



ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM BRASILEIRO: TRANSPONDO BARREIRAS INSTITUCIONAIS E SÓCIO-CULTURAIS

Eduardo Schwarz ¹

O que leva os homens a não procurarem os serviços de saúde?

O ser homem, assim como o ser mulher é constituído tanto a partir do masculino como do feminino. Masculino e feminino são modelos culturais de gênero que convivem no imaginário dos homens e das mulheres.

As pesquisas qualitativas apontam várias razões, mas, de um modo geral, podemos agrupar as causas da baixa adesão dos homens aos cuidados de saúde em dois grupos principais de determinantes: barreiras sócio-culturais e institucionais. (Gomes, 2003; Keijzer, 2003; Schraiber et all, 2000). A compreensão dessas barreiras é importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção.

Grande parte da não-adesão aos cuidados de saúde, por parte do homem, decorre, sobretudo das variáveis socioculturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (Keijzer, 2003; Schraiber et all, 2000; Sabo, 2002; Bozon, 2004). A isto se acresce o fato de que o indivíduo tem medo que o médico descubra que algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade.

Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Além disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso.

Uma questão apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está ligada a sua posição de provedor. Alegam que o horário do funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho. Ainda que isso possa se constituir, em muitos casos, uma barreira importante, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias sócio-econômicas, faz hoje parte

¹ Psicólogo Clínico/UnB e Consultor da Área Técnica de Saúde do Homem/MS. eduardo.chakora@saude.gov.br



da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde (Gomes et all, 2007; Kalckmann et all, 2005; Schraiber, 2005).

Ainda que o conceito de masculinidade venha sendo atualmente contestado e tenha perdido seu rigor original na dinâmica do processo cultural (Welzer-Lang,2001), a concepção ainda prevalente de uma masculinidade hegemônica é o eixo estruturante pela não procura aos serviços de saúde. Em nossa sociedade, o “cuidado” é papel considerado como sendo feminino e as mulheres são educadas, desde muito cedo, para desempenhar e se responsabilizar por este papel (Welzer- Lang, 2004; Lyra-da-Fonseca et all, 2003; Tellería, 2003; Hardy e Jimenez, 2000;Medrado et all, 2005).

O Sistema Único de Saúde tem um grande desafio que é o de transpor as barreiras institucionais e sócio-culturais que, entre outras coisas, faz com que os homens não procurem ou tenham dificuldade no acesso ao sistema de saúde o que aumenta a morbimortalidade da população masculina no Brasil, por diversas causas distintas.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída por meio da Portaria GM N°1944, de 18 de agosto de 2009 - resultado do processo participativo que envolveu Sociedades Médicas (Urologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Pneumologia, Saúde da Família e Comunidade), universidades, profissionais de saúde, pesquisadores, entidades civis organizadas, Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) - traz como proposição fundamental qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção.

Na formulação da Política optou-se, além da consideração dos determinantes sociais de saúde, pela identificação das principais enfermidades e agravos à saúde do homem, buscando delinear caminhos que incentivem a procura pelos serviços atenção primária, antes que os agravos requeiram atenção especializada.

Para isso, é fundamental que a PNAISH considere a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. As masculinidades são construídas histórica e sócio-culturalmente, como um processo em permanente transformação. Esta consideração é fundamental para a promoção da equidade na atenção a essa população, pois considera as diferenças de idade, condição sócio-econômica, étnico-racial, por local de moradia urbano ou rural, pela situação carcerária, pela deficiência física e/ou mental e pelas orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas.

A PNAISH, portanto, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade, explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade vigente



comprometem o acesso à atenção integral, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população à situações de violência e de risco para a saúde.

Estratégia Saúde da Família (ESF)

A 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. Estas 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 desta 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.

A ESF é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos (Figura I) A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família. (Barreto e Bezerra, 2007).

Equipes de Saúde

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.



Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 2 mil e quinhentas a 4 mil pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

E, ainda: por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos- famílias- comunidade.

Agentes Comunitários de Saúde

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é hoje considerado parte da Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família. No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. Atualmente, encontram - se em atividade no país 235 mil ACS, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados.

Ainda dentro do contexto de proximidade, os ACS são os elos estratégicos fundamentais, por representarem o vínculo da relação direta e efetiva que se estabelece entre as famílias e a Unidade de Saúde. São eles que, na prática, identificam as necessidades, estabelecem as prioridades e detectam casos de risco nos domicílios, geradores da intervenção pela equipe de saúde.

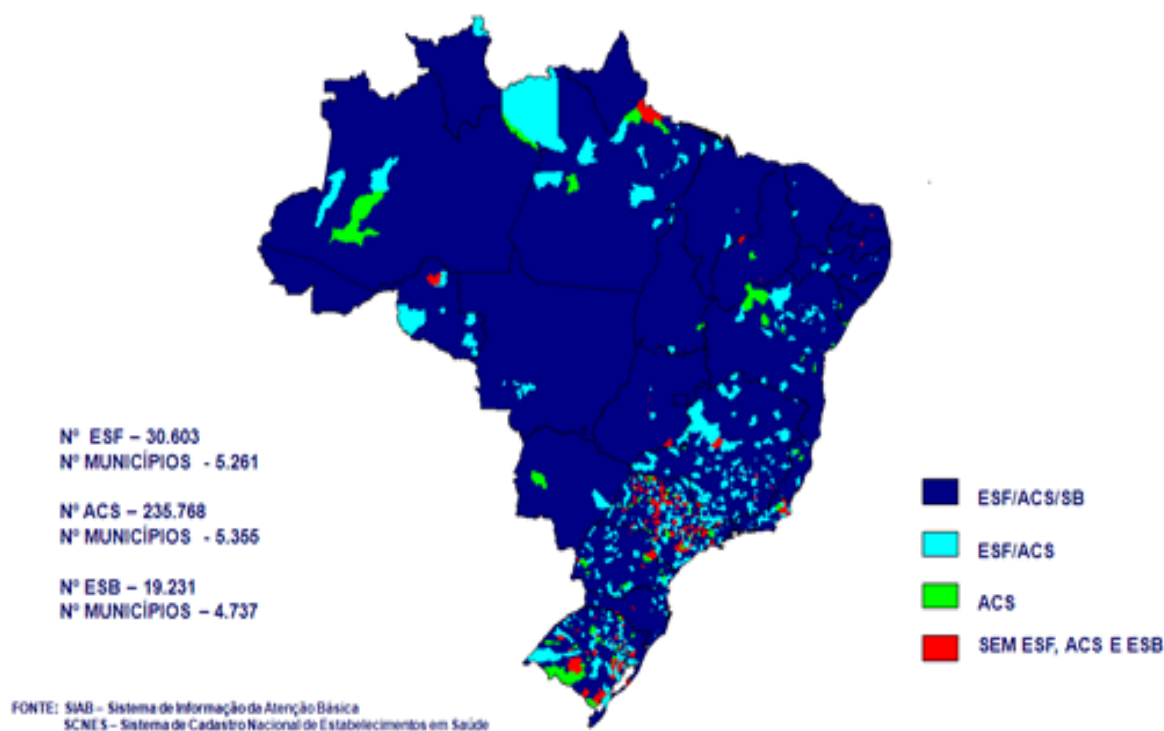
O ACS é, antes de tudo, uma pessoa da comunidade, que se identifica com sua cultura, costumes, linguagem, problemas e necessidades. O atendimento ao paciente é prestado na unidade



básica de saúde (postos de saúde), ou nos domicílios, por uma equipe multidisciplinar composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS).

Novos padrões de relacionamento estão sendo criados baseados na territorialização, no vínculo, na participação popular no controle social. Esta proximidade do atendimento permitiu que fossem criados vínculos de co-responsabilidade entre o Serviço de Saúde e a Comunidade e facilitou a identificação e a resolução dos seus problemas de saúde.

Figura I - Situação de Implantação de ESF, ACS e ESB – Brasil, Fevereiro de 2010



Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família: Desafios e Possibilidades

Em consonância com as diretrizes da PNAISH, a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, desde 2006 respaldada pela Política Nacional de Atenção Básica, tem as equipes de Saúde da Família como principais atores da reorganização do sistema de saúde. Por isso, a PNAISH tem principalmente a APS e estas equipes de saúde como foco de transformação.

Desafios Institucionais



As barreiras institucionais devem ser as primeiras a serem trabalhadas. Assim, prover acesso através da APS e fazer com que os homens criem vínculo com o serviço e com os profissionais de saúde devem ser prioridade no processo de implementação da PNAISH. Para tanto, também as equipes de Saúde da Família e tradicionais devem estar preparadas para atender esta população, suas especificidades e suas vulnerabilidades. Logo, faz-se necessário a inclusão da população masculina no diagnóstico situacional da região atendida por estas equipes.

A partir do diagnóstico situacional, a APS conseguir-se-á organizar o processo de trabalho das equipes de saúde da Família e construir uma linha de cuidado e protocolos de assistência de acordo com as necessidades locais.

Como desafios institucionais para expandir e qualificar a saúde masculina no contexto da APS/ESF, destacam-se:

- 1- Organizar uma rede de atenção à saúde que garanta uma linha de cuidados integrais, com a ESF como porta de entrada;
- 2- Apoiar ações e atividades de promoção de saúde para facilitar o acesso da população aos serviços de saúde e a longitudinalidade da assistência;
- 3- Qualificar profissionais de saúde e os ACS para o atendimento dos homens;
- 4- Elaboração de protocolos assistenciais integrados (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação) dirigidos aos problemas mais frequentes do estado de saúde da população masculina, com indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, flexíveis em função dos contextos estaduais, municipais e locais;
- 5- Revisão dos processos de formação e educação em saúde com ênfase na educação permanente das equipes, coordenações e gestores em conteúdos voltados especificamente para a saúde masculina;
- 6- Institucionalização de processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde voltadas a esse segmento da população;
- 7- Ações articuladas com as instituições formadoras para promover mudanças na graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde, de modo a responder aos desafios singulares oriundos da atenção a esse segmento populacional, incluindo aí a articulação com os demais níveis de atenção;
- 8- Apoiar e estimular a participação da comunidade e o desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins relacionados às ações de saúde voltadas para a população masculina;e,



9 - Abordar os fatores comuns de risco e a realização de ações multidisciplinares em educação, informação e comunicação que contemplem também a participação da comunidade e a valorização da APS/ESF no intuito de que ambas juntas possam mobilizar e facilitar uma atmosfera de maior autonomia e co-responsabilização por parte da população masculina usuária dos serviços.

Desafios Sócio-Culturais

Sabe-se que as barreiras sócio-culturais são o grande desafio a ser focado, agora e nas próximas décadas. Desafio esse que requer um olhar crítico sobre a produção de sentidos e análises do imaginário simbólico masculino como aspectos constituintes importantes na recriação das possibilidades de novas perspectivas relacionais de gênero (sistema de crenças, valores e atitudes).

O debate acerca da influência dos modelos de masculinidade nas condutas dos homens destacando que o homem quando influenciado pelas idéias hegemônicas de que deve ser forte, invencível e dominador – pode não só colocar em risco sua saúde como a de outro, devem ser amplamente difundidos e internalizados pelos profissionais de saúde e ACS em suas dimensões biológicas, simbólicas, socioeconômicas e religiosas para que possamos todos construir o inédito viável: masculinidades que nutram e possam gerar vida e não lesá-la e destruí-la.

Como desafio sócio-culturais na APS/ESF, ressaltam-se:

- 1- Implantar uma cultura humanizada na APS/ESF no que diz respeito aos conteúdos pertinentes à saúde do homem com ênfase na perspectiva de gênero - e não apenas na atenção aos possíveis agravos epidemiológicos da morbimortalidade masculina - para que se percebam os aspectos culturais que comprometem sua saúde, permitindo a atuação das equipes da saúde da família realmente dentro da lógica da integralidade;
- 2- Contínua revisão e análise por parte das equipes de saúde da família dos processos de trabalho sobre esse conteúdos de modo que, questões envolvendo, por exemplo, relações de poder impostas pelo machismo e/ou preconceitos da própria equipe possam ser trabalhados pelos profissionais de saúde na supervisão;
- 3- Atuar considerando a diversidade, as potencialidade e fragilidades do território em que vive e como vive a população masculina, incluindo uma escuta sensível e qualificada por parte dos profissionais de saúde da família e dos ACS de modo se saiba que homem é esse, da onde ele vem, o que ele faz, quais são seus hábitos, seu estilo de vida, sua rede de relações e suas preferências, entre outras coisas, para poder prescrever juntos o que for melhor para sua saúde;



- 4- Estudar a viabilidade da criação de grupos focais na APS/ESF para trabalhar as questões relacionadas à saúde sexual, ao planejamento reprodutivo e paternidade, compartilhamento aos cuidados da saúde familiar, entre outros temas pertinentes;
- 5- Promover a Educação Permanente sobre o cuidado Integral da Saúde do Homem.

O desafio de transpor essas barreiras institucionais e sócio-culturais não são lineares, possuem suas próprias contradições inerentes a si mesmas e ao próprio SUS – maior política de inclusão social do Brasil. Contudo, oferece a possibilidade concreta da saúde pública se comprometer com o que poderia ser chamado de uma “refundação das masculinidades” – onde a reflexão permanente dos homens enquanto sujeitos de direitos, capazes de desenvolver uma construção própria de masculinidades saudáveis com suas próprias demandas, necessidades e reconhecimento de limites possa ser internalizada; onde novas relações possam ser reconstruídas sem relações hierárquicas de submissão; e onde renovados processos de socialização e educação dos homens visando a solidariedade, a compreensão, o companheirismo e o cuidado com a sua própria saúde e a dos outros possa de fato ocupar espaço e se tornar uma realidade no cotidiano dos serviços de saúde e no imaginário simbólico de cada um de nós.

Bibliografia

- ANDRADE, BARRETO e BEZERRA. Atenção Primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, Gastão W.; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; JÚNIOR, Marcos Drumond; CARVALHO, Yara Maria de. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo- Rio de Janeiro: Editora HUCITEC, 2007.
- COURTENAY WH. *Constructions of Masculinity and their Influence on Men's well-being: a theory of gender and health*. Soc Sci Med. 2000, 50:1385-401.
- FIGUEIREDO W. *Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária*. Ciências Saúde Coletiva, 2005, 10:105-9.
- GOMES R. *Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão*. Ciência Saúde Coletiva, 2003, 8:825-9.
- GOMES R, NASCIMENTO EF, ARAÚJO FC. *Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior*. Cad. Saúde Pública, vol.23, nº 3, Rio de Janeiro, Março 2007.
- GOMES, R & NASCIMENTO, EF do. *A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (5): 901-911, Maio, 2006.



HARDY E, JIMÉNEZ AL. Masculinidad y género. In: Briceño-León R, Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, editors. *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p. 349-59.

KALCKMANN S, BATISTA LE, SOUZA LCF. Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual. In: Adorno R, Alvarenga A, Vasconcelos MP, organizadores. *Jovens, trajetória, masculinidades e direitos*. São Paulo: Edusp, 2005. p. 199-217.

KEIJZER B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, editors. *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003. p. 137-52.

LAURENTI R, MELLO-JORGE MHP, GOTLIEB SLD. *Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina*. *Ciência Saúde Coletiva*, 2005, 10:35-46.

LUCK M, BAMFORD M, WILLIAMSON P. *Men's health: perspectives, diversity and paradox*. London: Blackwell Sciences, 2000.

LYRA-DA-FONSECA JLC, LEÃO LS, LIMA DC, TARGINO P, CRISÓSTOMO A, SANTOS B. Homens e cuidado: uma outra família? In: Acosta AR, Vitale MA, organizadores. *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003. p. 79-91.

MEDRADO B, LYRA-DA-FONSECA JLC, LEÃO LS, LIMA DC, SANTOS B. Homens jovens no contexto do cuidado: leituras a partir da paternidade na adolescência. In: Adorno R, Alvarenga A, Vasconcelos MP, organizadores. *Jovens, trajetória, masculinidades e direitos*. São Paulo: Edusp, 2005. p. 241-64.

PINHEIRO RS, VIACAVA F, TRAVASSOS C, BRITO AS. *Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil*. *Ciência Saúde Coletiva*, 2002; 7:687-7070).

SABO D. O estudo crítico das masculinidades. In: Adelman M, Silvestrin CB, organizadores. *Coletânea gênero plural*. Curitiba: Editora UFPR, 2002. p. 33-46.

SCHRAIBER LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. *Gênero e saúde*: SCHRAIBER LB, GOMES R, COUTO MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1): 7-17, 2005.

WELZER-LANG D. *A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia*. *Revista Estudos Feministas*, 2001, 2:460-82.

WELZER-LANG D. *Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo*. In: Schpun MR, organizador. *Masculinidades*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004. p. 107-28.