



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

MARIA APARECIDA RODRIGUES MARIZ

SAÚDE CINÉTICO FUNCIONAL DO HOMEM: PERFIL DOS USUÁRIOS DE UMA
CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA

CAMPINA GRANDE

2016

MARIA APARECIDA RODRIGUES MARIZ

SAÚDE CINÉTICO FUNCIONAL DO HOMEM: PERFIL DOS USUÁRIOS DE UMA
CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Fisioterapia da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção do grau
de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Profa. Ms. Alecsandra Ferreira
Tomaz

CAMPINA GRANDE

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

M343s Mariz, Maria Aparecida Rodrigues.
Saúde Cinético Funcional do homem [manuscrito] : perfil dos usuários de uma Clínica Escola de Fisioterapia / Maria Aparecida Rodrigues Mariz. - 2016.
32 p. : il. color.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.
"Orientação: Profa. Ma. Alecsandra Ferreira Tomaz,
Departamento de Fisioterapia".

1. Saúde do homem. 2. Morbidades. 3. Avaliação Cinético-Funcional. 4. Fisioterapia. I. Título.

21. ed. CDD 613.042 34

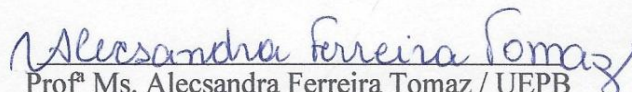
MARIA APARECIDA RODRIGUES MARIZ


**SAÚDE CINÉTICO FUNCIONAL DO HOMEM: PERFIL DOS USUÁRIOS DE UMA
CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA**


Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Fisioterapia da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção do grau
de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em 04/04/2016.

Banca Examinadora


Prof^ª Ms. Alessandra Ferreira Tomaz / UEPB
Orientadora


Prof^ª Ms. Cláudia Holanda Moreira / UEPB
Examinadora


Prof^ª Ms. Rosalba Maria dos Santos / UEPB
Examinadora

SAÚDE CINÉTICO FUNCIONAL DO HOMEM: PERFIL DOS USUÁRIOS DE UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA

MARIZ, Maria Aparecida Rodrigues¹; TOMAZ, Alecsandra Ferreira².

RESUMO

O Ministério da Saúde prioriza os serviços de Atenção Primária à Saúde como porta de entrada do SUS. No entanto, no que se refere à população masculina, nota-se que eles exibem pouca participação nesses serviços e geralmente só buscam assistência à saúde quando a doença já está instalada, denotando necessidade de tratamento. Diante do exposto, esse trabalho objetivou descrever o perfil sociodemográfico e as condições de saúde cinético funcional da população masculina usuária de uma Clínica Escola de Fisioterapia. Trata-se de uma pesquisa documental, de caráter descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizada com base nas fichas de avaliação utilizadas na Clínica Escola de Fisioterapia da UEPB, de janeiro de 2010 a dezembro de 2014. Esse estudo teve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob número do parecer: 43737515.0.0000.5187. A amostra final foi de 356 homens correspondendo a 24,28% dos atendimentos realizados na clínica no período delimitados. A maior demanda foi do setor de traumatologia-ortopedia, 55,6% dos pacientes, onde prevaleceram fraturas e limitações de amplitude de movimento; seguida do setor neurofuncional, 28,1%, com prevalência de acidente vascular cerebral e hemiplegia ou hemiparesia; fisioterapia respiratória, 12,3%, com doença pulmonar obstrutiva crônica e dispneia sendo mais frequentes; e uro-ginecologia com 4% da amostra, atribuída principalmente às prostatectomias e incontinência urinária. Conclui-se que mesmo na atenção secundária, os homens ainda representam uma minoria na busca por cuidados, e que a maior frequência é atribuída às doenças osteoarticulares, no entanto as doenças neurológicas e respiratórias são as mais incapacitantes.

Palavras chaves: 1. Saúde do Homem. 2. Morbidades. 3. Avaliação Cinético Funcional. 4. Fisioterapia.

¹aparecidamariz@gmail.com. Acadêmica do 10º período de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba.

²alecsandratomaz@hotmail.com. Professora Mestre da Universidade Estadual da Paraíba.

1 INTRODUÇÃO

Desde sua implantação no país a saúde foi instituída como um direito de todos e dever do Estado, operada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), priorizando o nível da Atenção Básica. No entanto, o que se percebe no cotidiano é a resistência dos homens adultos saudáveis em procurar atendimento com vista à prevenção de doenças, o que contribui para distanciá-los dos serviços de atenção básica (MENDES; MARQUES, 2003; BRITO; SANTOS; MACIEL, 2010).

A constatação da ausência dos indivíduos do sexo masculino nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) não deve ser pensada exclusivamente como uma falta de responsabilidade dos homens com sua saúde, nem especificamente como uma falha na organização dos modelos de atenção primária à saúde (DA SILVA et al., 2013). Segundo a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2011), não deve haver barreiras que limitem o acesso do cidadão aos serviços de saúde, sejam barreiras físicas, tecnológicas ou de comunicação, porém também cabe ao cidadão responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.

Em 2008, o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Com objetivo de promover ações de saúde que contribuíssem para a compreensão da realidade singular masculina e possibilitassem aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2008).

Após a criação da PNAISH o número de pesquisas nesta área aumentou, sobretudo buscando averiguar a efetividade da implantação da Política nos serviços de atenção primária, a aderência do público alvo e caracterizar os perfis de morbimortalidade. Os estudos revelaram que a população masculina procura o sistema de saúde apenas por meio da atenção especializada, quando muitas vezes o quadro já não tem mais solução (AGUIAR et al., 2014; COUTO et al., 2010; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Estudos que analisam as diferenças entre homens e mulheres quanto à morbidade e utilização dos serviços de saúde apontam que no Brasil as mulheres vivem mais que os homens e frequentam mais os serviços de saúde. Em geral, os homens são mais predispostos a doenças severas e crônicas do que as mulheres e também morrem mais rápido, além disso, a prática de cuidados não é vista como uma prática masculina. Eles atribuem a baixa procura por atendimento à incompatibilidade de horário com a jornada laboral ou ainda, referem

constrangimento em procurar os serviços, pois essa postura se opõe a cultura machista ainda vigente (AQUINO, 2006; SILVA et al., 2012; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

A atuação contemplando a saúde do homem é abrangente. Cabe destacar a violência, o alcoolismo e tabagismo, os acidentes de transporte, os tumores, as doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho respiratório como algumas das causas de morbimortalidade mais frequentes. Muitos dos agravos à saúde poderiam ser evitados com a realização de prevenção primária, diminuindo a sobrecarga financeira da sociedade e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, pois tratamentos crônicos ou de longa duração exigem um grande empenho do paciente que, em alguns casos, necessita modificar seus hábitos de vida (BRASIL, 2008; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

A efetivação de ações de atenção à saúde do homem voltadas à prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção, promoção e proteção da saúde tem representado um desafio para os profissionais da área da saúde. Em contrapartida, há forte resistência deste público em procurar por atendimento, fazendo-o apenas em último caso (FONTES et al., 2011; DUTRA et al., 2012).

Faz-se necessária a qualificação na produção de cuidados, pois considerando que a resposta assistencial seja integral, a complexidade da atenção primária não é superposta à das patologias. Deve reconstruir-se como produção de cuidados regida por um dos princípios fundamentais do SUS, a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. No nível de assistência da fisioterapia, é necessário entender quais as responsabilidades e desafios, e conhecer o perfil epidemiológico da população, ou seja, quais são suas principais causas de morbidade e mortalidade (SCHRAIBER et al., 2010; SILVA et al., 2013; BISPO-JÚNIOR, 2010).

Considerando todas as questões relacionadas à saúde masculina, é inegável que os homens têm necessidades de cuidado em saúde, destacando seu distanciamento dos serviços destinados a prevenção. Então os profissionais de saúde têm pela frente um desafio de junto com a população assistida, modificar comportamentos e atitudes que tragam riscos à sua saúde e à boa qualidade de vida da mesma (CARVALHO et al., 2013).

Diante do exposto, esse trabalho objetivou descrever o perfil sociodemográfico e as condições de saúde cinético funcional da população masculina usuária da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba (CEFUEPB).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O Ministério da Saúde preconiza que a porta de entrada do SUS deve ser a atenção primária, serviço de baixa complexidade. No entanto, verifica-se que a demanda de homens na atenção primária à saúde é bastante inferior à das mulheres. Devido a diferentes fatores, eles preferem buscar assistência em outros níveis de atenção, fazendo-o em último caso. (BRASIL, 2008; ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010; DUTRA et al., 2012).

A baixa procura por atendimento tem dificultado a promoção da saúde direcionada à população masculina, a qual fica, dessa forma, susceptível ao surgimento de complicações ou agravos à sua saúde, ocasionados por doenças ou acidentes. Aqueles que apresentam doenças crônico-degenerativas configuram a maior demanda masculina às UBS's, pois complicações requerem medidas de tratamento para tentar diminuir e superar as complicações impostas pela patologia. As doenças crônicas, tidas entre as principais causas de morte masculina, poderiam ser prevenidas ou controladas por meio de intervenções em atitudes e práticas cotidianas que contribuem para sua ocorrência. Além da falta de ações preventivas, há maior predisposição dos homens a adoecer por estarem mais expostos a fatores de risco, relacionados, sobretudo, ao tipo de trabalho exercido. Fato verificável na comparação entre os indicadores de morbimortalidade masculinos e femininos, onde as maiores taxas de mortalidade recaem sobre os homens (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010; BRAZ, 2005; NASCIMENTO et al., 2014; AGUIAR et al., 2014; NUNES; BARRADA; LANDIM, 2013).

Faz-se necessário incentivar a participação de todos os integrantes das famílias assistidas pelo SUS quanto a sua participação como corresponsáveis pelo cuidar em saúde (BRITO; SANTOS; MACIEL, 2010). De acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2011), dentre as responsabilidades que cada cidadão tem com sua própria saúde está o dever de participar de eventos de sua promoção. Deve também desenvolver hábitos e atitudes saudáveis, atentar para as possibilidades de redução da vulnerabilidade ao adoecimento e seguir o plano de tratamento recomendado pelo profissional e pela equipe de saúde responsável pelo seu cuidado.

Com base na análise da implementação da PNAISH, estudos recentes relatam que, na prática, o objetivo de facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços públicos de saúde ainda não foi atingido de fato, onde as mudanças das ações preconizadas são pouco visíveis, sendo as causas atribuídas principalmente à falta de políticas públicas direcionadas, com conseqüente repressão da demanda. Outro fator relacionado à deficiência da atenção aos homens são os reflexos de valores sociais a respeito da percepção de modelos

de masculinidade construídos com base na subjetividade que envolve atributos como força, domínio e machismo. Esse modelo presente também na área da saúde influencia políticas públicas, as quais não se voltaram de modo satisfatório às necessidades de saúde desta parcela populacional (NASCIMENTO et al., 2014; BRITO; SANTOS; MACIEL, 2010).

Quanto ao gênero masculino, também são notados traços culturais que influenciam sua procura por atendimento em saúde. O principal motivo expresso pelos sujeitos do gênero, segundo estudos, é atribuído à visão masculina de que o cuidar é tarefa feminina. Somam-se a isso questões relacionadas ao trabalho, pois perde-se muito tempo nas filas para a marcação de consultas além da falta de unidades especificamente voltadas para a saúde do homem (NASCIMENTO et al., 2014).

2.1 DIFICULDADES IMPOSTAS PELOS SERVIÇOS NA PRESTAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

A adequação dos serviços da Atenção Básica às demandas do homem tem representado um desafio para o sistema público de saúde. Os indivíduos do gênero alegam dificuldades de acesso aos serviços assistenciais, por questões de incompatibilidade com seus horários de trabalho, pois perdem muito tempo em filas para marcar a consulta, ocasionando perda de um dia de trabalho e às vezes suas questões não são resolvidas em uma única consulta. Por outro lado, estudos já mostraram que há uma preocupação por parte de alguns serviços em abranger a população trabalhadora. Para tanto, expandem o funcionamento para além do horário comercial, disponibilizando atendimento em turnos de 24 horas, aos sábados, no horário de almoço ou em turnos à noite, onde foi notada uma maior presença de homens nessas unidades nos horários criados (COUTO et al., 2010; GOMES et al, 2011a; GOMES et al, 2011b).

Além disso, alguns autores afirmam a existência de uma lacuna em relação à atenção à saúde do homem, tendo em vista que o programa DST/AIDS, por exemplo, atua apenas de forma pontual em dias e horários demarcados, não apresentando ações que estimulem o estabelecimento do vínculo dos indivíduos com a equipe da Estratégia de Saúde da Família (CARVALHO et al., 2013).

Apesar do incentivo que a Política de Saúde do Homem fornece através da distribuição de cartilhas sobre prevenção, diagnóstico, tratamento de câncer, promoção de hábitos saudáveis, direitos sexuais e reprodutivos dos homens, a invisibilidade masculina ainda perpetua entre os serviços de saúde. No Brasil, a imagem que grande parte das pessoas tem

das UBS's é que são serviços definidos exclusivamente para mulheres, crianças e idosos, tendo em vista que a presença masculina é mínima (FERREIRA, 2013; ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010; DUTRA et al, 2012).

2.2 ASPECTOS ATRIBUIDOS ÀS CARACTERÍSTICAS MASCULINAS

Percebem-se as influências das questões culturais sob as ações dos homens de cuidados com a saúde, visto que, ao longo dos anos, a imagem atribuída ao sexo masculino é a de um ser viril, forte e invulnerável que não demonstra suas emoções. Nesse contexto, ações de caráter preventivo são tidas como sinal de fragilidade e acabam por não ocorrer (FIGUEIREDO, 2005).

É quase unânime a opinião dos autores analisados em relação à influência de questões culturais e sociais, em virtude de um modelo de masculinidade, agindo contra as práticas de cuidados com a saúde. Apontam-se variáveis culturais e estereótipos de gênero, enraizados há séculos em uma cultura patriarcal, construídas de práticas baseadas em crenças e valores de masculinidade; uma masculinidade hegemônica que aprisiona os homens em relação a algumas práticas de saúde; conceituação de que poder, sucesso e força são características masculinas, portanto os homens devem se distanciar de sensibilidade, cuidado, dependência e fragilidade tidas como características relacionadas ao feminino; além da crença da invulnerabilidade que os expõem tornando-os mais vulneráveis (BRASIL, 2008; MENDONÇA; ANDRADE, 2010; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Aqui também é levantada a questão da indisponibilidade de tempo para buscar os serviços de saúde. Visto que o papel de provedor da família ainda está enraizado na concepção de muitos homens, buscar por atendimento que funciona em horários comerciais e requer a perda de um ou mais dias de trabalho é inviável para eles. Desse modo, preferem buscar medidas que não requerem muito tempo, como automedicação ou orientação de farmacêuticos, demonstrando que sua procura por atendimento ocorre na presença de uma patologia já instalada (DUTRA et al., 2012; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Cabe salientar que, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), não há sustentação para a afirmação masculina de não procurar assistência por serem provedores do lar. Segundo análise do período que compreende de 1992 a 2007, os dados revelam que aumentou o número de mulheres em atividade profissional de 47,2% para

52,4% e o número de homens em atividade decaiu de 76,6% para 72,2%. Comprovadamente, grande parcela da população feminina, de todas as categorias socioeconômicas, está inserida no mercado de trabalho, e nem por isso deixar de procurar os serviços de saúde mesmo com as questões de horário referidas pelos homens (ALVES et al., 2011; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Outro aspecto diz respeito ao medo de descobrir alguma doença grave, destacando-se o medo do câncer de próstata, bem como de comunicar no trabalho quando estão doentes, principalmente quando se trata de uma enfermidade crônica. Há receio que um diagnóstico possa interferir na sua rotina de trabalho em decorrência de relatos de demissão após a informação de que um funcionário está enfermo (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; ALVES et al., 2011).

2.3 INDICADORES DE MORBIMORTALIDADE NA POPULAÇÃO MASCULINA

Quando os homens procuram os serviços de saúde recorrem à atenção secundária ou terciária. Mudar essa prática começa pela identificação no perfil epidemiológico dos agentes causadores de morbidade e mortalidade, além das características sociais, econômicas e culturais dos homens que receberão a atenção à saúde (DUARTE; OLIVEIRA; SOUZA, 2012).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2008) mostra que a maior porcentagem de óbitos deve-se às causas externas, doenças do aparelho circulatório, tumores, doenças do aparelho digestivo e as doenças do aparelho respiratório, respectivamente. Esta mesma política estabelece áreas de cuidado necessárias à saúde do homem, diretamente relacionadas às morbidades apresentadas a saber, alcoolismo e tabagismo.

Dentre as causas externas, certamente a que mais apresenta incidência de mortalidade e morbidade são os acidentes de transporte. Os homens apresentam risco de óbito por acidentes de transporte 4,5 vezes maior do que as mulheres, representado, segundo estudos, uma taxa de 31 para 100 mil habitantes entre o gênero masculino, e 7 para 100 mil habitantes entre o gênero feminino. Considerando acidentes por atropelamento, os homens estão cerca de 3 a 4 vezes mais propícios do que as mulheres. Referente aos acidentes de motocicleta, as taxas entre homens chegam a ser 17 vezes maiores que as apresentadas pela população feminina. Outro dado estabelece que homens se acidentem principalmente como condutores de veículos,

enquanto mulheres predominaram como passageiras (SOUZA et al., 2007; ANDRADE; JORGE, 2000).

Quanto às lesões autoprovocadas, chamam a atenção por incidirem quatro vezes mais entre os homens, especialmente nas faixas etárias mais jovens. Entre os anos de 1980 e 2000 verificou-se, no Brasil, uma média de três a quatro suicídios/100.000 habitantes (MELLO-SANTOS; BERTOLOTE; WANG, 2005). Já com relação à violência, entre 2004 e 2006, 74,78% dos atendimentos em um pronto-socorro investigado por Santos et al., (2008a) eram referentes a indivíduos do sexo masculino.

Em relação às doenças do sistema circulatório, são mais verificáveis na população acima de 60 anos e possuem relação com as alterações comuns do envelhecimento. Em 2005, a maior incidência de mortalidade masculina por doenças do aparelho circulatório ocorreu após os 60 anos, representando 72,2%. No mesmo ano, os óbitos por causas cardiovasculares, na população dos 25-59 anos, apresentaram-se em torno de 26,8%. Há de se assinalar que tais óbitos correspondem a grande parte da força produtiva no país e, principalmente, poderiam ser perfeitamente evitados se houvesse uma efetiva política de prevenção primária (BRASIL, 2008).

No que se refere a tumores, o câncer de próstata tem destaque por seus altos índices de morbimortalidade e complicações associadas. Atinge, algumas vezes, o terceiro e mesmo o segundo lugar entre os cânceres e tem aumentado em várias regiões, existindo pouco interesse das autoridades sanitárias em estabelecer atividades educativas voltadas para essa causa e, quando existem, os homens não são sensíveis a ela. É importante assinalar que há de se cuidar da qualidade de vida dos pacientes que sofreram prostatectomias, sobretudo as radicais, cujas lesões nervosas podem determinar disfunções eréteis e incontinência urinária (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005; BRASIL, 2008).

O alcoolismo implica um fator determinante à saúde, responsável por casos de incapacidade e morte prematura e tem incidência comprovadamente maior entre homens. O consumo abusivo de álcool pode acarretar graves consequências, tanto em nível orgânico, como psicológico e social. Em nível orgânico comumente está relacionado às causas de cirrose e doença hepática alcoólica em decorrência de alto consumo de álcool durante algum tempo. Já alterações de comportamento e consciência respondem pelas ocorrências de lesões por causas externas, sobretudo acidentes ou violência (VALENTIM; SANTOS; PAIS-RIBEIRO, 2014; GUIMARÃES et al., 2014; FREITAS; MENDES; OLIVEIRA, 2008).

O tabagismo é apontado como a principal causa de morte evitável, responsável por mais de cinco milhões de mortes por ano em todo o mundo, segundo estimativa. Tem impacto significativo sobre a saúde representando, 90% dos tumores pulmonares, 75% das bronquites crônicas e 25% das doenças isquêmicas do coração. Isoladamente é a principal causa de câncer no mundo e, segundo estudos, mostra-se mais disseminado entre homens do que entre mulheres (ALMEIDA et al., 2011; WÜNSCH-FILHO et al., 2010; MALTA et al., 2010).

Diante de todas as questões relacionadas à saúde masculina, é inegável que os homens têm necessidades de cuidado em saúde, destacando seu distanciamento dos serviços destinados à prevenção. Então, os profissionais de saúde têm pela frente um desafio de, junto com a população assistida, modificar comportamentos e atitudes que tragam riscos à sua saúde e à boa qualidade de vida da mesma (CARVALHO et al., 2013).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental, de caráter descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa. Realizada nos arquivos da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba (CEFUEPB) mediante permissão concedida pela direção da mesma, por meio da assinatura de um Termo de Autorização Institucional para uso e Coleta de Dados em Arquivos.

A amostra foi composta pela população masculina avaliada na CEFUEPB em um período de 5 anos, não sendo realizado cálculo amostral, pois todos os indivíduos que atenderam aos critérios de inclusão foram inseridos na pesquisa. Para a composição da amostra, foram analisadas todas as fichas de avaliação arquivadas dos usuários que deram entrada no período compreendido de janeiro de 2010 a dezembro de 2014.

As avaliações referentes aos indivíduos do sexo feminino foram computadas, com a finalidade de estabelecer critério de comparação quanto à participação no serviço de fisioterapia, e então retornadas ao arquivo. As fichas pertencentes aos homens seguiam em avaliação quanto aos critérios de exclusão. Foram excluídas todas as fichas de pacientes menores de 18 anos, pois entre as crianças há uma prevalência de doenças genéticas e comuns da infância que não possuem relação com autocuidado e prevenção, além disso, conforme definido pela PNAISH (2008), nessa faixa etária estão geralmente sob cuidado das mães e são levados aos serviços de saúde. Também foram excluídas da pesquisa as fichas que não apresentavam preenchimento completo dos dados investigados.

Em seguida, nas fichas que se enquadraram no estudo, foram coletadas as informações preestabelecidas para a pesquisa, a saber: identificação (apenas para evitar duplicidade na coleta, sendo respeitado o anonimato dos pacientes na divulgação dos dados), idade, estado civil, ocupação, escolaridade, cidade em que reside, setor, ano e mês de entrada, permanência no serviço, ano e mês de saída, queixa principal, diagnóstico clínico, diagnóstico cinético funcional, história patológica pregressa, história familiar e história social. Alguns setores não contemplaram todos os critérios mencionados, pois as fichas de avaliação são elaboradas de acordo com a característica de cada setor, fato que não gerou prejuízos à pesquisa, uma vez que cada um foi analisado e apresentado individualmente, respeitando a singularidade do público ali assistido.

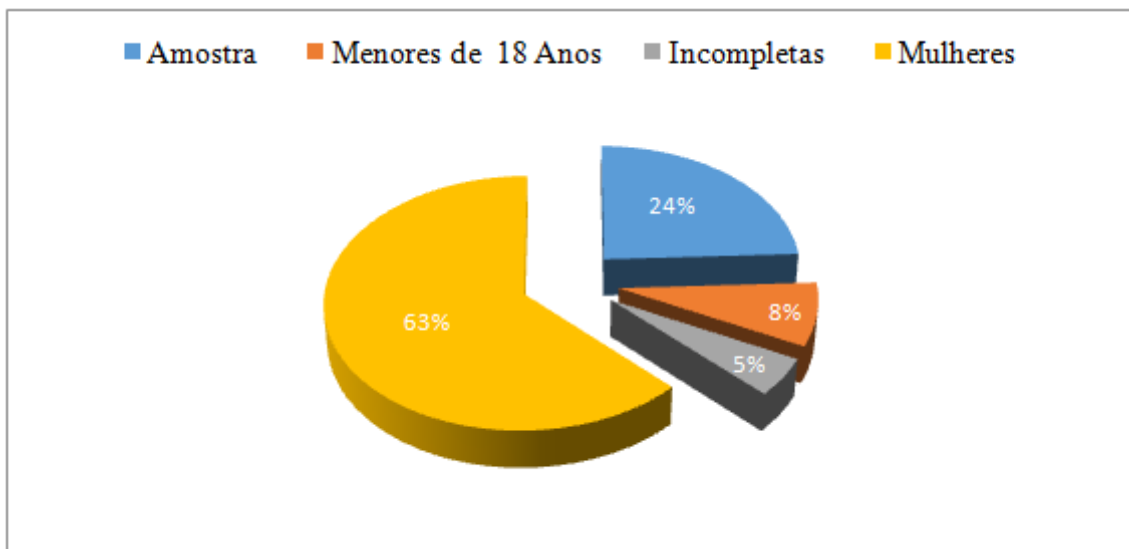
Por conseguinte, todos os dados coletados foram armazenados em um banco de dados, sob o formato de planilhas do Microsoft Office Excel versão 2007 e posteriormente transcrito para proceder à análise estatística descritiva simples através do pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 19.0. Todas as variáveis categóricas foram distribuídas em frequências e para a variável numérica idade, também se adotou valores de média e desvio padrão.

A referida pesquisa foi efetivada em conformidade com as diretrizes e normas éticas aplicáveis, previstas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ MS, o qual regulamenta as pesquisas em seres humanos, incluindo o manejo de informações ou materiais e teve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob número do parecer: 43737515.0.0000.5187.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram encontradas 1466 fichas de avaliação nos arquivos da Clínica que se enquadravam na delimitação temporal do estudo. Destas, 919 (62,69%) foram realizadas com mulheres, o que evidencia que elas ainda são a maior parcela dos atendimentos em saúde, mesmo na atenção secundária. Resultados semelhantes foram obtidos na avaliação de 106 prontuários de pacientes que procuraram o atendimento da fisioterapia no decorrer de um ano em uma Unidade Básica de Saúde, onde os homens correspondiam a apenas 31,1% dos atendidos (MENEGAZZO; PEREIRA; VILLALBA, 2010). Das 547 (37,31%) avaliações realizadas com indivíduos do gênero masculino na CEFUEPB, 119 foram excluídas, pois os avaliados apresentavam idade inferior a 18 anos e outras 72 fichas porque não estavam devidamente preenchidas, resultando na amostra final deste estudo correspondente a 356 homens, conforme mostra a figura 1.

Figura 1 – Distribuição do Total de Fichas Avaliadas, de Acordo com Gênero e Critérios de Exclusão.



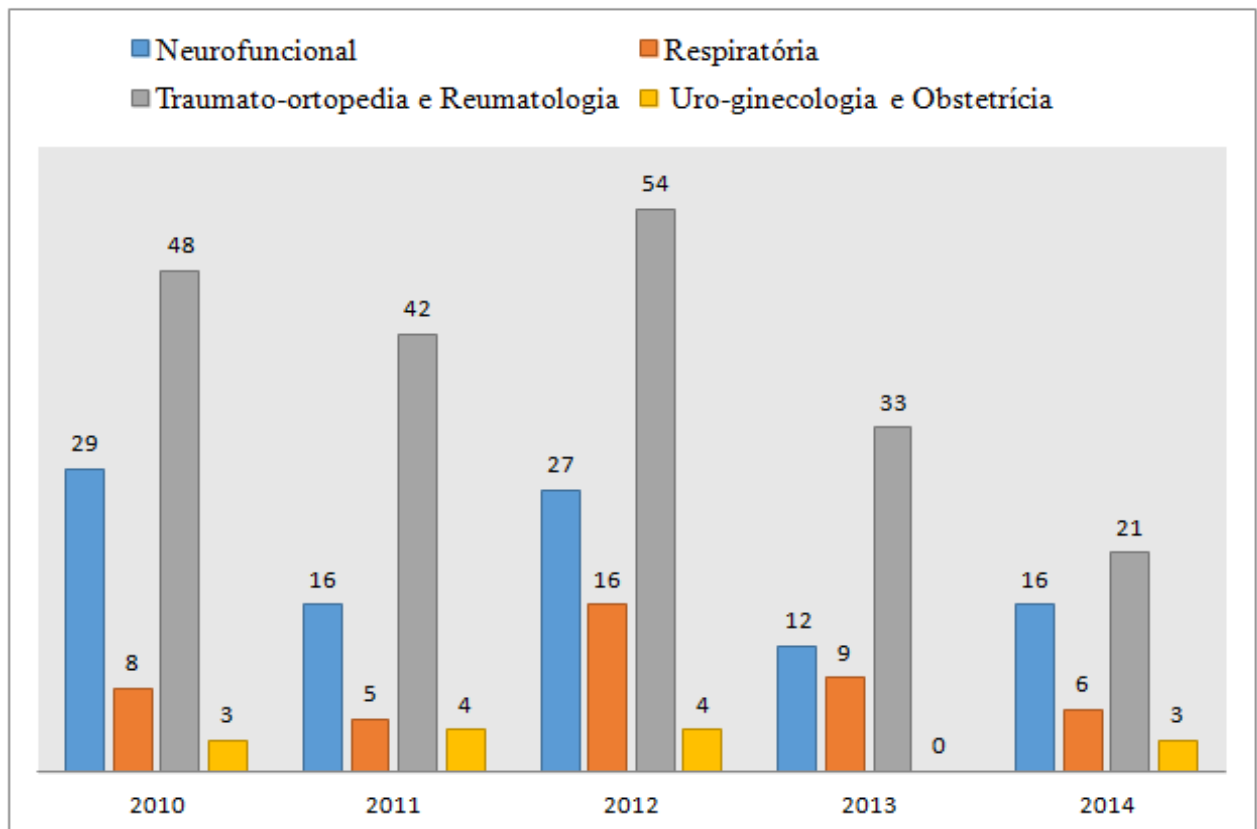
Fonte: Dados da Pesquisa, Campina Grande-PB, 2016.

A figura 2 descreve a distribuição da amostra por setores em cada ano avaliado. A maior demanda foi do setor de Traumo-ortopedia e Reumatologia (TORG), correspondente a 55,6% (198 pacientes) da amostra, seguida do setor Neurofuncional (NF) com 28,1% (100

pacientes), Fisioterapia Respiratória (FR), 12,3% (44 pacientes) e Uro-ginecologia e Obstetrícia (UGO), 4% (14 pacientes).

Tais achados estão de acordo com a PNAISH, a qual apresenta como principais causas de morbidade entre a população masculina no ano de 2007: causas externas representaram 16,7% das internações; doenças do aparelho digestivo, 14,8%; doenças do aparelho circulatório, 13,3%; doenças do aparelho respiratório, 8,8% e tumores, 5,9% (BRASIL, 2008).

Figura 2 - Distribuição da Amostra por Setor/Ano.



Fonte: Dados da Pesquisa, Campina Grande-PB, 2016.

No presente estudo, causas externas compreendem a maioria dos pacientes de TORG e alguns dos pacientes de NF, como os portadores de trauma raquimedular e traumatismo cranioencefálico. Não foram identificados pacientes com patologias primárias de causa digestiva. Algumas das doenças de base, as quais causaram as disfunções neurológicas, especialmente as decorrentes de hipertensão arterial como as patologias cerebrovasculares,

advêm do aparelho circulatório. Em FR são encontradas as patologias mais ligadas ao tabagismo, e em UGO, os tumores de próstata.

4.1 SETOR TRAUMO-ORTOPEDIA E REUMATOLOGIA

Os pacientes de TORG eram, majoritariamente, adultos jovens (55,1%), na faixa etária dos 19 aos 39 anos, com média de idade de 40,25 anos ($DP \pm 16,43$). Percebe-se que apesar da alta demanda de pacientes, as doenças são minimamente incapacitantes, uma vez que, 81,3% exerciam suas ocupações, fossem trabalho ou estudos. Esse fato é ratificado quando se observa a duração do tratamento recebido onde, 51,5% permaneceram por tempo menor ou igual a 1 semestre, 24,7%, menor ou igual a 1 mês, 15,7, menor ou igual a 2 semestres, e outros resultados somaram 8,1%. O tratamento dos pacientes que permaneceram por um mês ou pouco mais, provavelmente consistiu apenas do controle de sinais e sintomas, como dor e inflamação, e estes pacientes abandonaram o tratamento antes de completar o processo de reabilitação por já não apresentarem a causa inicial que os levou a procurar pela fisioterapia.

Analisando a escolaridade, observou-se que 34,9% cursaram o ensino médio e 32,8% ensino fundamental, cabe notar que 27,8% possuem nível superior completo ou incompleto, e a taxa de analfabetismo ficou em 4,5%, apenas. Observou-se que 53% dos pacientes possuíam cônjuge ou companheira, 91,9%, residiam na cidade onde recebiam atendimento fisioterapêutico e 7,6% ainda estavam em atendimento na época em que foi realizada a pesquisa.

Dados semelhantes foram obtidos por autores que pesquisaram o perfil de vítimas de causas externas no Brasil, eles apontam predominância do sexo masculino na faixa etária dos 15 aos 34 anos, com ensino ou fundamental ou médio incompleto. Assinalam ainda que a maior procura por serviços de fisioterapia é atribuída a sintomas osteomusculares (FREITAS; MENDES; OLIVEIRA, 2008; FRÉZ; NOBRE, 2011; SANTOS et al., 2008b).

De acordo com tabela 1, os motivos mais frequentes que levaram os homens a procurar por atendimento fisioterapêutico foram dor em 60,6% dos casos e diminuição da amplitude de movimento (ADM), em 25,8%. O diagnóstico clínico teve maior percentual atribuído às fraturas com 38,4%, seguido de tendinopatias com 10,6% e artrite/artrose, com 10,1%. Em relação ao diagnóstico cinético funcional, sobressaem-se as limitações de ADM com 60,6% e a dor com 25,8%.

Tabela 1 – Caracterização da Doença Atual Quanto aos Pacientes de TORG.

Caracterização da Doença Atual	N=198	%=100
Queixa Principal		
Dor	120	60,6
Diminuição da amplitude de movimento	51	25,8
Doença de base	12	6,1
Déficit de sensibilidade/parestesia	7	3,5
Outros	8	4
Diagnóstico Clínico		
Fraturas	76	38,4
Tendinopatias	21	10,6
Artrite/Artrose	20	10,1
Luxações	12	6,1
Lesão ligamentar	12	6,1
Dor	11	5,6
Entorse	10	5,1
Discopatias	10	5,1
Outros	26	12,9
Diagnóstico Funcional		
Diminuição da amplitude de movimento	120	60,6
Dor	51	25,8
Déficit de força	12	6,1
Hipotrofia	5	2,5
Outros	10	5

Fonte: Dados da Pesquisa, Campina Grande-PB, 2016.

Os principais diagnósticos clínicos apresentados estão relacionados a diversas causas: os acidentes de transporte, em especial por acometerem mais os indivíduos jovens; lesões desportivas; acidentes de trabalho e esforço repetitivo relacionado ao trabalho; além das questões associadas ao envelhecimento populacional, como as doenças osteoarticulares. Observa-se a dor como sintoma principal, mas também são relatadas dificuldades motoras e sensitivas que acarretam perda ou diminuição funcional no membro ou local afetado.

4.2 SETOR NEUROFUNCIONAL

Quando analisados os dados sociodemográficos e de caracterização dos pacientes de NF, obtêm-se média de idade de 49,61 anos ($DP \pm 17,22$) e faixa etária prevalente de 49-69 anos (43%). 55% dos pacientes possuíam cônjuge ou companheira e 29% exerciam suas ocupações. Quanto à escolaridade, percebe-se que 48% possuíam ensino fundamental, 32%, o ensino médio, 12% eram analfabetos e 8% possuíam ensino superior.

A duração do tratamento recebido variou de 31% para os que permaneceram por tempo menor ou igual a 2 semestres, 26%, menor ou igual a 1 semestre, 11%, menor ou igual a 3 semestres e 10%, menor ou igual a 1 mês. Convém notar que aqueles que permaneceram por mais de 6 semestres chegaram a 8%. Outros resultados somaram 14%.

Verificou-se que 71% dos pacientes residiam na cidade onde recebiam tratamento e 31% ainda estavam em atendimento na época em que foi realizada a pesquisa. Mazzola et al. (2006) corroboram com esses achados e sugerem que estejam relacionados à maior facilidade de acesso destes pacientes ao serviço, e que as saídas por alta fisioterapêutica ou abandono são justificadas por serem pacientes crônicos, sem melhora das capacidades funcionais, e ainda pela alta demanda de pacientes nas clínicas escola.

O acidente vascular cerebral (AVC) aparece como o diagnóstico clínico mais frequente, com 41% dos casos, seguido das afecções da medula de causa traumática ou infecciosa, com 20%. O diagnóstico cinético funcional de hemiplegia ou hemiparesia foi dado a 36% dos pacientes; paraplegia ou paraparesia a 15% e déficit de força a 10%. A queixa principal mais frequente foi de não deambular, que chega a 32% quando somada à dificuldade de deambular. Também foi relatado déficit de força ou trofismo em 18% dos casos, diminuição de ADM em 15% e dor em 10%, como observado na tabela 2.

Estudos avaliando pacientes que sofreram AVC atendidos em um serviço de fisioterapia afirmam que o AVC corresponde à maioria dos diagnósticos clínicos em neurologia. Os pesquisadores observaram que a maioria dos afetados são homens na faixa etária de 40 a 59 anos com baixa escolaridade. Uma maioria significativa encontrava-se afastada de suas funções por aposentadoria ou por não poder exercê-las. Com relação ao diagnóstico funcional, a incapacidade física mais comum é a hemiplegia, definida como paralisia de um dimídio corporal (ABDON et al, 2008; MAZZOLA et al., 2006; SCALZO et al., 2010).

Tabela 2 – Caracterização da Doença Atual e Fatores de Risco Quanto aos Pacientes do Setor de NF.

Caracterização da Doença Atual e Fatores de Risco	N=100	%=100
Queixa Principal		
Não deambular	22	22
Déficit de força/trofismo	18	18
Diminuição de amplitude de movimento	15	15
Dor	14	14
Dificuldade para deambular	10	10
Outros	21	21
Diagnóstico Clínico		
Acidente vascular cerebral	41	41
Afecções da medula	20	20
Trauma cranioencefálico	6	6
Paralisia facial	5	5
Distrofias musculares	5	5
Outros	23	23
Diagnóstico Funcional		
Hemiplegia/paresia	36	36
Paraplegia/paresia	15	15
Déficit de força	10	10
Tetraplegia/paresia – Diplegia	8	8
Déficit de sensibilidade	6	6
Outros	25	25
Fatores de Risco		
Patologia pregressa	24	24
Historia familiar	18	18
Etilismo ou tabagismo	14	14

Fonte: Dados da Pesquisa, Campina Grande-PB, 2016.

Quanto à lesão medular traumática, Custódio et al., (2009) em uma amostra de 208 pacientes, verificaram que 78,85% eram homens, com média de idade de 35,36 anos entre os quais a paraplegia ocorreu em 64,90% e tetraplegia em 35,10%. Os indivíduos estavam em

idade produtiva na época que sofreram o acidente, sendo as etiologias mais comuns os acidentes de trânsito e lesões por arma de fogo.

É válido ressaltar o potencial incapacitante das doenças que atingem os pacientes deste setor, associadas ao fator idade, onde uma minoria ainda estuda ou trabalha. Observa-se que a queixa principal mais frequente está relacionada à incapacidade de deambular, a qual tem determinação significativa sobre a independência funcional do indivíduo. Verifica-se que um quantitativo, ainda que pequeno, permaneceu em atendimento fisioterapêutico por mais de 3 anos, outros por quase um ano e os que ficaram por menos de 1 mês certamente abandonaram o tratamento, uma vez que, pela gravidade das doenças que afetam estes pacientes, é pouco provável que tenham sido curados de suas deformidades funcionais em tão pouco tempo.

Tabela 3 – Doenças Prévias, Familiares e Hábitos de Vida Referente aos Pacientes do Setor de NF.

Doenças Prévias, Familiares e Hábitos de Vida				
	Patologias Progressas		Patologias Familiares	
	N	%	N	%
Hipertensão	26	26	22	22
Diabetes	9	9	16	16
Acidente vascular cerebral	0	0	15	15
Doenças cardiovasculares	7	7	17	17
Doenças renais	7	7	0	0
Neoplasia	3	3	7	7
Cirurgia	10	10	0	0
Outras	28	28	10	10
	Etilismo		Tabagismo	
Em uso	15	15	9	9
Uso suspenso	13	13	12	12
Nunca	72	72	79	79

Fonte: Dados da Pesquisa, Campina Grande-PB, 2016.

Considerando que cada paciente poderia apresentar mais de uma patologia progressa (PP), assim como na história familiar, a tabela 3 expõe as patologias mais reladas entre os pacientes do setor de NF. Percebe-se a prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS),

um importante fator de risco para o AVC, também prevalente entre esse grupo, onde 26% dos homens tinham conhecimento da doença e 22% relataram casos na família. Diabetes, doença hereditária, também fator de risco para AVC e agravante de diversas doenças, aparece com 9% das PP's e 16% das patologias presentes na família (PF). 15% relataram ter familiares próximos que tiveram AVC, 7% tiveram doenças cardiovasculares e 17% às referiram como PF's.

Ao se observar os hábitos sociais (tabela 3), verifica-se que 28% faziam ou já fizeram ingestão abusiva de álcool e 21% eram ou já foram tabagistas. Pela análise da tabela 2, já mencionada, é possível notar que, quanto aos fatores de risco, 24% das PP's, 18% das PF's e 14% dos hábitos sociais constituíam comprovadamente fator de risco para as doenças aprestadas pelos pacientes avaliados.

Outros estudos corroboram com os fatores de risco para patologias progressivas encontradas, as quais HAS aparece como principal fator associado ao AVC, em seguida, doença cardíaca, hipercolesterolemia, etilismo, tabagismo e diabetes, respectivamente (MAZZOLA et al., 2006; SCALZO et al., 2010).

4.3 SETOR FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

A média de idade obtida para os pacientes do setor de respiratória foi de 59,75 anos (DP±20,26), com faixa etária de maior prevalência de 59-79 anos (47,8%). Observa-se que as patologias respiratórias podem causar impacto significativo na qualidade de vida das pessoas, uma vez que afetam suas atividades de vida diária. Este, dentre os quatro setores estudados, é o que apresenta os menores índices de pacientes com ocupação estabelecida onde, apenas 25% trabalhavam ou estudavam.

Quanto à procedência, 81,8% residiam na cidade onde recebiam tratamento. Os pacientes que permaneceram em atendimento por tempo menor ou igual a 2 semestres constituíram maior frequência em relação ao tempo de tratamento com 43,2%, menor ou igual a 1 semestre, 25%, menor ou igual a 4 semestres, 11,4%, e 6,8%, menor ou igual a 3 semestres, outros resultados somaram 13,6%. 25% ainda estavam em atendimento na época da coleta dos dados.

As fichas avaliadas não possuíam registro do motivo da saída dos pacientes que deixaram o serviço. Por se tratar de pessoas com doenças crônicas, que apresentam diferentes graus de desconforto respiratório, acredita-se que os pacientes com desconforto leve a

moderado possam ter apresentado boa evolução no quadro geral e sido orientados a continuar o tratamento em casa, com mudança nos hábitos de vida e prática de atividade física para manter o condicionamento cardiopulmonar. Enquanto que os pacientes com quadro grave, dificilmente abandonariam a fisioterapia, sendo que poderiam ter iniciado fisioterapia domiciliar ou mesmo apresentado complicações que levariam a internação hospitalar.

Tabela 4 – Caracterização da Doença Atual e Fatores de Risco Quanto aos Pacientes do Setor de FR.

Caracterização da Doença Atual e Fatores de Risco	N=44	%=100
Queixa Principal		
Dispneia	26	59,1
Dor	6	13,6
Hipersecretividade	6	13,6
Outros	6	13,7
Diagnóstico Clínico		
Doença pulmonar obstrutiva crônica	23	52,3
Cirurgia torácica	3	6,8
Neoplasia no trato respiratório	3	6,8
Pneumonia	2	4,5
Distrofias musculares	2	4,5
Outros	11	25,1
Diagnóstico Funcional		
Dispneia	21	47,7
Déficit em músculos respiratórios	10	22,7
Hipersecretividade	8	18,2
Diminuição da expansibilidade torácica	5	11,4
Fatores de Risco		
Tabagismo	27	61,4

Fonte: Dados da Pesquisa, Campina Grande-PB, 2016.

Conforme se observa na tabela 4, a queixa relatada pela maioria foi de dispneia com 59,1% dos relatos. As doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC), também em maioria, aparecem em 52,2% dos diagnósticos clínicos, em seguida estão as cirurgias torácicas e

neoplasias do aparelho respiratório, ambas com percentual de 6,8. O diagnóstico cinético funcional mais frequente foi de dispneia com 47,7%, déficit da musculatura respiratória com 22,75, aumento da secretividade brônquica com 18,2%, e diminuição da expansibilidade torácica com 11,4%.

Quanto à DPOC, segundo estudos, compreende um grupo de doenças que causam obstrução pulmonar e apresentam como principais sintomas, tosse, dispneia, diminuição da capacidade de realizar atividades físicas ou atividades cotidianas com impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes e familiares. Tem maior prevalência em homens na faixa etária entre 65 e 70 anos e está diretamente associada ao histórico de tabagismo como causa. (BASTOS et al., 2015; BORDIN et al., 2015; FARIAS; MARTINS, 2013).

Tabela 5 – Doenças Prévias, Familiares e Hábitos de Vida dos Pacientes do Setor de FR.

Doenças Prévias, Familiares e Hábitos de Vida				
	Patologias Progressas		Patologias Familiares	
	N	%	N	%
Hipertensão	13	29,5	6	13,6
Doenças respiratórias	8	18,2	9	20,5
Diabetes	5	11,4	8	18,2
Doenças cardiovasculares	5	11,4	4	9,1
Acidente vascular cerebral	4	9,1	2	4,5
Cirurgia	5	11,4	0	0
Neoplasias	0	0	4	9,1
Outras	8	18,2	1	2,3
	Etilismo		Tabagismo	
Em uso	8	18,2	6	13,6
Uso suspenso	2	4,5	24	54,6
Nunca	34	77,3	14	31,8

Fonte: Dados da Pesquisa, Campina Grande-PB, 2016.

A hipertensão arterial aparece com 29,5% e 13,6%, doenças respiratórias com 18,2% e 20,5% e diabetes com 11,4% e 18,2% das patologias progressas e familiares, respectivamente, em conformidade com tabela 5. Quanto aos hábitos sociais, 22,7% faziam ou já fizeram ingestão abusiva de álcool e 69,2% eram ou já foram tabagistas. Em se tratando de um setor

que lida com patologias respiratórias, não é incomum que o tabagismo seja fator de risco para a patologia atual em 61,4% dos casos, conforme tabela 4.

4.4 SETOR URO-GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

O setor de UGO, como os demais, presta atendimento a homens e mulheres, no entanto, saúde da mulher é mais abrangente por englobar obstetrícia, oncologia mamária e uroginecologia, enquanto para os homens os atendimentos são apenas em urologia. Dito isto, para fins didáticos e levando em consideração o objeto do estudo, todos os resultados apresentados serão direcionados apenas para o atendimento em urologia.

A média de idade obtida foi de 57,42 anos ($DP \pm 13,54$) com prevalência da faixa etária de 49-69 anos (57,2%). 64,3 % trabalhavam ou estudavam, 61,4% residiam na cidade onde recebiam tratamento e 28,6% estavam em atendimento na época da coleta dos dados. A maioria dos pacientes (57,1%) permaneceu no serviço por tempo menor ou igual a 2 semestres, 21,4%, menor ou igual a 1 semestre, 14,3%, menor ou igual a 3 semestres, e 7,1%, menor ou igual a 1 mês.

Constatou-se que 100% dos pacientes possuíam cônjuge ou companheira. Pesquisas defendem que as mulheres na função de esposas são fundamentais no processo de mobilização em promoção de atenção à saúde do homem por apresentarem cuidados em saúde e na prevenção de doenças desde cedo, cuidados que até então o homem não tem. Dessa forma, conseguem sensibilizá-los mais pela confiança e contato cotidiano. Alguns autores afirmam que os homens casados ou com convivência com uma parceira procuram mais o médico do que os solteiros (NASCIMENTO et al., 2014; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Observa-se na tabela 6 que 92,9% dos pacientes queixavam-se de incontinência urinária, enquanto apenas 7,1% tinham queixa de retenção urinária. A principal causa da incontinência é a prostatectomia, como observado em 71,4% dos diagnósticos clínicos, a outra causa menos frequente decorre de lesões medulares de origem traumática ou infecciosa com 28,6%. Portanto, o diagnóstico cinético funcional foi de incontinência urinária em 92,9% dos casos e retenção urinária em 7,1%.

A incidência do câncer de próstata é crescente, sendo o segundo tipo de câncer mais frequente em homens. A prostatectomia é uma das formas de tratamento cirúrgico para o câncer de próstata onde uma das complicações mais comuns é a incontinência urinária em

consequência de lesões esfínterianas. A idade em que o paciente submete-se às cirurgias também é importante para o prognóstico de sua recuperação. O risco de complicações miccionais é proporcional à elevação da idade, sendo a incontinência urinária pós prostatectomia mais frequente na população aposentada entre os 60 e 70 anos de idade (BRASIL, 2012; BRITO et al., 2015; DAMIÃO et al., 2015; PINHEIRO; CABRAL-ARAÚJO; BARBOSA, 2015; SANTOS et al., 2015).

Tabela 6 – Caracterização da Doença Atual Quanto aos Pacientes do Setor de UGO.

Caracterização da Doença Atual	N=14	%=100
Queixa Principal		
Incontinência urinária	13	92,9
Retenção urinária	1	7,1
Diagnóstico Clínico		
Incontinência urinária pós prostatectomia	10	71,4
Afecções da medula	4	28,6
Diagnóstico Funcional		
Incontinência urinária	13	92,9
Retenção urinária	1	7,1

Fonte: Dados da Pesquisa, Campina Grande-PB, 2016.

Quanto às lesões medulares, aponta-se que podem ser traumáticas ou infecciosas, e afetam majoritariamente homens jovens com idade entre 25 e 35 anos. Além das ocorrências motoras e sensitivas, é comum perda ou diminuição do controle esfínteriano e vesical causando retenção ou incontinência urinária (ASSIS; FARO, 2011; FRANÇA et al., 2013; SCHOELLER et al., 2012).

A média de idade obtida nesta pesquisa não apresentou confirmação na literatura, possivelmente, por conter dois grupos de paciente de epidemiologias distintas e faixas etárias distantes. Com exceção dos casos de lesão medular, nos quais os pacientes apresentam paraplegia. O principal fator que pode acarretar o afastamento dos indivíduos deste setor de suas atividades profissionais é o constrangimento social diante do quadro de incapacidade de conter suas funções esfínterianas.

Observa-se no setor de UGO que 38,6% dos pacientes não são da cidade onde está situada a clínica. Diferente dos setores relatados anteriormente, estes pacientes possuem maior

independência funcional, porém suas disfunções podem incomodar bastante pela reclusão social que causam. Dessa forma eles possuem estímulo e independência para buscar tratamento mesmo fora de sua cidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os homens apresentam maior comportamento de risco, não só pelo fato de não apresentarem atitudes preventivas. Eles também se expõem mais a agentes causadores de doenças, seja pela dedicação excessiva ao trabalho, pela disposição a estarem mais envolvidos em acidentes de trânsito, ou até mesmo nos próprios hábitos de vida, onde alcoolismo e tabagismo estão frequentemente associados ao processo patológico presente.

Apesar do reconhecimento da importância que tem a atenção básica, cabe destacar que essa visão de assistência aos homens pautada na prevenção e no incentivo à busca neste nível de atenção à saúde ainda é relativamente recente; com isso, o conhecimento e a aderência masculina, embora tenham aumentado, ainda são insatisfatórios e os índices de morbidade continuam altos.

O distanciamento dos serviços voltados à promoção de saúde e prevenção de doenças leva ao agravamento de quadros que poderiam ser evitados ou facilmente revertidos se tratados de início, tornando o tratamento posterior mais complicado, dificultoso e com menor eficácia e conseqüentemente, com menor adesão. Como resultado, observa-se um número significativo de usuários do serviço de saúde adentrarem-no através de níveis mais elevados de atenção, como é o caso dos serviços de reabilitação fisioterapêutica, onde além das causas primárias e das doenças já instaladas, os indivíduos também possuem alterações cinéticas e da funcionalidade.

Visto que a aderência masculina às políticas de prevenção, embora tenha melhorado, ainda não satisfaz as necessidades deste público, torna-se imprescindível conhecer os processos patológicos que os atingem para traçar medidas de tratamento eficientes, resolutivas, e em especial, voltadas a singularidade desta parcela populacional.

Com base nos resultados obtidos, conclui-se que no atendimento em fisioterapia no nível da atenção secundária, os homens ainda representam uma minoria na busca por cuidados, sendo que a maior frequência é atribuída às doenças osteoarticulares, no entanto as doenças neurológicas e respiratórias são as mais incapacitantes.

Um dado importante na avaliação tanto da efetividade do tratamento, quanto da aderência e comprometimento dos indivíduos com sua saúde, é obtido pelos registros do motivo da saída dos pacientes, se por alta fisioterapêutica, desistência, ou outras causas. Portanto, aponta-se a conveniência que se tenha nota nos prontuários acerca desse fator.

Nesta pesquisa, não foi possível estabelecer correlações diretas dos dados encontrados com a literatura, denotando uma carência de estudos epidemiológicos com delimitações por área de atuação. Também não foram encontrados estudos que relacionassem saúde do homem à fisioterapia.

Por fim, sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas na área de saúde do homem, contemplando não apenas a participação destes quanto à medidas preventivas, mas que também averiguem como a falta de cuidados pode afetar sua saúde, visto a necessidade de descobrir como atingi-los para mudar a realidade atual.

KINETIC FUNCTIONAL HEALTH OF MAN: PROFILE OF USER IN A CLINICAL SCHOOL OF PHYSICAL THERAPY

ABSTRACT

The Ministry of Health prioritizes the primary health care services as a front door of SUS. However, in relation to the male population it shows a low participation of men in these services who generally search health assistance when the disease is already installed. Therefore, this study aimed to describe the sociodemographic profile and kinetic functional health conditions of male population of a clinical school of Physical Therapy. This is a documentary research; descriptive, retrospective with quantitative approach, based on evaluate files used in the clinical school of physical therapy of State University of Paraíba, from January 2010 to December 2014. This study was approved by Ethics and Research of State University of Paraíba, under the number: 43737515.0.0000.5187. The final sample was composed by 356 men, corresponding to 24,8% of attendances performed at practice between the limited period. The greatest demand was the traumatology and orthopedics sector, 55% of patients, which prevailed fractures and range of motion limitations, followed by neurofunctional sector, 28,1%, with a prevalence of stroke and hemiparesis or hemiplegia; respiratory physical therapy, 12.3% with chronic obstructive pulmonary disease and dyspnea are more frequent; and uroginecology, with 4% of the sample, related mainly with prostatectomy and urinary incontinence. The study concludes that even in secondary care, men still represent a minority in the search for treatment and that most frequency is attributed to osteoarticular diseases. However, neurological and respiratory diseases are the most incapacitating.

Keywords: 1. Men's Health. 2.Morbidities. 3. Kinetic Functional Evaluation. 4. Physical therapy.

REFERÊNCIAS

- ABDON, A. P. BV. et al. Os efeitos da bola suíça nos pacientes portadores de hemiplegia por acidente vascular cerebral. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 21(4):233-239, 2008.
- AGUIAR, C. G. et al. Interferências socioculturais e institucionais no acesso do homem aos serviços de atenção primária à saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, 12(1):381-390, 2014.
- 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**, 3(2):554-563, 2010.
- ALMEIDA, A. et al. Tabagismo e sua relação com dados sociais, uso de álcool, café e prática de esportes, em estudantes da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS), Pouso Alegre, MG – Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais**, 21(2):168-173, 2011.
- ALVES et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicologia: Teoria e Prática**, 13(3):152-166, 2013.
- ANDRADE, S. M.; JORGE, M. H. P. M. Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil. Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, 34(2):149-56, 2000.
- AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista Saúde Pública**, 40:121-32, 2006.
- ARCÊNCIO, L. et al. Cuidados pré e pós-operatórios em cirurgia cardiotorácica: uma abordagem fisioterapêutica. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, 23(3):400-410, 2008.
- ASSIS, G. M.; FARO, A. C. M. Autocateterismo vesical intermitente na lesão medular **Revista Escola de Enfermagem USP**, 45(1):289-93, 2011.
- BASTOS, H. N. et al. Influência da distribuição do enfisema nos parâmetros de função pulmonar em pacientes com DPOC. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 41(6):489-495, 2015.
- BISPO JÚNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15(1):1627-1636, 2010.
- BORDIN, D. F. et al. Correlação entre obstrução arterial periférica e obstrução de vias aéreas em portadores de DPOC não reabilitados. **Revista Jovens Pesquisadores**, 5(3): 27-37, 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3º EDIÇÃO. Brasília, 2011.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência e saúde coletiva**, 10(1):97-104, 2005.

BRITO, R. S.; SANTOS, D. L. A.; MACIEL, P. S. O. Olhar masculino acerca do atendimento na estratégia saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Fortaleza**, 11(4):135-142, 2010.

BRITO, S. L. et al. O exame preventivo de câncer de próstata: informação e opinião da população masculina de Nova Xavantina-MT. **Interdisciplinar: Revista Eletrônica da UNIVAR**, 13(2):210-215, 2015.

CARVALHO, F. P. B. et al. Conhecimento acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na estratégia de saúde da família. **Revista APS**, 16(4):386-392, 2013.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 14(33):257-70, 2010.

CUSTÓDIO, N. R. O. et al. Lesão medular no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER- GO). **COLUNA/COLUMNNA**, 8(3):265-268, 2009.

DA SILVA, P. L. N. et al. A Política de Atenção à Saúde do Homem no Brasil e os desafios da sua implantação: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, (32):414-443, 2013.

DAMIÃO, R. et al. Câncer de próstata. **Revista HUPE**, 14(1):80-86, 2015.

DUARTE, S. J. H.; OLIVEIRA, J. R.; SOUZA, R. R. A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, 3(1):520-530, 2012.

DUTRA, D. G. et al. SAÚDE DO HOMEM: Uma visão sociocultural sobre a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. **In: III Seminário de Pesquisas e TCC da FUG no semestre**, 2012.

FARIAS, G.; MARTINS, R. Qualidade de vida da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Millenium**, 45: 195-209, 2013.

FERREIRA, M. C. Desafios da política de atenção à saúde do homem: análise das barreiras enfrentadas para sua consolidação. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, 4(01):1833 – 1847, 2013.

FIGUEIREDO, W. S. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10(1):105-9, 2005.

FONTES, W. D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta paulista de enfermagem**, 24(3):430-433, 2011.

FRANÇA, I. S. X. et al. Qualidade de vida em pacientes com lesão medular. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 4(1):155-163, 2013.

FREITAS, E. A. M.; MENDES, I. D.; OLIVEIRA, L. C. M. Ingestão alcoólica em vítimas de causas externas atendidas em um hospital geral universitário. **Revista de Saúde Pública**, 42(5):813-21, 2008.

FRÉZ, A. R.; NOBRE M. I. R. S. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. **Fisioterapia e Movimento**, 24(3):419-28, 2011.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. 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**, 23(3):565-574, 2007.

GOMES, R et al. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. **Ciência e saúde coletiva**, 16(11):4513-21, 2011a.

GOMES, R. et al. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados Brasileiros. **Physis**, 21(1):113-28, 2011b.

GUIMARÃES, G. A. A. et al. Cirrose alcoólica. **Revista Faculdade Montes Belos**, 7(2):1-9, 2014.

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

MALTA, D. C. et al. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 36(1):75-83, 2010.

MAZZOLA, D. et al. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da Universidade de Passo Fundo. **RBPS**, 20(1):22-27, 2007.

MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, J. M.; WANG, Y. P. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 - 2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 27(2):131-134, 2005.

MENDES, A. N.; MARQUES, R. M. O papel e as consequências dos incentivos como estratégia de financiamento das ações de saúde. In: **Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde; Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília, 2003.

MENDONÇA, V. S.; ANDRADE, N. A. A política nacional de saúde do homem: necessidade ou ilusão? **Revista Psicologia e Política**, 10(20):215:26, 2010.

MENEGAZZO, I. R.; PEREIRA, M. R.; VILLALBA, J. P.; Levantamento epidemiológico de

doenças relacionadas à fisioterapia em uma Unidade Básica de Saúde do município de Campinas. **Jounal Health Sci Institut**, 28(4):348-5, 2010.

NASCIMENTO, L. V. et al. Estudo de avaliabilidade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde ao Homem do Município de Sobral, Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 38(1):95-114, 2014.

NUNES, G. B. L.; BARRADA, L. P.; LANDIM, A. R. E. P. Conceitos e práticas dos enfermeiros da estratégia saúde da família: saúde do homem. **Revista Baiana de Enfermagem**, 27(1):13-20, 2013.

PASCHOAL, I. A.; VILLALBA, W. O.; PEREIRA, M. C. Insuficiência respiratória crônica nas doenças neuromusculares: diagnóstico e tratamento. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 33(1):81-92, 2007.

PINHEIRO, J. T. G.; CABRAL-ARAÚJO, M. C. A.; BARBOSA, H. A. Perfil dos homens participantes do ensaio comunitário sobre prevenção do câncer de próstata. **Revista Bionorte**, 4(1):35-49, 2015.

PINTO, M.; UGÁ, M. A. D. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 26(6):1234-1245, 2010.

RAMOS, F. A. B. et al. Avaliação da força muscular respiratória e do peak flow em pacientes com distrofia muscular do tipo Duchenne submetidos à ventilação não invasiva e à hidroterapia. **Pulmão**, 17(2-4):81-86, 2008.

RENAULT, J. A.; COSTA-VAL, R.; ROSSETTI, M. B. Fisioterapia respiratória na disfunção pulmonar pós-cirurgia cardíaca. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, 23(4):562-569, 2008.

SANTOS, J. L. G. et al. Acidentes e Violências: caracterização dos Atendimentos no pronto-socorro de um hospital universitário. **Saúde e Sociedade**, 17(3):211-218, 2008a.

SANTOS, A. M. R et al. Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto atendidas em um serviço público de emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, 24(8):1927-1938, 2008b.

SANTOS, D. R. F. et al. Atividades de enfermagem ao paciente prostatectomizado. **Revista de enfermagem**, 23(4):513-9, 2015.

SCALZO, P. L. et al. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. **Revista Neurociências**, 18(2):139-144, 2010.

SCHOELLER, S. D. et al. Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. **Revista eletrônica de enfermagem**, 14(1):95-103, 2012.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10(1), 2005.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, 26(5):961-70, 2010.

SILVA, D. M. et al. Acessibilidade do homem aos serviços da atenção básica: uma aproximação com a bioética da proteção. **Cogitare Enfermagem**, 18(3):573-8, 2013.

SILVA, D. R.; GAZZANA, M. B.; KNORST, M. M. Valor dos achados clínicos e da avaliação funcional pulmonar pré-operatórios como preditores das complicações pulmonares pós-operatórias. **Revista da Associação de Médica Brasileira**, 56(5):551-7, 2010.

SOUZA, M. F. M. et al. Análise descritiva e de tendência de acidentes de transporte terrestre para políticas sociais no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 16(1):33 – 44, 2007.

VALENTIM, O.; SANTOS, C.; PAIS-RIBEIRO, J. Vulnerabilidade ao stress em pessoas com alcoolismo. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, 2014.

WÜNSCH FILHO, F. et al. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 13(2):175-87, 2010.