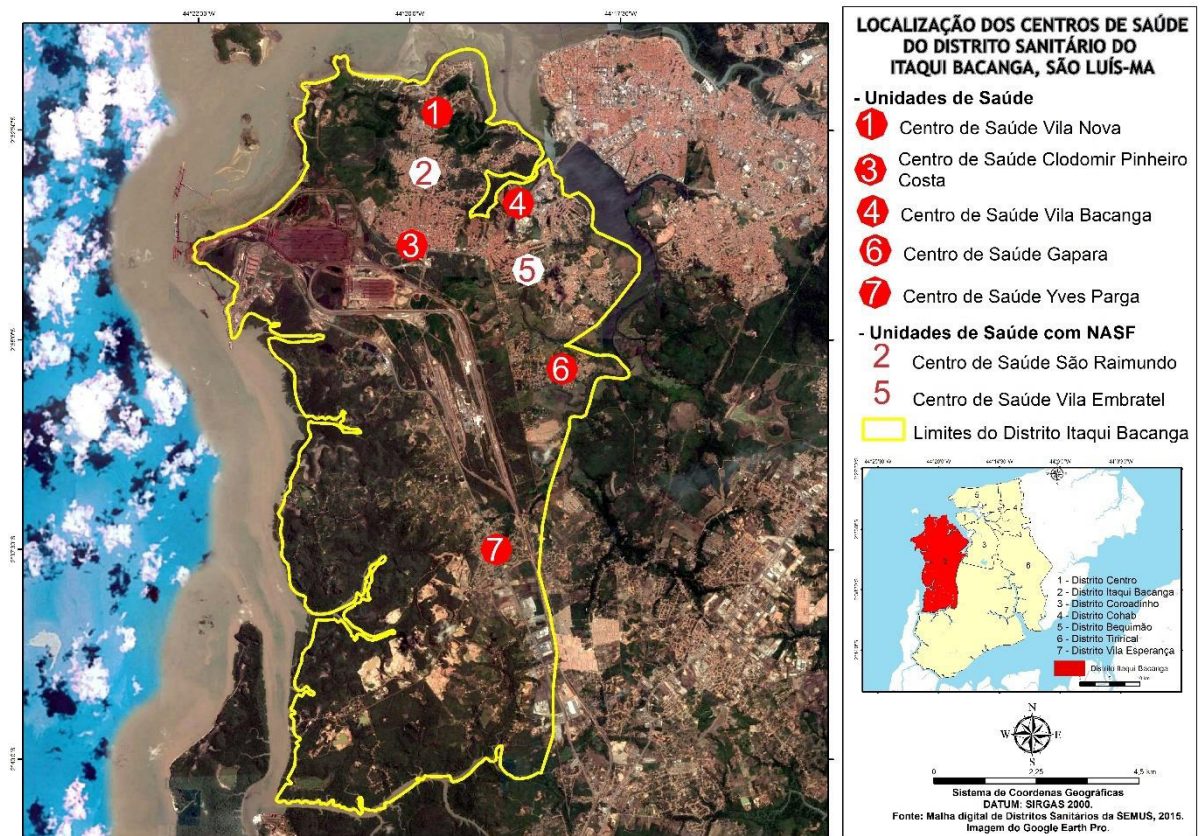
4.1 Tipo do estudo

A metodologia de pesquisa, na percepção de Minayo (2008, p. 16-18) “é o caminho do pensamento a ser seguido”. Sabe-se que as questões sociais apresentam várias nuances, ou seja, não existe um denominador exato nesse campo. Assim, no decorrer desta pesquisa percebeu-se que a metodologia adequada para enfatizar e corroborar o trabalho em questão é uma pesquisa de campo, de caráter descritivo e exploratório, com abordagem metodológica mista.

4.2 Período e local do estudo

A pesquisa foi realizada no Distrito do Itaqui-Bacanga, demonstrada na figura 1, no período de outubro de 2016 a março de 2017.

Figura 1 – Distrito Sanitário Itaqui Bacanga, São Luís- Maranhão



Fonte: Autora da pesquisa (2017)

O Bacanga é o segundo maior distrito de São Luís, localizado no oeste, entre Rio Bacanga (leste), Oceano Atlântico (norte) e a Baía de São Marcos (oeste). No sul, limita-se com povoados e distritos da Zona Rural de São Luís. Esse Distrito abriga dois dos mais importantes distritos urbanos da cidade de São Luís, sendo eles: Anjo da Guarda e Vila Embratel, que, por sua vez, abrigam pequenos bairros e vilas. A região é formada pelos bairros: Ana Jansen, Ariri, Anjo da Guarda, Alto da Esperança, Cajueiro, Cidade Nova, Argola e Tambor, Fumacê, Gancharia, Gapara, Itaqui, Jambeiro, Mauro Fecury I, Mauro Fecury II, Ilha da Paz, São Mateus, Sol Nascente, Piancó, Residencial Paraíso, Porto Grande, Residencial Resende, Rio dos Cachorros, Sá Viana, São Benedito, São Raimundo, Vila Bacanga, Vila Cerâmica, Vila Dom Luis, Vila Maranhão, Vila Embratel, Vila Collier, Vila Isabel, Vila Nova, Vila São Luís, Vila Verde, entre outros (EMAP, 2017).

O Distrito possui uma população que corresponde a 10% da população de São Luís, ou seja, segundo o último censo do IBGE de 2012 (MOURA, SANTOS, PAULA, 2015) são 135.633 pessoas que moram nessa região. Trata-se, pois, de um contingente populacional representativo de uma cidade de médio porte.

Esse local foi formado no final da década de 60, quando os moradores do Goiabal, vitimados por um incêndio de grande proporção, foram transferidos para a outra margem do rio Bacanga, onde surgiu o bairro do Anjo da Guarda. No mesmo período, foi construída a ponte da barragem do Bacanga, a qual ligaria o Distrito ao núcleo urbano da capital. Contudo, o mesmo foi criado a partir da Lei Municipal n.º 17, de 17-12-1896 (EMAP, 2017).

O Distrito possui 7 unidades básicas de saúde (Centro de Saúde Vila Bacanga – embrião; Centro de Saúde da Vila Embratel; Centro de Saúde Gapara; Centro de Saúde Clodomir Pinheiro Costa, Centro de Saúde São Raimundo, Centro de Saúde Vila Nova e Centro de Saúde Yves Parga), todas visitadas pela pesquisadora. Nota-se que todas as UBS pesquisadas possuem a presença dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na modalidade 1, sendo que no Distrito estudado possui somente um Profissional de Educação Física.

4.3 Amostra

Participaram do estudo, por meio de uma seleção amostral por conveniência, os pacientes do sexo masculino acompanhados pelas unidades de saúde pesquisadas, ou os que estavam acompanhando algum paciente no local da pesquisa. Também participaram do estudo

os profissionais que compõem a ESF (equipe mínima) que prestavam assistência direta aos pacientes.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão para participar do estudo, no caso dos homens: ter acima de 20 anos; estar acompanhados pela equipe da ESF pesquisada. Em relação aos profissionais da ESF, os critérios de inclusão foram: ser profissional da ESF estudada, com pelo menos 1 (um) ano de atuação. Quanto aos critérios de exclusão para os usuários incapacitados de realizar atividade física atualmente e qualquer problema cognitivo ou mental que o impeça responder o questionário. E para os profissionais de saúde, os critérios de exclusão foram: estar de férias, licença ou afastado.

Sendo assim, a amostra foi constituída de 119 homens, dentre os quais 40 usuários no Centro de Saúde Vila Bacanga, 48 no Centro de Saúde da Vila Embratel, 11 no Centro de Saúde Gapara, 2 no Centro de Saúde Clodomir Pinheiro Costa, 6 no Centro de Saúde São Raimundo, 4 no Centro de Saúde Vila Nova e 6 no Centro de Saúde Yves Parga. E quanto aos profissionais a amostra foi de 36 profissionais de saúde.

Aos que aceitaram participar do estudo foram informados dos objetivos, riscos e benefícios. A pesquisa oferece riscos aos participantes por se tratar também de uma pesquisa com abordagem qualitativa, dessa forma, foi realizada uma entrevista por meio de um questionário semiestruturado, podendo ou não deixar o entrevistado com desconforto em compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos que ele possa se sentir incomodado em falar. Quanto aos benefícios, mesmo não sendo direto, o conhecimento gerado pelo estudo possibilitou ao profissional de saúde mais informações para seu atendimento ao homem, visando, principalmente, à promoção em saúde. Quanto aos homens entrevistados, todos tiveram a oportunidade de compartilhar suas dúvidas e anseios, além de mais conhecimentos sobre a temática.

4.3.1 Cálculo amostral

A amostra foi não probabilística por acessibilidade e a quantidade obedeceu ao critério de saturação dos dados coletados, a qual segundo Minayo (2008) é utilizada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes.

4.4 Instrumento de coleta e tratamento dos dados

4.4.1 Dados qualitativos

A técnica utilizada como meio de registrar o discurso dos sujeitos do estudo foi a de entrevistas. Para Minayo (2008), as entrevistas semiestruturadas podem ser consideradas como conversas com finalidade que se caracterizam pela sua forma de organização.

As entrevistas foram conduzidas com auxílio de um roteiro temático (APÊNDICE B), tomando por base perguntas norteadoras acerca da opinião dos entrevistados sobre a temática. Além dessa pergunta e do roteiro temática, a pesquisadora verificou o perfil profissional e sóciodemográfico, sendo contemplados os seguintes requisitos: gênero, idade, formação acadêmica, anos de formação acadêmica, pós-graduação, tempo de atuação na ESF, realização de capacitação ou treinamento em saúde do homem. As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora nos locais estudados.

A análise das falas foi realizada por meio do conteúdo modalidade temática, que conforme Bardin (2009) trata-se de um conjunto de técnicas que analisa as comunicações, e tem como finalidade o enriquecimento das informações coletadas.

As entrevistas foram recortadas ao redor de cada tema-objeto, ou seja, tudo o que foi afirmado acerca de cada objeto preciso no decorrer da entrevista foi transcrito para uma ficha, seja qual for o momento em que a afirmação tenha tido lugar. Em termos operacionais, a análise de conteúdo desdobrou-se em três fases: Pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. 1 - Pré-análise – fase de organização propriamente dita. Geralmente essa primeira fase possui três missões: a escolha dos conteúdos das entrevistas e dos dados a serem submetidos para análise, a formulação das categorias e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. 2- Exploração do material – consiste nas operações de codificação, desconto ou enumeração em função de regras previamente formuladas. 3 - Tratamentos dos resultados obtidos e interpretação – os resultados brutos obtidos são tratados de maneira a serem significativos e válidos.

Em seguida, foram realizadas as avaliações das falas, distribuídas conforme as categorias e com isso, codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro. Essa é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa

forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nessa fase (BARDIN, 2009). Aos participantes foi garantido o anonimato e estes foram identificados pela letra de sua profissão, como por exemplo M = médico, seguido dos números da entrevista.

4.4.2 Dados quantitativos

Para o usuário homem utilizou-se um questionário (APÊNDICE C) como instrumento de coleta de dados. Esse questionário possui os seguintes itens: perfil socioeconômico (idade, cor, escolaridade, estado civil, trabalho fora, renda familiar), atividade física (qual atividade realiza, quantas vezes na semana, quanto tempo pratica tal atividade) e sobre sua saúde (doenças crônicas, se utiliza algum tipo de remédio e qual foi a última vez que foi ao médico e o motivo).

Os dados foram avaliados pelo programa *SPSS 23.0*. Para se avaliar a associação das variáveis classificatórias com o hábito de fazer ou não atividade física fez-se o teste não paramétrico de Qui-quadrado de independência (χ^2) ou Exato de Fisher. Para avaliar se as classificações em cada variável têm as frequências iguais fez-se o teste de Qui-quadrado de aderência. O nível de significância para se rejeitar a hipótese de nulidade será de 5%, ou seja, considerar-se-á como estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$.

4.5 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pela Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão, conforme o parecer nº 1627.922. Os dados coletados foram utilizados somente para análise, interpretação, e divulgação em saúde por meio das publicações científicas, mantendo a confidencialidade dos participantes da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece uma série de exigências. Com base nessa resolução, o projeto deste estudo inclui o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Análise qualitativa

5.1.1 Características dos profissionais de saúde

Verificou-se que dos 36 profissionais entrevistados, destes sete médicos, sete enfermeiros, sete técnicos de enfermagem e 15 agentes comunitários de saúde, a maioria era mulher (n=28) e com idade entre 40 a 49 anos. E quanto ao tempo de atuação na ESF pesquisada, 30 relataram que atuam há mais de 10 anos.

Com relação ao sexo, verificou-se que os dados do estudo foram iguais aos dados encontrados na literatura pesquisada (ANDRADE et al, 2013; LIMA et al., 2015; CORTEZ et al. 2016), em que o gênero feminino é a maioria na área da saúde.

Quanto a não existência do sexo masculino na enfermagem, entre os entrevistados, esse resultado segue a tendência constatada por estudos, de Pinto et al. (2010), Andrade et al. (2017) e Lima et al. (2015), em que se pode afirmar que a profissão na área da saúde se mantém feminina em todos os níveis, a despeito do aumento contingencial. Esse fato vem ocorrendo ao longo da história, cuja atividade de cuidar de doentes, promovendo os elementos indispensáveis ao bom desenvolvimento do enfermo, sempre esteve delegada às mulheres.

Referente à faixa etária, observou-se o maior contingente entre 40-49 anos, dado semelhante aos estudos de Couto et al. (2010) e Machin et al. (2011).

Com relação aos tipos de profissionais entrevistados, os dados foram concomitantes com a literatura, cujos agentes comunitários são a maioria em uma equipe da ESF (PINTO et al., 2010).

Com relação a capacitação/treinamento referente ao usuário homem, a maioria (n= 25) dos profissionais entrevistados afirma ter algum curso, demonstrando uma tendência pela busca na melhoria de sua assistência a essa clientela.

Quanto ao tipo de capacitação/treinamento, os dados condizem com a realidade que alguns estudos apresentam, já que todos os entrevistados possuem capacitação em HIPERDIA. Na pesquisa de Cortez et al. (2016), observaram que a maioria dos profissionais de saúde (n = 17) afirmaram não ter tido contato com essa temática ao longo de suas formações acadêmicas ou mesmo após, em especializações ou capacitações, uma vez que a maioria se capacitou em outras áreas, como Hiperdia e Saúde da mulher e do idoso. Também, verificou-se no estudo de Andrade et al. (2017) que dos oito profissionais entrevistados, cinco da equipe Multidisciplinar receberam capacitação sobre Hiperdia, três em Programa Saúde na

Escola e dois em Saúde do Homem. Os autores justificam esses dados pelo fato desses profissionais terem se graduado antes do lançamento da PNAISH (Portaria nº 1.944, 2009).

5.1.2 Entrevistas

Após a análise das falas dos entrevistados, surgiram três categorias temáticas as quais foram desenvolvidas subcategorias para melhor compreensão dos objetivos propostos no estudo.

1ª Categoria – Usuário Homem

Nessa categoria foram encontradas subcategorias que discutem a opinião dos profissionais sobre a frequência dos usuários homens nas UBS e os principais entraves para que esse usuário não procure os serviços de saúde.

Frequência da procura pelas unidades de saúde

A partir dessa análise, foi possível identificar em fragmentos das falas dos profissionais entrevistados que ainda é pouca a procura do homem pela assistência na estratégia saúde da família (ESF), como podemos observar nos diálogos abaixo:

Os homens vêm com pouca frequência e geralmente são acompanhados pelas esposas. Já os que vêm pelo Hiperdia solicitam receita. Os casos mais presentes são aqueles com Tuberculose e Hanseníase. (E 1)

A frequência na Unidade de Saúde é pequena, mas no setor de vacinação há uma procura maior, principalmente pela questão da vacina exigida pelas empresas. Agora, com o surto de Febre Amarela eles têm vindo mais. (TE 1)

O acompanhamento das famílias de homens que frequentam esta unidade de saúde é irrisório. (ACS 1)

Contudo, alguns depoimentos relatam que em virtude de alguns serviços prestados, como o HIPERDIA, a demanda aumentou, já em outros casos, o homem só comparece na unidade de saúde quando acompanha a esposa no pré-natal e / ou nas campanhas do novembro azul e raramente quando estão muito preocupados com a própria saúde. Como se pode observar nos relatos abaixo:

A frequência aumenta na época da campanha do novembro azul. (M 1)

Geralmente, eu faço a consulta quando ele vem acompanhando a mulher pelo pré-natal, então ele recebe a carteirinha e marca a consulta para outro dia. Nos casos em que ele não comparece à consulta do pré-natal, enviamos o convite para que a esposa o entregue. (E 2)

Os homens só aparecem em último caso. A frequência maior é das mulheres e das crianças. A presença masculina é bem mais difícil, mesmo. Os hipertensos e os diabéticos são os mais assíduos, seja para consultar ou para trocar as receitas e os remédios. Os demais aparecem bem esporadicamente, só em casos de vacinas por obrigação. (ACS 2)

Mesmo com a visita domiciliar, com o intuito de aumentar a presença masculina na Unidade, as mulheres ainda são presenças mais frequentes. (ACS 3)

Na pesquisa de Couto et al. (2010) observaram que a presença dos homens aumenta em determinadas atividades, como nas consultas médicas, atendimentos em odontologia e atividades disponibilizadas em alguns dos serviços, como: a fisioterapia, o Programa de Tuberculose e Hanseníase e a saúde mental. Entretanto, em outros serviços, a presença masculina é fraca, como no caso do Programa de Planejamento Familiar que observou a falta de interesse e a participação dos homens (e dos casais). Já na consulta de enfermagem, os homens participam menos.

Albano, Basílio e Neves (2010) observam que a procura do homem pela atenção básica voltada principalmente para a promoção da saúde e prevenção de doenças, ainda é um desafio para as políticas públicas, visto que esse tipo de usuário procura as UBS apenas em casos de campanhas de vacinação, além de não reconhecer que o cuidado é um fator importante em questões de saúde relacionadas, o que dificulta sua ida a uma UBS.

Além disso, alguns profissionais afirmaram que não existe um trabalho direcionado a esse público, pois, geralmente os serviços são mais relacionados ao público do HIPERDIA, à criança, à mulher e ao idoso, diminuindo, assim, a frequência desse usuário na UBS.

Unidade de saúde um ambiente feminino (Tabu)

Para justificar a pouca demanda no atendimento de homens na ESF, os profissionais justificaram que ainda existe um “tabu” em relação a isso, haja vista que o homem ainda é resistente em buscar o serviço de saúde”.

O usuário homem considera a UBS um ambiente voltado para atendimento feminino, ou seja, esse usuário vê o serviço de saúde voltado para o público mais “vulnerável”, que engloba mulher, idoso e criança. (M 2)

Há um grande “TABU” em relação à sua saúde, quando procuram uma Unidade é porque já estão bem doentes. Nossas consultas são realizadas com a presença de médicos e enfermeiros. (ACS 4).

Houve uma melhora, mas a frequência ainda é pequena, por isso devem-se aumentar os investimentos, pois o machismo ainda é um grande empecilho para que haja um aumento à procura de assistência masculina. (E 3)

O que dificulta é a questão do preconceito do próprio homem. (ACS 5)

Segundo Machin et al. (2011) ainda existem diferenças entre homens e mulheres nos serviços de saúde, já que o ambiente é considerado feminilizado e a cultura dominante ainda é no campo biológico ou mesmo das patologias que tendem a aproximar a mulher. Os mesmos autores reforçam que no aspecto cultural associado ao homem repõem a masculinidade idealizada (força, virilidade, objetividade, distanciamento emocional, comportamento de risco), em oposição à mulher, identificada como um ser frágil e sensível.

Couto et al. (2010) destacam ainda que os serviços de saúde apresentam um ambiente feminilizado, uma vez que, geralmente, nestes locais os materiais de educação em saúde são puramente decorativos, apesar do Ministério da Saúde ressaltar a importância da inclusão de referências de gênero, geração e raça/etnia, entretanto nos materiais, tal intento ainda não alcança as equipes dos serviços em suas produções locais.

Outro fator importante destacar seria que o usuário homem não se sente à vontade com profissionais mulheres, como verificamos nas falas abaixo:

O que dificulta a maior presença masculina na Unidade de Saúde é o fato dos homens não se sentirem à vontade ao serem atendidos por uma médica, aqui, por exemplo, tem mais dois médicos (homens) então, há uma procura maior para o atendimento com eles. (M 3)

Desse modo, a figura feminina do profissional de saúde passa a ser um impedimento na assistência masculina, uma vez que, por ser mulher, essa profissional pode não passar confiança para esse usuário, pois os homens tendem a se constranger e/ou duvidar da capacidade das mulheres para orientá-los quanto à resolução do seu problema, muitas vezes em razão de uma cultura machista. (AGUIAR; ALMEIDA, 2012).

Silva et al. (2012) afirmam ainda sobre a importância do vínculo profissional/paciente. De acordo com os autores, o usuário homem se sente mais à vontade quando é atendido pelo profissional do mesmo sexo, ocorre a integralidade, contudo para haver integralidade, é preciso que as necessidades do sujeito sejam percebidas em suas diversidades e, para que isso ocorra, é fundamental a comunhão possibilitada pelo vínculo.

Serviço de saúde: fins burocráticos e o aspecto biológico

Machin et al. (2011) destacam que a procura pelos serviços de saúde são também para serviços burocráticos, como ir atrás de um atestado, atrás de um exame para o trabalho, atrás de uma avaliação porque faltou ao trabalho.

Assim podemos verificar na fala de uma médica da nossa pesquisa:

A frequência ainda é pouca, mas eles estão gostando do que propomos para que estejam incluídos no pré-natal, inclusive, além do convite no primeiro momento, informamos àqueles que trabalham de carteira assinada que fazemos o atestado do dia para que a falta seja abonada. O paciente que trabalha nessas condições fica com essa preocupação em deixar o seu serviço, então dessa forma eles vêm com mais tranquilidade. (M 4)

O que dificulta o acesso é o trabalho, precisaríamos fazer algo fora do horário de trabalho deles. (M 5)

A frequência na Unidade de Saúde é pequena, mas no setor de vacinação há uma procura maior, principalmente pela questão da vacina exigida pelas empresas. Agora, com o surto de Febre Amarela eles têm vindo mais. (TE 2)

Nesse requisito, observa-se que o aspecto econômico pesa na procura pelo serviço de saúde, demonstrado na fala abaixo:

O que dificulta é a situação econômica, pois muitos vivem em comunidades carentes, além de sustentar a casa, por isso precisam se dedicar ao trabalho em tempo integral. (E 4)

Quando se refere ao trabalho, a literatura relata que esse usuário não vê necessidade de faltar para ir numa UBS, já que os horários de funcionamento dos serviços públicos são em turnos limitados e coincidem com o trabalho desses homens, além disso, o homem usuário é identificado de forma negativa por revelar pouca paciência na espera por atendimento em contraposição a postura feminina de ser paciente (MACHIN et al., 2011).

Verificou-se também que a maioria dos relatos destaca que a assistência ao homem é mais voltada para o aspecto biológico e não são observados outros aspectos como psicológico, cultural e social. De acordo com os relatos abaixo:

Geralmente, os homens costumam se automedicar, quando tomam a decisão de nos procurar é porque o problema já está bem mais sério. A assistência é maior no âmbito biológico. (E 5)

Diante do exposto, Araujo, Miranda e Brasil (2014) ressaltam que a assistência ainda prioriza o modelo biomédico, no qual muitos profissionais dão maior prioridade aos problemas de saúde individuais do que aos coletivos, e desconsideram fatores psíquicos, afetivos, históricos e culturais do adoecer humano.

Apesar de a maioria afirmar que o aspecto biológico é mais relevante na assistência ao homem, alguns técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde destacaram que também é analisado no atendimento o aspecto psicológico do usuário homem.

Programas para saúde do Homem: um usuário invisível

Quando falamos do usuário invisível, estamos nos referindo também à falta de capacidade do profissional em não notar a presença de alguns homens como usuários nos serviços públicos, ou mesmo, às questões trazidas por eles, nesse sentido, alguns profissionais relatam que a frequência menor desse usuário nos centros de saúde se justifica por sentimentos como “medo e insegurança” ou até mesmo em razão da falta de ações para atrair esse usuário:

O que dificulta é a falta de divulgação das ações para aumentar a presença dos homens nas Unidades de Saúde, já que apresentam certa resistência quanto a isso. (TE 3)

O que dificulta aqui é a falta de abordagem e acolhimento adequados, ao chegar, o homem fica perdido sem saber como proceder. (ACS 5)

O que dificulta, muitas vezes, é o medo. (ACS 6)

O que dificulta é a insegurança que apresentam ao falar dos seus sintomas, nesse caso as mulheres são mais predispostas, quando sentem algo não têm medo de expressar nem de comparecer a Unidade. (E 5)

Como se pode observar nos depoimentos acima, percebe-se que esse usuário invisível é um produto da história do atendimento dos serviços de saúde no Brasil, como aborda Couto et al. (2010), no qual ainda é reproduzido, nos atuais termos, a permanência e o direcionamento das estratégias de saúde mais para o público feminino, o que gera consequentemente a dificuldade no atendimento ao usuário homem.

Nesse sentido, muitos homens não se sentem à “vontade” nesse ambiente, haja vista que o espaço das unidades é, muitas vezes, organizado em torno do atendimento de mulheres e crianças sendo percebido pelos profissionais como elemento que deixa os homens “pouco à vontade” (MACHIN et al., 2011).

Logo, essa percepção do profissional de saúde se perpetua para o usuário homem, pois o mesmo associa as unidades de atendimento a um ambiente feminilizado (COUTO et al., 2010; MACHIN et al., 2011). Outro fator observado foi o medo como impedimento para a ida do homem nas unidades de saúde. Araujo, Miranda e Brasil (2014) destacam que a demonstração de sinais de fraqueza, como: medo, ansiedade e insegurança, fatores que colocariam em risco a masculinidade e aproximariam o homem das representações de feminilidade, são mais um empecilho para o atendimento do usuário homem.

Observamos também nos depoimentos que a maioria dos profissionais relatou que não existe um programa específico para a saúde do homem integral, apesar de que o Ministério da Saúde já implantou em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, visando à ampliação do acesso desse usuário aos serviços de saúde.

Embora realizemos um atendimento voltado às necessidades do homem, não existe algo mais específico e direcionado a esse público, por isso nós desenvolvemos um trabalho junto aos acadêmicos de medicina do internato, eles passam três meses aqui e no final têm que apresentar um projeto de intervenção. Ao final, muitos se interessam em fazer um trabalho voltado ao público masculino. Trabalhamos aqui com agentes comunitários de saúde. Nesse mês, fizemos um trabalho em uma feira próxima da Unidade abordando o câncer de próstata e outras doenças, chamando atenção para a necessidade de um tratamento adequado, mas não é algo que faça parte de um planejamento voltado para o homem. (E 6)

Não há um dia específico para o atendimento dos homens, atendemos todo mundo junto. (M 6)

O que dificulta é não ter especialistas para cuidar dos homens nas Unidades. (ACS 7)

Dados semelhantes com o estudo de Leal et al. (2012) destacam que maioria dos profissionais não tinham conhecimento sobre a política e ressaltam ainda que a falta de oferta para treinamento para atuação nos serviços de saúde para esse usuário é um impasse para maior conhecimento dessa política e que muitas vezes os próprios materiais de divulgação da política são a única fonte de informação que os profissionais têm sobre o tema. E na mesma pesquisa, os poucos profissionais que conheciam a PNAISH enfatizam que a política preconiza a atenção à saúde do homem sem criar os mecanismos necessários para efetuar-la na prática.

Carrara, Russo e Faro (2009) relatam que a PNAISH no âmbito do documento, visa desmembrar a categoria “homem” em uma série de subcategorias - índios, negros, gays, travestis, portadores de deficiências, trabalhadores rurais, etc., que, por outras razões, são historicamente marginalizadas. Entretanto, como já debatido anteriormente, as mulheres podem formar mais facilmente uma categoria unificada e assim torna-se uma categoria mais fácil de dar uma assistência, nesse contexto o PNAISH tenta, ao englobar uma categoria “homem”, tornar visível sua vulnerabilidade e melhorar a sua assistência.

No entanto, poucos profissionais relataram conhecer algum programa voltado para o homem, sendo que esses entrevistados citam os programas de Hiperdia, HIV e Câncer de Próstata.

Sim, a questão é principalmente a hanseníase e a prevenção do câncer de próstata. (TE 4)

Não, o que nós temos é apenas uma campanha em que os enfermeiros fazem testes de hepatite e HIV, mas nós realizamos palestras no novembro azul, cujo público mais frequente são os hipertensos e os diabéticos. (ACS 8)

Couto et al. (2010), afirmam que as instituições de atenção básica à saúde têm uma grande influência sobre o olhar social a respeito da questão gênero e saúde, fazendo com que esse olhar se reproduza e repercuta no modelo de atenção oferecido à população, logo, observa-se falha nos serviços de saúde nas atividades voltadas para o público masculino, cuja pesquisa dos autores verificaram que os ambientes não favorecem a presença e a permanência

dos homens, já que a maioria das ações de promoção de saúde são voltadas para a mulher, como aleitamento materno, pré-natal, prevenção de IST e HIV/AIDS.

2ª Categoria – Ações utilizadas com usuário homem

Outros aspectos evidenciados nos relatos dizem respeito às ações utilizadas para atrair o usuário homem às unidades de saúde, as quais foram detalhadas nas subcategorias abaixo:

Meios comunicativos com o usuário homem

O processo comunicativo é definido como um ato caracterizado não por relações de poder, mas por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre os sujeitos, em um universo de significações que envolvem tanto a dimensão verbal, como a não verbal. Nesse processo, é relevante o interesse pelo outro, a clareza na transmissão da mensagem e o estabelecimento de relações terapêuticas entre trabalhadores e usuários (MARINUS et al., 2014). Diante do exposto, de acordo com os depoimentos verificou-se que a palestra é um meio importante entre o profissional de saúde e o usuário homem:

As palestras. (M 7)

Ações realizadas por meio de palestras com a presença das enfermeiras e, às vezes, do médico. (TE 5)

As palestras são ações importantes para chamar atenção do usuário homem para sua saúde. (T 6)

Sabe-se a importância da palestra para difusão do conhecimento, porém, devido ao aumento da demanda nas unidades básicas de saúde e ao tempo disponível dos profissionais, muitas vezes, a palestra pode ser entendida como uma ação que não agrada todas as pessoas envolvidas, apesar de ter envolvimento profissional/paciente. Dessa forma, a consulta pode ser ferramenta importante, ou seja, um espaço de acolhimento que possibilita o diálogo, além, de estreitar o vínculo entre profissional e o usuário homem (LEITE et al., 2010). Nesse aspecto, a palestra é uma estratégia importante para levantar problemas e soluções por intermédio da investigação e do diálogo com os usuários.

Além das palestras, verificou-se que o diálogo é um meio comunicativo bastante utilizado entre os profissionais de saúde, como se pode observar nos depoimentos abaixo:

O diálogo possibilita uma interação melhor entre o usuário e o profissional, pois passa para o usuário, confiança no serviço prestado. (M1)

O diálogo é importante para a assistência, além de possibilitar uma aproximação com usuário. (TE 7)

Por meio da conversa abordamos a importância da prevenção em si, para que eles nos procurem não somente quando estão doentes, mas também para prevenção. (ACS 9)

Destarte, o diálogo está, necessariamente, no vivenciar o cotidiano profissional e pessoal, ouvindo o outro, prestando atenção na comunicação não verbal, validando a compreensão das mensagens, sendo capaz de extinguir as barreiras impostas à comunicação, demonstrando afetividade e investindo no autoconhecimento (LEITE et al., 2010).

Logo, as múltiplas formas de comunicação interferem no processo educativo, sendo necessária a reflexão constante das estratégias adotadas pelos profissionais ao propor uma prática educativa. A utilização de dinâmicas pode ser considerada uma importante ferramenta para o processo de aprender. Porém, enfatiza-se que ela precisa ser pensada com intencionalidade em seu fazer, considerando sua finalidade ao longo do processo e não de forma banalizada (BARBOSA, 2014).

Deve-se destacar também a importância das visitas domiciliares:

Nas visitas domiciliares temos uma ficha em que são anotadas todas as ações realizadas, porém o que foi trabalhado não é especificado. (M 2)

Durante a visita domiciliar os agentes perguntam se há alguém com algum problema de saúde e o agendamento é feito em casa mesmo. (E 7)

Nas visitas, é importante falar sobre a importância da prevenção. (ACS 10)

Durante as visitas domiciliares, levamos panfletos com informações. (ACS 11)

Com relação à visita domiciliar, essa ação é de suma importância, porque os homens têm maior dificuldade em comparecer a esses espaços de saúde; por isso, a visita

domiciliar pode aproximá-lo das unidades básicas de saúde e, conseqüentemente, diminuir o surgimento dessas doenças (BRASIL, 2015).

Agente comunitário de saúde: elo de comunicação entre o usuário e a equipe de saúde

Outro aspecto evidenciado nos relatos diz respeito à importância do agente comunitário de saúde e as visitas domiciliares que são instrumentos importantes entre os profissionais de saúde e os homens. Como podemos ver a seguir, em alguns depoimentos de técnicos de enfermagem, médicos, enfermeiros e agente comunitários.

A nossa equipe trabalha com agentes comunitários de saúde. (M 7)

Diante do exposto, o agente comunitário de saúde age como facilitador entre outros profissionais e o usuário utiliza a visita domiciliar, as fichas de anotações e principalmente o diálogo como métodos facilitadores de seu trabalho. (E 3)

O que facilita é a acessibilidade junto ao agente comunitário de saúde para agendar as consultas. (TE 4)

Diante do exposto, por ser integrante da comunidade, o ACS torna-se um mediador e facilitador na relação entre o serviço de saúde e o seu usuário, no qual possibilita uma comunicação interpessoal efetiva, pois as pessoas da comunidade e o ACS compartilham da mesma realidade local. Assim, a interação ocorre a cada dia de trabalho, na medida em que esse profissional consegue consolidar seu espaço na equipe de saúde e na comunidade (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

Albuquerque et al. (2013) afirmam que a assistência do ACS ao usuário homem da ESF implica numa abordagem diferenciada, integralizada, humanizada e resolutiva, proporcionando então, a qualidade da assistência, garantindo o segmento de tratamentos, minimizando os fatores de risco e agravos, pois esses usuários não estão acostumados a ser abordados pelos mesmos e nem discutir sobre suas necessidades de saúde, o que parece dificultar o desenvolvimento do hábito dessa clientela em procurar a rede.

Ações sugeridas para a melhoria na assistência ao usuário homem

Foi indagado aos profissionais quais ações poderiam ajudar no incentivo do homem a procurar as unidades básicas de saúde. Verificou-se nos relatos que grande parte dos

entrevistados afirma que a maior divulgação das informações por meio de mídias, rodas de conversas e outros, poderia ajudar a aumentar a presença de homens nas unidades básicas de saúde:

Uma propaganda mais dirigida através dos meios de comunicação como televisão e rádio com o intuito de ajudá-los a procurar a Unidade de Saúde. (M 3)

Uma boa estratégia para atrair o homem é elaborar um convite formal com envelope e chamá-lo para fazer uma consulta e um check up, tudo depende de logística, não somente do enfermeiro. (E 1)

Acredito em pequenas reuniões, da nossa presença nas comunidades, da formação de pequenos grupos para que possamos debater os assuntos muitos discretamente, pois eles são muitos invasivos, muitos fechados, se fizermos um grupo grande, eles não participam. Colocar em pauta os assuntos que eles mesmos sugerissem. (TE 4)

Deveria ter um programa específico para debater com eles assuntos de interesse comum, apresentar algum incentivo que desperte neles a importância de sua presença na unidade de saúde. (ACS 12)

Além das ações sugeridas, alguns profissionais citaram a importância das capacitações para a melhoria e assistência desses usuários, além da criação de programas para a prática de atividades físicas para atrair o homem para UBS.

Sendo assim, a partir da análise dos depoimentos, constatou-se a falta de profissionais capacitados para assistir à especificidade da saúde do homem, correlacionando situações de vida e de trabalho dessa população com possíveis agravos, demarcando ações de proteção e de promoção à saúde. Nesse sentido, a literatura ressalta que um profissional capacitado tem um olhar mais direcionado para esse público, uma escuta atenta e técnica e um conhecimento epidemiológico dos problemas que os acometem ou podem acometê-los, para assim, pensar em medidas para o atendimento das suas necessidades (SILVA et al., 2012).

Logo, Silva et al. (2015) relatam que a educação continuada é fundamental para aquisição de mais informações acerca da saúde do homem e da PNAISH, tendo em vista que ainda há muito a ser explorado em relação a esse assunto, considerando-se as questões relacionadas à sua vulnerabilidade e às perdas sociais e econômicas.

Nesse sentido, Rocha et al. (2016) destacam que a capacitação dos profissionais envolvidos na atenção à saúde do homem é preconizada pelos princípios da PNAISH, sendo fundamental e assegurada essa qualificação, uma vez que ainda existem muitos profissionais não preparados para essa abordagem. Cabe ressaltar que, a grande maioria dos profissionais se quer teve uma disciplina específica que abordasse a temática na formação profissional.

3ª Categoria - Atividade física e saúde do homem

Com relação à atividade física como incentivador do usuário para procurar a ESF, verificou-se que maioria dos entrevistados foram categóricos em afirmar que esta prática é um incentivo.

Com certeza, além do mais, se a atividade física fosse realizada no posto de saúde, poderíamos ter um maior acesso do público masculino. (M 6)

Com certeza, inclusive nós temos como exemplo o NASF. Em nossa unidade, o NASF atua com grupo de idosos, no início esse trabalho foi direcionado aos idosos, mas hoje já está bem mesclado. Percebemos um aumento da presença dos homens, à princípio, as mulheres eram mais participativas. A atividade física, com certeza, pode ser uma boa estratégia para despertar no homem a necessidade em procurar tratamento. (E 5)

Atividade física, com certeza, inclusive aqui em nossa unidade tinha uma programação com a enfermeira Flor de Lis, era um programa voltado para a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos onde faziam alongamentos, caminhavam ao redor do posto e saiam felizes da vida. Infelizmente acabou, mas se voltasse seria muito bom. (ACS 13)

Sim, muita, porque o homem, atualmente, está mais preocupado com seu corpo e a maioria gosta de fazer musculação e caminhada. (ACS 14)

Em se tratando da prática da atividade física e da promoção da saúde, é correto afirmar que saúde é uma condição do homem com dimensões físicas, sociais e psicológicas, com pólos positivos e negativos. Caracteriza-se a saúde positiva como a capacidade de ter uma vida dinâmica e produtiva, confirmada geralmente pela percepção de bem-estar geral, enquanto que a saúde negativa está associada a riscos de doenças, morbidade e, no extremo, com mortalidade prematura (SOARES, 2015).

Compreende-se como estilo de vida relacionado à saúde, o conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas (NAHAS, 2013). A adoção de um estilo de vida saudável vai depender das decisões individuais e também de decisões políticas e ambientais mais amplas, relacionadas aos fatores determinantes da saúde. Contudo, o Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano do Brasil da PNUD (2017) apresenta três condições centrais para definir o grau de liberdade presente nas escolhas das pessoas quanto à prática de Atividades Físicas e Esportivas (AFEs):

a primeira delas é o tempo, no qual está vinculada a relação direta entre poder escolher uma dessas práticas e o tempo livre para exercê-la, em segundo lugar, destaca-se a necessidade de condições materiais e financeiras para a prática de AFEs e por fim, a terceira tem caráter simbólico e cultural.

Dessa forma, observa-se, na maioria dos relatos, que os profissionais citam o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) como uma parceria importante nesse incentivo, uma vez que esse núcleo já trabalha com projetos voltados para atividade física.

Ainda estamos engatinhando com a parceria do NASF, em nossa unidade não tem um NASF específico, o mais próximo daqui fica na Vila Embratel. Houve um pequeno evento para trazer novos parceiros, mas ainda não temos resultados, pois só vieram uma vez e fizeram alguns agendamentos, não tenho dúvidas de que trarão uma equipe multiprofissional, dessa forma todos ganharão desde o profissional até a comunidade que passa a ter mais acesso à saúde. (M 1)

Também acho bom, mas o NASF precisa se engajar mais nas unidades de saúde e não vir somente quando acionado, vir uma vez por semana já seria uma boa solução. (E 7)

Aqui na unidade não temos NASF, tivemos atividade física na comunidade apenas duas vezes, é meio deficiente. Acredito que agora vai melhorar, pois o NASF virá para cá. (E 9)

Tem sim, inclusive esse apoio do NASF está na Vila Isabel com equipe de fisioterapeutas. Os homens têm participado sim. (ACS 15)

A atividade física corresponde a uma prática economicamente viável para promoção da saúde e da inclusão social, revelando-se ícones da prevenção integrada e holística.

A inserção desse profissional no NASF faz-se necessária, devido, primordialmente, a ser consensual no seio da comunidade. A prevenção de grande parte dos males da modernidade passa pela prática de atividades físicas, prática essa, responsavelmente orientada visando à melhoria da qualidade de vida da sociedade, proporcionando ao indivíduo adotar um estilo de vida que seja suficientemente ativo, permitindo-lhe condições de viver e conviver livremente com suas necessidades, desejos, demais pessoas e meio-ambiente, podendo, dessa forma, exercer todos os seus direitos e capacidades de cidadania, o que é proposto na Constituição Federal de 1988. (CONFEEF, 2011).

Portanto, o Profissional de Educação Física, acoplado à equipe multiprofissional do NASF alia-se à Estratégia Saúde Família, sendo todos parte constituinte do SUS, com o objetivo de garantir a saúde como direito de todos conforme a portaria da Política Nacional de Promoção da Saúde - PT nº 687/GM, de 30 de março de 2006 – compreende que as Práticas Corporais são expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica (Portaria nº154/08, MINISTERIO DA SAÚDE, 2008).

Entretanto, verificou-se que em dois depoimentos os profissionais relataram que a atividade não é um incentivador para a procura da unidade de saúde.

Não acho. Pois no grupo de atividade física do NASF que tem aqui, há mais mulheres que homens. (M 7)

Para ser franca eu acho que não. (ACS 11)

Além disso, apesar da maioria afirmar que a atividade física é uma prática importante, existem algumas dificuldades relatadas para inclusão dessas atividades no seu dia-a-dia como: a falta de um projeto direcionado às atividades, a ausência de um educador físico, além do trabalho laboral do usuário, dessa maneira, essas questões apresentam-se como justificativas que dificultam a sua presença nessas atividades.

5.2 Análise quantitativa: usuários masculinos

Foram entrevistados, 119 homens, sendo que 31,9% estavam com idade entre 20 a 29 anos, 57,1% de cor parda, 52,1% tinham o ensino médio completo, 37% estavam com união estável, 76,5% de profissões múltiplas, 66,4% vivem com 1 a 2 salários mínimos, 50,4% são elitistas e 88,2% não fumam. Pelo teste de Qui-quadrado de aderência somente as variáveis Faixa etária e etilismo tiveram frequências iguais entre as suas respectivas classes ($p > 0,05$), nas demais foi encontrado diferenças significativas ($p < 0,05$) entre as classes de cada variável.

Tabela 1 - Caracterização sócio demográfica dos usuários homens entrevistados. Distrito Itaquí Bacanga, São Luís – MA, 2018.

Variáveis		n (%)	p
Faixa Etária	20-29 anos	38 (31,9)	0,087
	30-39 anos	35 (29,4)	
	40- 49 anos	25 (21,0)	
	50- 59 anos	21 (17,6)	
Cor da Pele	Branco	18 (15,1)	< 0,0001
	Negro	33 (27,7)	
	Pardo	68 (57,1)	
Escolaridade	Analfabeto	4 (3,4)	< 0,0001
	Ensino Fundamental Incompleto	28 (23,5)	
	Ensino Fundamental Completo	3 (2,5)	
	Ensino Médio Incompleto	10 (8,4)	
	Ensino Médio Completo	62 (52,1)	
	Ensino Superior Incompleto	3 (2,5)	
	Ensino Superior Completo	8 (6,7)	
Estado Civil	Outros	1 (0,8)	< 0,0001
	Solteiro	37 (31,1)	
	Casado	35 (29,4)	
	Divorciado	3 (2,5)	
Profissão	União Estável	44 (37,0)	< 0,0001
	Pedreiro	10 (8,4)	
	Vigilante	10 (8,4)	
	Motorista	8 (6,7)	
Renda Familiar	Outros	91 (76,5)	< 0,0001
	Menor de 1 salário mínimo	25 (21,0)	
	1- 2 salários mínimos	79 (66,4)	
	3- 4 salários mínimos	10 (8,4)	
Etilismo	Mais de 4 salários mínimos	5 (4,2)	0,9270
	Sim	60 (50,4)	
Tabagismo	Não	59 (49,6)	< 0,0001
	Sim	14 (11,8)	
	Não	105 (88,2)	
	Sim		

Na tabela 2, verificou-se que 21,8% possuem DCNT, sendo que desse percentual 26,9% são hipertensos e 22,7% usam medicamentos diariamente. Pelo teste de Qui-quadrado de aderência a frequência de homens sem doenças crônicas não transmissíveis é 78,2% difere significativamente dos que têm doenças crônicas não transmissíveis (21,8%). A frequência

dos tipos de DCNT não é a mesma. A frequência de homens que usam (77,3%) ou não (22,7%) remédios diários diferem significativamente ($p < 0,05$).

Tabela 2 - Caracterização dos usuários homens entrevistados, segundo comorbidades. Distrito Itaquí Bacanga, São Luís – MA, 2018.

Variáveis		n (%)	p
DCNT	Sim	26 (21,8)	< 0,0001
	Não	93 (78,2)	
Tipos de DCNT (N=26)	Diabetes	4 (15,4)	0,0425
	Hipertensão Arterial	7 (26,9)	
	Diabetes/Hipertensão Arterial	5 (19,2)	
	Doenças Cardíacas	1 (3,8)	
	Doenças Respiratória Crônica	1 (3,8)	
	Outras	8 (30,8)	
Uso de Remédios Diários	Sim	27 (22,7)	< 0,0001
	Não	92 (77,3)	

Na tabela 3, observou-se que não foi encontrada diferença significativa ($p > 0,05$) nos motivos da busca do serviço médico, ou seja, o emergencial (55,5%) não difere de assistencial/preventivo (44,5%). Entretanto, há diferença significativa ($p < 0,05$) no acesso ao serviço de saúde, pois a maioria (89,1%) vem pelo SUS enquanto que somente 10,9% pelo convênio/Particular. A frequência de homens que não conhecem o programa de saúde do homem (70,6%) difere significativamente da frequência dos que conhecem (29,4%). Houve diferença ($p < 0,05$) na frequência dos meios como conheceram o programa.

Tabela 3 - Caracterização dos usuários homens entrevistados, segundo a busca por serviço de saúde. Distrito Itaquí Bacanga, São Luís – MA, 2018.

Variáveis		n (%)	p
Motivos da Busca do Serviço Médico	Emergencial	66 (55,5)	0,2334
	Assistencial/Preventivo	53 (44,5)	
Acesso ao Serviço de Saúde	SUS	106 (89,1)	< 0,0001
	Convênio/Particular	13 (10,9)	
Conhece o Programa Saúde do Homem	Sim	35 (29,4)	< 0,0001
	Não	84 (70,6)	
Como soube do Programa	Internet	5 (4,2)	0,0250
	Posto de Saúde	8 (6,7)	
	TV	13 (10,9)	
	Rádio	1 (0,8)	
	Amigos	8 (6,7)	

Na tabela 4 observou-se que 50,4% acharam a assistência ao homem na ESF como regular; 84,1% sabem da importância da prevenção de doenças; 84,4% não participam de algum programa pelo centro de saúde; 99,2% gostariam de participar; 86,6% sentem vontade falar sobre a saúde, sendo que desse percentual, 100% possuem vergonha para falar sobre saúde; 54,6% relatam o trabalho como fator de dificuldade para ir ao serviço de saúde.

Tabela 4 - Caracterização dos usuários homens entrevistados, segundo os serviços voltados para saúde do homem. São Luís, 2018.

Variáveis		n (%)	p
Avalia a assistência aos homens acompanhados pela equipe da Estratégia Saúde da família.	Boa	20 (16,8)	< 0,0001
	Regular	60 (50,4)	
	Péssima	39 (32,8)	
Sabe a importância da prevenção de doenças	Sim	100 (84,1)	< 0,0001
	Não	19 (15,9)	
Participa de algum programa pelo centro de saúde	Sim	19 (15,9)	< 0,0001
	Não	100 (84,1)	
Gostaria da existência de serviços voltados a Saúde do Homem	Sim	118 (99,2)	< 0,0001
	Não	1 (0,8)	
Se sente à vontade em falar sobre a saúde	Sim	16 (13,4)	< 0,0001
	Não	103 (86,6)	
Motivos de não relatar os seus problemas de saúde (n = 103)	Vergonha	103 (100)	---
	Outros	-	
Dificuldades encontradas para ir ao serviço de saúde	Tempo	20 (16,8)	< 0,0001
	Trabalho	65 (54,6)	
	Locomoção	8 (6,7)	
	Preconceito	6 (5,1)	
	Falta de conhecimento	20 (16,8)	

Na tabela 5, verificou-se 58,8% realizaram atividade física, sendo 23,5% fazem caminhada e 40% realizam em 1 ou 2 dias durante a semana.

Tabela 5 - Caracterização dos usuários homens entrevistados, segundo a realização de atividade física últimos três meses. Distrito Itaqui Bacanga, São Luís – MA, 2018.

Variáveis		n (%)	p
Realiza Atividade Física	Sim	70 (58,8)	0,0667
	Não	49 (41,2)	
Tipos de Atividade Física	Caminhada	28 (23,5)	< 0,0001
	Corrida	2 (1,7)	
	Musculação	3 (2,5)	
	Ginástica em geral	1 (0,8)	
	Natação	1 (0,8)	
	Artes Marciais e Luta	2 (1,7)	
	Bicicleta	5 (4,2)	
	Futebol	23 (19,3)	
	Voleibol	1 (0,8)	
	Outros	4 (3,4)	
Frequência que realiza atividades Físicas (dias)	1- 2 dias/semana	28 (40,0)	0,0104
	3- 4 dias/semana	19 (27,1)	
	5- 6 dias/semana	9 (12,9)	
	Todos os dias (sábado e domingo)	14 (20,0)	

Na tabela 6a, das variáveis classificatórias cruzadas com a atividade física pode-se observar uma associação significativa ($p < 0,05$) entre não atividade física e a presença de doença crônica não transmissível. Homem que faz atividade tem menos DCNT (12,9%) do que aqueles que são sedentários (34,7%). Pode-se observar também uma associação significativa ($p < 0,05$) entre não atividade física e o uso de remédio diariamente. Homem que faz atividade usa menos remédio (12,9%) do que aqueles que são sedentários (36,7%). Nos demais cruzamentos não foi observada uma associação significativa ($p > 0,05$) com a atividade física, ou seja, as proporções das classes dessas variáveis no grupo de homens que fazem atividade física é semelhante ao do grupo que não fazem atividade física. Por exemplo, A proporção de homens tabagistas que fazem atividade física (10,1%) não é tão diferente da proporção de tabagista que não fazem atividade física (12,2%). O mesmo foi observado nas outras variáveis.

Tabela 6a- Teste de qui-quadrado das variáveis classificatórias com o hábito de fazer ou não atividade física. Distrito Itaquí Bacanga, São Luís – MA, 2018.

Variável	Atividade física				Total		p
	Sim		Não				
	n	%	n	%	n	%	
Cor da pele							
Branco	11	15.7%	6	12.5%	17	14.4%	0.445
Negro	22	31.4%	11	22.9%	33	28.0%	
Pardo	37	52.9%	31	64.6%	68	57.6%	
Etilista							
Sim	32	45.7%	28	57.1%	60	50.4%	0.220
Não	38	54.3%	21	42.9%	59	49.6%	
Tabagista							
Sim	7	10.1%	6	12.2%	13	11.0%	0.720
Não	62	89.9%	43	87.8%	105	89.0%	
DCNT							
Sim	9	12.9%	17	34.7%	26	21.8%	0.005
Não	61	87.1%	32	65.3%	93	78.2%	
Quanto tempo faz que você procurou um serviço médico?							
menos de 06 meses	23	32.9%	19	38.8%	42	35.3%	0.388
6 a 12 meses	20	28.6%	15	30.6%	35	29.4%	
1 a 2 anos	22	31.4%	9	18.4%	31	26.1%	
+ 5 anos	5	7.1%	6	12.2%	11	9.2%	
Faz utilização de algum remédio diariamente?							
Sim	9	12.9%	18	36.7%	27	22.7%	0.002
Não	61	87.1%	31	63.3%	92	77.3%	

Na tabela 6b, todos os cruzamentos com a atividade física não deram associação significativa ($p > 0,05$) com fazer ou não atividade física. Por exemplo, a proporção de IMC Normal nos homens que fazem atividade física (85,7%) não difere dos 77,6% no grupo que não fazem atividade.

Tabela 6b - Teste de qui-quadrado das variáveis classificatórias com o hábito de fazer ou não atividade física. Distrito Itaquí Bacanga, São Luís – MA, 2018.

Variável	Atividade física				Total		p
	Sim		Não				
	n	%	n	%	n	%	
Acesso aos serviços de saúde através de							
SUS	60	85.7%	46	93.9%	106	89.1%	0.160
Convênio/Particular	10	14.3%	3	6.1%	13	10.9%	
Gostaria que houvesse um serviço direcionado ao homem?							
Sim	69	98.6%	49	100.0%	118	99.2%	0.401
Não	1	1.4%	0	0.0%	1	0.8%	
Se existisse um serviço direcionado ao homem, você utilizaria?							
Sim	66	94.3%	48	98.0%	114	95.8%	0.326
Não	4	5.7%	1	2.0%	5	4.2%	
Você se sente a vontade em falar sobre qualquer assunto referente à saúde?							
Sim	61	87.1%	42	85.7%	103	86.6%	0.822
Não	9	12.9%	7	14.3%	16	13.4%	
Você conhece o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem?							
Sim	24	34.3%	11	22.4%	35	29.4%	0.163
Não	46	65.7%	38	77.6%	84	70.6%	
IMC							
20 - 24,9	60	85.7%	38	77.6%	98	82.4%	0.469
25 - 29,9	8	11.4%	10	20.4%	18	15.1%	
30 - 34,9	1	1.4%	0	0.0%	1	0.8%	
> 34,9	1	1.4%	1	2.0%	2	1.7%	
IMC							
Normal	60	85.7%	38	77.6%	98	82.4%	0.250
Alterado	10	14.3%	11	22.4%	21	17.6%	

Na tabela 7, fazer atividades físicas protege os homens de ter DCNT (OR=0,33 p < 0,05) e os homens que fazem atividade procuram menos os serviços de saúde (OR = 0,43 p

$< 0,05$). Não houve relação significativa ($p > 0,05$) entre o conhecimento de saúde do homem fazer ou não atividade física.

Tabela 7 - Modelo de regressão logístico envolvendo as variáveis sócio demográficas e de serviços de saúde com a prática de atividade física em usuários (n=119). Distrito Itaquí Bacanga, São Luís – MA, 2018.

		OR	IC95%		P
			Inferior	Superior	
Passo 1 ^a	DCNT	0,333	0,13	0,86	0,023
	Procura o serviço	0,438	0,196	0,976	0,043
	Conhece o programa	0,542	0,225	1,307	0,173

5.3 Discussão dos dados quantitativos

O principal resultado do estudo demonstrou que os homens que possuíam DCNT utilizavam mais os serviços de saúde e consequentemente, possuem mais chance de se proteger contra a inatividade física. Esses dados corroboram com a literatura, na qual destaca que o homem que possui algum DCNT apresenta mais cuidado com sua saúde, por isso procura mais os serviços de saúde, principalmente, os programas voltados para as doenças crônicas, como o programa Hiperdia (hipertensão arterial e diabetes mellitus) (COUTO et al., 2010).

Dessa forma, com a mudança nos hábitos de vida em virtude do DCNT, o homem passa a aderir mais a prática de atividade física, com isso, a prática regular de atividade física reduz o risco de mortes prematuras, doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de cólon e mama e diabetes tipo II. Atua na prevenção ou redução da hipertensão arterial, previne o ganho de peso (diminuindo o risco de obesidade), auxilia na prevenção ou redução da osteoporose, promove bem-estar, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão (SALVADOR, 2014).

A inatividade física é também um fator determinante da mortalidade para sobrepeso/obesidade, e foi identificada pela comunidade científica mundial como o quarto maior fator de risco, gerando um valor aproximado de 3,2 milhões de morte em todo o mundo (VASCONCELOS BARBALHO; SANTOS, 2015).

Na adoção de hábitos saudáveis, faz-se necessária a criação de políticas públicas voltadas para a questão do peso que visem ao esclarecimento da população quanto ao

consumo de alimentos e bebidas, assim como também, políticas que incentivem a prática de atividade física para a prevenção e tratamento das DCNs (FREITAS et al. 2014).

Com relação ao perfil dos usuários entrevistados, observou-se que a maioria era jovens adultos, da cor parda, possuíam Ensino Médio completo, vivem com 1 a 2 salários mínimos e que tinham união estável. Dados semelhantes com estudo de Couto et al. (2010) foram realizados em quatro Estados (Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e São Paulo) Chaves et al. (2013) em Imperatriz/MA e com estudo de Santiago et al. (2015) realizado Zona Norte de Natal/RN.

Quanto aos hábitos, a maioria dos homens era elitista, dado concomitante com a pesquisa de Santiago et al. (2015), no qual 64% dos homens entrevistados consomem ou já consumiram bebidas alcoólicas. Conforme a literatura, o consumo de álcool é comum no universo masculino e representa uma tendência de crescimento na sociedade contemporânea, logo tornando esse público mais vulnerável às doenças cardiovasculares, neoplasias, absenteísmo - falta ao trabalho, aposentadorias precoces, acidentes de trabalho e de transporte, episódios de violência - agressões, homicídios, suicídios e elevada frequência de ocupação de leitos hospitalares (MASCARENHAS et al., 2009; BORTOLUZZI et al., 2010).

Observou-se que a maioria dos entrevistados só procura o serviço médico em casos emergenciais e quanto à justificativa de não procurar o serviço de saúde, verificou-se que o horário do trabalho não possibilita sua ida ao um centro de saúde.

Silva et al. (2015) constata que a busca pelos serviços de saúde para a prevenção de riscos e agravos à saúde por parte dos homens é baixa devido às barreiras culturais, institucionais e médicas. Os autores relatam que o usuário homem, ao adentrar no sistema de saúde pela atenção terciária, geralmente é pelos serviços de urgência e emergência, demonstra a descaracterização da Emergência de sua concepção original de atendimentos rápidos, resolutivos e com alta rotatividade, nele se verifica que o homem procura esses serviços sem estar clinicamente em situação de gravidade, sendo que muitos poderiam ser assistidos pela Rede Básica de Saúde.

Gomes et al. (2007) em sua pesquisa, reforçam esse ideal, já que as atividades laborativas veem em primeiro lugar na lista de preocupações masculinas, principalmente com relação a busca por esses serviços. Os mesmos autores justificam esse fato, pois os horários de funcionamento das instituições públicas de saúde nem sempre são conciliáveis com os horários das pessoas que se encontram inseridas no mercado de trabalho formal, independentemente de serem homens ou mulheres, além disso, existe a precarização dos serviços públicos em relação ao atendimento a esse público, pois os homens, ao procurarem o

serviço de saúde para uma consulta, enfrentam filas, podendo levá-los a “perder” o dia de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta e, por questões econômicas, eles não podem buscar um atendimento privado.

Por conseguinte, ainda existe a forte ideia que o homem é o provedor da casa, para garantia da subsistência da família, logo os cuidados de saúde, ficam em segundo plano. Outro fator seria o aspecto cultural, que dificulta o autocuidado por parte desse público, pois o homem está associado à figura de viril, invulnerável e forte, dessa forma, ao procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança, já que este ainda é um ambiente considerado feminino (GOMES et al., 2007).

Couto et al. (2010) ainda ressaltam que o homem passa a ser invisível para os serviços de saúde, pois os mesmos não sentem necessidade de cuidados, em razão de seus seus próprios tabus, que os levam a não procurar os serviços e outro posicionamento. Os profissionais de saúde não reconhecem os homens como potenciais sujeitos de cuidado, e, por isso, acabam deixando de estimulá-los às práticas de promoção e prevenção da saúde.

O descuido da população masculina com a sua saúde demonstra uma falha nas políticas de saúde voltadas para o homem, como também a ausência de ênfase sobre a importância do cuidado com a saúde masculina nos meios de comunicação, principalmente pelos profissionais de saúde, os quais têm papel fundamental na promoção da saúde, na prevenção de doenças, na informação e na educação acerca de doenças (SOUSA et al., 2014).

Nesse contexto, Couto et al. (2010) afirmam que a figura feminina ainda é predominante nos serviços de saúde, e a sua predominância pode ser observada em quase todo o espaço físico dos serviços e atividades, como: consultas, nas salas de espera, nas filas, nos grupos, nas áreas de circulação etc. Contudo, os autores ressaltam que alguns serviços se destacam por apresentarem clientela equivalente de homens, como as emergências e atividades relacionadas à vacinação, curativos e farmácia.

Com relação ao conhecimento sobre o PNAISH, observou-se um pequeno percentual de homens que conhecem o programa e foi através da televisão que eles tiveram conhecimento. Dados semelhantes também com a pesquisa de Santiago et al. (2015) quando apenas uma minoria dos participantes sabia sobre a existência da PNAISH, sendo que a obtenção de informações sobre ele foi através da mídia, que realiza a divulgação de algumas ações como a prevenção do câncer de próstata.

Resultados também concomitantes com o estudo de Sousa et al. (2014) em que 84,4% dos homens não possuem esse conhecimento acerca das Políticas Públicas na saúde do homem. Os mesmos autores afirmam ainda que esse resultado é referente ao fato da maioria

dos homens serem jovens (18 a 30 anos de idade), logo não necessitam utilizar os serviços de saúde com frequência, e ainda não apresentam comorbidades crônicas. Isso impõe o desafio e a necessidade de divulgação dessa política, levando-a para os espaços de trabalho e de estudo que os homens frequentam.

Leal et al.(2012) relatam que ainda é pouca a divulgação do PNAISH, existindo a necessidade de mais investimentos para que tanto a população quanto os profissionais da saúde tenham o conhecimento sobre a temática, essa política foi um passo importante rumo ao aprimoramento do atendimento à saúde do público masculino, entretanto, ainda caminha em passos lentos para que haja mudanças efetivas no SUS. Silva et al. (2012) afirmam que é notória, nas unidades de saúde, a pouca oferta de programas ou atividades direcionadas à saúde dos homens, demonstrando que existe uma dificuldade de interação entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas de saúde das unidades de Atenção Primária.

Quanto à atividade física, a maioria dos usuários realiza, sendo que a caminhada foi a modalidade esportiva mais praticada. Santiago et al. (2015) em seu estudo, verificaram dentre os indivíduos que disseram realizar atividade física, que a caminhada foi o exercício mais frequentemente apontado. Os autores relatam tal fato, devido à divulgação dos benefícios da caminhada nos meios de comunicação em massa e em campanhas de prevenção às cardiopatias, além de ser uma atividade que pode ser realizada gratuitamente nos espaços públicos e em horários escolhidos pelos indivíduos.

Sousa et al. (2014) destacam que a adoção de atividade física ao estilo de vida pode trazer inúmeros efeitos benéficos sobre a saúde, dentre eles: redução de agravos por motivos cardiovasculares; prevenção ou redução da hipertensão arterial; perda de peso, diminuindo o risco de obesidade; auxílio na prevenção ou na redução da osteoporose; promoção de bem-estar; redução do estresse, da ansiedade e da depressão. Em adultos, principalmente, a atividade física interage positivamente com as estratégias para a adoção de uma dieta saudável, desestimula o uso do tabaco, do álcool e das drogas, além de reduzir a violência e de promover a integração social.

O estudo em questão se limitou a um distrito, sendo necessária a realização de outros estudos com a mesma temática. O PNAISH é um avanço na saúde do homem, além de possibilitar a esse público uma oferta de uma assistência integral e humanizada, considerando a singularidade do universo masculino.

6 CONCLUSÃO

Com base nos resultados encontrados, com relação aos profissionais de saúde, verificou-se que a assistência ao usuário homem ainda é lenta, visto que barreiras culturais e socioeconômicas, ainda são empecilhos para ida do homem às unidades básicas, também se observaram nos depoimentos dos profissionais, que apesar de tentarem mudar essa realidade, as UBS ainda são vistas pelo público masculino como local feminizado. Contudo, observamos que a falta de conhecimento do profissional sobre o PNAISH é fator preocupante, visto que para uma assistência adequada é importante conhecer todas ações necessárias para influenciar ou motivar a procura pelos serviços de saúde.

Quanto aos usuários entrevistados, verificou-se que os mesmos não procuram os serviços de saúde para fins preventivos e procuram apenas em casos de emergência. O trabalho é um motivo de não comparecer aos serviços de saúde, pois o horário de atendimento é no mesmo horário da atividade laboral.

Nesse sentido, os resultados demonstram que a política de saúde não é divulgada eficientemente nas Unidades de Saúde da Atenção Primária e com isso, a oferta de programas de saúde voltados para a assistência quanto à promoção da saúde e prevenção de doenças que venham acometer a população masculina passa a ser escassa.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Milena C.; ALMEIDA, Obertal S. A implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem no Brasil: um desafio para a saúde pública. **Diálogos e Ciência**, v. 30, p. 144-7, 2012.
- ALBANO, B.R.; BASÍLIO, M.C.; NEVES, J.B. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga**: Unileste-MG - V.3 - N.2 - Nov./Dez. 2010.
- ALBUQUERQUE, Grayce Alencar et al. Percepção dos agentes comunitários de saúde acerca da saúde do homem no município de Juazeiro do Norte-CE. **Convibra**, 2013. Disponível em: file:///C:/Users/Martha%20Carol/Downloads/2013_77_7491.pdf Acesso em: 18.10.2017.
- ALVES, Railda Fernandes et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicol. teor.prat.**, São Paulo, v. 13, n. 3, dez., 2011.
- ALEXANDRE, Marcelo; SILVA, Ageo; COELHO-RAVAGNANI, Christianne. Comportamento sedentário em adolescentes atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Cuiabá, Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 21, n. 4, p. 344-354, 2017.
- ANDRADE, Douglas; ANDRADE, Erinaldo; GARCIA, Leandro. Redes de promoção de atividade física: uma reflexão entre discurso e a prática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 22, n. 1, p. 1-3, 2017.
- ARAÚJO, Dolores; MIRANDA, Maria Claudina; BRASIL, Sandra L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, p. 20, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009. 288 p.
- BARBOSA, Camila Juçara Lima. Saúde do Homem na Atenção Primária: mudanças necessárias no modelo de atenção. **Rev.Saúde e Desenvolvimento**, vol. 6, nº3, jul-dez, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. 2015. Disponível em: <https://bay178.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx> Acesso em: 01 de ago. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a

organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de **Atenção Básica**. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 152 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União, n. 18, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47-49.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família. Caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas. **Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas**. Ministério da Saúde, 2010.

_____. Constituição Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal. 1988.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e Projeto Ético Político do Serviço Social: Elementos para o Debate. In: **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAZ, Marlene. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-104, mar. 2005 .

BORTOLUZZI, M. C.; TRAEBERT, J.; LOGUERCIO, A.; KEHRIG, R. T. Prevalência e perfil dos usuários de álcool de população adulta em cidade do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.3,p.679-685, 2010.

CARDOSO, Andréia dos Santos; NASCIMENTO, Marilene Cabral. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, 2010.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A.; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-733120090003000006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Ago. 2017.

CARVALHO, Natália Ana de. **Ser-ai-após-o-diagnóstico-de-câncer-de próstata:** possibilidades de cuidado em saúde do homem. Dissertação de Mestrado. Juiz de Fora: UFJF, 2015, p. 79.

CHAKORA, Eduardo Schwarz. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Esc Anna Nery**; v.18, n.4, p:559-561, 2014.

CHAVES, Rodson Glauber Ribeiro et al. Perfil socioeconômico e estilo de vida dos usuários do programa nacional de atenção integral a saúde do homem. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 7, n. 10, p. 6108-6115, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. CONASS. **Equipe Saúde da Família** – São Luís. 2017. Disponível em: <http://www.conass.org.br/> Acesso em: 20 ago. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA - CONFEF. A educação física no NASF. **CONFEF**, n.39, março de 2011. Disponível em: http://www.confef.org.br/extra/revistaef/arquivos/2011/N39_MAR%C3%87O/06_A_EDUCA CAO_FISICA_NO_NASF.pdf Acesso em: 10 nov. 2017.

CORTEZ, Mirian et al. Profissionais de saúde e o (não) atendimento ao homem-pai: análise em representações sociais. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 1, 2016.

CORTEZ, Elaine Antunes; TOCANTINS, Florence Romijn. Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm**, v. 59, n. 6, p. 800-804, 2006.

COSTA, Glauce Dias da et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, Feb. 2009.

COUTO, Márcia Thereza et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 33, 2010.

COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, out. 2012.

EMAP. Empresa Maranhense de Administração Portuária. **Conhecer para transformar:** Diagnóstico do Itaqui-Bacanga. 2017. Disponível em: <http://www.icema.org.br/diagnostico-itaqui-bacanga/> Acesso em: 10 fev. 2018.

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 2, n.2, 2007.

FAÉ, Odimara Regina. **Avaliação do serviço público na estratégia Saúde da Família em município de médio porte na região sul do Brasil**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Londrina. 2011.

FAUSTO, M.C.R; MATTA, G.C. **Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas**. IN: MOROSINI, M.V.G.C. (org.) Modelos de Atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FERREIRA, Sara Regina. Núcleo de apoio a Saúde da Família (NASF) de Vazante/Lagamar – MG: da implantação aos dias atuais. **Convibra Saúde: Congresso Virtual Brasileiro de Educação, gestão e promoção da saúde**. 2013.

FIGUEIREDO NETO, Manoel Valente. O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIII, n. 76, maio 2010.

FREITAS, Lorena Karen et al. Obesidade em adolescentes e as políticas públicas de nutrição. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, 2014.

FÚRFORO, Érica Carvalho. **Percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre práticas de atividade física nas unidades básicas de saúde**. Dissertação de Mestrado. UFVJM. 2015.

FURTADO, Giovana Valente Nunes; KNUTH, Alan Goularte. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Rio Grande/RS: percepções sobre o trabalho realizado pela educação física. **Revista Brasi. Ativ. Fisi. Saúde**, Pérolas/ RS, 20 (5), p. 514-523, set. 2015.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181, jun, 2006.

GOMES, Romeu et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciêns saúde colet**, v. 16, n. Supl1, p. 983-992, 2011.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAÚJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços. **Cad. saúde pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GONÇALVES, R. M. A; LANCMAM, S.; SZNELWAR, L. I.; CORDONE, N. G.; BARROS, J. O. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Revista Brasi. Saúde Ocup.**, São Paulo, v.40, n.131, p. 59-74, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA E GEOGRAFIA. IBGE. **Atividade física**. 2015.

JESUS, Tânia Cristina de Oliveira. **O sentido da Educação Física nos Programas de Saúde da Família (PSF) para a comunidade e profissionais de saúde**. Monografia. Universidade Federal de Goiás, Uruana – GO, 2013.

JUNIOR, Eduardo Alves Lima; LIMA, Hermínio de Sousa. Promoção da saúde masculina na atenção básica. **Pesquisa em foco**, v. 17, n. 2, 2009.

LEITÃO, L.V. **Avaliação longitudinal do impacto da estratégia saúde da família em Nata-RN**. Trabalho de dissertação; UFRN, Natal, 2010.

LEAL, Andréa Fache et al. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, 2012.

LEITE, Denise Fernandes et al. A influência de um programa de educação na saúde do homem. **Mundo Saúde**, v. 34, n. 1, p. 50-6, 2010.

LEMO, Celizia Lorena; REZENDE, Raquel de Figueiredo. Reflexão Histórica e Atual da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Brasil. **Artigo para conclusão do curso de bacharel em Enfermagem** da Universidade Tiradentes, Aracaju: Sergipe, 2016. Disponível em: < <http://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/handle/set/1553>>. Acesso 02 ago. 2017.

LIMA, Freeda Lee Corso. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família e alguns de seus desafios. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 3, n 2, jan-jun, 2013.

LOCH, Mathias Roberto; RODRIGUES, Camila Guerreiro; TEIXEIRA, Denilson. E os homens? E os que moram longe? E os mais jovens?...? Perfil dos usuários de programas de atividade física oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde de Londrina-PR. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 35, n. 4, p. 947-961, 2013.

MACHADO, Francisco Silva. **Atividade física na Estratégia de Saúde da Família: apresentando a realidade de Uibaí-Ba**. Monografia. UNEB, Departamento de Ciências Humanas Campus IV, Jacobina – BA . Jacobina: 2014.

MACHIN, Rosana et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, 2011.

MAGALHÃES, Ricardo Bêribá. **Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem: revisão sistemática**. Salvador: Bahia. Monografia. Medicina. 2015.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 1, p. 79-86, 2009.

MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor Coriolano et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1356-1369, 2014.

MASCARENHAS, M.D.M.; MALTA, D.C.; SILVA, M.M.A.; CARVALHO, C.G.; MONTEIRO, R.A.; MORAIS NETO, O.L. Consumo de álcool entre vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de emergência no Brasil, 2006 e 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.5, p.1789- 1796, 2009.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p.

MOURA, Erly. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira, 2012.

MOURA, João Gonsalo de; SANTOS, Alan Vasconcelos; DE PAULA, Ricardo Zimbrão Affonso. Demanda por transporte de passageiros em são luís-ma: um estudo para o eixo Itaquí-Bacanga. **Seminário Internacional sobre Desenvolvimento Regional**, 2015.

NAHAS, MV. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida saudável**. 6 ed. Londrina: Midiograf, 2013.

NETO, F. R. G. X.; ROCHA, A. E. F.; LINHARES, M. S. C.; OLIVEIRA, E. N. Trabalho do enfermeiro na atenção à saúde do homem no território da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 1741-1756, 2013.

OLIVEIRA, R S. et al. Homem gênero masculino: a busca dos serviços de saúde uma análise reflexiva da enfermagem. **Revista UNIABEU Belford Roxo**, v.7., n.17, setembro- dezembro de 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. SciELO-EDUFBA, 2006.

PINTO, Erika Simone Galvão; DE MENEZES, Rejane Maria Paiva; VILLA, Tereza Cristina Scatena. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 657-664, 2010.

POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Movimento é vida: atividades físicas e esportivas para todas as pessoas. **Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano do Brasil**. Brasília: PNUD, 2017.

RABELLO, L. S. **Promoção da saúde: desafio ou adaptação?** A construção social do conceito, de Alma-Ata aos dias atuais, no Brasil e no Canadá. (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília, Brasília, Df, 2006.

REZENDE, Sara Both. **O horizonte da Educação Física no NASF: contribuições da hermenêutica**. Dissertação de mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região do Chapecó, Chapecó/ Santa Catarina, 2016.

ROCHA, E. M, et al. A Política Nacional de Saúde do Homem e os Desafios de sua Implementação na Atenção Primária a Saúde. **RevEletrônica**. Interdisciplinar na UNIVAR, número: 15, vol. 01, p. 43-48, 2016.

SALVADOR, Emanuel Péricles. **Propagando a atividade física Parte 1**: entendendo os conceitos para ampliar sua promoção na atenção básica. Revista Corpoconsciência, Santo André, vol. 18, n. 1, p. 02-06, jan/jun 2014.

SANTIAGO, Fabiana Pinheiro et al. Perfil de homens na atenção primária à saúde. **HOLOS**, v. 5, 2015.

SÃO LUÍS. Secretária de Esporte e Lazer. **Programa Movimenta São Luís**. 2017. Disponível em: http://www.saoluis.ma.gov.br/subportal_subpagina.asp?site=123 Acesso em: 10 out. 2017.

SEPARAVICH, Marco Antonio; CANESQUI, Ana Maria. Saúde do Homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Rev Saúde Soc**. São Paulo, v.22, n.2, p.415-428, 2013.

SILVA, P. L. N. et al. A Política de Atenção a Saúde do Homem no Brasil e os Desafios da sua Implantação: uma revisão integrativa. **Rev. Enfermería Global**, v. 12, n. 4, outubro, 2013, pp. 381-413.

SILVA, Inácio Crochemore Mohnsam da. **Associação entre práticas de atividade física e características do ambiente**. Tese de Doutorado. Pelotas: UFPel, 2015, p. 211.

SILVA, Júlio César Santos da et al. Avaliação do nível de conhecimento sobre a saúde do homem: contribuições para a prática assistencial no nível técnico em enfermagem. **Rev. enferm. UFPI**, v. 4, n. 3, p. 54-58, 2015.

SILVA, Patrícia Alves dos Santos et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 561-8, 2012.

SILVA, Júlio César Santos et al. Evaluation on men's health knowledge: contributions for assistance in practice technical level in nursing/Avaliação do nível de conhecimento sobre a saúde do homem: contribuições para a prática assistencial no nível técnico em enfermagem/Evaluación. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 4, n. 3, p. 54-8, 2016.

SOARES, Carlos Alex Martins. **Interdependência entre a participação em aulas de Educação Física e os níveis de atividade física de jovens brasileiros**. Dissertação de Mestrado. Pelotas: RS, 2015, p. 180.

SOUZA, F. L. D.; CHACUR, E. P.; RABELO, M. R. G.; SILVA, L. A. M., VILELA, W. V. Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol. 37, n. 97, p. 233-240, abr-jun, 2013.

SOUSA, Luís Paulo et al. Análise dos fatores de risco relacionados a saúde do homem. **Renome**, v. 3, n. 2, p. 06-20, 2014.

VASCONCELOS BARBALHO, Erika; SANTOS, Francisco James Rocha. Descrição dos fatores de risco para sobrepeso/obesidade na adolescência: uma revisão. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 4, n. 3, 2015.

VARELA, P. S. ; PACHECO, Regina Silvia Viotto Monteiro . Federalismo e gastos em saúde: competição e cooperação nos municípios da Região Metropolitana de São Paulo. **Revista Contabilidade & Finanças** (Online), v. 29, p. 116-127, 2012.

VIEIRA, K. L. D.; GOMES, V.L.O; BORBA, M. R.; COSTA, C.F. S. Atendimento da População Masculina em Unidade Básica Saúde da Família: motivos para a (não) procura. **Rev Esc Ana Nery**, jan-març, v.17, n.1, p. 120-127, 2013.

ANEXOS

ANEXO A - Carta de anuência secretaria municipal de saúde de São Luís – MA



Prefeitura e você, construindo um novo caminho

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente e de acordo com a realização do projeto intitulado: "ATIVIDADE FÍSICA NOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO A SAÚDE DO HOMEM NO DISTRITO ITAQUI BACANGA, SÃO LUÍS-MA: PERCEPÇÃO E OPINIÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS" sob a supervisão e responsabilidade pedagógica e ética do (a) Professor (a): "Dr. Emanuel Pércles Salvador", ou a quem ele (a) conceder autorização por escrito com cópia desta anuência, a ser realizado no "Nas Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família do Distrito Itaqui Bacanga" que disponibilizam o uso de suas instalações e autorizam a aplicação de:

- | | |
|--|---|
| 1. ☒ Entrevista | 5. ☐ Fotografia |
| 2. ☐ Acesso a Prontuários | 6. ☐ Teste Laboratoriais |
| 3. ☐ Filmagens | 7. ☐ Outros |
| 4. ☒ Questionários | |

Com os Seguintes sujeitos:

1. ☒ Usuários
2. ☒ Profissionais
3. ☐ Outros: _____

Fica condicionada essa anuência a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, resguardadas as questões éticas, aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa e visto da Superintendência de Educação em Saúde da SEMUS, podendo ser revogada a qualquer momento sem prejuízo para instituição, desde que sejam verificadas situações de urgência/emergência quer assim exijam, ou emissão de comportamento inadequado com as normas dos Serviços Públicos, ou da ética em pesquisa por parte dos pesquisadores.

São Luis. MA 27 / Abril / 2016

Ricardo Maria Normanton Spinucci
Superintendente Ações em Saúde
Matrícula: 54292-1 SEMUS

Rua Deputado Raimundo Vieira da Silva, 2000. Parque Bom Menino, São Luis, MA
Fone: 98 3214 7347 / 7314, email: SEDESSEMUSSL@GMAIL.COM

ANEXO B - Declaração da secretaria municipal de saúde São Luís - MA para a plataforma Brasil



Prefeitura e você, construindo um novo caminho

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUS
SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

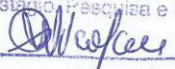
DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O ALUNO ^(a) **Francisca Bruna Arruda Aragão** está autorizado ^(a) a coletar os dados, para a realização do projeto: "ATIVIDADE FÍSICA NOS PROGRAMAS DE SAÚDE DO HOMEM NO DISTRITO ITAQUI BACANGA, SÃO LUÍS-MA: PERCEPÇÃO E OPINIÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS", Na Unidade Nas Unidades da Estratégia Saúde da Família do Distrito Itaquí Bacanga de nossa Rede de Saúde, após a aprovação do referido projeto por um comitê de Ética, em Pesquisa.

São Luís, 27 de abril de 2016.

Atenciosamente,

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Superintendente de Educação em Saúde.
Estratégia, Pesquisa e Extensão.


Lídia Saldanha Nicolau
MÉDICA - CRM 1719
CPF: 129.379.513-04
AUTORIZADO em 27 / 04 / 2016

ANEXO C - Declaração de liberação para a pesquisa nas unidades de saúde

PREFEITURA DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDENTE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o **aluna FRANCISCA BRUNA ARRUDA ARAGÃO** está autorizada a coletar dados, para a realização do projeto: **Atividade Física nos Programas de Promoção a Saúde do Homem no Distrito Itaqui Bacanga, São Luís – MA: Percepção e Opinião de Profissionais de Saúde e Usuários**, nas Unidades: C.S. Yves Parga, C.S. Clodomir P. Costa, C.S. Vila Bacanga , C.S. Vila Nova, C.S. Vila Embratel, C.S. São Raimundo e C.S. Gapara de nossa Rede de Saúde. O referido Projeto foi aprovado pelo Comitê de e Ética em Pesquisa – CEP com o parecer nº 1.627.922.

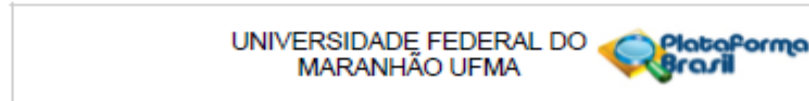
SEMUS
Superintendência de Educação em Saúde
Estágio, Pesquisa e Extensão


Jane Estela Silva Oliveira
Mat: 85940-04

 **DENISE FONTENELLE CABRAL COELHO**
Coordenadora de Estágio Pesquisa e Extensão

São Luís, 30 de agosto de 2016

ANEXO D - Parecer Comitê de Ética Em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATIVIDADE FÍSICA NOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO A SAÚDE DO HOMEM NO DISTRITO ITAQUI BACANGA, SÃO LUÍS-MA: PERCEPÇÃO E OPINIÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS

Pesquisador: Emanuel Pêrcles Salvador

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55832016.5.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.627.922

Apresentação do Projeto:

A temática promoção de saúde do homem ainda é pouco abordada e discutida entre os meios acadêmicos. Apesar da conhecida relação entre as morbidades associada a este público, como a obesidade, hipertensão e diabetes e outros, sabe-se que a maioria dos estudos são voltados para saúde da mulher, da criança e do idoso. Pesquisas sobre a temática, como o estudo de Gomes, Nascimento Araújo (2007) e Gomes et al. (2011) demonstram que os homens percebem que as unidades de saúde são destinos para mulheres e as crianças, sendo considerados um espaço feminilizado, e não pertencendo aquele espaço. Embora fosse possível que as políticas de saúde voltadas para o público feminino integrassem a saúde do homem, é importante que este seja visto em sua singularidade e em sua diversidade no âmbito das relações sociais que está inserido. Ressalta-se ainda que as unidades básicas de saúde, historicamente, os cuidados são geralmente voltados para mulher e criança, embora em tese estes locais são destinados a toda a população, entretanto, a atenção primária se identifica com um espaço assistenciais feminilizados (GOMES et al., 2011). Braz (2005, p. 1) relata ainda que "a falta de equidade no atendimento às necessidades de saúde desta parcela da população, o que acaba por redundar numa atenção precária nos serviços de saúde". Diante do exposto, chegou-se as seguintes problemáticas: Quais são as ações desenvolvidas na promoção da saúde do homem no Distrito Itaquí Bacanga? Os profissionais da

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1998 CEB Velho
 Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
 UF: MA Município: SÃO LUÍS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 1.627.922

área da saúde incentivam a prática de atividade física entre seus usuários homens? Quais são as ações educativas desenvolvidas na unidade estudada voltadas para atividade física e promoção de saúde do homem? O usuário participa das programações de saúde realizada pela unidade? Quais são as dificuldades que o usuário encontra para participar em programas voltados para a saúde do homem? O Ministério da Saúde instituiu, em agosto de 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH (BRASIL, 2008), para atender os homens entre 25 e 59 anos. Segundo Alves et al. (2011) a faixa etária visa 41,3% da população masculina, e 20% do total da população brasileira, relacionada a parcela da população produtiva com significativo papel sociocultural e político, não estava, até então, incluída em nenhuma política de saúde. Tal Programa tenta mudar a percepção masculina em relação a seus cuidados com a saúde e a compreensão do universo masculino. Nesse ambiente, a atividade física é uma forte ferramenta a equipe de saúde da ESF na promoção da saúde, pois sabe-se que maioria dos homens praticam algum tipo de atividade física, seja esporte, exercício físico ou atividade física como forma de lazer, mesmo de forma irregular, como partidas de futebol em finais de final de semana. Na agenda de prioridades da saúde pública brasileira destacam-se as práticas corporais/atividade física, reconhecidas como fator protetor de saúde, auxiliando na redução dos riscos à saúde e melhorando a qualidade de vida dos sujeitos. Cabem aos estados e municípios a elaboração e implementação de políticas de promoção da saúde oferecendo à população programas de atividade física (MALTA; SILVA JUNIOR, 2009). Diante do exposto, considera-se relevante este estudo no sentido de analisar e conhecer as percepções dos profissionais de saúde e dos pacientes do sexo masculino sobre a promoção de saúde para os homens a fim de subsidiar outros trabalhos com a temática em foco, e também contribuir para o avanço da institucionalização das ações de promoção da saúde, especificamente o eixo práticas corporais/atividades físicas desenvolvidos na cidade São Luís/MA. Os profissionais de saúde são peças importantes na prática de promoção da saúde, principalmente no aconselhamento sobre a importância da prática da atividade física, portanto, a relação profissional e usuário é a estratégia que possibilita o compartilhamento de pensamentos, crenças e valores. Nesse momento, é importante considerar a influência que esse profissional poderá ter para o paciente do sexo masculino, além da possibilidade de respeitar e compreender as inúmeras situações que envolvem sua saúde, a fim de ajudá-lo. Nesse contexto, este trabalho é relevante, pois, o que observar nas Equipes de Estratégia de Saúde da Família, ainda existe uma pequena dificuldade em promover a saúde a este público, além disso, existe a relutância do homem em procurar um centro de saúde.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
 Bairro: Bloco C, Sala 7, Comité de Ética CEP: 65.080-040
 UF: MA Município: SÃO LUÍS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 1.627.922

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Analisar a percepção dos profissionais de saúde e dos usuários sobre ações de promoção da saúde e de atividade física, desenvolvidas para o homem no Distrito Itaquí Bacanga. **Objetivo Secundário:**

Caracterizar a população estudada seguindo os indicadores socioeconômicos e aspectos profissionais; Verificar a realização de algum esporte e a frequência da realização dessa atividade no Centro de saúde; Identificar se o usuário participa de algum programa realizado pelo Centro de Saúde; Investigar as dificuldades encontradas pelo os profissionais na adesão e aderência dos usuários aos programas a saúde do homem; Investigar as dificuldades relatadas pelo os usuários na adesão e aderência aos programas a saúde do homem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Aos que aceitarem participar do estudo serão informados dos objetivos, riscos e benefícios. A pesquisa oferece riscos aos participantes, por se tratar de uma pesquisa com abordagem qualitativa, onde será realizada uma entrevista através de um questionário semiestruturado, podendo ou não deixar o entrevistado com desconforto em compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos que ele possa se sentir incômodo em falar.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, mesmo eles não sendo diretos, o conhecimento gerado pelo estudo irá possibilitar ao profissional de saúde, mais informações para seu atendimento ao homem, visando principalmente, a promoção em saúde. Quanto aos homens entrevistados, terá oportunidade de compartilhar suas dúvidas e anseios, além de mais conhecimento sobre a temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa tem todos os itens necessários ao bom desenvolvimento da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
 Bairro: Bloco C, Sala 7, Condição de Ética CEP: 65.080-040
 UF: MA Município: SÃO LUIS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO UFMA**



Continuação do Parecer: 1.627.922

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BÁSICAS DO PROJETO_694899.pdf	04/05/2016 16:36:11		Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	apendice_tce.docx	04/05/2016 16:35:49	Francisca Bruna Arruda Aragão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	04/05/2016 16:25:22	Francisca Bruna Arruda Aragão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_word.docx	04/05/2016 16:24:01	Francisca Bruna Arruda Aragão	Aceito
Outros	declaracao_2016100628.pdf	27/04/2016 16:43:15	Francisca Bruna Arruda Aragão	Aceito
Outros	Oficio_mestrado.pdf	27/04/2016 16:32:10	Francisca Bruna Arruda Aragão	Aceito
Outros	Declaracao_semus.pdf	27/04/2016 16:30:37	Francisca Bruna Arruda Aragão	Aceito
Outros	Carta_anuencia.pdf	27/04/2016 16:29:14	Francisca Bruna Arruda Aragão	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	27/04/2016 16:27:16	Francisca Bruna Arruda Aragão	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 07 de Julho de 2016

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comité de Ética CEP: 65.060-040
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Apresentação da pesquisa e objetivos:

Convidamos você a participar da pesquisa intitulada **“ATIVIDADE FÍSICA NOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO A SAÚDE DO HOMEM NO DISTRITO ITAQUI BACANGA, SÃO LUÍS-MA: PERCEPÇÃO E OPINIÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS”**, realizada pela aluna Francisca Bruna Arruda Aragão, sob a orientação do Professor Dr. Emanuel Péricles Salvador, docente do Departamento de Educação Física e do Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão- (UFMA). A pesquisa tem como objetivo geral: Analisar a percepção dos profissionais de saúde e dos usuários sobre ações de promoção da saúde e de atividade física, desenvolvidas para o homem no Distrito Itaqui Bacanga, no município de São Luís, estado do Maranhão.

Informações sobre a coleta de dados:

O instrumento para coleta de dados será um questionário adaptado, de autoria de Francisca Bruna Arruda Aragão. A pesquisa em questão utilizará dois instrumentos referentes participantes masculinos e aos profissionais da ESF como instrumento de coleta de dados. Em seguida, as entrevistas serão conduzidas com auxílio de um roteiro temático, tomando por base perguntas norteadoras a cerca da opinião dos entrevistados sobre a temática. Além dessa pergunta e do roteiro temática, a pesquisadora irá verificar o perfil profissional e sócio-demográfico dos profissionais entrevistados, sendo contemplados os seguintes requisitos: gênero, idade, formação acadêmica, anos de formação acadêmica, pós-graduação, tempo de atuação na ESF, realização de capacitação ou treinamento em saúde do homem.

Esclarecimentos gerais e direitos sujeitos da pesquisa:

Assegura-se que a identidade dos participantes será confidencial e que os dados coletados serão utilizados exclusivamente para atender aos objetivos da pesquisa. A conduta dos procedimentos não oferece riscos ou danos à integridade física ou moral de nenhum dos envolvidos. Aos que aceitarem participar do estudo serão informados dos objetivos, riscos e benefícios. A pesquisa oferece riscos aos participantes, por se tratar de uma pesquisa com abordagem qualitativa, onde será realizada uma entrevista através de um questionário semiestruturado, podendo ou não deixar o entrevistado com desconforto em compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos que ele possa se sentir incômodo em falar. Quanto aos benefícios, mesmo eles não sendo diretos, o conhecimento gerado pelo estudo irá possibilitar ao profissional de saúde, mais informações para seu atendimento ao homem, visando principalmente, a promoção em saúde. Quanto aos homens entrevistados, terá oportunidade de compartilhar suas dúvidas e anseios, além de mais conhecimento sobre a temática.

O (a) senhor(a) não terá qualquer custo financeiro diante da pesquisa, nem haverá remuneração por participar, tendo ainda liberdade total de recusar a participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, bem como se recusar responder qualquer

pergunta que julgue constrangedora. Este documento será elaborado em duas vias, devendo ser assinado pelo pesquisador e sujeito da pesquisa.

Os resultados poderão ser publicados em revistas da área da saúde assim como ser apresentados em simpósios e/ou congressos.

Acesso aos responsáveis da pesquisa:

Garante-se ainda que, em qualquer etapa do estudo, os participantes terão acesso aos responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Ficam disponíveis os contatos do orientador responsável Professor Dr. Emanuel Péricles Salvador. E havendo dúvidas, questionamentos e/ou denúncias, registra-se o endereço e telefone do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, situado no Campus do Bacanga Av. dos Portugueses, 1996 - São Luís – MA, CEP: 65080-805, Telefone (98) 3272-8000.

Prof.^a Dr. Emanuel Péricles Salvador

Pesquisador responsável

Contato: (98) 982 200063

Enf. Francisca Bruna Arruda Aragão

Pesquisadora responsável

Contato: (98) 9 81876665

Universidade Federal do Maranhão - Avenida dos Portugueses, 1966 - Bacanga, São Luís - MA, CEP: 65080-805.

Tendo recebido todas as informações necessárias, eu, _____, RG nº: _____, aceito de livre e espontânea vontade, participar dessa pesquisa, e informo que assinei e recebi a cópia deste documento.

São Luís, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do participante

APÊNDICE B- Roteiro de entrevista com o profissional de saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DO ADULTO E DA CRIANÇA
MESTRADO ACADÊMICO

ATIVIDADE FÍSICA NOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO A SAÚDE DO HOMEM
NO DISTRITO ITAQUI BACANGA, SÃO LUÍS-MA: PERCEPÇÃO E OPINIÃO DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL

Nome: _____

1. Sexo: Masculino () Feminino ()

2. Idade em anos: _____

3. Formação Acadêmica: _____ Ano de Formação: _____

4. Pós-graduação: SIM () NÃO ()

Ano: _____ Área: _____

Ano: _____ Área: _____

5. Tempo de atuação na ESF: _____

6. Realizou algum tipo de capacitação ou treinamento em saúde do homem? () Sim ()

Não. Se sim: Que/ Quais treinamento (S) _____

7. Quando foi o último treinamento/ capacitação: _____

ENTREVISTA QUALITATIVA

Pergunta norteadora: Fale-me sobre a sua experiência na assistência aos homens acompanhados pela sua equipe.

Roteiro temático: Fale um pouco sobre a procura do homem a Estratégia de Saúde da Família.

Na sua assistência os cuidados ao homem e atribuído a que aspectos: biológicos, psicológicos, socioculturais ou espirituais. Comente.

A unidade de saúde existe ações voltadas para atenção integrada à saúde do homem.

O sr. (a) conhece os programas voltados para a saúde do homem.

Quais são os fatores que facilitam ou dificultam a assistência a saúde do homem.

Quais são os instrumentos utilizados pelos profissionais da equipe para a comunicação com o paciente homem.

O (a) sr. (a) acha a atividade física um fator importante para o incentivo do homem participar nas ações da Estratégia da Saúde da Família.

Quais são as ações que sr. (a) sugere para atenção integral à saúde do homem através da Estratégia Saúde da Família.

APÊNDICE C- Questionário com os usuários

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DO ADULTO E DA CRIANÇA
MESTRADO ACADÊMICO

ATIVIDADE FÍSICA NOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO A SAÚDE DO HOMEM
NO DISTRITO ITAQUI BACANGA, SÃO LUÍS-MA: PERCEPÇÃO E OPINIÃO DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS

QUESTIONÁRIO COM OS USUÁRIOS

Nome: _____

1. Idade: _____

2. Cor: () Branco () Negro () Pardo () Amarelo

3. Escolaridade: () Analfabeto () Ensino fundamental incompleto () Ensino
fundamental completo () Ensino Médio incompleto () Ensino médio completo ()
Ensino superior incompleto () Ensino superior completo () outros

4. Estado civil: () solteiro () casado () viúvo () divorciado () união estável

5. Profissão: _____

• Renda familiar¹: _____

• Peso: _____

• Altura: _____

• IMC: _____

• Atividade Física

1. Nos últimos três meses o Sr. praticou algum tipo de atividade física, exercício físico ou esporte?

() sim () não (vai para a parte da saúde).

2. Qual o tipo principal de atividade física, exercício físico ou esporte que o Sr. praticou? () caminhada () corrida () musculação () ginástica aeróbica () hidroginástica ()

¹ Referente ao salário mínimo nacional: R\$ 937,00.

ginástica em geral () natação () artes marciais e luta () bicicleta () futebol () basquetebol () voleibol () tênis () outros _____

3. Quantos dias por semana o Sr. costuma praticar atividade física, exercício físico ou esporte? () 1 a 2 dias por semana () 3 a 4 dias por semana () 5 a 6 dias por semana () todos os dias (inclusive sábado e domingo).

• Saúde

1. Etilista: () sim () não

Positivo: Quantas vezes: () todo os dias () 1 vez na semana () 2 vezes na semana () 3 vezes na semana () nos finais de semana

2. Tabagista: () sim () não

Positivo: () 1 maço de cigarro por dia () 2 maços de cigarros por dia () 3 maços de cigarros por dia

3. Possui alguma doença crônica não transmissível? () sim () não

Positivo: () diabetes () hipertenso () diabetes/hipertenso () doença cardíaca () doença falciforme () doença respiratória crônica () outras _____

4. Quanto tempo faz que você procurou um serviço médico?

() menos de 06 meses () 6 a 12 meses () 1 a 2 anos () + 5 anos

5. Faz utilização de algum remédio diariamente? () sim () não

Positivo: Quantidade: _____ Motivo: _____

6. Em que situação você procurou um serviço médico?

() emergencial () assistencial/preventivo

7. Você tem acesso aos serviços de saúde através de: () SUS () Convênio/Particular

8. Você gostaria que houvesse um serviço direcionado ao homem? () Sim () Não

9. SE existisse um serviço direcionado ao homem, você utilizaria? () Sim () Não

10. Você se sente a vontade em falar sobre qualquer assunto referente à saúde?

11. () Sim () Não Se NÃO, por quê? _____

12. Você conhece o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem? () Sim () Não

Se SIM, como você ficou sabendo? () Internet () Posto de Saúde () TV () Rádio () amigos

Pergunta norteadora: Como o sr. avalia a assistência aos homens acompanhados pela equipe da Estratégia Saúde da família.

Roteiro temático: Sabe a importância da prevenção de doenças.

Participa de algum programa realizado pelo Centro de Saúde

Quais são as dificuldades encontradas para aderir ao Programa Nacional de Atenção à Saúde do Homem.

APÊNDICE D - Primeiro Artigo Científico (Submetido)

Nome do periódico com sua classificação na WEBQUALIS da CAPES (A1, A2, B1 ou B2)
na área de AVALIAÇÃO MEDICINA II
Normas Editoriais/Normas para os autores

Journal of Epidemiology and Community Health

Classificação WEBQUALIS Medicina II- A2

Instruções aos autores

[Submit manuscript >>](#)

[欲查看中文简体版的作者指南，请点击此处。](#)

View a Chinese translation of this page [here](#).

Journal of Epidemiology and Community Health is published monthly and covers the field of epidemiology and community health relating to a total defined and numerically rated population. Papers are accepted on their scientific originality and general interest.

Manuscripts are considered on the basis that they are under review only by this journal and do not duplicate material already published or submitted elsewhere. In cases of doubt, where part of the material has been published elsewhere, please mention this to the editor in your cover letter when submitting your manuscript.

All published manuscripts undergo peer review. A significant proportion of original articles are rejected after review in house. The usual reasons for rejection at this stage are inappropriate subject matter, insufficient originality, serious scientific flaws, ethical concerns, or the absence of a message that is important to an international general public health audience.

Pre-submission enquiries are discouraged, but authors may contact the [Editorial Office](#) for technical assistance.

- [Editorial policy](#)
- [Article publishing charges](#)
- [Submission guidelines](#)

Editorial policy

Journal of Epidemiology and Community Health adheres to the highest standards concerning its editorial policies on publication ethics, scientific misconduct, consent and peer review criteria. To view all BMJ Journal policies please refer to the [BMJ Author Hub policies](#) page.

Articles are published under an exclusive licence (or non-exclusive licence for UK Crown and US Federal Government employees) and authors retain copyright. Articles can also be published under a Creative Commons licence to facilitate reuse of the content; please refer to the *Journal of Epidemiology and Community Health* [Copyright Author Licence Statement](#).

Article publishing charges

During submission, authors can choose to have their article published open access for 1950 GBP (exclusive of VAT for UK and EU authors). Authors can also choose to publish their article in colour for the print edition – instead of the default option of black and white – for 250 GBP. There are no submission, page or online-only colour figure charges.

For more information on open access, funder compliance and institutional programmes please refer to the [BMJ Author Hub open access](#) page.

Submission guidelines

Please review the below article type specifications including the required article lengths, illustrations, table limits and reference counts. The word count excludes the title page,

abstract, tables, acknowledgements, contributions and references. Manuscripts should be as succinct as possible.

For further support when making your submission please refer to the resources available on the [BMJ Author Hub](#). Here you can also find general [formatting guidelines](#) across BMJ and a formatting checklist.

Editorial

Editorials are usually commissioned, but we are happy to consider and peer review unsolicited editorials on any relevant topic.

Word count: up to 1200 words

Tables/Illustrations: 1

References: up to 12 references

Commentary

Critical analysis of an article published in the journal, always commissioned by the editors. Readers that wish to comment on a published article may do so via submission of a Letter to the Editor or an eLetter.

Word count: up to 800 words

References: up to 12 references

Research report

Manuscripts reporting results of original research should follow the IMRaD style (Introduction, Methods, Results and Discussion) and should have a structured abstract (Background, Methods, Results and Conclusion). All research on human subjects must have been approved by the appropriate ethics committee and must have conformed to the principles embodied in the [Declaration of Helsinki](#) (see [Ethics Approval](#) for more guidelines). A statement to this effect must be included in the methods section of the paper.

Research Reports should include a box offering a thumbnail sketch of what is already known and what your paper adds to the literature, for readers who would like an overview without reading the whole paper. It should be as different as possible from the text in the Abstract, brief and schematic. The use of abbreviations should be avoided. It should include the following information:

What is already known on this subject? In two or three sentences explain what the state of scientific knowledge was in this area before you did your study and why this study needed to be done. Be clear and specific.

What this study adds? Give a simple answer to the question “What do we now know as a result of this study that we did not know before?”. Be brief, succinct, specific, and accurate. You might use the last sentence to summarise any implications for practice, research, policy, or public health.

Word count: up to 3000 words

Abstract: maximum of 250 words (Background, Methods, Results and Conclusion)

Tables/Illustrations: up to 5

References: up to 40

Short report

Manuscripts reporting initial results of innovative research that deserve immediate dissemination before finalisation. The section must not be used to present a poorly elaborated research report. Short Reports should follow the IMRaD style (Introduction, Methods, Results and Discussion) and should have a structured abstract (Background, Methods, Results and Conclusion).

All research on human subjects must have been approved by the appropriate ethics committee and must have conformed to the principles embodied in the [Declaration of Helsinki](#) (see [Ethics Approval](#) for more guidelines). A statement to this effect must be included in the methods section of the paper.

Manuscripts should include a box offering a thumbnail sketch of what is already known and what your paper adds to the literature (see Research Reports).

Word count: up to 1500 words

Structured Abstract: up to 200 words

Tables/Illustrations: up to 2

References: up to 20

Evidence-based public health policy and practice

The Editors believe that we should be publishing more work from the field and the front line. The laboratory for public health is to be found largely in the community itself. We need to learn the lessons from practitioners. The late Professor Geoffrey Rose spoke of the need for a clean mind and dirty hands. We want contributions from those with dirty hands, but they need to make sense to those with clean minds.

They should include a box offering a thumbnail sketch of what is already known and what your paper adds to the literature, for readers who would like an overview without reading the whole paper. It should be as different as possible from the text in the Abstract, brief and schematic. The use of abbreviations should be avoided. It should include the following information:

What is already known on this subject?

In two or three sentences explain what the state of scientific knowledge was in this area before you did your study and why this study needed to be done. Be clear and specific

What this study adds?

Give a simple answer to the question “What do we now know as a result of this study that we did not know before?”. Be brief, succinct, specific, and accurate. You might use the last sentence to summarise any implications for practice, research, policy, or public health.

Policy implications

Explain how your results could support the implementation of policies directed to solve the problem you are dealing with in your manuscript.

Word count: up to 3000 words

Abstract: up to 250 words (Background, Methods, Results and Conclusion)

Tables/Illustrations: 5

References: up to 40

Theory and methods

Manuscripts reporting novel methods or conceptual frameworks relevant to investigation of epidemiological or public health research problems. When possible they must follow the IMRaD style (Introduction, Methods, Results and Discussion). The abstract may be structured or unstructured according to the characteristics of the manuscript.

Submissions should aim to show clearly the messages from the methodological or theoretical issue under consideration. Manuscripts should include a box offering a thumbnail sketch of what is already known and what the manuscript adds to the literature (see Research Reports)

Word count: up to 3000 words

Abstract: up to 250 words

Tables/Illustrations: up to 5

References: up to 40

Essay

Manuscripts reporting analytic, interpretative or critical point of views and scientific arguments about a subject relevant for epidemiology or public health. Essays are commissioned by the editors. There is no fixed style, but submissions should aim to demonstrate clearly the messages from the issue under consideration. The abstract may be structured or unstructured according to the characteristics of the manuscript.

Word count: up to 3000 words

Abstract: up to 250 words

Tables/Illustrations: up to 5

References: up to 50

Review

Manuscripts reporting exhaustive, critical assessments of published literature on relevant epidemiological questions. Reviews should be prepared in strict compliance with MOOSE or PRISMA (formerly QUOROM) guidelines or with Cochrane's complementary guidelines for systematic reviews of health promotion and public health interventions. The journal encourages authors to use alternative databases covering scientific literature from low- and middle-income countries not indexed in the traditional international databases (ie, Medline, Web of Science). Manuscripts should include a box offering a thumbnail sketch of what is already known and what the manuscript adds to the literature (see Research Reports).

Word count: up to 3000 words

Structured abstract: maximum of 250 words

Tables/Illustrations: up to 5

References: up to 100

Glossary

Manuscripts containing definitions of relevant terms in a defined field of epidemiology or public health, mostly commissioned by the editors but we are happy to consider unsolicited editorials. Definitions should be as clear as possible and intelligible to non-specialist audiences. They should aim to cover the needs of such readers and contribute to the wider requirement for standardised concepts in our discipline. Longer glossaries may be considered but of a length publishable in a maximum of two parts.

For a full description of the aims and contents of the Glossaries in the journal, see: "[A call for glossaries in public health](#)" (J Epidemiol Community Health 2000;54:561).

Word count: up to 3000 words

Abstract: should not exceed 150 words

References: up to 50

Debate

A group of manuscripts aimed at stimulating new thoughts on theoretical, methodological and applied questions related to public health and epidemiology. These manuscripts could be about an Essay (or eventually other article type) or about a question posed by the Editors. While they are always commissioned, the editors welcome idea on topics for debate suggested by our readers and authors.

Word count: up to 1500 words

Abstract: up to 150 words

Tables/Illustrations: 1

References: up to 15

Research agenda

Manuscripts aimed at presenting useful background information on topical problems in public health and epidemiological research and providing readers with a summary of what it is necessary to know, a type of "objectives for future studies". Ideally, authors of the Research Agenda section should present ideas and hypotheses that they are willing to share with others. Voluntary sharing of hypotheses and new research ideas in public health and epidemiology could stimulate creativity, innovation and useful research and also contribute to the shaping of the research agenda.

For more information on the aims and contents of the Research Agenda, see: "[Sharing hypotheses and ideas in public health research: contributing to the research agenda](#)" (J Epidemiol Community Health 2007;61:2-4).

Word count: up to 1500 words

Abstract: up to 150 words

Tables/Illustrations/Box: up to 2

References: up to 30

Speakers' corner

Speakers' Corner is an opportunity for readers to get things off their chests. We welcome provocative, outspoken and stimulating contributions – preferably rooted in reality. The idea is to have a more flexible place in which authors freely give their opinions on public health or epidemiological matters without the academic constrictions of other sections of the journal. For more information see [“More opportunities for your opinions: The JECH speaker's corner”](#) (J Epidemiol Community Health 2001; 55:217).

Word count: up to 800 words

Tables/Illustrations: none

References: up to 10

Gallery

A section in which images (ie, photographs) will be more prominent than text, in contrast with the usual papers we publish. In doing this we want to use the advantages of images over words in triggering evocations and in reflecting on aspects of human health. The submission must include a title, the image and a text of no more than 200 words. Please note that we will require you to provide written consent from any person who appears in a photograph you submit.

For a full description of the aims and contents of the Gallery, see [“The JECH Gallery: a call for public health photographs”](#) (J Epidemiol Community Health 2000;54:801).

Word count: up to 200 word

Tables/Illustrations: 1

Letter to the Editor

Letters to the Editor are expected to include original data or substantiated comments or criticism arising from recent articles published in the journal.

Word count: up to 400 words

Tables/Illustrations: 1

References: up to 5

eLetter

Comments arising from recent articles published in the journal are welcome and should be submitted directly via the website (not throughout the normal online submission system used for all the other types of article). Authors should go to the Abstract or full text of the article in question. At the top right corner of each article is a “Contents box”. Click on the “Submit a response” link. Some letters in response to an article may be published in the print version of the journal.

Word count: up to 400 words

Tables/Illustrations: 1

References: up to 5

Obituary

Obituaries are usually commissioned, but we are happy to consider and review unsolicited obituaries. We also welcome good quality photographs for this section.

Word count: up to 250 words

Tables/Illustrations: 1

Aphorism

Story-telling is one of the most powerful ways of communicating experience and motivating people to change practice. If you have an aphorism or a story which deserves wider broadcasting, the Editors would be delighted to receive it. Keep it short and pithy and try not to cover too many points at once.

Word count: up to 200 words

Tables/Illustrations: 1

References: up to 5

Supplements

The BMJ Publishing Group journals are willing to consider publishing supplements to regular issues. Supplement proposals may be made at the request of:

- The journal editor, an editorial board member or a learned society may wish to organise a meeting, sponsorship may be sought and the proceedings published as a supplement.
- The journal editor, editorial board member or learned society may wish to commission a supplement on a particular theme or topic. Again, sponsorship may be sought.
- The BMJPG itself may have proposals for supplements where sponsorship may be necessary.
- A sponsoring organisation, often a pharmaceutical company or a charitable foundation, that wishes to arrange a meeting, the proceedings of which will be published as a supplement.

In all cases, it is vital that the journal's integrity, independence and academic reputation is not compromised in any way.

For further information on criteria that must be fulfilled, download the [supplements guidelines](#).

When contacting us regarding a potential supplement, please include as much of the information below as possible.

- Journal in which you would like the supplement published
- Title of supplement and/or meeting on which it is based
- Date of meeting on which it is based
- Proposed table of contents with provisional article titles and proposed authors
- An indication of whether authors have agreed to participate
- Sponsor information including any relevant deadlines
- An indication of the expected length of each paper Guest Editor proposals if appropriate

ARTIGO A - Artigo propriamente dito

PHYSICAL ACTIVITY IN MEN'S HEALTH PROMOTION PROGRAMS: a systematic review

Francisca Bruna Arruda Aragão, DHS^{(1)*}

Elayne Silva de Oliveira, DHS⁽¹⁾

Emanuel Péricles Salvador, PhD^{(2)*}

⁽¹⁾Master student of the Graduate Program in Adult Health, Federal University of Maranhão (UFMA), São Luís-MA, Brazil.

⁽²⁾PhD in Sciences from the Graduate Program in Nutrition for Public Health, School of Public Health, University of São Paulo; Adjunct Professor A at the Physical Education Department of the Federal University of Maranhão (UFMA), São Luís-MA, Brazil.

ABSTRACT

Objective: Review the approaches regarding physical activity in programs to promote men's health. **Methodology:** We searched publications in the databases Cochrane Library PubMed, Web of Knowledge, Lilacs, Sportdiscus and Scielo. **Results:** From 720 publications, 15 studies corresponding to the inclusion criteria were selected and composed the descriptive synthesis of the study. Most studies were qualitative and sought to discuss the low male adherence to health services. The sample population of men aged 18-59 years. Physical activity was considered a strategy to promote human health. **Conclusion:** Although there are strategies to promote men's health, we identified that the adherence by the male population remains challenging and, therefore, it is necessary to include physical activities in men's health programs.

Keywords: Men's Health. Physical activity. Men's health programs. Care.

Corresponding author: Francisca Bruna Arruda Aragão. Programa de Pós- Graduação em Saúde do Adulto, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Campus do Bacanga. Av. dos Portugueses 1966. Prédio do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. CEP 65080-805. São Luís – MA, Brazil.

E-mail: aragao_bruna@hotmail.com

INTRODUCTION

The impacts caused by a sedentary lifestyle and its consequences to the population are treated as a public health problem. This implies the need for an effective implementation

of programs that aim to stimulate increased physical activity for health promotion and treatment of diseases.

Physical inactivity contributes to the reduction of life expectancy and affects a large part of the world population. Physical inactivity causes 6% (3.2% in Southeast Asia and 7.8% in the Eastern Mediterranean) of coronary heart disease, 7% and 6% of type 2 diabetes, 10% of breast cancer and 10% of colon cancer. It also causes 9% of premature mortality, counting more than 5.3 million among the 57 million deaths worldwide. Inactivity has not yet been eliminated, but if it decreases by 10% or 25%, more than 533,000 2 more than 1.3 million deaths, respectively, can be avoided each year. It is estimated that the elimination of physical inactivity would increase the life expectancy of the world population by 0.68 years¹.

In Brazil, men's health is on the agenda of public health through the National Policy for Comprehensive Health Care for Men (PNAISH), formalized on August 27, 2009², whose objectives are to qualify men's health care in the perspective of lines of care, safeguard integrality and qualify primary attention so that it is not restricted to recovery from diseases, guaranteeing the health promotion and the prevention of diseases²⁵.

However, studies aiming to investigate preventive health practices as well as the indication of physical activity in men's health programs are still scarce. Intervention studies, clinical trials and others are inefficient when it comes to physical activity as a strategy to promote the health and well-being of men.

In this sense, a systematic review was carried out regarding the insertion of physical activity into men's health promotion programs to evaluate the knowledge of professionals and academics about what the literature has been discussing in men's health and which strategies are elaborated so that there is an effective adhesion by the masculine population to health prevention programs.

MATERIALS AND METHODS

This is a qualitative systematic review of publications concerning the chosen topic. Systematic literature reviews aim to gather similar studies, published or not, that critically evaluates a topic according to the studies' methodology and statistically evaluates them as a whole. It is considered the best level of evidence for decision-making in issues about the problem studied. Therefore, this type of study is vital for those involved in decision-making processes related to health behaviors^{23,24}.

The sources of research were databases of great relevance in the production of knowledge in health: *Cochrane Library*, PubMed - *US National Library of Medicine*, SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*, SPORTDiscus and LILACS. The search in the databases was carried out from August to October, 2017.

Articles published in Portuguese and English containing the following characteristics were included: qualitative studies, cross-sectional studies, clinical trials and intervention studies concerning comprehensive men's health care with emphasis on the practice of physical activity among this population. In order to reach a more comprehensive understanding of the study object, articles published between 2009 and 2017 were included. We did not include, however, narrative reviews, literature reviews, quantitative studies and publications in the press.

The search strategies in the *Cochrane Library*, LILACS and MEDLINE (PubMed) were performed using the following descriptors: *Men's health; Physical activity and men; Promotion of health*. In SCIELO and SPORTDiscus, the following descriptors were used: *Physical Activity and men; Family Health Strategy; Men's Health*.

RESULTS

A flow chart of the systematic review phases (Figure 1) resulted in the following findings: 720 articles were identified by electronic search and by manual search. After reading the abstracts, 380 publications were excluded, remaining 220. In the evaluation by title and summary, 145 articles remained. After the evaluation of the full text, 15 publications were selected, constituting the final sample.

To perform the systematic review, some categories were established, composing the research methodology to extract the synthesis of the information presented in the selected publications (Table I). The 15 reviews contemplated the objective of this study and were used for the composition of a descriptive synthesis (Table II).

It was possible to observe that the main studies were concentrated in countries of America and Europe. A cut in the time of intervention of the studies was established, starting with those with a shorter period (≤ 3 months) to others that considered a longer time (6-8 years).

Most studies were qualitative, using interviews with pre-established questions. Patients and health professionals attended most interviews. The age group of the population

that participated in the researches was young people and adults. The elderly population, however, was not included in the studies.

Only five studies regarding the practice of physical activities as a strategy of health care services for men were found. A large part of the studies focused on the problematization of access to health services and men's health prevention.

DISCUSSION

The publications concerned "Men's Health", relating specific subjects such as the primary care that men should perform. Different health programs were explored in selected locations to develop men's health education. However, most studies highlight the issue of absence of men in health care services, raising the discussion about this problem.

In Brazil, the National Policy for Integral Attention to Men's Health is still challenging, since the population's adherence to health services is still low. Masculine invisibility translates into a concealment of masculine demands and needs from a gender perspective. There are infrastructure barriers in terms of physical spaces and professional training, as well as behavioral barriers that explain the absence and/or invisibility of men in health services^{10,13}.

Factors such as alcohol and drug use, lack of time because of job, lack of male professionals – when men feel more comfortable to see a doctor – were some of the reasons reported by men who participated in the research for not attending health services. The majority of this population is young^{3,10,13}.

Male culture is another factor for the non-adherence of men to health care and prevention services. This may be a reflection of the social role of men, according to which masculinity is tied to values or attributes such as strength, aggressiveness, competitiveness and sexuality, contributing to determine, for example, the morbidity and mortality profile of these subjects^{9,11}.

A study carried out in Spain pointed out that the life expectancy of men is 78.5 years, six years shorter than that of women. The mortality rate from chronic diseases in people under 75 years of age is highly unfavorable to men and includes more mortality from illnesses, which occur mainly because of poor health habits⁹.

The presence of professionals, mostly female, in health care teams (mainly female doctors and nurses) is considered another factor for non-adherence, since it hinders the male approach and the transmission of confidence by these professionals⁴.

The adoption of care and consultation protocols, as well as professional qualification and/or accountability referral team within the health system, builds a relationship of attachment, making men prone to care so that the opportunity to build a relationship is used^{4,6,16}.

Clinical trials aiming the health of men are scarce, especially when seeking to know the impacts of physical activity on the health of the male population. We found only one randomized and clustered clinical trial regarding health promotion intervention. We found that 31% of adults are physically inactive and that physical inactivity rates are evident not only in developed countries, but also in the United States, where 32% of adults are physically inactive. This happens also in developing countries such as South Africa, where there are increases in mortality rates from non-communicable diseases, particularly among men. In this country, 45% of adults are physically inactive⁸.

Despite the high prevalence of physical inactivity among the male population, the majority of trials aims young people or women; few trials have specifically targeted adult men¹⁸.

Discussions on strategies to promote the health of men should also be made regarding health teams, which need to be prepared to serve the population. The inclusion of content on men's health in the curriculum of health courses is important to train professionals to assist the male population.

A study conducted with medical students and curriculum developers of Australian medical schools pointed out that respondents advocate the inclusion of this content and stressed the need for curriculum implementation. There is pressure for medical schools to incorporate new materials to obtain a complete curriculum, including men's health⁷. Updating the curriculum would allow students to develop skills and knowledge in clinical practice. For this, it is necessary to have a professional prepared to work directly with the medical school team and uphold men's health disciplines.

Practice of sports is an ally in coping with musculoskeletal and bone diseases, for example, osteoporosis, which also affects the male population. A study on men at school age, aged 19 years or older, with or without a diagnosis of osteoporosis, had the following results: low-trauma vertebral fracture rate, non-vertebral hip fracture rate, bone strength index (BSI) and strain index (SI), adhesion to the specific programs and satisfaction with the programs³. Another study indicates that moderate physical activity is beneficial in reducing men's arterial hypertension. The practice of physical exercises at least 180 min/week seems to be a good strategy to discriminate against the prevention of arterial hypertension in adult males¹².

Physical activity is a well-founded determinant of a healthy aging and a potential target for health promotion interventions. It is therefore important for a healthy life^{3,8,12,14,15}.

Family health strategy programs have been creating mechanisms for adherence by the male population to health care programs. Lectures, visits and educational practices have been widely used in the health area as awareness for the promotion of men's health. Considered important for health, a regular physical activity has represented a strategy for health promotion with a view on prevention, treatment of diseases and well-being of the population²⁰. The family is also a network of support that men use to access health services⁵.

It is important to create mechanisms aiming a greater care of men's health, so that physical activity, also associated with healthy eating habits⁷, plays an important role as a preventive and protective factor for physical, psychological and sexual aspects^{10,13,17,19}.

The improvement of technology has contributed to the creation of mobile applications focused on health and well-being of people. *Apps* that provide information on body care, regulate pressure, indicate diet and physical activities, monitor blood glucose and/or pressure are most of them free of charge through free downloads.

A study on the male population less likely to seek health services and obtain information from it through *apps* found that men of different ages, ethnicities and occupations were of the opinion that an ideal health screening application should have functions that measure and evaluate directly their health status, for example, heart rate and mental and sexual health. However, such an application should be reliable, securely save personal information, especially medical data, contain up-to-date information, and be created by the government or health care entities¹⁷.

The use of health applications becomes favorable by elements intrinsic to this new technology, such as accessibility, mobility, continuous capacity to transmit information, often in real time, in addition to bringing elements of multimedia and geolocation. Some even provide games that may easily be inserted into therapeutic and health care behaviors^{21,22}.

FINAL CONSIDERATIONS

The synthesis of publications showed that much is being discussed about men's health, and that there is a need to include this population in health promotion services seeking to intensify such programs among the young population.

Studies on physical activities have revealed their importance in preventing diseases associated with body malfunctioning. Health programs, through physical activities, decrease the high numbers of men who do not have information for a first care.

Physical activity is a strategy to promote men's health, and it is fundamental that there is guidance on the practical importance of physical exercise to the male population by health professionals in medical examining appointments.

Technology contributes to the creation of applications for mobile devices. In healthcare, apps have gained the role of allies in health care and body monitoring. The tendency is that new studies focus on technology and its strategic insertion for health promotion, prevention and monitoring.

The problem of adherence by men to health promotion services reflects a cultural factor, since the male culture makes this process difficult, as demonstrated by qualitative studies that investigated the lack of adherence of men from the perspective of the male population and health professionals.

The scarcity of clinical trials reflects the scientific limitations on the subject. The publications limited to observe only the need to include the male population in health promotion programs. Thus, it is necessary to carry out new studies with follow-ups, which could obtain significant results regarding the health conditions of men after the adoption of sports activities as a health care strategy.

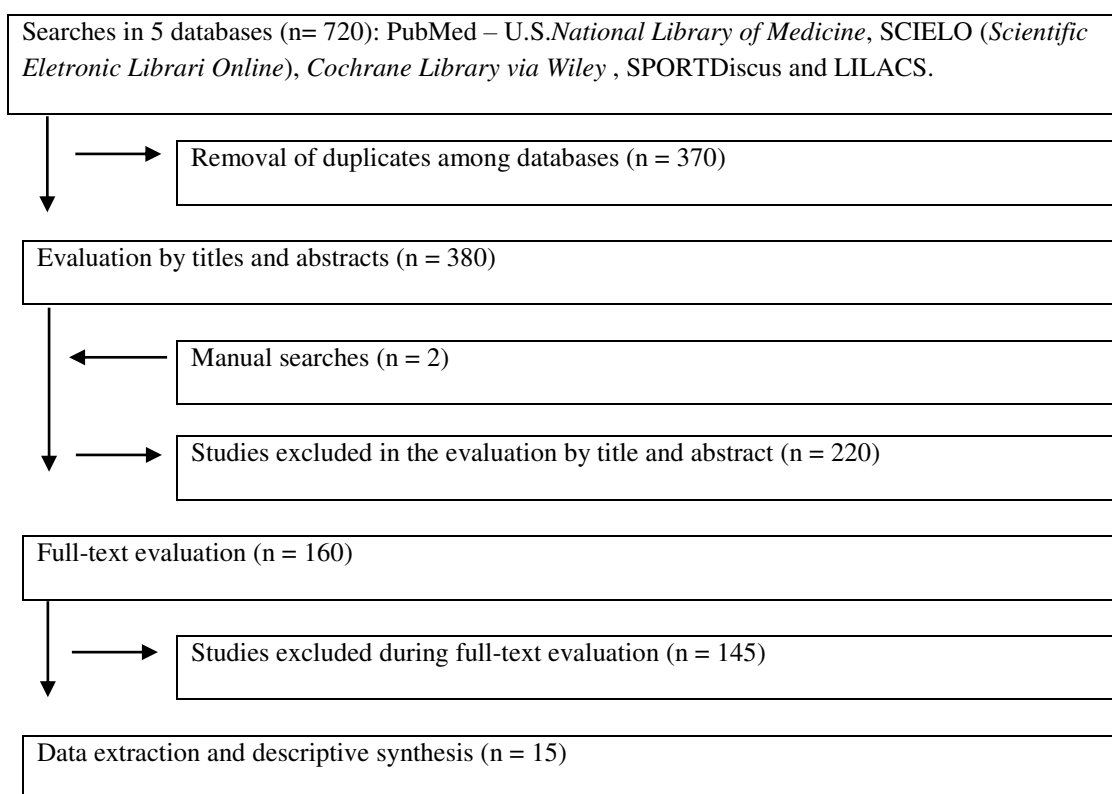
REFERENCES

1. Lee IM et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 2012 jul;380(9838):219-229.
2. Araújo, MC et al. Opinião de profissionais sobre a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Esc Anna Nery*. 2014;18(4):682-689.
3. Ashe MC et al. Physical activity for preventing or managing osteoporosis in men (Protocol). 2010 jan [accessed on January 04 2018]. Available in: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001982/pdf>.
4. Aguiar MC, Almeida OS. A implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem no Brasil: um desafio para a saúde pública. *Diálogos & Ciência*, 2012;30:144-147.
5. Arruda GO, Barreto MS, Marcon SS. Percepção de homens adultos sobre suas práticas preventivas e redes de apoio em saúde. *Rev Rene*. 2015 maio-jun;6(3):363-73.

6. Gomes R et al. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2011;21(1): 113-128.
7. Holden CA et al. “Men’s health – a little in the shadow”: a formative evaluation of medical curriculum enhancement with men’s health teaching and learning. *BMC Medical Education*, 2015;15:210.
8. Jemmott JB et al. Theory-based behavioral intervention increases self-reported physical activity in South African men: A cluster-randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 2014;64:114–120.
9. Marcos MJ, et al. Performing masculinity, influencing health: a qualitative mixed-methods study of young Spanish men. *Glob Health Action*, 2013;6:21134.
10. Moreira MCN, Gomes R, Ribeiro CR. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2016 abr: 32(4):1-10.
11. Oliveira MM et al. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015;20(1):273-278.
12. Pitanga FJG et al. Atividade física como discriminador da ausência de hipertensão arterial em homens adultos. *Rev Bras Med Esporte*, 2014 nov-dez;20(6):456-460.
13. Sousa AFR et al. Análise dos fatores de risco relacionados à saúde do homem. *Revista Norte Mineira de Enfermagem*, 2014;3(2):06-20.
14. Souza MC, Guimarães ACA. Saúde masculina: análise de programas de intervenção em atividade física. *Rev. Educ. Fís/UEM*, 2015 4 trim;26(4):647-658.
15. Souza MC et al. Fatores associados à prática de atividade física em homens de meia-idade. *Rev Bras Med Esporte*, 2016 mar-abr;22(2):102-107.
16. Storino LP, Souza KV, Silva KL. Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. *Esc Anna Nery*, 2013 out - dez;17(4): 638-645.
17. Teo CH, Ng CJ, White A. What Do Men Want from a Health Screening Mobile App? A Qualitative Study. *Journal Plos One*, 2017;6:1-16.
18. George ES et al. A review of the effectiveness of physical activity interventions for adult males. *Sports Med*, 2012;42:281–300.
19. Centers for Disease Control, Prevention. National school-based Youth Risk Behavior Survey. Public-Use Data Documentation Division of Adolescent and School Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, 2001.
20. Gomes MA, Duarte MFS. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: Programa Ação e saúde floripa – Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 2008;13(1):44-56.

21. Rocha FS et al. Uso de apps para a promoção dos cuidados à saúde [Apresentação no II Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde; 2017: 1-10, Brasil].
22. Free C et al. The effectiveness of Mhealth technologies for improving health and health services: a systematic review protocol. BMC Res Notes, 2010;3(250):1-7.
23. Atallah AN, Castro AA. Revisão Sistemática e Metanálises: evidências para melhores decisões clínicas. São Paulo. Lemos Editorial 1998.
24. Clarke M, Horton R. Bringing it all together: Lancet-Cochrane collaborate on systematic reviews. Lancet June 2, 2001;357:1728.
25. Cavalcanti JRD et al. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. Esc Anna Nery 2014;18(4):628-634.

Figure 1 - Flowchart of the phases of systematic review.



Source: The Author (2018)

Table I: Methodological characteristics of the systematic review (n = 15).

Objectives	Integral Health Care for Men (6) ^{4,6,7,9,10,16} ; Men's culture (2) ^{9,11} ; Prevention strategies (2) ^{5,17} ; Diet and physical activity of men (5) ^{3,8,12,14,15}
Specific interventions	
Specific contexts	Countries: USA ¹⁷ Canada ¹ Australia ⁷ South Africa ⁸ Spain ⁹ Demographic Profile (6) ^{6,8,10,11,12,15}
Included studies	Clinical trials (1) ⁸ ; Qualitative (8) ^{4,5,6,7,9,10,16,17} , Cross-sectional (4) ^{11,12,13,15} , Systematic Review (1) ¹⁴ , Intervention (1) ³
Intervention times	≤ 3 months (8) ^{3,5,7,10,13,14,16,17} ; ≤ 12 months to ≥ 3 years (5) ^{6,8,9,12,15} , between 6 and 8 years (2) ^{4,11}
Number of electronic databases	(13) ^{3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,14}
Manual searches	(2) ^{12,15}
Restriction by language	Only publications in English (5) ^{3,7,8,9,17}
Samples	Male population aged 18-59 years
Other	(14) ^{4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17} ; health professionals (4) ^{6,4,7,16} Gender relations (1) ⁶ ; Studies with positive results (2) ^{3,8}

Source: The Author (2018)

Table II: Main results of the systematic review included in the synthesis (n = 15).

Reference	Synthesis number	Main result
Ashe, Mc et al., 2010	3	Number and rate of low-trauma vertebral fractures, Number and rate of non-vertebral hip fractures, bone strength index (BSI) and strain index (SI), adherence to specific programs and self-reported outcomes (e.g., program satisfaction).
Gomes, et al., 2011	6	The users point out criteria to positively evaluate the services, taking as references a communicative and attentive service, which does something to them and reveals readiness.
Aguiar, Almeida, 2012	4	Need for a greater mobilization of health management organs to implement actions to publicize the National Program of Integral Assistance to Men's Health and training of professionals to care for men through this dissemination.
Marcos, et al., 2013	9	Use of drugs, aggressive behavior, sexuality and body image, important connections were established between masculinity behavior and health outcomes. Different forms of understanding and the realization of masculine identity also emerged from the results.
Oliveira, et al., 2013	11	43 men were overweight, 26 were obese, 44 had changed blood pressure. The profile of the men who sought and men who did not seek care presented statistically significant differences ($p < 0.05$) for age, schooling, social security and reference to morbidity at the time of enrollment. Older men who reported some morbidity sought more health care.
Storino, Souza, Silva, 2013	16	The results showed that reception and bond were highlighted as mechanisms that enhance the integral care and the recognition of health needs of the group studied.
Jemmott, et al., 2014	8	The analysis included 22 groups and 537 among 572 men in the health promotion intervention, and 22 <i>clusters</i> and 569 of 609 men in health care control intervention. The estimated probability of meeting physical activity guidelines was 51.0% in the health promotion intervention and 44.7% in attenuated control, adjusting to the baseline prevalence and grouping of 44 neighborhoods.
Pitanga et al., 2014	12	Among the different domains of physical activity analyzed, there was a greater statistical significance in areas under the ROC curve for physical activity at work and during free time. 180 min./week of moderate physical activity was the best cutoff point to discriminate the absence of arterial hypertension.

Sousa, et al., 2014	13	Among 77 men surveyed, 21 (27%) sought health services when they presented "malaise", 23 (30%) reported lack of interest in health care as the main reason they are unable to seek help, and 65 (84.4%) did not have knowledge about Health Policies for the male population. The least accomplished preventive examination was rectal examination (n = 02), 65 (84%) did not smoke, 60 (78%) drank alcoholic beverages, 28 (36.3), 32 (41.5%) and 27 (35.1%) included fruits and vegetables at meals, practiced physical activities and drove after drinking, respectively.
Arruda, Barreto, Marcon, 2015	5	Men emphasized different preventive practices such as hygiene of hands, eating properly, performing screening tests, avoiding the use of psychoactive substances, use of personal protective equipment at work and condoms during sexual intercourses. Most participants had the family as their main support network in relation to health-disease processes.
Holden, et al., 2015	7	Need to implement the current curriculum including men's health disciplines. They suggested that the best implementation strategy is a professional qualified to work directly with the medical school team and uphold the male health discipline.
Moreira, Gomes, Ribeiro, 2016	10	Three axes were identified (male sexuality, male involvement in prenatal care and paternity). The axes are structured by ideas that permeate different testimonials. The topics male sexuality in association with paternity and health care still evoked the private dimension, within the limits of the geography of the house.
Souza, Guimarães, 2016	14	There were positive effects on the health of men of interventions in physical activity with aerobic activities and resistance exercises between 12 weeks and 12 months at a moderate to vigorous intensity. Such interventions provide better health conditions for men.
Souza, 2016	15	60.2% of men were considered sufficiently active. However, no significant differences were observed between age groups. Walking was the most prevalent PA, and vigorous activity was the least prevalent. Overweight men with symptoms were more likely to practice insufficient PA.
Teo, Ng, White, 2017	17	Existing systems may help to increase the spread of applications. We identified important factors that need to be considered when developing a mobile application to improve health screening.

Source: The Author (2018)

APÊNDICE E - Segundo artigo científico (Ainda será submetido)

ARTIGO B – Artigo propriamente dito

Nome do periódico com sua classificação na WEBQUALIS da CAPES (A1, A2, B1 ou B2) na área de AVALIAÇÃO MEDICINA II

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA - USP

Classificação WEBQUALIS Medicina II- B2

O PROFISSIONAL DE SAÚDE E O USUÁRIO HOMEM: dificuldades encontradas pelos profissionais na adesão e aderência dos usuários aos programas de saúde do homem.

Francisca Bruna Arruda Aragão

Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Saúde do adulto, Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Laboratório de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física, Exercício e Esporte – LAPAES (UFMA).

Jacira do Nascimento Serra

Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão; Docente no curso de Medicina da Universidade Ceuma e professora substituta do Departamento de Medicina I da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Emanuel Péricles Salvador

Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação de Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde pública da Universidade de São Paulo; Docente Adjunto A no Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Coordenador do Laboratório de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física, Exercício e Esporte – LAPAES (UFMA).

Corresponding author: Francisca Bruna Arruda Aragão. Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Campus do Bacanga. Av. dos Portugueses 1966. Prédio do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. CEP 65080-805. São Luís – MA, Brasil.

Telephone: (98) 98187-6665

Email: aragao_bruna@hotmail.com

Resumo

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi um marco na promoção de ações de saúde direcionado para o usuário masculino, ao contrário de outras políticas voltadas para as mulheres e outras minorias. Diante do exposto, esse estudo objetivou verificar dificuldades encontradas pelo os profissionais na adesão e aderência dos usuários aos programas a saúde do homem. Trata-se de um estudo exploratório, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, realizado no Distrito do Itaquí-Bacanga, no período de outubro de 2016 a março de 2017. Foram entrevistados 15 profissionais de saúde. A partir da análise dos depoimentos verificou-se que as principais dificuldades encontradas são: medo que o usuário possui em colocar sua “masculinidade” em questão e o tabu que esse homem possui do ambiente de saúde, visto que o mesmo visualiza esse meio um local feminizado. Quanto a procura por pela UBS, ocorre geralmente devido a fins burocráticos do serviço e que o homem ainda é atendido pelos profissionais somente no aspecto biológico. Por fim, observamos que a falta de conhecimento do profissional sobre o PNAISH é fator preocupante, visto que para uma assistência adequada é importante conhecer todas ações necessárias para influenciar ou motivar a procura pelos serviços de saúde.

Palavras-chave: Saúde do Homem, Atenção Primária á saúde, Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

A temática promoção de saúde do homem na atenção básica ainda é pouco abordada e discutida entre os meios acadêmicos. Apesar da conhecida relação entre as morbidades associada a este público, como a obesidade, hipertensão e diabetes e outros, sabe-se que a maioria dos estudos são voltados para saúde da mulher, da criança e do idoso.

De acordo com Carvalho¹, conforme as pesquisas, no cenário internacional, a introdução de uma atenção especial voltada para os homens no campo da saúde foi impulsionada a partir da década de 80, pelo advento do vírus HIV, inicialmente entre homens e, posteriormente, na década de 1990, associada à tendência de feminilização da epidemia entre mulheres heterossexuais.

O reconhecimento dessa singularidade e da vulnerabilidade, física ou psíquica do público masculino, despertou a necessidade de inclusão dos homens nas Políticas Públicas de Saúde, e sendo antecedida por diversas discussões, envolvendo vários atores sociais, instituições e entidades civis, diferentemente da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, não correspondeu a uma motivação do campo social, já que a população masculina não é considerada como excluída ou abstraída no meio social¹.

Nesse contexto, de acordo com Carrara, Russo e Faro², do ponto de vista da história das políticas de saúde voltadas a "populações específicas", podemos considerar a recente

criação, pelo Ministério da Saúde brasileiro, do Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), como momento significativo no longo e paradoxal processo que se desenrola em torno da medicalização do corpo masculino, portanto os "homens" passam então a ter um lugar ao lado de outros sujeitos, focos mais antigos de ações de saúde específicas: além das "mulheres", "adolescentes e jovens", "idosos", "pessoas com deficiência", usuários de serviços de saúde mental e indivíduos sob a custódia do Estado.

O PNAISH foi criado em 2008, descrevendo os princípios e diretrizes, sancionado pelo Ministério da Saúde através da portaria nº1944³, ressalta, que anteriormente, suas ações de saúde eram apenas direcionadas as necessidades de saúde do homem, principalmente aos adultos jovens. Resultando no primeiro passo para uma série transformações na rede de saúde pública, procurando detectar as demandas da população com intuito de construir ações e políticas direcionadas a questões de saúde voltado para seus atores⁴.

Esse programa é considerado como resultado de processos amplos de análise e discussão entre setores da sociedade civil, profissionais de saúde, gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, pesquisadores e sociedades científicas⁵.

Apesar do incentivo das políticas públicas, o homem ainda é o indivíduo que menos procura os serviços de saúde, e quando o faz é por meio da média a alta complexidade, assim, conferindo a maior vulnerabilidade desse grupo às doenças crônicas, contribuindo para o agravamento destas, que muitas vezes se apresentam em um estágio em que não há mais cura, por exemplo, das neoplasias prostáticas resultando numa demanda com maior custo para o Sistema de Saúde⁶. Além disso, existe a dificuldade do homem em reconhecer que está doente e medo de descobrir uma enfermidade grave⁷.

Ressalta-se ainda que nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), historicamente, os cuidados são geralmente voltados para mulher e criança, embora em tese esses locais sejam destinados a toda a população⁸.

Nesse contexto, os profissionais de saúde são fundamentais na promoção da saúde, portanto, a boa relação entre profissional e usuário é uma estratégia fundamental que possibilita o compartilhamento de pensamentos, crenças e valores. Nesse momento, é importante considerar a influência que esse profissional poderá ter para o paciente do sexo masculino, além da possibilidade de respeitar e compreender as inúmeras situações que envolvem sua saúde, a fim de ajudá-lo. Esse trabalho é relevante, pois observa-se que, nas Equipes de Estratégia de Saúde da Família, existe uma dificuldade em promover a saúde a esse público, além disso, existe a relutância do homem em procurar um centro de saúde.

Diante do exposto, este estudo objetivou verificar dificuldades encontradas pelo os profissionais na adesão e aderência dos usuários aos programas a saúde do homem.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, realizado no Distrito do Itaqui-Bacanga, no período de outubro de 2016 a março de 2017.

Participaram do estudo, por meio de uma seleção amostral por conveniência, os profissionais que compõem a ESF (equipe mínima) que prestavam assistência direta aos pacientes. Foram considerados como critérios de inclusão para participar do estudo, foram: ser profissional da ESF estudada com pelo menos 1 (um) ano de atuação. Os critérios de exclusão foram os profissionais que estavam de férias, licença ou afastado.

Para coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista, que foram conduzidas com auxílio de um roteiro temático, tomando por base perguntas norteadoras acerca da percepção dos entrevistados sobre a temática. A análise das falas foi realizada por meio da análise de conteúdo modalidade temática, que conforme Bardin⁹, trata-se de um conjunto de técnicas que analisa as comunicações, e tem como finalidade o enriquecimento das informações coletadas.

As entrevistas foram recortadas ao redor de cada tema-objeto, ou seja, tudo o que foi afirmado acerca de cada objeto preciso no decorrer da entrevista foi transcrito para uma ficha, seja qual for o momento em que a afirmação tenha tido lugar. Em seguida, foram realizadas as avaliações das falas, distribuídas conforme as categorias e com isso, codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase⁹. Aos participantes foi garantido o anonimato e estes foram identificados pela letra de sua profissão, como por exemplo M = médico, seguido dos números da entrevista.

A pesquisa foi aprovada pela Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão, conforme o parecer nº 1627.922.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No decorrer do trabalho, foram entrevistados 15 profissionais das sete unidades básicas de saúde pesquisadas no Distrito Itaquí Bacanga, sendo: três médicos, quatro enfermeiros, três técnicos de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Após a análise das falas dos entrevistados, surgiram categorias temáticas, para melhor compreensão do objetivo proposto.

Usuário homem – procura pelas unidades de saúde

A partir dessa análise, foi possível identificar em fragmentos das falas dos profissionais entrevistados que ainda é pouca a procura do homem pela assistência na estratégia saúde da família (ESF), como podemos observar nos diálogos abaixo:

Os homens vêm com pouca frequência e geralmente são acompanhados pelas esposas. Já os que vêm pelo HIPERDIA solicitam receita. Os casos mais presentes são aqueles com Tuberculose e Hanseníase. (E 1)

Os homens só aparecem em último caso. A frequência maior é das mulheres e das crianças. A presença masculina é bem mais difícil, mesmo. Os hipertensos e diabéticos são os mais assíduos, seja para consultar ou para trocar as receitas e os remédios. Os demais aparecem bem esporadicamente, só em casos de vacinas por obrigação. (ACS 1)

Na pesquisa de Couto et al.¹⁰ observaram que a presença dos homens aumenta em determinadas atividades, como nas consultas médicas, atendimentos em odontologia e atividades disponibilizadas em alguns dos serviços, como: a fisioterapia, o Programa de Tuberculose e Hanseníase e a saúde mental. Entretanto em outros serviços, a presença masculina é fraca, como o caso do Programa de Planejamento Familiar, que observou a falta de interesse e participação dos homens (e dos casais). Já na consulta de enfermagem, os homens participam menos.

Albano, Basílio e Neves¹¹ ressaltam que a procura do homem pela atenção básica voltada principalmente para a promoção da saúde e prevenção de doenças, ainda é um desafio para as políticas públicas, visto que esse tipo de usuário procuram as UBS em casos de campanhas e vacinação, além de não reconhecerem que o cuidado é um fator importante

mesmos não reconhecem o cuidado como questões importantes de saúde relacionadas, dificultado sua ida a uma UBS.

O medo também é um fator de impedimento para a procura do homem ao serviço de saúde, como relatam os profissionais abaixo:

O que dificulta, muitas vezes, é o medo. (ACS 2).

O que dificulta é o medo que apresentam ao falar dos seus sintomas, nesse caso as mulheres são mais predispostas, quando sentem algo não têm medo de expressar nem de comparecer a Unidade. (E 2)

Contudo, Araujo, Miranda e Brasil¹² ressaltam que a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, o que colocaria em risco a masculinidade e aproximaria o homem das representações de feminilidade, são mais um empecilho para procura do usuário homem aos serviços de saúde.

Diante do exposto, Silva et al.¹³ afirmam a importância do vínculo profissional/paciente, pois segundo os autores, o usuário homem se sente mais à vontade quando é atendido pelo mesmo profissional, ocorre a integralidade, contudo para haver integralidade, é preciso que as necessidades do sujeito sejam percebidas em suas diversidades e, para que isso ocorra, é fundamental a comunhão possibilitada pelo vínculo.

Unidade de saúde um ambiente feminino (Tabu)

Para justificar a pouca demanda no atendimento de homens na ESF, os profissionais justificaram que ainda existe um “tabu” em relação a isso, visto que o homem ainda é resistente em buscar o serviço de saúde”, como se observa nas falas abaixo:

O usuário homem considera a UBS um ambiente voltado para atendimento feminino, ou seja, esse usuário ver o serviço de saúde voltado para o público mais “vulneráveis”, que engloba mulher, idoso e criança. (M 1)

Há um grande “TABU” em relação à sua saúde, quando procuram uma Unidade é porque já estão bem doentes. Nossas consultas são realizadas com a presença de médicos e enfermeiros. (ACS 2)

O que dificulta é a questão do preconceito do próprio homem. (ACS 3)

Estudo de Gomes, Nascimento e Araújo¹⁴ e Gomes et al.¹⁵ demonstraram que os homens percebem que as unidades de saúde são destinos para mulheres e crianças, sendo considerados um espaço feminilizado, e ele não se sente pertencido àquele espaço. Embora

fosse possível que as políticas de saúde voltadas para o público feminino integrassem a saúde do homem, é importante que este seja visto em sua singularidade e em sua diversidade no âmbito das relações sociais em que está inserido. Braz¹⁶ relata ainda que “a falta de equidade no atendimento às necessidades de saúde dessa parcela da população, o que acaba por redundar numa atenção precária nos serviços de saúde”.

Segundo Machin et al.¹⁷ ainda existem diferenças existentes entre homens e mulheres nos serviços de saúde, visto que o serviço de saúde é considerado feminilização, pois a cultura dominante ainda é no campo biológico ou mesmo as patologias tendem a reaproximar a mulher. Os mesmos autores reforçam que no aspecto cultural associado ao homem repõem a masculinidade idealizada (força, virilidade, objetividade, distanciamento emocional, comportamento de risco), em oposição ao ser mulher identificada com fragilidade e sensibilidade.

Couto et al.¹⁰ destacam ainda que nos serviços de saúde também existe a feminilização do ambiente, visto que, geralmente, nestes locais os materiais de educação em saúde são puramente decorativos, apesar do Ministério da Saúde ressaltar a importância da inclusão de referências de gênero, geração e raça/etnia, contudo nos materiais, tal intento ainda não alcança as equipes dos serviços em suas produções locais.

Outro fator importante destacar seria que o usuário homem não se sente à vontade com profissionais mulheres, como verificamos nas falas abaixo:

O que dificulta a maior presença masculina na Unidade de Saúde é o fato dos homens não se sentirem à vontade ao serem atendidos por uma médica, aqui, por exemplo, tem mais dois médicos (homens) então, há uma procura maior para o atendimento com eles. (M 2)

Nesse contexto, a figura feminina do profissional de saúde passa a ser um impedimento na assistência, visto que por ser mulher, essa profissional pode não passar confiança para este usuário, uma vez que os homens tendem a se constranger e/ou duvidar da capacidade das mulheres para orientá-los quanto à resolução do seu problema, muitas vezes de cunho sexual¹⁸.

Serviço de saúde: fins burocráticos e aspecto biológico

Machin et al.¹⁷ destaca que procura pelos serviços de saúde são também para serviços burocráticos, como ir atrás de um atestado, atrás de um exame para o trabalho, atrás de uma avaliação porque faltou ao trabalho.

Como podemos verificar em uma fala de uma médica em nossa pesquisa:

A frequência ainda é pouca, mas eles estão gostando do que propomos para que estejam incluídos no pré-natal, inclusive, além do convite no primeiro momento, informamos àqueles que trabalham de carteira assinada que fazemos o atestado do dia para que a falta seja abonada. O paciente que trabalha nessas condições fica com essa preocupação em deixar o seu serviço, então dessa forma eles vêm com mais tranquilidade. (M 1)

O que dificulta o acesso é o trabalho, precisaríamos fazer algo fora do horário de trabalho deles. (M 3)

A frequência na Unidade de Saúde é pequena, mas no setor de vacinação há uma procura maior, principalmente pela questão da vacina exigida pelas empresas. Agora, com o surto de Febre Amarela eles têm vindo mais. (TE 1)

Nesse requisito, observa-se que o aspecto econômico pesa na procura pelo serviço de saúde, demonstrado na fala abaixo:

O que dificulta é a situação econômica, pois muitos vivem em comunidades carentes, além de sustentar a casa, por isso precisam se dedicar ao trabalho em tempo integral. (E 3)

Quando se refere ao trabalho, a literatura relata que esse usuário não vê necessidade de faltar para ir numa UBS, já que os horários de funcionamento dos serviços públicos, por funcionarem em turnos limitados, coincidem com o trabalho destes homens, além disso, o homem usuário é identificado de forma negativa por revelar pouca paciência na espera por atendimento em contraposição a postura feminina de ser paciente¹⁷.

Verificou-se também que a maioria dos relatos destaca que a assistência ao homem é mais voltada para o aspecto biológico e não são observados outros aspectos como psicológico, cultural e social. De acordo com os relatos abaixo:

Geralmente, os homens costumam se automedicar, quando tomam a decisão de nos procurar é porque o problema já está bem mais sério. A assistência é maior no âmbito biológico. (E 4)

O que dificulta aqui é a falta de abordagem e acolhimento adequados, ao chegar, o homem fica perdido sem saber como proceder. (ACS 4)

O que dificulta é não ter especialistas para cuidar dos homens nas Unidades. (ACS 5)

Diante do exposto, Araujo, Miranda e Brasil¹² ressaltam que assistência ainda prioriza o modelo biomédico, no qual muitos profissionais dão maior prioridade aos problemas de saúde individuais do que aos coletivos, e desconsideram fatores psíquicos, afetivos, históricos e culturais do adoecer humano.

Programa saúde do Homem

Nos depoimentos que a maioria dos profissionais relatou não existe um programa específico para a saúde do homem integral, apesar de que o Ministério da Saúde já implantou em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visando à ampliação do acesso desse usuário aos serviços de saúde.

Embora realizemos um atendimento voltado às necessidades do homem, não existe algo mais específico e direcionado a esse público, por isso nós desenvolvemos um trabalho junto aos acadêmicos de medicina do internato, eles passam três meses aqui e no final têm que apresentar um projeto de intervenção. Ao final, muitos se interessam em fazer um trabalho voltado ao público masculino. Trabalhamos aqui com agentes comunitários de saúde. Nesse mês, fizemos um trabalho em uma feira próxima da Unidade abordando o câncer de próstata e outras doenças, chamando atenção para a necessidade de um tratamento adequado, mas não é algo que faça parte de um planejamento voltado para o homem. (E 4)

Não há um dia específico para o atendimento dos homens, atendemos todo mundo junto. (M 3)

Dados semelhantes com o estudo de Leal et al.¹⁹ destacam que maioria dos profissionais não tinha conhecimento sobre a política e ressaltam ainda que a falta de oferta para treinamento para atuação nos serviços de saúde para esse usuário é um impasse para maior conhecimento dessa política e que muitas vezes os próprios materiais de divulgação da política são a única fonte de informação que os profissionais têm sobre o tema. E na mesma pesquisa, os poucos profissionais que conheciam a PNAISH enfatizam que a política preconiza a atenção à saúde do homem sem criar os mecanismos necessários para efetuar-la na prática.

Carrara, Russo e Faro² relatam que a PNAISH no âmbito do documento, visa desmembrar a categoria “homem” em uma série de subcategorias - índios, negros, gays, travestis, portadores de deficiências, trabalhadores rurais, etc., que, por outras razões, são historicamente marginalizadas. Entretanto, como já debatido anteriormente, as mulheres

podem formar mais facilmente uma categoria unificada e assim torna-se uma categoria mais fácil de dar uma assistência, nesse contexto o PNAISH tenta englobar uma categoria “homem”, de modo a tornar visível sua vulnerabilidade e melhorar sua assistência.

Contudo, poucos profissionais relataram conhecer algum programa voltado para o homem, sendo que esses entrevistados citam os programas de Hiperdia, HIV e Câncer de Próstata.

Sim, a questão é principalmente a hanseníase e a prevenção do câncer de próstata. (TE 2)

Não, o que nós temos é apenas uma campanha em que os enfermeiros fazem testes de hepatite e HIV, mas nós realizamos palestras no novembro azul, cujo público mais frequente são os hipertensos e os diabéticos. (TE 3)

Couto et al.¹⁰, afirmam que as instituições de atenção básica à saúde têm uma grande influência sobre o olhar social a respeito da questão gênero e saúde, fazendo com que esse olhar se reproduza e repercuta no modelo de atenção oferecido à população, logo, observa-se falha nos serviços de saúde nas atividades voltadas para o público masculino, cuja pesquisa dos autores verificou que os ambientes não favorecem a presença e a permanência dos homens, já que a maioria das ações de promoção de saúde são voltados para a mulher, como aleitamento materno, pré-natal, prevenção de IST e HIV/AIDS.

Logo, reafirmando o que relatado anteriormente, muitos homens não se sentem à “vontade” nesse ambiente, visto que o espaço das unidades é, muitas vezes, organizado em torno do atendimento de mulheres e crianças sendo percebido pelos profissionais como elemento que deixa os homens “pouco à vontade”¹⁷.

CONSIDERAÇÕES

A partir da análise dos depoimentos verificou-se que as principais dificuldades encontradas são: o medo do usuário em colocar sua “masculinidade” em questão e o tabu que esse homem possui do ambiente de saúde, visto que o mesmo visualiza esse meio um local feminizado. Quanto a procura por pela UBS, ocorre geralmente devido a fins burocráticos do serviço e que o homem ainda é atendido pelos profissionais somente no aspecto biológico. Por fim, observamos que a falta de conhecimento do profissional sobre o PNAISH é fator preocupante, visto que para uma assistência adequada é importante conhecer todas ações necessárias para influenciar ou motivar a procura pelos serviços de saúde. Nesse sentido, os

resultados demonstram que a política de saúde não é divulgada eficientemente nas Unidades de Saúde da Atenção Primária e com isso, a oferta de programas de saúde voltados para a assistência quanto à promoção da saúde e prevenção de doenças que venham acometer a população masculina passa a ser escassa.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho NA. *Ser-ai-após-o-diagnóstico-de-câncer-de próstata*: possibilidades de cuidado em saúde do homem. Dissertação de Mestrado, 2015. Juiz de Fora: UFJF, p. 79.
2. 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), 659-678.
3. Brasil 2008. *Secretaria de Atenção À Saúde Departamento de Atenção Básica Série A . Normas E Manuais Técnicos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
4. Magalhães RB. *Política Nacional de Atenção a Saúde Do Homem: Revisão Sistemática. Monografia*. Salvador - BA: UFBA; 2015. <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/18405>.
5. Chakora ES. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(4):559-561.
6. Separavich M.A, Canesqui A M. *Saúde e Sociedade*. *Saúde e Sociedade*,2013;22, 415-428.
7. Vieira KLD, de Oliveira Gomes VL, Borba MR, da Silva Costa CF. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 2013;17(1), 120-127.
8. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EFD, Rebello LEFDS, Couto MT, Schraiber, LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência & saúde coletiva*, 2011;16, 983-992.
9. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009. 288p.
10. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSND, Gomes R, Figueiredo WDS. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2010;14, 257-270.
11. Albano BR., Basílio MC, Neves J.B. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde. *Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga*: Unileste-MG, 2010 - V.3 - N.2 - Nov./Dez.
12. Araújo D, Gomes de Miranda MC, Brasil SL. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 2014. 31, 20.

13. Da Silva PLN, Maciel MM, Carfesan CS, Santos S. A Política de Atenção a Saúde do Homem no Brasil e os Desafios da sua Implantação: uma revisão integrativa. *Enfermería Glob.* 2013;32:414-443.
14. Gomes R, Nascimento EFD, Araújo, FCD. 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. *Cadernos de Saúde Pública*, 2007;23, 565-574.
15. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento E F D, Rebello LEFDS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência & saúde coletiva*, 2011; 16, 983-992.
16. Braz M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2005; 10, 97-104.
17. Machin R, Couto MT, Sibeles Nogueira da Silva, G, Schraiber LB, Gomes R, Santos Figueiredo, WD, Pinheiro TF. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(11).
18. Aguiar MC, Almeida OS. A implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem no Brasil: um desafio para a saúde pública. *Diálogos e Ciência*, 2012; 30, 144-7.
19. Leal AF, Figueiredo WDS, Nogueira da Silva, GS. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17(10), 2607-2616.

APÊNDICE F - Terceiro artigo científico (Será ainda submetido)

ARTIGO C – Artigo propriamente dito

Nome do periódico com sua classificação na WEBQUALIS da CAPES (A1, A2, B1 ou B2) na área de AVALIAÇÃO MEDICINA II

Journal of Physical Activity and Health (JPAH)

Classificação WEBQUALIS Medicina II- B1

ASSOCIAÇÃO ENTRE A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRAFIAS E DE SAÚDE EM HOMENS ATENDIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIÃO ITAQUI BACANGA DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS - MA

Section: Original Research

Francisca Bruna Arruda Aragão

Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Saúde do adulto, Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Laboratório de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física, Exercício e Esporte – LAPAES (UFMA).

Emanuel Pércles Salvador

Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação de Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde pública da Universidade de São Paulo; Docente Adjunto A no Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Coordenador do Laboratório de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física, Exercício e Esporte – LAPAES (UFMA)

Corresponding author: Francisca Bruna Arruda Aragão. Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Campus do Bacanga. Av. dos Portugueses 1966. Prédio do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. CEP 65080-805. São Luís – MA, Brasil.

Telephone: (98) 98187-6665

Email: aragao_bruna@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Verificar a associação entre a prática de atividade física e variáveis sociodemografias e de saúde em homens atendidos na unidade básica de saúde da região Itaqui Bacanga do município de São Luís – MA. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, de caráter descritivo e abordagem quantitativa, realizado no Distrito do Itaqui-Bacanga, no período de outubro de 2016 a março de 2017. Foi aplicado um questionário sobre o perfil socioeconômico, atividade física e sobre sua saúde. **Resultados:** Participaram do estudo, 119 homens, no qual observou-se que 31,9% dos homens estavam com idade entre 20 a 29 anos, 57,1% eram de cor parda, 52,1% possuíam o ensino médio completo, 31,1% solteiros, 76,5% possuíam profissão variáveis, 66,4% viviam com 1 a 2 salários mínimos, 50,4% são elitistas e 88,2% não fumavam. Observou-se que 21,8% possuíam DCNT, sendo que 30,8% eram hipertensos, 22,7% usavam remédios diariamente. Com relação a atividade física 58,8% praticavam, sendo que a corrida foi mais prevalente (23,5%). Quanto as associações, apresentou-se um resultado significativo ($p < 0,05$) entre não atividade física e a presença de doença crônica não transmissível e entre não atividade física e o uso de remédio diariamente. **Conclusão:** É necessário a educação em saúde para esse público, principalmente a promoção dos benefícios da atividade física, visto que os resultados demonstraram que os usuários que possuem DCNT são os que não praticam exercícios físicos.

Palavras-chave: Saúde do Homem, Atividade Física, Atenção Primária em saúde.

Abstract word count: 226

Manuscript word count: 4209 (13 pages)

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a importância da atividade física para a saúde e aponta para a necessidade de políticas e programas que levem em conta as necessidades e possibilidades das diferentes populações com intuito de integrar a atividade física em seu dia-a-dia. Indicada como uma estratégia de promoção da saúde para a população (Brasil, 2006).

A prática regular de atividade física reduz o risco de mortes prematuras, doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de cólon e mama e diabetes tipo II. Atua na prevenção ou redução da hipertensão arterial, previne o ganho de peso (diminuindo o risco de obesidade), auxilia na prevenção ou redução da osteoporose, promove bem-estar, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão. (Brasil, 2008).

A atividade física é um elemento fundamental para uma boa saúde, e a adoção desse comportamento tem um enfoque multidimensional com uma abrangência mais ampla, que para ser adotada por uma parcela do público deve ter uma consciência na relevância da

contribuição dessa atividade para que o mesmo se torne fisicamente ativo (Loch, Rodrigues, Teixeira, 2013).

Em se tratando do aspecto conceitual de Atividade Física (AF), pode-se citar as definições de autores considerados relevantes para esta pesquisa. Para Salvador (2014, p.3), atividade física corresponde a um “comportamento complexo, compreendendo não só aspectos biológicos, mas também comportamentais, psicológicos, socioculturais e ambientais”. Ainda segundo o autor, tais definições revelam algumas questões preocupantes, tais como demonstrar que a AF é natural e inerente ao ser humano, devendo, portanto, apresentar intenção, objetivo e a possibilidade de se realizar em momentos distintos.

Conforme Jesus (2013) aponta, o sedentarismo é um problema de saúde pública, tendo relação com agravos não transmissíveis e patologias, e para a redução desses riscos recomenda-se a prática de atividade física. Contudo, mesmo com a presença de inúmeros benefícios, ainda é uma prática ausente, e que os indivíduos não reconhecem a relevância dessa atividade para a saúde.

De acordo com os dados do IBGE (2015), o País possuía 161,8 milhões de pessoas de 15 anos ou mais de idade, dentre as quais 61,3 milhões (37,9%) praticaram algum esporte ou atividade física durante esse período. As Regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram proporções maiores que a média nacional (40,8% e 41,1%, respectivamente), em comparação com as Regiões Nordeste (36,3%), Norte (36,6%) e Sudeste (37,5%), que registraram proporções inferiores.

Em consonância ao destacado acima Souza et al. (2013), revelam em sua pesquisa o aumento dos níveis de atividade física como fator importante para aquisição de uma vida saudável, revelando também a necessidade da identificação de fatores que se associam a essa prática e contribuem para adoção de um estilo de vida ativo.

Diante do exposto, este estudo objetivou verificar a associação entre a prática de atividade física e variáveis sociodemográficas e de saúde em homens atendidos na unidade básica de saúde da região Itaqui Bacanga do município de São Luís – MA.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, de caráter descritivo e abordagem quantitativa, realizado no Distrito do Itaqui-Bacanga, no período de outubro de 2016 a março de 2017.

Foram visitadas as 7 unidades básicas de saúde (Centro de Saúde Vila Bacanga – embrião; Centro de Saúde da Vila Embratel; Centro de Saúde Gapara; Centro de Saúde

Clodomir Pinheiro Costa, Centro de Saúde São Raimundo, Centro de Saúde Vila Nova e Centro de Saúde Yves Parga), ressaltando que todas as UBS pesquisadas possuem a presença dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na modalidade 1.

Participaram do estudo, por meio de uma seleção amostral por conveniência, os pacientes do sexo masculinos acompanhados pelas unidades de saúde pesquisadas, ou os que estavam acompanhando algum paciente no local da pesquisa.

Foram considerados como critérios de inclusão: homens acima de 20 anos; acompanhados pela equipe da ESF pesquisada. E quanto aos critérios de exclusão: os usuários incapacitados de realizar atividade física atualmente e qualquer problema cognitivo ou mental que impeça responder o questionário.

Foi aplicado um questionário sobre o perfil dos mesmos, como os seguintes itens: perfil socioeconômico (idade, cor, escolaridade, estado civil, trabalho fora, renda familiar), atividade física (qual atividade realiza, quantas vezes na semana, quanto tempo prática tal atividade) e sobre sua saúde (doenças crônicas e utiliza algum remédio). Os questionários foram aplicados pela própria pesquisadora, no local do estudo.

Os dados foram avaliados pelo programa *SPSS 23.0*. Para se avaliar a associação das variáveis classificatórias com o hábito de fazer ou não atividade física fez-se o teste não paramétrico de Qui-quadrado de independência (χ^2) ou Exato de Fisher. Para avaliar se as classificações em cada variável têm as frequências iguais fez-se o teste de Qui-quadrado de aderência. O nível de significância para se rejeitar a hipótese de nulidade será de 5%, ou seja, considerar-se-á como estatisticamente significante um valor de $p < 0,05$.

A pesquisa foi aprovada pela Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão, conforme o parecer nº 1627.922. Os dados coletados foram utilizados somente para análise, interpretação, e divulgação em saúde por meio das publicações científicas, mantendo a confidencialidade dos participantes da pesquisa.

RESULTADOS

Foram selecionados 119 homens, no qual no Centro de Saúde Vila Bacanga foram 40 usuários, Centro de Saúde da Vila Embratel foram 48, Centro de Saúde Gapara foram 11, Centro de Saúde Clodomir Pinheiro Costa foram 2, Centro de Saúde São Raimundo foram 6, Centro de Saúde Vila Nova foram 4 e Centro de Saúde Yves Parga foram 6.

Na tabela 1, verificou-se 31,9% dos homens estavam com idade entre 20 a 29 anos, 57,1% eram de cor parda, 52,1% possuíam o ensino médio completo, 31,1% estavam

solteiros, 76,5% possuíam profissionais variáveis, 66,4% viviam com 1 a 2 salários mínimos, 50,4% são elitistas e 88,2% não fumam. Observou-se que 21,8% possuíam DCNT, sendo que 30,8% eram hipertensos e 22,7% usam remédios diariamente.

Pelo teste de Qui-quadrado de aderência somente as variáveis Faixa etária e etilismo tiveram frequências iguais entre as suas respectivas classes ($p > 0,05$), nas demais foram encontradas diferenças significativas ($p < 0,05$) entre as classes de cada variável. Por exemplo, a frequência de pardos foi de 57,1% difere significativamente da frequência de brancos 15,1%. A aderência a frequência de homens com doenças crônicas não transmissíveis é 78,2% difere significativamente dos que não tem doenças crônicas não transmissíveis (21,8%). A frequência dos tipos de DCNT não é a mesma. A frequência de homens que usam (77,3%) ou não (22,7%) remédios diários diferem significativamente ($p < 0,05$).

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica e saúde dos usuários homens entrevistados. Distrito Itaqui Bacanga, São Luís – MA, 2018.

Variáveis		N (%)	p
Faixa Etária	20-29 anos	38 (31,9)	0,087
	30-39 anos	35 (29,4)	
	40- 49 anos	25 (21,0)	
	50- 59 anos	21 (17,6)	
Cor da Pele	Branco	18 (15,1)	< 0,0001
	Negro	33 (27,7)	
	Pardo	68 (57,1)	
Escolaridade	Analfabeto	4 (3,4)	< 0,0001
	Ensino Fundamental Incompleto	28 (23,5)	
	Ensino Fundamental Completo	3 (2,5)	
	Ensino Médio Incompleto	10 (8,4)	
	Ensino Médio Completo	62 (52,1)	
	Ensino Superior Incompleto	3 (2,5)	
	Ensino Superior Completo	8 (6,7)	
	Outros	1 (0,8)	
Estado Civil	Solteiro	37 (31,1)	< 0,0001
	Casado	35 (29,4)	
	Divorciado	3 (2,5)	

	União Estável	44 (37,0)	
Profissão	Pedreiro	10 (8,4)	< 0,0001
	Vigilante	10 (8,4)	
	Motorista	8 (6,7)	
	Outros	91 (76,5)	
Renda Familiar	Menor de 1 salário mínimo	25 (21,0)	< 0,0001
	1- 2 salários mínimos	79 (66,4)	
	3- 4 salários mínimos	10 (8,4)	
	Mais de 4 salários mínimos	5 (4,2)	
Etilismo	Sim	60 (50,4)	0,9270
	Não	59 (49,6)	
Tabagismo	Sim	14 (11,8)	< 0,0001
	Não	105 (88,2)	
DCNT	Sim	26 (21,8)	< 0,0001
	Não	93 (78,2)	
Tipos de DCNT (N=26)	Diabetes	4 (15,4)	0,0425
	Hipertensão Arterial	8 (30,8)	
	Diabetes/Hipertensão Arterial	5 (19,2)	
	Doenças Cardíacas	1 (3,8)	
	Doenças Respiratória Crônica	1 (3,8)	
	Outras	7 (26,9)	
Uso de Remédios Diários	Sim	27 (22,7)	< 0,0001
	Não	92 (77,3)	

Na tabela 2, observou-se que 58,8% praticam atividade física, sendo que a corrida foi mais prevalente (23,5%) e 40% realizam 1 a 2 dias da semana.

Tabela 2 - Caracterização dos usuários homens entrevistados, segundo a realização de atividade física. Distrito Itaquí Bacanga, São Luís – MA, 2018.

Variáveis		N (%)	p
Realiza Atividade Física	Sim	70 (58,8)	0,0667
	Não	49 (41,2)	
Tipos de Atividade Física	Caminhada	28 (23,5)	< 0,0001
	Corrida	2 (1,7)	
	Musculação	3 (2,5)	
	Ginástica em geral	1 (0,8)	
	Natação	1 (0,8)	
	Artes Marciais e Luta	2 (1,7)	

	Bicicleta	5 (4,2)	
	Futebol	23 (19,3)	
	Voleibol	1 (0,8)	
	Outros	4 (3,4)	
Frequência que realiza atividades Físicas (dias)	1- 2 dias/semana	28 (40,0)	0,0104
	3- 4 dias/semana	19 (27,1)	
	5- 6 dias/semana	9 (12,9)	
	Todos os dias (sábado e domingo)	14 (20,0)	

Das variáveis classificatórias cruzadas com a atividade física (Tabela 3) pode-se observar uma associação significativa ($p < 0,05$) entre não atividade física e a presença de doença crônica não transmissível. Homem que faz atividade tem menos DCNT (12,9%) do que aqueles que são sedentários (34,7%). Pode-se observar também uma associação significativa ($p < 0,05$) entre não atividade física e o uso de remédio diariamente.

Homem que faz atividade usa menos remédio (12,9%) do que aqueles que são sedentários (36,7%). Nos demais cruzamentos não foram observadas uma associação significativa ($p > 0,05$) com a atividade física, ou seja, as proporções das classes dessas variáveis no grupo de homens que fazem atividade física são semelhantes às do grupo que não fazem atividade física. A proporção de homens tabagistas que fazem atividade física (10,1%) não diferente da proporção de tabagista que não fazem atividade física (12,2%).

Contudo, chama atenção o fato que um pequeno percentual (34,7%) de homens que não praticam e possuem DCNT.

Tabela 3. Teste de qui-quadrado das variáveis classificatória com o hábito de fazer ou não atividade física. Distrito Itaquí Bacanga, São Luís – MA, 2018.

Atividade física								p
Variável	Sim		Não		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Etilista								
Sim	32	45.7%	28	57.1%	60	50.4%	0.220	
Não	38	54.3%	21	42.9%	59	49.6%		
Tabagista								
Sim	7	10.1%	6	12.2%	13	11.0%	0.720	
Não	62	89.9%	43	87.8%	105	89.0%		
DCNT								
Sim	9	12.9%	17	34.7%	26	21.8%	0.005	
Não	61	87.1%	32	65.3%	93	78.2%		

Faz utilização de algum remédio diariamente?

Sim	9	12.9%	18	36.7%	27	22.7%	0.002
Não	61	87.1%	31	63.3%	92	77.3%	

Na tabela 4, todos os cruzamentos com a atividade física não deram associação significativa ($p > 0,05$) com fazer ou não atividade física. A proporção de IMC Normal nos homens que fazem atividade física (85,7%) não difere dos 77,6% no grupo que não fazem atividade.

Tabela 4. Teste de qui-quadrado das variáveis classificatória com o hábito de fazer ou não atividade física. Distrito Itaquí Bacanga, São Luís – MA, 2018.

Variável	Atividade física				Total		p
	Sim		Não				
	n	%	n	%	n	%	
IMC							
20 - 24,9	60	85.7%	38	77.6%	98	82.4%	0.469
25 - 29,9	8	11.4%	10	20.4%	18	15.1%	
30 - 34,9	1	1.4%	0	0.0%	1	0.8%	
> 34,9	1	1.4%	1	2.0%	2	1.7%	
IMC							
Normal	60	85.7%	38	77.6%	98	82.4%	0.250
Alterado	10	14.3%	11	22.4%	21	17.6%	

DISCUSSÃO

Observou-se que o perfil dos usuários em sua maioria era jovens adultos, da cor parda, possuíam Ensino Médio completo, vivem com 1 a 2 salários mínimos e solteiros. Dados semelhantes com estudo de Couto et al. (2010) realizado em quatro Estados (Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e São Paulo), Chaves et al. (2013) em Imperatriz/MA e com estudo de Santiago et al. (2015) realizado Zona Norte de Natal/RN.

Quanto aos hábitos, a maioria dos homens era elitista, dado concomitante com as pesquisas de Santiago et al. (2015) e Czorny et al. (2017), no qual 64% e 63,1% respectivamente, consomem ou já consumiram bebidas alcoólicas. Conforme a literatura, o consumo de álcool é comum no universo masculino e representa uma tendência de crescimento na sociedade contemporânea, logo tornando esse público mais vulneráveis às

doenças cardiovasculares, neoplasias, absenteísmo - falta ao trabalho, aposentadorias precoces, acidentes de trabalho e de transporte, episódios de violência - agressões, homicídios, suicídios e elevada frequência de ocupação de leitos hospitalares (Mascarenhas et al., 2009; Bortoluzzi et al., 2010).

O resultado do estudo demonstrou a prevalência de homens que praticam algum tipo de atividade física. A literatura ressalta os benefícios da atividade física não se limitam à questão biológica, mas incluíam também aspectos psicológicos e sociais. Lovato et al. (2015) em sua pesquisa com 42 usuários homens das Unidades Básicas de Saúde na cidade de Londrina/PR, verificaram que 21 eram praticantes assíduos dos programas de atividade física propostos pelas unidades, entre os que não praticavam, justificavam que questões interpessoais, especialmente, compromissos familiares, foram fatores importantes para o não comparecimento em algumas atividades.

No estudo de Magalhães e Silva (2015) com 12 indivíduos masculinos em monitoramento contínuo de pressão arterial e glicose sanguínea de uma unidade básica de saúde do município de Cáceres, localizado no estado de Mato-Grosso, verificaram que 83% se encontram ativo no que se refere à prática de atividade física.

Em outro estudo com 59.667 participantes através dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, verificaram que A prevalência de adultos que realizam atividade física foi de 22,5%, sendo maior nos homens (27,1%;) quando comparada à das mulheres (18,4%) (Mielke et al., 2015).

Mielke et al. (2015) afirmam que produção científica no país referente a epidemiologia da atividade física tem sido ampliada, contudo, apesar desse avanço, existem limites como a comparabilidade entre achados de diferentes pesquisas e foco no homem ativo, visto que maioria dos estudos são voltados para idosos e mulheres. Os autores citam que dados da Programa Nacional de Saúde, são informações importante para verificação de um panorama ampliado da prática de atividade física no Brasil.

Quanto a atividade física, a maioria dos usuários realizam, sendo que a caminhada foi a modalidade esportiva mais praticada. Dados semelhantes com estudo de Santiago et al. (2015) em seu estudo, verificaram dentre os indivíduos que disseram realizar atividade física, a caminhada foi o exercício mais frequentemente apontado. Os autores justificam tal fato, devido a divulgação dos benefícios da caminhada nos meios de comunicação em massa e em campanhas de prevenção às cardiopatias, além de ser atividade que pode ser realizada gratuitamente nos espaços públicos e em horários escolhidos pelos indivíduos.

Sousa et al. (2014) a adoção de atividade física ao estilo de vida pode trazer inúmeros efeitos benéficos sobre a saúde, entre eles: redução de agravos por motivos cardiovasculares; prevenção ou redução da hipertensão arterial; perda de peso, diminuindo o risco de obesidade; auxílio na prevenção ou na redução da osteoporose; promoção de bem-estar; redução do estresse, da ansiedade e da depressão. Em adultos, principalmente, a atividade física interage positivamente com as estratégias para a adoção de uma dieta saudável, desestimula o uso do tabaco, do álcool e das drogas, além de reduzir a violência e de promover a integração social.

Nesse ambiente, conforme dados de VIGITEL, referentes ao ano de 2016, a atividade física é uma forte ferramenta da equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na promoção da saúde, pois sabe-se que os homens praticam mais algum tipo de atividade física em comparação às mulheres, seja esporte, exercício físico ou atividade física como forma de lazer, mesmo de forma irregular, como partidas de futebol em finais de semana (Brasil, 2017).

Corroborando com a pesquisa supracitada, outro estudo verificou-se que havia maior participação efetiva dos homens na realização de algum esporte ou atividade física, já que 42,7% deles praticaram atividades, enquanto apenas 33,4% das mulheres eram praticantes dessas atividades (IBGE, 2015). Entretanto, em São Luís, a pesquisa do VIGITEL demonstrou que dos 752 entrevistados homens, 50,9% estavam com excesso de peso, 12,5% eram obesos e 35,2% praticavam atividade física de maneira insuficiente (abaixo dos 150 minutos semanais) (Brasil, 2017).

Nesse contexto, o aumento de peso é um dos fatores para o desenvolvimento do DCNT. No estudo em questão verificou-se que maioria dos participantes estão no peso normal, contudo, verificou-se um percentual significativo da associação entre homens com DCNT e os que não praticavam atividade física.

Moreira et al. (2017) afirmam que a inatividade física é um dos principais fatores para o risco para doenças crônicas. Logo, quanto maior a prevalência das doenças, maiores são os gastos do SUS com internações. A prática de atividade física eliminaria entre 6% e 10% das principais doenças não transmissíveis, como o diabetes tipo 2 e hipertensão arterial.

Rezende et al. (2015) em seu estudo verificaram que a prevalência geral de inatividade física no Brasil em 2008 correspondia a 19,9% da população, em 28,2 milhões de habitantes. A pesquisa demonstrou também que apesar os homens brasileiros serem mais ativos no lazer, trabalho e viagem, tarefas domésticas aumentam significativamente a nível de atividade física para mulheres brasileiras. Os autores ressaltam ainda que a inatividade física afeta principalmente indivíduos com ≥ 15 anos de escolaridade, homens, asiáticos, idosos, residentes em uma área urbana e ganhando ≥ 2 vezes o salário mínimo.

Diante do exposto, a educação em saúde é uma ferramenta fundamental para o incentivo do usuário homem à prática de atividade física, com a finalidade de prevenir inúmeras doenças na idade adulta, logo, realização de grupos e incentivos, como o uso de bicicleta e o deslocamento a pé, pode contribuir para o aumento dos níveis populacionais de atividade física e, conseqüentemente, para o enfrentamento das DCNT (Mielke et al., 2015). Logo, é necessária participação maior de profissionais no Sistema Único de Saúde, no desenvolvimento de programas de promoção da atividade física, visando sensibilizar este público sobre a importância desse comportamento (Rezende et al., 2015).

CONCLUSÃO

A atividade física regular é essencial para uma vida saudável, pois contribui para a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis. Os dados deste estudo demonstraram que o maior público é de adultos jovens que praticam algum tipo de atividade física e não possuem DCNT, contudo, verificou-se um percentual significativo na associação de usuários homens sedentários e com alguma doença crônica, demonstrando a necessidade de maior atenção para este público. Nesse contexto, apesar da figura masculina está vinculada a “resistência”, com a aceleração da vida moderna e o sedentarismo, muitos homens possuem DCNT e não sabem, logo, o estudo apresentou uma limitação, visto que no trabalho, verificou-se autodeclaração dos participantes se possui ou não doença crônica.

De acordo com os achados da pesquisa, é necessário a educação em saúde para esse público, principalmente a promoção dos benefícios da atividade física, visto que os resultados demonstraram que os usuários que possuem DCNT são os que não praticam exercícios físicos.

REFERÊNCIAS

Bortoluzzi, M. C.; Traebert, J.; Loguercio, A.; Kehrig, R. T (2010). Prevalência e perfil dos usuários de álcool de população adulta em cidade do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3):679-685, 2010.

Brasil (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de

Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2015). Ministério da Saúde. *Estratégia Saúde da Família*. Disponível em: <https://bay178.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx>

Brasil (2008). Ministério da Saúde. *Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2006). Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Chaves, R.G.R. et al (2013). Perfil socioeconômico e estilo de vida dos usuários do programa nacional de atenção integral a saúde do homem. *Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963*, 7(10): 6108-6115, 2013.

Czorny, R. C. N., Gazetta, C. E., Pinto, M. H., Ribeiro, R. D. C. H. M., Beretta, D., & Rodrigues, C. C. (2017). Perfil do usuário homem atendido em uma Unidade Básica de Saúde da Família. *Rev. enferm. UFPE on line*, 11(4), 1624-1631.

Couto, M.T. et al (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 14(33).

Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (2015). IBGE. *Atividade física*.

JESUS, T.C. de O. (2013). *O sentido da Educação Física nos Programas de Saúde da Família (PSF) para a comunidade e profissionais de saúde*. Monografia. Universidade Federal de Goiás, Uruana – GO.

Loch, M.R.; Rodrigues, C.G.; Teixeira, D (2013). E os homens? E os que moram longe? E os mais jovens?...? Perfil dos usuários de programas de atividade física oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde de Londrina-PR. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 35(4):947-961.

Lovato, N. S., Loch, M. R., González, A. D., & da Silva Lopes, M. L. Assiduidade a programas de atividade física oferecidas por Unidades Básicas de Saúde: o discurso de participantes muito e pouco assíduos. *Rev Bras Ativ Fís Saúde p*, 184, 192.

Magalhães, R.B (2015). *Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem: revisão sistemática*. Salvador: Bahia. Monografia. Medicina.

Mascarenhas, M.D.M.; Malta, D.C.; Silva, M.M.A.; Carvalho, C.G.; Monteiro, R.A.; Morais Neto, O.L (2009). Consumo de álcool entre vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de emergência no Brasil, 2006 e 2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5):1789- 1796.

Mielke, G. I., Hallal, P. C., Rodrigues, G. B. A., Szwarcwald, C. L., Santos, F. V., & Malta, D. C. (2015). Prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24, 277-286.

Moreira, M. M., Ikegami, E. M., Mesquita, I. M. R., de Assis Amaro, E., Pena, V. V., Meneguci, J., ... & Júnior, J. S. V. (2017). Impacto da inatividade física nos custos de internações hospitalares para doenças crônicas no Sistema Único de Saúde. *Arquivos de Ciências do Esporte*, 5(1).

Rezende, L.F., Rabacow, F.M., Viscondi, J.Y.K., Luiz, O.C., Matsudo, V.K., Lee, I.M. Effect of physical inactivity on major noncommunicable diseases and life expectancy in Brazil. *J Phys Act Health*. 2015;12(3):299-306.

Salvador, E.P (2014). *Propagando a atividade física Parte 1: entendendo os conceitos para ampliar sua promoção na atenção básica*. Revista Corpoconsciência, Santo André, 18(1):02-06, jan/jun.

Santiago, F. P., SOUZA, P., MACHADO, F., & Fernandes, E. R. L. (2015). Perfil de homens na atenção primária à saúde. *HOLOS*, 5.

Souza, L. P., Oliveira, L. S., Sousa, A. F. R., Oliveira, M. K. S., de Oliveira, C. S., Pinto, I. S., & Alves, E. C. (2014). Análise dos fatores de risco relacionados à saúde do homem. *Renome*, 3(2), 06-20.

Souza, F. L. D.; Chacur, E. P.; Rabelo, M. R. G.; Silva, L. A. M., Vilela, W. V (2013). Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 37(97): 233-240, abr-jun.

APÊNDICE G - Quarto artigo científico (Será ainda submetido)

ARTIGO D – Artigo propriamente dito

Nome do periódico com sua classificação na WEBQUALIS da CAPES (A1, A2, B1 ou B2) na área de AVALIAÇÃO MEDICINA II

Preventing Chronic Disease - PCD

Classificação WEBQUALIS Medicina II- B1

ATIVIDADE FÍSICA E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO MASCULINA DO DISTRITO ITAQUI BACANGA EM SÃO LUÍS-MA, BRAZIL

Francisca Bruna Arruda Aragão^{1,2}

Emanuel Pércles Salvador^{1,2,3}

¹ Programa de Pós – Graduação em Saúde do Adulto (PPGSAD);

² Laboratório de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física, Exercício e Esporte – LAPAES, UFMA;

³ Departamento de Educação Física, Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

ABSTRACT

Introduction: O combate ao sedentarismo tem grande relevância nos dias atuais, consistindo em um dos alvos das políticas públicas de saúde. Considerando que o público masculino é, historicamente, mais difícil de ser alcançado, este estudo visa conhecer o perfil dos pacientes do sexo masculino quanto à prática de atividade física e sua relação com a prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) e o conhecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). **Methods:** Estudo transversal, conduzido no Brasil, no estado do Maranhão, cidade de São Luís. Participaram do estudo, através de seleção amostral por conveniência, 119 homens, com idade entre 20 e 59 anos. Os dados coletados referiam-se ao perfil socioeconômico, de atividade física, à presença de DCNT e fatores associados. **Results:** Dentre os participantes que não praticavam atividade física, 34.7%

tinham DCNT ($p=0.005$) e 36.7% faziam uso de medicações diariamente ($p = 0.002$). Fazer atividade física mostrou-se como um fator de proteção contra DCNT ($OR=0.33$; $p = 0.02$). Dos participantes, 70,6% não conhecem o PNAISH. Conclusion: O presente estudo mostrou que a atividade física é essencial na prevenção de DCNT, e a ausência de conhecimento sobre o programa de atenção à saúde do homem é um fator modificável que, se resolvido, poderia contribuir para a promoção de saúde.

Key words: Men's Health. Exercise. Primary Health care. Non-communicable diseases.

INTRODUCTION

Cerca de 31% da população mundial não realiza o mínimo de atividade física recomendada, consistindo o sedentarismo numa pandemia com diversas consequências sociais, econômicas e para a saúde do ser humano ^{1,2}. De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ³, no Brasil, 61,3 milhões (37,9%) das pessoas de 15 anos ou mais praticaram algum esporte ou atividade física durante esse período.

Apesar da minoria da população ser ativa fisicamente, destacam-se na agenda de prioridades da saúde pública brasileira as práticas corporais/atividade física, cabendo aos estados e municípios a elaboração e implementação de políticas de promoção da saúde oferecendo à população programas de atividade física ⁴.

Em 2009, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH⁵, com o reconhecimento da maior vulnerabilidade dos homens usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) a mortes precoces e doenças graves e crônicas, grupo que até então não incluído em nenhuma política de saúde. Tal Programa tenta mudar a percepção masculina em relação a seus cuidados com a saúde e a compreensão do universo masculino ^{6,7}. Além disso, verificou-se que a procura dos homens pelos serviços de saúde é

significativamente menor do que das mulheres, além da adesão reduzida às propostas terapêuticas, à prevenção e à promoção da saúde, o que remete à importância de um olhar específico para este grupo ⁸.

Diante da importância da atividade física na saúde e do desafio de conseguir promover saúde no meio masculino, este estudo visa conhecer o perfil dos pacientes do sexo masculino quanto à prática de atividade física e fatores associados, referentes a doenças crônicas não-transmissíveis e adesão ao PNAISH.

METHODS

Tipo de estudo: Transversal. O estudo de base o qual originou o atual estudo foi uma pesquisa quantitativa e qualitativa, a qual objetivou analisar a percepção dos profissionais e pacientes homens sobre ações de promoção da saúde e de atividade física. Foram incluídas no presente estudo somente variáveis quantitativas referentes aos homens participantes do estudo.

Local e período do estudo: A pesquisa foi realizada no Brasil, no estado do Maranhão, cidade de São Luís, especificamente em sete unidades básicas de saúde (UBS) do Distrito do Itaqui-Bacanga, no período de outubro de 2016 a março de 2017. A cidade de São Luís possui sete distritos sanitários, sendo o Distrito Itaqui-Bacanga um dos maiores. Ele possui aproximadamente 153.000 habitantes, representando assim cerca de 10% da população total da cidade ⁹. As equipes das UBS's são compostas por ao menos um médico da família ou médico generalista, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo sua equipe ser ampliada ¹⁰. Essas unidades de saúde compõem o primeiro nível de atenção básica, cuja estratégia considera a família como

unidade de intervenção e consolida como pressupostos a reorientação das práticas profissionais, promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua ¹¹.

Amostra: Participaram do estudo, através de seleção amostral por conveniência, 119 homens, os quais eram acompanhados nas unidades básicas de saúde no distrito pesquisado.

Critérios de inclusão: homens, com idade entre 20 e 59 anos, acompanhados nas unidades de saúde pesquisadas, que aceitassem participar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Critérios de exclusão: incapacidade de realizar atividade física atualmente ou incapacidade ou recusa a responder ao questionário.

Coleta de dados: Os pesquisadores aplicaram um questionário semiestruturado, cuja qualidade na obtenção do dados foi avaliada em estudo-piloto realizado previamente durante Outubro de 2016. O questionário era constituído pelos seguintes itens: perfil socioeconômico (idade, cor, escolaridade, estado civil, trabalho fora, renda familiar), atividade física (qual atividade realiza, quantas vezes na semana, quanto tempo prática tal atividade) e sobre sua saúde (doenças crônicas, utiliza alguma medicação e qual foi a última vez que foi ao médico).

Análise Estatística

Os dados foram tabulados no programa Epidata versão 3.0 (*EpiData Association*, Odense, Denmark). Na análise dos dados foi utilizado o *software Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 23.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, EUA). Para se avaliar a associação das variáveis classificatórias com o hábito de fazer ou não atividade física fez-se o teste não paramétrico de Qui-quadrado de independência (χ^2) ou Exato de Fisher. Para avaliar se as classificações em cada variável são iguais fez-se através do teste de Qui-quadrado de aderência. O nível de significância para se rejeitar a hipótese de nulidade será de 5%, ou seja, considerar-se-á como estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$.

Ethics

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão, conforme o parecer nº 1.627.922.

RESULTS

Conforme apresentado na Tabela 1, participaram do estudo 119 homens, em sua maioria com idade entre 20 a 29 anos (31.9%), de cor parda (57.1%), com Ensino Médio completo (52.1%) e em união estável (37.0%). Não houve exclusões de nenhum participante. Somente 11 homens convidados a participar do estudo não foram por estarem fora da faixa etária estabelecida para a amostra. A maior parte tinha profissões outras que não as de motorista, pedreiro e vigilante (76.5%), viviam com 1 a 2 salários mínimos mensais (66.4%), eram elitistas (50.4%) e não tabagistas (88.2%). Dentre essas variáveis, somente Faixa etária e Etilismo tiveram frequências iguais entre as suas respectivas classes ($p = 0.09$ e $p = 0.93$, respectivamente).

Verificou-se que 21.8% dos entrevistados tinham doenças crônicas não-transmissíveis, com uma proporção significativamente maior dentre os que não praticavam atividade física (34.7%; $p = 0.005$). Nesse mesmo grupo, 36.7% faziam uso de medicações diariamente ($p = 0.002$). Os resultados do cruzamento entre as variáveis atividade física e as demais não se mostraram significativos e estão descritos na Tabela 2.

Na tabela 3, mostrou-se que fazer atividade física é um fator de proteção para os homens para DCNT (OR=0.33; $p = 0.02$). Além disso, os homens que fazem atividade física procuram menos os serviços de saúde (OR = 0.43 $p = 0.04$). Não houve, contudo, relação

significativa entre a prática de atividade física e conhecer ou não o programa de atenção à saúde do homem ($p = 0.17$).

DISCUSSION

O presente estudo reforça a importância da atividade física na prevenção de doenças crônicas, assim como estudos prévios têm demonstrado ^{12,2,13,14}. A atividade física tem um papel importante em benefício à saúde, tais como: redução dos níveis de colesterol, fortalecimento das articulações e músculos, diminuição da glicemia, controle de peso, redução da ansiedade, controle da hipertensão, combate à osteoporose, redução do etilismo e tabagismo, combate a problemas cardíacos, entres outros ¹³. Contudo, mesmo com a presença de inúmeros benefícios, ainda é uma prática ausente, e que os indivíduos não reconhecem a relevância dessa atividade para a saúde.

Na agenda de prioridades da saúde pública brasileira destacam-se a atividade física, reconhecida como fator protetor de saúde, auxiliando na redução dos riscos à saúde e melhorando a qualidade de vida dos sujeitos. Cabem aos estados e municípios a elaboração e implementação de políticas de promoção da saúde oferecendo à população programas de atividade física ⁴.

Em se tratando do público masculino, já foi mostrado em estudos prévios a dificuldade em prevenir doenças, pela baixa adesão a programas que visem melhora em sua saúde e também controle de peso ^{15,16}. De acordo com o estudo de Lemos e Rezende ¹⁷, as possíveis causas que dificultam a ação do programa de saúde do homem são: o machismo, profissionais sem capacitação, horário restrito ao funcionamento do serviço de saúde e poucas ações educativas. No presente estudo percebeu-se que de fato existe um baixo conhecimento sobre o Programa nacional de atenção à saúde do homem, tanto que a maioria dos participantes do

estudo afirmaram que participariam de um programa voltado à sua saúde se houvesse. Sugere-se então que o alcance do PNAISH ainda é baixo, seja pela divulgação ineficiente ou pela falta de atividades voltadas ao público masculino nas UBS's. Ações educativas e de divulgação se fazem então necessárias aos usuários do SUS como um dos fatores identificados como barreira à promoção de saúde do homem. A compreensão dessas barreiras são de grande relevância nas medidas de acesso dos homens aos serviços de atenção básica ¹⁸.

Andrade et al.¹⁹ acreditam que, para promover a atividade física, é necessário, além de continuar a produzir conhecimento, formar uma rede bem conectada, constituída por diferentes grupos, sendo capaz de ampliar, difundir e aplicar os recursos materiais e imateriais que gera e compartilha, bem como responder e se adaptar, com agilidade e de forma adequada, às demandas e desafios que a sociedade apresenta. Jesus¹³, em seu estudo com 50 usuários acompanhados pelo Estratégia Saúde da Família, investigou os benefícios percebidos e importância atribuída pela comunidade e pelos profissionais de saúde acerca da introdução da Educação Física nas UBS's e sua relação com a saúde, individual e pública. Seus resultados mostraram que os pacientes qualificam a atividade física como uma forma de prevenir doenças, além de melhorar o controle das doenças crônicas que já possuem e sua qualidade de vida, com maior convívio social durante as atividades físicas em grupo e facilidade na realização das atividades domésticas e profissionais diárias.

Pelo fato de que a maioria dos pesquisados são usuários do SUS, sugere-se que a UBS, sua porta de entrada, deve ser conhecida pelos homens como local de prevenção e promoção à sua saúde. Além disso, dado o papel da atividade física na saúde da população, aqui neste estudo demonstrado especificamente quanto à saúde do homem, existe embasamento para que na Saúde Pública seja prioridade o investimento na implementação de atividade física para o cuidado da saúde da população, com ações governamentais e não-governamentais².

Apesar de o estudo de Sohn et al.²⁰, que contou com os dados de 327,556 participantes do sexo masculino, ter mostrado uma relação entre etnia/ raça e a realização de atividade física suficiente ou não, o presente estudo não encontrou diferença significativa entre homens de cor branca, parda e negra quanto ao fator citado. Da mesma forma, também não foi encontrada relação significativa entre atividade física e o IMC, o que corrobora com a ideia de que a dieta tem uma relação significativa com a perda de peso, apesar de que a atividade física também contribua²¹. Não houve diferença importante entre os grupos que praticavam ou não atividade física quanto às variáveis etilismo, tabagismo e tempo decorrido desde a última visita ao médico.

Limitações do estudo: A realização de atividade física foi autorreferida, dessa forma existem homens no grupo que realiza atividade física que podem estar fora do conceito do mínimo estabelecido como benéfico para a saúde²². Conforme os resultados discutidos, o presente estudo mostrou que a atividade física é essencial na prevenção de DCNT e da associada maior utilização de medicações diárias. A ausência de conhecimento sobre o programa de atenção à saúde do homem é um fator modificável que, se resolvido, poderia contribuir para a promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas. Espera-se assim que este estudo venha a contribuir para o avanço da institucionalização das ações de promoção da saúde, especificamente quanto às práticas corporais e atividade física.

REFERENCES

1. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, et al. Global physical activity levels: Surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*. 2012;380(9838):247-257. doi:10.1016/S0140-6736(12)60646-1.
2. Kohl HW, Craig CL, Lambert EV, et al. The pandemic of physical inactivity: Global

- action for public health. *Lancet*. 2012;380(9838):294-305. doi:10.1016/S0140-6736(12)60898-8.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Atividade Física*.; 2015.
 4. Malta DC, Castro AM de, Gosch CS, et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2009;18(1):79-86.
 5. Brasil 2008. *Secretaria de Atenção À Saúde Departamento de Atenção Básica Série A . Normas E Manuais Técnicos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
 6. Alves R, Silva R, Ernesto MV, Lima AGB, Souza FM. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicol Teor e Prática*. 2011;13(2007):152-166. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872011000300012&script=sci_arttext&tlng=en.
 7. Magalhães RB. *Política Nacional de Atenção a Saúde Do Homem: Revisão Sistemática. Monografia*. Salvador - BA: UFBA; 2015. <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/18405>.
 8. CHAKORA ES. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Esc Anna Nery*. 2014;18(4):559-561.
 9. Moura JG de, Santos AV, De Paula RZA. Demanda por transporte de passageiros em são luís-ma: um estudo para o eixo Itaqui-Bacanga. In: *Seminário Internacional Sobre Desenvolvimento Regional*. ; 2015.
 10. Brasil, Ministerio da Saúde. Portaria Nº 2.488, De 21 De Outubro De 2011. *Diário Of da União*. 2011;37. [http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-\[5046-041111-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-[5046-041111-SES-MT].pdf).
 11. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM de, Senna M de CM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev*

- Panam Salud Pública.* 2007;21(2-3):164-176. doi:10.1590/S1020-49892007000200011.
12. Booth FW, Roberts CK, Laye MJ. Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Compr Physiol.* 2012;2(2):1143-1211. doi:10.1002/cphy.c110025.Lack.
 13. Jesus TC de O. *O Sentido Da Educação Física Nos Programas de Saúde Da Família (PSF) Para a Comunidade E Profissionais de Saúde. Monografia.* Uruana – GO: Universidade Federal de Goiás; 2013.
 14. Golightly YM, Allen KD, Ambrose KR, et al. Physical Activity as a Vital Sign: A Systematic Review. *Prev Chronic Dis.* 2017;14:170030. doi:10.5888/pcd14.170030.
 15. Young MD, Morgan PJ, Plotnikoff RC, Callister R, Collins CE. Effectiveness of male-only weight loss and weight loss maintenance interventions: A systematic review with meta-analysis. *Obes Rev.* 2012;13(5):393-408. doi:10.1111/j.1467-789X.2011.00967.x.
 16. Sinclair A, Alexander HA. Using outreach to involve the hard-to-reach in a health check: What difference does it make? *Public Health.* 2012;126(2):87-95. doi:10.1016/j.puhe.2011.11.004.
 17. Lemos CL, Rezende R de F. *Reflexão Histórica E Atual Da Política Nacional de Atenção Integral À Saúde Do Homem No Brasil. Artigo Para Conclusão Do Curso de Bacharel Em Enfermagem.* Aracaju - SE: Universidade Tiradentes; 2016. <http://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/handle/set/1553>.
 18. Da Silva PLN, Maciel MM, Carfesan CS, Santos S. A Política de Atenção a Saúde do Homem no Brasil e os Desafios da sua Implantação: uma revisão integrativa. *Enfermería Glob.* 2013;32:414-443.
 19. Andrade D, Andrade E, Garcia L. Redes de promoção de atividade física: uma reflexão entre discurso e prática. *Rev Bras Atividade Física Saúde.* 2017;22(1):1-3.
 20. Sohn EK, Porch T, Hill S, Thorpe Jr RJ. Geography, Race/Ethnicity, and Physical

- Activity Among Men in the United States. *Am J Men's Heal.* 2017;11(4):1019-1027.
21. Swift DL, Johannsen NM, Lavie CJ, Earnest CP, Church TS. The role of exercise and physical activity in weight loss and maintenance. *Prog Cardiovasc Dis.* 2014. doi:10.1016/j.pcad.2013.09.012.
 22. Tucker JM, Welk GJ, Beyler NK. Physical Activity in U.S. Adults. *Am J Prev Med.* 2011;40(4):454. doi:10.1016/j.amepre.2010.12.016.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes. Distrito Itaquí Bacanga, São Luís – MA, 2018.

Variáveis		N (%)	p
Faixa Etária	20-29 anos	38 (31.9)	0.09
	30-39 anos	35 (29.4)	
	40- 49 anos	25 (21.0)	
	50- 59 anos	21 (17.6)	
Cor da Pele	Branco	18 (15.1)	< .001
	Negro	33 (27.7)	
	Pardo	68 (57.1)	
Escolaridade	Analfabeto	4 (3.4)	< .001
	Ensino Fundamental Incompleto	28 (23.5)	
	Ensino Fundamental Completo	3 (2.5)	
	Ensino Médio Incompleto	10 (8.4)	
	Ensino Médio Completo	62 (52.1)	
	Ensino Superior Incompleto	3 (2.5)	
	Ensino Superior Completo	8 (6.7)	
	Outros	1 (0.8)	
Estado Civil	Solteiro	37 (31.1)	< .001
	Casado	35 (29.4)	
	Divorciado	3 (2.5)	
	União Estável	44 (37.0)	
Profissão	Pedreiro	10 (8.4)	< .001
	Vigilante	10 (8.4)	
	Motorista	8 (6.7)	
	Outros	91 (76.5)	
Renda Familiar	Menor de 1 salário mínimo	25 (21.0)	< .001
	1- 2 salários mínimos	79 (66.4)	
	3- 4 salários mínimos	10 (8.4)	
	Mais de 4 salários mínimos	5 (4.2)	
Etilismo	Sim	60 (50.4)	0.93
	Não	59 (49.6)	
Tabagismo	Sim	14 (11.8)	< .001
	Não	105 (88.2)	

Tabela 2. Teste de qui-quadrado das variáveis classificatórias com o hábito de fazer ou não atividade física. Distrito Itaquí Bacanga, São Luís – MA, 2018.

Variável	Atividade física				Total		p
	Sim		Não				
	n	%	n	%	n	%	
Cor da pele							
Branco	11	15.7%	6	12.5%	17	14.4%	0.45
Negro	22	31.4%	11	22.9%	33	28.0%	
Pardo	37	52.9%	31	64.6%	68	57.6%	
Etilista							
Sim	32	45.7%	28	57.1%	60	50.4%	0.22
Não	38	54.3%	21	42.9%	59	49.6%	
Tabagista							
Sim	7	10.1%	6	12.2%	13	11.0%	0.72
Não	62	89.9%	43	87.8%	105	89.0%	
IMC							
20 - 24,9	60	85.7%	38	77.6%	98	82.4%	0.47
25 - 29,9	8	11.4%	10	20.4%	18	15.1%	
30 - 34,9	1	1.4%	0	0.0%	1	0.8%	
> 34,9	1	1.4%	1	2.0%	2	1.7%	
IMC							
Normal	60	85.7%	38	77.6%	98	82.4%	0.25
Alterado	10	14.3%	11	22.4%	21	17.6%	
DCNT							
Sim	9	12.9%	17	34.7%	26	21.8%	0.005
Não	61	87.1%	32	65.3%	93	78.2%	
Quanto tempo faz que você procurou um serviço médico?							
menos de 06 meses	23	32.9%	19	38.8%	42	35.3%	0.39
6 a 12 meses	20	28.6%	15	30.6%	35	29.4%	
1 a 2 anos	22	31.4%	9	18.4%	31	26.1%	
+ 5 anos	5	7.1%	6	12.2%	11	9.2%	
Faz utilização de algum remédio diariamente?							
Sim	9	12.9%	18	36.7%	27	22.7%	0.002
Não	61	87.1%	31	63.3%	92	77.3%	

**Acesso aos serviços de
saúde através de:**

SUS	60	85.7%	46	93.9%	106	89.1%	0.16
Convênio/Particular	10	14.3%	3	6.1%	13	10.9%	

**Gostaria que houvesse
um serviço direcionado
ao homem?**

Sim	69	98.6%	49	100.0%	118	99.2%	0.40
Não	1	1.4%	0	0.0%	1	0.8%	

**Se existisse um serviço
direcionado ao homem,
você utilizaria?**

Sim	66	94.3%	48	98.0%	114	95.8%	0.33
Não	4	5.7%	1	2.0%	5	4.2%	

**Você se sente à vontade
em falar sobre qualquer
assunto referente à
saúde?**

Sim	61	87.1%	42	85.7%	103	86.6%	0.82
Não	9	12.9%	7	14.3%	16	13.4%	

**Você conhece o
Programa Nacional de
Atenção Integral à Saúde
do Homem?**

Sim	24	34.3%	11	22.4%	35	29.4%	0.16
Não	46	65.7%	38	77.6%	84	70.6%	

Tabela 3. Modelo de regressão logístico envolvendo as variáveis sociodemográficas e de serviços de saúde com a prática de atividade física em usuários (n=119). Distrito Itaqui Bacanga, São Luís – MA, 2018.

		OR	IC95%		P
			Inferior	Superior	
Passo 1 ^a	DCNT	0.333	0.13	0.86	0.02
	Procura o serviço	0.438	0.196	0.976	0.04
	Conhece o programa	0.542	0.225	1.307	0.17