

La atención de la salud de la población masculina en los tiempos de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de los hombres: lo que ellos hablan

The health care of the male population in times National Policy for Integral Attention to Men's Health: what they say

O cuidado à saúde da população masculina em tempos de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: o que eles falam

Maria Elizabete Rodrigues Viana¹; Laís de Miranda Crispim Costa²; Regina Maria dos Santos³; Danielly Santos dos Anjos⁴

¹Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL.

²Enfermeira. Enfermeira, mestre em enfermagem, professora da assistente da Escola de Enfermagem e Farmácia - ESENFAR da Universidade Federal de Alagoas - UFAL, doutoranda do Programa de Pós-graduação e Pesquisa da Escola Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

³Enfermeira, pós-doutora em enfermagem, professora associada da ESENFAR.

⁴Enfermeira, mestre em enfermagem, professora auxiliar da ESENFAR.

Cómo citar este artículo en edición digital: Rodrigues Viana, M^a. E., Crispim Costa, L. M., dos Santos, R.M^a. y dos Anjos, D.S. (2015). O cuidado à saúde da população masculina em tempos de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: o que eles falam. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 19, 41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.16>

Correspondência: Maria Elizabete Rodrigues Viana. Av. Rosalvo Borges da Silva N° 13, Santos Dumont, Maceió- AL, CEP:57075-260. Tel: (82) 87374783

Correo electrónico: beterviana@gmail.com

Recibido: 13/11/2014; Aceptado: 22/02/2015



ABSTRACT

This study aimed to analyze the relationship of man with their health care. Even though there are advances in healthcare, many men have the idea that the Basic Health Units (BHU) services are intended for women, children and elderly. This was a qualitative study, an exploratory / descriptive, as subjects had 20

men enrolled in BHU, whose testimonies were collected through a semi-structured interview, and all recorded and transcribed for later analysis and interpretation. The results showed that the culture historically established that man is to be strong and that therefore any sign of illness or even a behavior with your health care demonstrates his vulnerability, only contributes to making ill-health; the everyday life of being male influence in weakening or removal of the men on questions of self-care and the search for health services; and that all men surveyed are unaware of the National Policy for Integral Attention to Men's Health. The study contributes to reflections about the Family Health Strategy forward to planning actions to improve the health care of the man.

Keywords: Men's health. Policy. Nursing. Primary Care

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar la relación del hombre con su atención médica. A pesar de que hay avances en la asistencia sanitaria, muchos hombres tienen la idea de que los servicios de Unidades Básicas de Salud (UBS) están destinados a las mujeres, niños y ancianos. Este fue un estudio cualitativo, exploratorio / descriptivo, ya que los sujetos tenían 20 hombres inscritos en UBS, cuyos testimonios fueron recogidos a través de una entrevista semi-estructurada, y todas grabadas y transcritas para su posterior análisis e interpretación. Los resultados mostraron que la cultura establecida históricamente que el hombre es ser fuerte y que, por tanto, cualquier signo de enfermedad o incluso un comportamiento con el cuidado de la salud demuestra su vulnerabilidad, sólo contribuye a hacer de la mala salud; la vida cotidiana del ser influencia masculina en el debilitamiento o la eliminación de los hombres en cuestiones de auto-cuidado y la búsqueda de servicios de salud; y que todos los hombres encuestados no son conscientes de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de los Hombres. El estudio contribuye a la reflexión sobre la Estrategia de Salud de la Familia a plazo para la planificación de acciones para mejorar la atención de la salud del hombre.

Palabras clave: Salud del Hombre. Política. Enfermería. Atención primaria.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a relação do homem com o cuidado a sua saúde. Mesmo existindo avanços na área da saúde, muitos homens têm a ideia de que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são serviços destinados para mulheres, crianças e idosos. Tratou-se de um estudo qualitativo, do tipo

exploratório/descriptivo, que teve como sujeitos 20 homens cadastrados em UBS, cujos depoimentos foram colhidos através de uma entrevista semi-estruturada, sendo todas gravadas e transcritas, para posterior análise e interpretação. Os resultados mostraram que a cultura instituída historicamente de que o homem é um ser forte e que, portanto, qualquer sinal de adoecimento ou mesmo de um comportamento de cuidado com sua saúde demonstre sua vulnerabilidade, apenas contribui para tornar a sua saúde fraca; que a vida cotidiana do ser masculino influencia na fragilização ou afastamento dos homens nas questões de autocuidado e na busca pelos serviços de saúde; e, que todos os homens entrevistados desconhecem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. O estudo contribui para reflexões acerca da Estratégia de Saúde da Família frente ao planejamento de ações que melhorem a assistência à saúde do homem.

Palavras-chave: Saúde do homem. Política. Enfermagem. Atenção primária.

INTRODUÇÃO

Enquanto mecanismo para a prevenção e promoção da saúde e qualidade de vida, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se constitui numa das principais vias para a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no Brasil, atuando no nível da atenção primária à saúde, de forma a buscar o seu alvo para implementar ações que contribuam para o sucesso no alcance das suas metas, onde o enfermeiro é peça fundamental para que essas ações sejam implementadas satisfatoriamente, uma vez que exerce o papel de promotor da saúde, atuando na atenção prestada nas Unidade de Saúde da Família (USF) por meio do contato direto com a po-

pulação durante as consultas, palestras, atividades educativas em semanas comemorativas, visitas domiciliares, busca ativa de pacientes e também enquanto líder da equipe multiprofissional (Aguiar, Almeida, 2012)

Apesar dos avanços, muitas pessoas ainda acreditam na ideia de que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são serviços destinados para mulheres, crianças e idosos, tendo em vista que a presença masculina não é constante e, quando acontece é em número bem mais reduzido. Por isso, essa ausência dos homens nesses serviços é associada a uma característica da identidade masculina relacionada ao seu processo de socialização (Rodrigues, Ribeiro, 2012).

Silva, S. et al. (2012) relata que há uma exigência, socialmente construída, de que o homem seja física e psicologicamente forte, resultando em uma figura que rejeita cuidar de si, adiando ou negando tratamentos preventivos e de promoção e de proteção da saúde. Neste sentido, verifica-se que o processo de adoecimento torna-se de difícil aceitação e, embora se possa até reconhecer a importância da prevenção para a saúde em geral, não há a adoção na prática de tais comportamentos, nem tampouco há a busca, para fins preventivos, dos serviços de saúde, o que determina que riscos e doenças, quando existentes, sejam de difícil detecção e tratamento pelos profissionais.

Os homens, de uma maneira geral, relatam alguns motivos para não procurarem os serviços de saúde, principalmente os vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: o tempo que gastam para agendar as consultas; as filas de espera; e, o atendimento em horário de trabalho. Este fatores se refletem na (in)disponibilidade dos homens a buscar os serviços de saúde. Para a maioria deles, o trabalho está



em primeiro lugar, onde a saúde só se torna uma prioridade quando começa a impossibilitar esses homens de exercer suas atividades cotidianas, sejam elas laborativas ou, muitas vezes, sexuais (Aguiar, Almeida, 2012).

E esse problema é agravado quando falam das dificuldades associadas à entrada no serviço, à falta de ações direcionadas aos homens na unidade de referência, à limitação dos horários de atendimento e à falta de preparo dos profissionais para atuar com essa problemática específica. Tais situações não favorecem a procura pelo serviço de saúde, aumentando a incidência de morbidades no público masculino (Mendonça, Andrade, 2010).

Para melhorar a assistência a PNAISH alinhada a PNAB, trás como objetivo primordial facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, fortalecendo a assistência básica no cuidado com o homem, assim como formar e qualificar os profissionais para o devido atendimento deste público. Ainda dentro desse contexto, visa ampliar o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que mais atingem a população masculina e estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde (Brasil, 2009).

Diante de todo o exposto e considerando a implantação da PNAISH em 2009 no cenário brasileiro, esse estudo teve como objetivo analisar a relação do homem usuário do serviço de Atenção Primária em Saúde (APS) com o cuidado a sua saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório descritivo que abrange a coleta e a apreciação sistemática de materiais descritivos mais sugestivos, utilizando metodologia selecionada pelo pesquisador. O método qualitativo segue uma sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da coerência interna do grupo ou do processo em estudo (Minayo, 2010).

A finalidade das pesquisas exploratórias é o aperfeiçoamento das ideias e descobertas de intuições, já as descritivas seguem no curso da descrição peculiar a um determinado grupo. A metodologia empregada é uma forma de validar o conhecimento, as quais estão diretamente vinculadas com a experiência estudada. O processo de exploração dos dados não é um acontecimento isolado, pois ainda envolve observação e análise do contexto, podendo adaptar-se a realidade estudada se existir necessidade (Leopardi, 2002).

O estudo foi realizado em comunidades atendidas pelas Unidades de Saúde da Família do 6º e 7º Distrito de Saúde da cidade de Maceió, Alagoas, Brasil. Os participantes foram vinte homens usuários do SUS. Cada um escolheu um pseudônimo para ser utilizado neste estudo. Os participantes da pesquisa atenderam aos seguintes requisitos: possuir capacidade cognitiva, estar com idade entre 25 a 59 anos e aceitar participar do estudo. Foram excluídos os que não residiam no 6º e 7º Distrito de saúde do município de Maceió e não

estavam cadastrados em uma unidade saúde. A amostra foi construída aleatoriamente onde os sujeitos foram abordados nas unidades de saúde, na rua e em suas casas e convidados a participar do estudo.

Primeiramente foi feito um pré-teste para assegurar que as questões permitiriam analisar o fenômeno em questão. Foi detectado, contudo, que o roteiro utilizado encontrava-se adequado para pesquisa. Leopardi (2002) diz que a confiabilidade da pesquisa é assegurada na detecção de erros que podem interferir no entendimento das perguntas pelo sujeito, por isso faz necessário um pré-teste.

A análise foi realizada a partir de um processo de organização dos dados produzidos. Todas as entrevistas realizadas foram transcritas na íntegra e arquivadas em documentos em Word e em seguida foi realizada a leitura exaustiva das falas dos participantes, retirando os núcleos de sentido que foram organizados em um quadro para análise do conteúdo, tendo como foco o objetivo do estudo. Esse quadro foi organizado em categorias que se condensaram à medida que o estudo prosseguiu.

Foi utilizado a Análise de Conteúdo, na modalidade análise temática, que se refere a uma técnica de pesquisa que permite tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, através da busca da interpretação cifrada do material de caráter qualitativo (Minayo, 2010).

Obedecendo as normas que regem Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas via Plataforma Brasil, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 22937213.2.0000.5013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização dos participantes do estudo chama atenção para as seguintes questões: a maioria são trabalhadores assalariados que vive em média com um salário mínimo, ocupando seu tempo com o trabalho, que exige força, e que dificulta a busca por atendimento em uma unidade de saúde. Composta por homens na faixa etária produtiva, apresentando-se da seguinte maneira: 40 % correspondiam a homens de 25- 35 anos, 30% de 36 a 45anos e também 30% de 46 a 59 anos. É importante enfatizar que os homens do estudo são os responsáveis pelo sustento de casa, pela amostra 50% declaram-se casados, 5% união estável e 45% solteiros, sendo que no momento da entrevista apenas dois, dos quais se declaravam solteiros não morava com companheira. Considerando que a escolaridade também pode influenciar no conhecimento dos homens sobre os cuidados com a saúde, convém destacar que neste estudo 35% dos participantes tem segundo grau completo, 30% primeiro grau completo, 10% fundamental completo e 25% fundamental incompleto (analfabeto funcional).

Nessa investigação, procurou-se problematizar os discursos acerca do assunto em questão. O foco deste estudo manteve-se na relação do homem sobre o cuidado com sua saúde, onde emergiram as seguintes categorias: 1) Homem forte X saúde fraca; 2) A vida cotidiana na contramão dos serviços de saúde: pai de família não pode adoecer; 3) Política? Se tem, não sei!

Homem forte X saúde fraca

Esta categoria discute o homem como um ser forte, doença como sinal de fragilidade e serviços de saúde como local dirigido aos mais fracos: crianças, mulheres e idosos. Desde cedo os meninos são estimulados a se expor a

riscos e ter domínio de seus sentimentos, não chorando em público e mostrando-se sempre preparados a dar resposta à provocação. Essa forma de socialização expõem os homens a situações de risco, situação preocupante, pois deixam de lado o cuidado com a sua saúde, que é visto como demonstração de fraqueza, coisa de mulher. Na fase adulta, essa forma de lidar com a saúde traz consequências trágicas, como demonstram os números da mortalidade e morbidade masculinas (Duarte, Oliveira, Souza, 2012).

Ainda na contemporaneidade a literatura aponta a complexidade em compreender a relação entre masculinidade e cuidado com a saúde do homem. Historicamente nossa sociedade se comporta de maneira patriarcal, onde o masculino está associado à questão de força e virilidade. Ao longo do tempo ser homem esteve relacionado com atos de coragem, atividade que exija maior esforço físico, expressão de sentimentos de choro e de medo. (Maciel, 2009). Esse aspecto é retratado na seguinte fala:

“tenho que mostrar que sou homem. Que não adoço, que estou forte”. (Nego).

Segundo Noca (2011) a ideia de masculinidade como ser forte, ter corpo resistente e ser invulnerável são percepções que podem tornar os homens mais favoráveis às doenças e/ou aos agravos da saúde, pois estimula que os mesmos se desinteressem pela adoção de hábitos preventivos. Somam-se a este fato a não procura pelos serviços de saúde, o que contribui para a invisibilidade da figura masculina nestes espaços, situação culturalmente já construída.

No estudo de Knauth, Couto, Figueiredo (2012) são atribuídas algumas características

de gênero aos homens, a partir de observações realizadas em serviços. Dentre os fatores que dificultam a busca pelos serviços destacam-se o machismo, que é associado à ideia de que “homem não adoce” e ainda aos comportamentos tidos como tipicamente masculinos. Isso se confirma com as falas de alguns entrevistados:

“Homem não adoce. Homem não chora. Tem aquela... acho que vem da criação”. (Nego).

“Procura médico quem está doente”. (Zé).

“Porque da minha parte eu não estou sentindo nada, sou uma pessoa saudável (...). Como é que eu vou procurar se eu não estou sentindo nada?”. (João).

Quanto aos motivos que dificultam a busca aos serviços de saúde apresentam-se, a vergonha em expor seu corpo a alguém desconhecido, principalmente quando se trata da região anal, como é o caso do exame do toque retal, que é importante para a prevenção de câncer de próstata (Brito, Santos, 2010). Fato também relatado pelos participantes da pesquisa:

“As vezes não é nem medo, as vezes é o homem tipo... tipo... as vezes é vergonha também”. (Gilson).

“Você vai, tá com medo de ser examinado”. (Nona).

Segundo Figueiredo (2008), a sociedade cobra dos homens um papel social que não lhes permite cuidar da saúde. A obrigação de se mostrar forte e detentor de um poder socialmente instituído contrapõem-se a qualquer possibilidade de um homem se perceber com um tipo de necessidade de saúde, pois essa expressa à ideia de fragilidade. Nesse caso os homens acabariam se sentindo como

se estivessem perdendo seu poder, o que gera neles a sensação de medo e demonstração de fraqueza.

Não é dado ao homem o direito de transparecer suas fragilidades, pois a sociedade impõe ao homem uma postura de potência e invulnerabilidade. Não é permitido ao homem chorar, se emocionar, evidenciar o medo ou a ansiedade. Dessa forma, procurar um serviço de saúde torna-se um ato de fragilidade, onde o homem não deve procurar tratamento ou prevenção de riscos a sua saúde (Silva, P. et al 2012). Medo esse evidenciado nos usuários entrevistados, confirmando o que a literatura traz:

“Medo. É medo de você... descobrir alguma doença grave(...) as vezes tenho medo de descobrir que estou com câncer”. (Nego).

“A maioria dos homens têm receio sim, tem vergonha, se tem alguma coisa, tem medo (...) principalmente o exame de próstata”. (Verde).

Para Alves et al (2011) o motivo que desencadeia a procura pela unidade de saúde ainda é o medo do câncer de próstata, o que também é relatado por outros autores, e que neste estudo mostrou que o motivo para busca pelo médico está relacionado a este problema:

“Eu venho por prevenção. No caso eu vim aqui no ano passado, eu vim aqui fazer o P.S.A”. (Bem).

“No caso pra fazer exame de próstata”. (Alves)

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2008), entre as patologias exclusivas do homem, o câncer de próstata é o alvo das políticas públicas devido as altas taxas de incidência

e mortalidade, o que faz deste câncer, o segundo mais comum entre a população masculina, sendo superado apenas pelo câncer de pele não-melanoma.

Nesse contexto, a maioria dos homens só procura os serviços de saúde quando apresenta um quadro agudo de alteração da sua saúde. Além da preocupação com o Câncer de próstata é observado que os homens procuram atendimento nas UBS com a finalidade de prevenção para as DST's. Apesar dessa procura, é perceptível em alguns diálogos o medo/receio e resistência à busca por atendimento mesmo sabendo dos riscos que correm:

“a pessoa tem que se prevenir né? Se prevenir de certas doenças, de uma série de coisas. E das doenças... as doenças transmissíveis.” (Tota).

“que pegou AIDS fora, saindo com mulher (...) ou qualquer outro tipo de doença”. (Nego).

Gomes (2003) enfatiza que muitas doenças poderiam ser evitadas, por meio de ações preventivas, mas a negação da população masculina quanto à prevenção ainda é notória, tendo em vista, alguns pensamentos conservadores e alguns hábitos de vida que não conseguem mudar:

“Nunca me preocupei assim de procurar o médico de imediato(...)”. (Brenda).

“Eu mesmo não estou fazendo nada para manter a saúde”. (Verde).

Para Maciel (2009) conseguir alcançar o público masculino com ações de prevenção e promoção à sua saúde requer mudanças que perpassam por amplas questões. Com isso deve-se entender que o trabalho das equipes transdisciplinares de saúde deveriam estar qualificadas para proporcionar consciência em

saúde, trabalhando com uma lógica de reorganização das práticas voltadas para promoção e qualidade de vida dos homens colaborando com a busca de uma sociedade comprometida com seu próprio bem-estar (Oliveira et al., 2013).

A vida cotidiana na contramão dos serviços de saúde: pai de família não pode adoecer

O estilo de vida imposto à população masculina gera estresse, sedentarismo, má alimentação e práticas de comportamento não saudáveis e de risco. O estudo de Alves et al. (2011) mostra que os homens se consideram mais acomodados/desleixados, no que se refere à procura da atenção primária, justificado também por serem o provedor da casa, cultivarem uma conduta machista de apenas cuidar da saúde em situações extremas, se depararem com mais dificuldades nos atendimentos, necessitarem agir de forma violenta, acordarem cedo, dedicarem a vida apenas para o trabalho, além de aspectos pessoais ligados a grosseria e ignorância:

“Os homens são mais relaxados (...)”. (Gilson)

“Devido ao tempo, ao trabalho de segunda a sexta-feira(...)”. (Galego).

Sobre este aspecto, outro fator importante é a dificuldade que os homens têm de comunicar no trabalho quando estão doentes, principalmente quando se trata de doença crônica. Existem relatos de homens que foram demitidos em decorrência de doença, acontecimento que favorece negativamente sob a conduta masculina quanto à busca pelos serviços de saúde e o encobrimento dos casos de dor. As atitudes dos homens se explicam tanto pelo caráter cultural quanto pelas questões de falta

de tempo de ir ao médico devido à carga horária extensa da atividade laboral (Alves et al., 2011).

Segundo Aguiar e Almeida (2012, p. 144) “para a maioria deles, o trabalho está em primeiro lugar, onde a saúde só se torna uma prioridade quando começa a impossibilitar esses homens de exercer suas atividades cotidianas, sejam elas laborativas ou, muitas vezes, sexuais”.

“Homem tem medo de perder o emprego (...).- “Então você não tem o direito de adoecer. Pai de família não tem o direito de adoecer, por conta disso”. (Nego)

“A mente do homem é mais trabalho é mais a parte financeira”. (Gilson)

Knauth, Couto e Figueiredo (2012) afirmam que um dos motivos que afasta os homens dos serviços de saúde é o receio de ser penalizado no trabalho por se ausentar para consulta médica, mesmo que recebam atestado para tal. No estudo realizado por esses pesquisadores os entrevistados sinalizam para o fato de que muitas empresas e indústrias locais só abonam a falta mediante atestado médico, o que não é fornecido pelos serviços de saúde no caso de marcação de consulta, participação de grupos, busca de medicamentos e outras atividades vinculadas à prevenção.

Outro fator importante é que ao mesmo tempo, homens que não se identificam como do grupo de risco, só procuram pelos serviços de saúde quando a doença já está instalada ou em estágio avançado. O desafio, portanto é trazer os homens aos serviços de saúde de modo que os indicadores de promoção da saúde masculina possam ser melhorados, ou seja, para que a integralidade da atenção à saúde seja alcançada englobando o público mascu-

lino como um todo (Duarte, Oliveira, Souza, 2012).

“Só venho no posto para pegar camisa(...)”. (Brenda).

“Vai em uma farmácia eles passam medicamento(...) (...) alguma coisa compra um comprimido, mas não gosta de médico(...)”. (Gilson).

Quando não reconhecemos os homens como possíveis sujeitos de cuidado, deixamos de estimulá-los às práticas de promoção e prevenção da saúde ou não reconhecemos casos em que eles demonstram tais comportamentos. Essa visão dos profissionais cria uma imagem do homem que não cuida nem de si nem de outras pessoas e, não procuram os serviços ou o fazem de formas menos rotineira, contribuindo para a invisibilidade masculina nos serviços (Couto et al., 2010).

Essa invisibilidade é decorrente de fatores socioculturais se refletem na ausência dos homens nos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS), usando a justificativa de que não tem tempo. Alegam não poder sair ou faltar o trabalho para buscar os serviços de saúde, principalmente quando se trata do SUS, alegam também perder muito tempo nas filas para agendar as consultas, demora em serem atendidos, atendimento no horário de trabalho e esses problemas seriam o reflexo na (in) disponibilidade dos homens a buscar os serviços de saúde (Aguiar, Almeida, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde a morosidade e as dificuldades que existem no atendimento são fatores que desqualificam as ações e serviços desenvolvidos pelo SUS. Aspecto também descrito na PNAISH, a qual enfoca que a baixa procura dos homens a unidade básica está nas filas, que causam a perda de um dia inteiro de trabalho e seus problemas

não são resolvidos numa única consulta (Brasil, 2008), o que se confirma nas falas abaixo:

“Chego no local de atendimento três, quatro horas da manhã (...)”. (Zé).

“Não ando [no serviço] porque às vezes é tempo que não tem (...)”. (Gilson).

De acordo com Silva et al. (2012, p. 564), fatores que influenciam nessa discussão está ligado a estruturação dos serviços de saúde, no que diz respeito a recursos humanos e materiais, tanto quantitativo como qualitativo, espaço físico adequado para acolher e atender o público masculina reforça a baixa procura dos homens pelos serviços de atenção primária. A ausência de uma metodologia assistencial leva a uma desorganização no atendimento, somando-se a carência de diversificados recursos, provoca uma queda na qualidade do atendimento, o que acaba por afastar cada vez mais o usuário.

Política? Se tem, não sei!

A PNAISH demonstra o reconhecimento dos agravos da saúde masculina como problemas de saúde pública. Essa política tem por objetivo promover ações que contribuam para a concepção da realidade singular masculina nos contextos socioculturais e político-econômicos, além de levar em consideração os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão (Brasil, 2009).

Por meio da pesquisa realizada foi possível constatar que os homens, entrevistados neste estudo, em unanimidade desconhecem a política, fato esse que deve ser avaliado buscando conhecer quais as formas de divulgação e estratégias realizadas para que os homens tomem conhecimento, artifício este, que visa



beneficiar a saúde masculina. Ao perguntar se eles conheciam alguma política de saúde voltada para o homem, as respostas foram negativas como seguem algumas abaixo:

“Não, conheço não”. (Fabinho).

“Não, não conheço não”. (Senhor 1).

“No momento nenhuma”. (Zé).

De acordo Brasil (2009) essa política vem promover melhoria nas condições de saúde da população masculina do Brasil, visando contribuir para redução da morbidade e mortalidade através dos trabalhos voltados para redução dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, contribuindo, de modo efetivo, para as ações e os serviços de assistência integral à saúde. Mesmo com essas vantagens os homens ainda desconhecem a política, como descreve a fala abaixo:

“Eu não conheço, porque não procuro direto o posto. Só procuro mesmo pra pegar medicamento...”. (Negão).

No entanto, o planejamento dessas ações é dificultado pelo fato dos usuários e profissionais ter pouca ou nenhuma familiaridade com a política. A maioria dos profissionais, como citado em estudo de Leal, Figueiredo, Silva (2012) referem nunca terem entrado em contato com qualquer documento referente

à PNAISH, e muito menos ter recebido alguma forma de capacitação, sendo esta a maior dificuldade para a implantação da PNAISH, seguida da falta de um conhecimento mínimo sobre a atenção à saúde dos homens.

Com isso, há uma necessidade de mudança de paradigmas da percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde citada pela política. A mudança precisa de tempo e de um direcionamento correto, uma vez que os homens precisam perceber que são vulneráveis às doenças e o governo deve compreender as distintas formas de masculinidades existentes (Strey, Kohn, 2012).

Nesse sentido, é possível a mudança no cuidado dos homens com a sua saúde, a partir da compreensão das formas de ser homem, e partindo desse princípio rever o modo de como eles são acolhidos nos serviços de saúde, com isso a política vem com o intuito de modificar e inseri-los como integrantes dos serviços. A forma como isso acontecerá depende não só da abertura dos homens para um cuidado maior com a sua saúde, mas também da mudança de atendimento por parte dos(as) profissionais de saúde, que devem acolher as demandas masculinas e não limitar apenas a um foco sexual e reprodutivo (Strey, Kohn, 2012).

CONCLUSÃO

Discutir o cuidado à saúde do homem em tempos de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem se configura como uma temática bem instigante. Os resultados encontrados neste estudo mostraram que a cultura instituída historicamente de que o homem é um ser forte e que, portanto, qualquer sinal de adoecimento ou mesmo de um comportamento de cuidado com sua saúde demonstra sua vulnerabilidade apenas contribui para tornar a sua saúde fraca, tal como propõe

a primeira categoria emergida: homem forte X saúde fraca. A vida cotidiana do ser masculino influencia na fragilização ou afastamento dos homens nas questões de autocuidado e na busca pelos serviços de saúde, seja pela organização destes serviços, que se não se adequam a atividade laboral da clientela masculina, seja pela própria dinâmica individual de cada um destes homens.

Por meio deste estudo também foi constatado que os homens estudados em unanimidade desconhecem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, fato que evidencia um desafio para o sistema de saúde brasileiro, desde sua esfera macro de gestão até as minúcias do dia-a-dia dos profissionais de saúde que estão nos serviços de atenção primária, com ênfase na Estratégia Saúde da Família, que tem a finalidade de reverter o modelo hegemônico de atenção à saúde, voltado para cura e reabilitação. Portanto, torna-se imprescindível o planejamento e organização do serviço para atender a esta demanda com adoção de um processo de acolhimento contínuo, onde existam ações educativas que favoreça a aderência da população masculina a atenção primária, de maneira a intervir de forma individual e coletivamente para promover saúde e prevenir agravos e doenças a partir das necessidades encontradas.

Com isso, ações deverão ser realizadas por uma equipe multiprofissional que direcione ações de promoção, prevenção, tratamento e cura dos agravos a este público, sendo estas necessárias para que contribuam na compreensão da realidade atual masculina nos seus diversos contextos: biológico, socioculturais, político-econômicos, de modo a conscientizá-los sobre os cuidados com sua saúde. Outro ponto importante é criar alternativas dentro das unidades que possam dar oportunidade a

todos os homens, para que os mesmos tenham a possibilidade de frequentar a mesma. Sobre estes aspectos, algumas sugestões podem ser citadas, como: ações de busca ativa na comunidade, atividades educativas a partir de uma abordagem diferenciada, viabilização de horários e capacitação dos profissionais com finalidade a prestar uma atenção integral para toda família, e principalmente para o homem.

Portanto, esse estudo pode contribuir na discussão das barreiras e aspectos que impedem o acesso dos homens nos serviços de saúde de brasileiros, servindo de auxílio no debate sobre o cuidado com a saúde do homem, visando ampliar a oferta dos serviços a partir do entendimento que se faz necessário de política, saúde e gênero, e que conseqüentemente, ajudará gestores e profissionais a entenderem as razões que distanciam os homens dos serviços, fornecendo subsídios para outros estudos com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre a temática.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, M. C. y Almeida, O. S. (2012). A implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Brasil: um desafio para a saúde pública. *Diálogos & Ciência*, 30, 144-147.
- Alves, R. F., et al. (2011). Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicol. teor. prat.*, 13(3), 152-166.
- Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. Baixado em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf>. Acesso em: 26/09/13.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Baixado em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf>. Acesso em: 26/03/14>. Acesso em: /03/11/13.
- Brito, R. S. y Santos, D. L. A. (2010). Homens e Ações Preventivas em Saúde: Revisão Sistemática de Literatura. *Revista de Enfermagem*. Baixado em: 15/01/14 <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../pdf_95>.
- Couto, M. T., et al. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Comunicação Saúde Educação*, 14(33), 257-70.
- Duarte, S. J. H., Oliveira, J. R. y Souza, R. R. (2012). A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 3(1), 520-530.
- Figueiredo, W. S. (2008.) Masculinidade e Cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária. São Paulo: Faculdade de medicina de São Paulo, Tese (doutorado).
- Gomes, R. (2003). Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 825-829.
- INCA. (2008). Síntese de resultados e comentários. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>: Baixado em 18/04/14.
- Knauth, D. R., Couto, M. T. y Figueiredo, W. S. (2012). A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2617-2626.
- Leal, A. F.; Figueiredo, W. S. y Silva, G. S. N. O. (2012). 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*, 17(10), 2607-2616.
- Leopardi, M.T. (2002). Metodologia da pesquisa na saúde. *Rev. e atual.* Florianópolis: UFSC; 2. ed.
- Maciel, P. S. O. (2009). O homem na estratégia de saú-

- de da família. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Natal/RN.
- Mendonça, V. S. y Andrade, A. N. (2010). A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? *Psicologia política*, 10(20), 215-226.
 - Minayo, M. C. S. (2010). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: HUCITEC.
 - Noca, N. J. M. S. (2011). Produções discursivas sobre saúde e masculinidades em um serviço público de atenção à saúde dos homens. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Recife: UFPE.
 - Oliveira, G. R. et al. (2013). A integralidade do cuidado na saúde do homem: um enfoque na qualidade de vida. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, 8 (28),208-12. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(28\)676](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(28)676). Baixado em: 26/03/14.
 - Rodrigues, J. Fy Ribeiro, E. R. (2012). O homem e a mudança de pensamento em relação à sua saúde. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*,1(1), 74-86.
 - Silva, P. A. S. et al. (2012). A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16(3), 561- 568..
 - Silva, S. O et al. (2012). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: conceitos e reflexões relevantes para a sua efetivação. II Jornada Internacional de Enfermagem UNIFRA.
 - Strey, M. N. y Kohn. K. C. (2012). Nas Trilhas (des)conhecidas da saúde: a política pública de saúde para os homens no Brasil. *Psicología Conocimiento y Sociedad*, 2(2),220-239.

