

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE DA FAMÍLIA
CARLA MENDES QUEIROZ SILVA

A MASCULINIDADE COMO FATOR IMPEDITIVO PARA O ACESSO AOS SERVIÇOS
E AO AUTO CUIDADO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS
2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE DA FAMÍLIA
CARLA MENDES QUEIROZ SILVA

A MASCULINIDADE COMO FATOR IMPEDITIVO PARA O AUTO CUIDADO ENTRE
OS HOMENS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do
Certificado de Especialista

Orientador: Alexandre Sampaio Moura

GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS
2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE DA FAMÍLIA
CARLA MENDES QUEIROZ SILVA

A MASCULINIDADE COMO FATOR IMPEDITIVO PARA O AUTO CUIDADO ENTRE
OS HOMENS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do
Certificado de Especialista

Orientador: Alexandre Sampaio Moura

Banca Examinadora

Professor
Professor
Professor

Aprovado em Governador Valadares ____/____/____

Agradeço ao meu esposo Sandro pelo incentivo e apoio incondicional,

À minha filha Raquel pelos momentos de alegria,

À minha equipe de trabalho por partilhar comigo a busca pelo conhecimento

Ao Professor Alexandre Moura pela compreensão, ensinamentos e muita paciência a mim dedicada.

A Deus pela força que me fez chegar até aqui

*As coisas em geral não são tão fáceis
de apreender e dizer como normalmente
nos querem levar a creditar, a maioria
dos acontecimentos é indizível,
realiza-se em um espaço que nunca
a palavra penetrou*

Rainer Maria Rilke

Resumo:

Este trabalho apresenta um estudo através da Revisão Bibliográfica acerca da masculinidade como fator impeditivo para o auto cuidado entre os homens. O estudo aponta que o hábito de vida imposto à população masculina gera estresse, sedentarismo, má alimentação e práticas de comportamento não saudáveis e de risco que propiciam o desenvolvimento de doenças (cardiovasculares, neoplasias malignas), como de situações que aumentam as taxas de mortalidade por pacientes e violência, principalmente entre os homens jovens. O estudo aponta que a cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Eles vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres. O estudo permite identificar com clareza o descaso dos homens com a saúde, já que eles comparecem com raridade nos serviços de saúde. O estudo apresenta uma breve revisão bibliográfica acerca de gênero que possibilita compreender como a masculinidade ao longo do tempo atuou e ainda atua como um dos maiores fatores que impedem aos homens a procurarem um serviço de saúde, já que os mesmos se consideram invulneráveis aos acometimentos à saúde. Além do gênero existem outros fatores que impedem aos homens a procurarem ao serviço de saúde com o horário de funcionamento da unidade incompatível com o horário de serviço dos homens e o próprio medo de se deparar com a doença. Embora ainda existam muitas barreiras que impedem aos homens se dedicarem mais ao cuidado temos visto que discussões recentes têm colocado em evidência a saúde do homem como um problema de saúde pública o que tem despertado o interesse dos homens e dos próprios profissionais de saúde a elaborarem estratégias que incentivem a inserção dos homens em ações de promoção e prevenção à saúde.

Abstract:

This paper presents a study from the Literature Review about masculinity as a disincentive for self-care among men. The study shows that the habit of life imposed on the male population creates stress, sedentary lifestyle, bad eating and unhealthy behavior and risk factors that favor the development of diseases (cardiovascular, cancer), and situations that increase mortality rates and violence by patients, particularly among young men. The study shows that every three deaths of elderly people, two are men. They live on average seven years less than women. The study clearly identifies the neglect of man's health, since they present with rarity in health services. The study presents a brief review about gender that allows to understand how masculinity over time served and still serves as one of the biggest factors that prevent men to seek a health service, since they consider themselves invulnerable to the affections health. In addition to gender there are other factors that prevent men to seek the health service with the opening hours of the unit incompatible with the time of service men and even the fear of facing the disease. Although there are still many barriers that prevent men devote themselves more to the care we have seen that recent discussions have put in evidence the man's health as a public health problem which has aroused the interest of men and of themselves health care professionals to develop strategies to encourage the inclusion of men on promotion and health care.

Sumário

1. Introdução	9
1.1 Justificativa	9
1.2 Objetivos	12
1.3 Percurso Metodológico	12
2 Revisão de Literatura	13
2.1 Algumas considerações sobre Gênero	13
2.2 Perfil Epidemiológico dos homens no Brasil	15
2.3 Gênero, masculinidade e saúde	19
2.4 Fatores impeditivos para o cuidado entre os homens	22
2.4.1 Horário do serviço de saúde incompatível para a demanda	23
2.4.2 Gênero	24
2.4.3 Medo de deparar com a doença	26
2.5 Política Nacional e Estadual de incentivo à saúde do homem	27
3 Considerações Finais	29
Bibliografia	31
Anexo	34

1 - Introdução

O primeiro problema, relacionado à pouca procura do homem ao serviço de saúde é associada para muitos a uma característica da identidade do homem vinculada ao seu processo de socialização de gênero. Por sua vez, a ausência do homem, ou sua invisibilidade no serviço, introduz uma série de questões para o conhecimento acerca das necessidades de saúde masculinas e suas relações com os referenciais de gênero. Por que os homens não procuram o serviço de saúde? Quais seriam as dificuldades deles procurarem o serviço de saúde? Os que os impedem de se cuidarem?

Quanto ao problema acerca das barreiras do serviço à saúde do homem, observa-se que a própria característica da unidade representa impedimentos ao reconhecimento das necessidades da saúde masculina. Os espaços do serviço de saúde se mostram desfavoráveis à presença dos homens. Em parte porque o ambiente poderia ser considerado feminilizado, sendo um lugar dedicado quase que exclusivamente a mulheres, idosos e crianças. Isso porque existem programas bem sedimentados na unidade, que são uma exigência do Ministério da Saúde, voltados para esses públicos. Tal constatação indica uma dificuldade da unidade de saúde lidar com os homens não sendo essa uma dificuldade específica da unidade em que atuo, mas de todos os serviços de saúde pois essa priorização no atendimento na unidade foi direcionada até mesmo pelos programas exigidos pelo Ministério da Saúde.

Assim, hoje posso compreender que estudar a saúde do homem com base nas relações de gênero é importante para que os serviços de saúde e principalmente os serviços de atenção primária à saúde se organizem de forma a saber “atrair”, “receber” e “cuidar” da saúde dos homens. É a partir da própria dimensão de gênero que se advoga uma abordagem também do masculino, uma vez que tanto homens quanto mulheres necessitam ser vistos em sua singularidade e em sua diversidade no âmbito das relações que se estabelecem (GOMES, 2003).

1.1-Justificativa

A ideia de estudar o gênero masculino e como ele se relaciona com sua saúde surgiu quando cursava a disciplina acerca da Saúde da Mulher do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCON) da

Universidade Federal de Minas Gerais; dentro desse módulo, um questionamento levantado foi acerca da ausência da Saúde do Homem nos serviços de saúde a partir daí comecei a refletir sobre meu dia-a-dia no serviço em minha Unidade de Saúde acerca do cuidar entre os homens.

Eu atuo atualmente como enfermeira em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Manhuaçu/MG. Minha equipe é composta por um médico, uma auxiliar de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde e uma auxiliar de serviços gerais. A unidade é composta por uma parte urbana e uma extensa área rural e tem cerca de 3.100 habitantes e a faixa etária predominante é a de 20 a 39 anos, com 1.028 pessoas, tanto do sexo masculino quanto feminino. A unidade de saúde em que atuo desenvolve diversas atividades voltadas para o público feminino, crianças, gestantes, e quando me deparei com o questionamento acerca da Saúde do Homem pude perceber que esse público é pouco assistido por minha unidade e não desenvolvemos qualquer atividade específica para eles.

Esta pesquisa se torna relevante ao mostrar a necessidade da inserção do homem para os seus cuidados em saúde e a partir desse questionamento emergiram outras problemáticas que precisavam ser enfrentadas no desenvolvimento do trabalho que são: a pouca presença dos homens no serviço de saúde, as barreiras enfrentadas pelos homens para ter acesso a este serviço e os fatores que dificultam o auto cuidado entre os indivíduos do sexo masculino. São poucos os que fazem uso dos serviços de saúde, para garantir assim, a sua saúde e aumentar a sua perspectiva de vida.

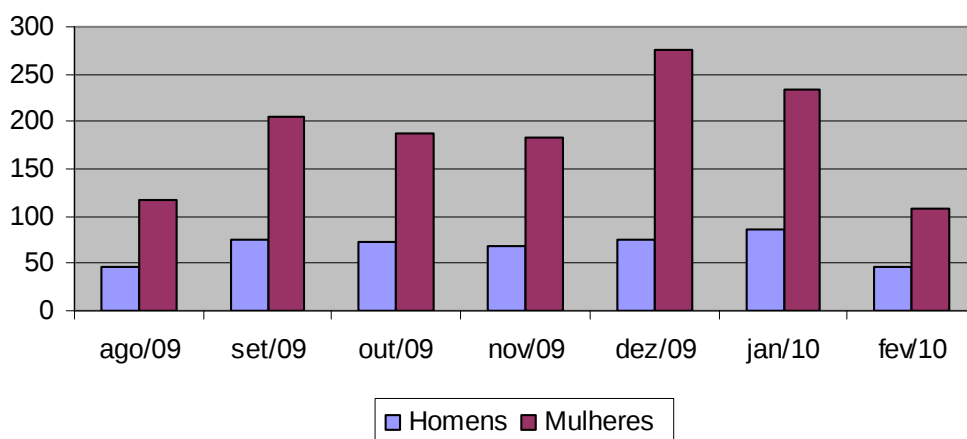
De acordo com Rios (1993), a saúde do homem tem sido um fator preocupante, pois vem de encontro a uma política que sugere a separação do modelo de mulher e saúde deste gênero e saúde. Nascimento & Araújo (2007) concordam que a saúde do homem é um desafio para o autocuidado do profissional de saúde. Os diferenciais entre homens e mulheres permanecem quando discutimos o acesso aos serviços de saúde.

Os diferenciais entre homens e mulheres permanecem quando discutimos o acesso aos serviços de saúde. Na pesquisa de Figueiredo (2008) o relato de realizações de consulta médica em uma unidade básica de saúde no período de 12 meses teve um percentual bem superior entre as mulheres (62,3 %) que entre os homens (46,7%).

Na unidade de saúde em que atuo o pouco acesso dos homens ao serviço é visível, para demonstrar isso realizei um levantamento nas consultas médicas no período de setembro de 2009 a fevereiro de 2010, contabilizei todos os pacientes acima de 20 anos que compareceram na unidade nesse período quantos pertenciam ao gênero masculino e ao gênero

masculino. Através do gráfico 1 logo abaixo fica bem evidente o número bem inferior de consultas médicas entre os homens.

Número de consultas entre homens e mulheres no PSF Ponte da Aldeia



Fonte: Controle Diário de Consultas Médicas

Segundo Gomes & Nascimento (2007) afirmam que as 36,37% ações preventivas são dedicadas às mulheres enquanto aos homens não são direcionados nenhum programa de saúde. E assim, o homem quase não tem acesso a ações preventivas e são alvos de muitas doenças, que são confirmadas por Laurenti (1998), com índice de morte muito elevado para o sexo masculino em relação às mulheres, através de doenças como câncer de estômago, pulmão e próstata entre outras. Isto nos mostra que o sexo masculino não se interessa muito pelas ações preventivas.

Isto reforça que o homem não fazendo nenhuma relação de prevenção com a saúde, tem sérias conseqüências em sua qualidade de vida, pois diversas doenças evitáveis ou que quando detectadas no início tem uma grande probabilidade de cura. Segundo o Ministério de Saúde (2007), o sexo feminino vive em média 74,9 anos, já os do sexo masculino vivem 67,3 anos, ou seja 7,6 anos a menos, em média.

Segundo Ronzani e Rodrigues (2006) a atenção primária à saúde é o nível de atenção que foca as práticas de promoção à saúde, possibilitando assim, uma ação multidisciplinar entre a equipe de enfermagem que tem um maior acesso à população, mostrando não apenas a assistência às doenças, mas também as ações educativas. Este trabalho vai contribuir para

corrigir as falhas que vem ocorrendo na saúde coletiva do homem na unidade de saúde na qual trabalho.

1.2. Objetivos:

Objetivo geral:

- Compreender a relação do homem com sua saúde

Objetivos específicos:

1. Identificar os motivos que levam os homens a não procurarem o serviço de saúde da atenção primária
2. Identificar fatores impeditivos para o auto cuidado entre os homens
3. Identificar as formas em que os serviços de saúde de atenção primária tem buscado abordar a saúde do homem

1.3 Percurso Metodológico

No plano de produção de conhecimento existem diversas possibilidades no modo de produzir e apresentar o conhecimento. Ao tratar da temática masculinidade e suas relações com o cuidado em saúde importa discutir estudos que lidam com o tema utilizando-se de modalidades de produção e apresentação científica situadas em mais de um campo de conhecimento, cada qual com diversificados modos de aproximação do objeto.

Este estudo foi desenvolvido através de uma revisão bibliográfica na qual se buscou coletar informações científicas acerca do cuidado à saúde do homem. Para isso, foi utilizada a pesquisa bibliográfica que consiste no exame do material escrito, guardado em livros, artigos e documentos, para levantamento e análise do que já se produziu sobre o assunto que escolhi como tema de investigação.

Esta pesquisa bibliográfica foi realizada de uma maneira não sistematizada, onde foram utilizados os seguintes critérios: artigos científicos publicados em periódicos nacionais e teses. As bases eletrônicas que foram consultadas: Scientific Eletronic Libray On-line (SCIELO) e MEDLINE serão utilizados também teses, dissertações, monografias e livros.

Definiram-se como palavras-chave: Educação em Saúde, Promoção da saúde, Saúde do Homem; Enfermagem.

Através da busca eletrônica foram selecionados artigos e dissertações. Após esse momento foi realizada leitura exaustiva dos textos e, a partir daí, emergiram as seguintes unidades temáticas: gênero e saúde; perfil epidemiológico dos homens no Brasil; fatores impeditivos para o auto-cuidado entre os homens; masculinidade e saúde; política nacional para incentivo ao cuidado entre homens. Todas essas unidades temáticas serão trabalhadas no referencial teórico.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Algumas considerações sobre gênero

Na década de 70, emergiram movimentos sociais que não só consolidaram forças políticas em vários lugares do mundo como também despontaram modificando a mentalidade de toda a população (SILVA, 2000). Frente à mobilização e movimentação na época, muitas pesquisadoras já demonstravam preocupação pela temática feminista na época e acentuaram as críticas da dominação dos homens sobre as mulheres.

Observa-se, atualmente, que muitos artigos científicos tratam “gênero” como sinônimo de “sexo”, referindo-se a distinção biológica entre homens e mulheres (BANDEIRA, 1999). Esta aplicação está gramaticalmente correta, porém observamos estudos que usam gênero como descritor, e aplicam no estudo, o sentido “sexo”, causando certa confusão na elaboração de estudos que abordam esse tema.

Segundo Bandeira (1999), o sexo é um dado da natureza biológica que divide macho da fêmea. A essa perspectiva do que é ser homem e do que é ser mulher, contrapõe-se a noção de gênero, pelo qual a representação da diferença sexual (biológica/anatômica), em termos de masculinidade e feminilidade, podem ser múltiplas. Assim, gênero deixa de lado a visão essencialista de que a desigualdade entre homens e mulheres é resultado das diferenças biologicamente determinadas e procura explicar as relações de poder entre homens e mulheres sob uma perspectiva construcionista.

Há de ser ressaltado, entretanto, que gênero deve ser entendido como a rede de traços de personalidade, atitudes, sentimentos, valores, condutas e atividade que, através de um processo de construção social, diferencia os homens das mulheres, como muito bem explicita a publicação da OPS *Gênero, mujer y salud* (OPS, 1993).

Ainda segundo publicado pela OPS, *Perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la región de las Américas* acerca da diferença entre sexo e gênero

“sexo”, masculino ou feminino, é uma condição biológica determinada pela natureza e, basicamente, pelas leis da genética. Fazendo abstração dos desvios cromossômicos que dão lugar a fenótipos e genótipos que são exceções naturais, o sexo tem uma base biológica que determina uma anatomia corporal e uma fisiologia determinada. Por outro lado, o que se denomina “gênero” (homem ou mulher) é, ao invés, uma construção social a partir da diferença entre os sexos que, portanto, varia historicamente e está sujeita a mudanças por intervenções de políticas na ordem social, econômica, jurídica e política. O ser homem ou mulher e as relações que se estabelecem entre os mesmos obedecem a papéis definidos pela sociedade em determinados períodos de evolução histórica da humanidade (OPS, 1990a).

Connell (1997), argumenta que, se “ser homem” e “ser mulher” estivesse reduzido a corpos e reprodução, bastava-se considerar os aspectos biológicos. Mas “ser homem” e “ser mulher” inclui relações entre pessoas e entre pessoas e grupos, ou seja, práticas sociais.

Ainda de acordo com Connell (1997), para melhor conhecer a dinâmica da complexa estrutura de gênero, que se estende para além da relação homem e mulher ele propõe um modelo que traz três dimensões de relação – de poder, de produção, de cathexis – e que seria o princípio organizador da sociedade:

1. Relação de poder: constitui a principal linha divisória de poder na ordenação de gênero nas sociedades ocidentais, bem reconhecida na subordinação feminista e dominação masculina.
2. Relação de produção: a ordenação de gênero se dá no trabalho e na alocação de tarefas, com valorização do homem no trabalho (maiores salário, maior ocupação e cargos de chefia)
3. Cathexis: a ordenação de gênero se dá a partir dos desejos sexuais e das práticas sexuais que dão forma e realizam esses desejos, seja da forma consensual ou coercitiva, independente do prazer ser obtido mutuamente pelo objeto desejante (homem, posição de dominação), e pelo objeto desejado (mulher, posição de subordinação).

Gênero portanto, representaria os atributos sociais desempenhados por homens e mulheres, mas sem impor que atitude cada um deveria ter. Conforme Connell (1997), gênero é uma das principais estruturas das práticas sociais e vai além da relação entre indivíduos, sendo uma estrutura complexa, com várias lógicas, e que funciona como um ordenador de prática social. Gênero estabelecia, assim, relações de poder e hierarquia não apenas entre indivíduos

e práticas sociais e vai além das relações entre indivíduos, sendo uma estrutura complexa, com várias lógicas, e que funciona como um ordenador de prática social.

Gênero estabeleceria, assim, as relações de poder e hierarquia não apenas entre indivíduos e grupos mas também entre instituições associando-se também a estrato social, a raça e etnia, a nacionalidade e a posição de ordem mundial, sendo organizador das relações entre homens, entre mulheres, entre homens e mulheres e também entre os cidadãos e o governo (CONNELL, 1997).

2. 2. Perfil epidemiológico dos homens no Brasil

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o total da população residente do Brasil, em 2005, segundo sexo e grupos de idade é da ordem de 184.184.074, sendo 50,8% de população feminina (93.513.055) e 49,2% de população masculina total (90.671.019).

Um dos modos de aproximação entre os sujeitos do sexo masculino e a saúde pode ser conseguido ao se analisar o padrão de morbi-mortalidade dessa população.

Um dos indicadores considerados por pesquisadores e profissionais de saúde pública como um excelente marcador do grau de desenvolvimento social de uma população, tendo como referência o estado de saúde, é a esperança de vida ao nascer, ou vida média.

A maioria dos indicadores tradicionais de saúde mostra, com clareza, a existência de um diferencial nas características de saúde entre os sexos um exemplo é a esperanças de vida ao nascer que é sempre menor entre os homens.

No Brasil, como em outras partes do mundo, a esperança de vida ao nascer vem aumentando em todas as regiões e para ambos os sexos. Segundo os dados do Ministério da Saúde no ano de 2004, a esperança de vida média da população brasileira era de 71,14 anos, sendo a dos homens de 68,04 anos e das mulheres de 75,62 anos. A menor expectativa de vida média da população masculina é percebida em todas as regiões do Brasil e nas diferentes faixas etárias (RIPSA, 2005).

Em decorrência a esse aumento da expectativa de vida na população brasileira é notável o aumento considerável do número de idosos na população. O número de habitantes com idade mínima de 80 anos, às vezes chamados “os velhos mais velhos”, está crescendo rapidamente. No Brasil, entre os homens, as proporções de idosos de 60 anos e mais eram iguais a 5,8%, 6,8%, 7,3% e 7,8%, respectivamente, em 1980, 1991, 1996 e 2001, e as de 80 anos e mais eram, respectivamente, 0,4%, 0,6%, 0,8% e 0,9% (OMS, 1995). Através desse

envelhecimento aumentam-se o número de determinadas doenças crônicas, tornando necessário que a Saúde Pública promova ações que atendam especificamente a esse grupo.

Ao compararmos taxa de morbidade feminina e masculina observamos que elas são mais elevadas entre a população feminina, desviando assim a atenção em relação à saúde do homem (LAURENTI, 1998). Mas ao observar essas taxas com mais cautela observa-se que seus elevados valores para a população feminina se devem ao fato de que quando as mulheres buscam mais a assistência à saúde antes que o problema se agrave. (LAURENTI, 1998).

Os percentuais de internamentos por agravos do aparelho respiratório mais significativo na população masculina de 25-59 anos são: pneumonias (43%), doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) (12%) e asma em suas diversas formas (11%). É importante destacar que a tuberculose representou 5% das internações por causas do aparelho respiratório. Em termos de doenças do aparelho circulatório, os resultados das internações hospitalares a maior parte das internações, deve-se aos acidentes coronarianos (40,5%), seguidos pela hipertensão arterial (18,7 %).

As principais doenças do aparelho digestivo responsáveis pelo maior número de internações foram: doenças ácido-pépticas (35.782), doenças do fígado (27.354) e colelitíase e colecistite (25.333). Entre os fatores de morbidade não se pode deixar de mencionar as disfunções sexuais, notadamente a disfunção erétil, que acomete cerca da metade dos homens depois dos cinquenta anos.

Pesquisas da Organização Mundial da Saúde identificam a saúde sexual como fator que mais interfere na qualidade de vida dos homens. Há de se mencionar também que a disfunção erétil é um importante marcador para certas doenças, como a coronariopatia e as diabetes. Infelizmente a maioria dos profissionais da saúde não estão capacitados para realizar o tratamento adequado (psicoterapia associada à farmacoterapia) das disfunções sexuais masculinas. O tratamento limita-se, geralmente a uma forma parcial de abordagem, esquecendo-se que cada vertente terapêutica não é excludente, mas são essenciais e se completam.

O padrão de mortalidade masculina, no Brasil, segue aquele observado em outros países, desenvolvidos ou em desenvolvimento. As taxas de mortalidade dos brasileiros, sejam, homens ou mulheres, vêm diminuindo nos últimos tempos, porém, o decréscimo é menor para os homens.

A cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Eles vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres e têm mais doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e pressão arterial mais elevadas. (Ministério da Saúde 2009)

Na análise dos coeficientes de mortalidade específicos por idade, constata-se que a razão de sexo masculino/feminino é superior em todos os grupos etários sendo que nas faixas etárias de 10 a 19 anos e de 20 a 39 anos atinge os valores mais altos (SIMÕES, 2002). É interessante observar, como salienta Simões (2002), que a sobremortalidade masculina começa a elevar-se a partir dos anos 1970, acentuando-se em, 1980, 1991 e 2000, às custas principalmente dos jovens adultos. Na tabela 1 são apresentados os coeficientes de mortalidade por sexo e idade para Brasil no ano de 2001.

Tabela 1 – Coeficiente de Mortalidade (por mil hab) segundo sexo e idade, Brasil, 2001.

Idade	Masculino	Feminino	Razão M/F
0 a 4 anos	4,8	3,9	1,23
5 a 9 anos	0,4	0,3	1,33
10 a 19 anos	1,1	0,4	2,75
20 a 39 anos	3,1	1,0	3,10
40 a 59 anos	8,3	4,3	1,93
60 a 79 anos	33,2	21,4	1,55
80 anos e mais	114,4	97,7	1,17
Total	6,6	4,6	1,43

Fonte: www.datasus.gov.br (dados brutos)

Ao se analisar, no ano de 2005, as causas de mortalidade na população masculina dos 15-59 anos, observaram-se que em 78% dos casos os óbitos incidem em 5 (cinco) grupos principais de entidades mórbidas. A maior porcentagem de óbitos deve-se às causas externas ; em segundo lugar, estão as doenças do aparelho circulatório; em terceiro, os tumores; em quarto, as doenças do aparelho digestivo e, finalmente, em quinto lugar, as doenças do aparelho respiratório.

Há de se chamar atenção que, as causas externas de mortalidade, embora apresentem uma alta incidência nas faixas etárias mais jovens (dos 15 aos 40 anos), são quantitativamente superadas pelas doenças do aparelho circulatório a partir dos 45 anos e pelos tumores a partir dos 50 anos. É importante observar que o coeficiente de incidência de óbitos por todas as causas/100 mil homens aumenta progressivamente com o avanço da faixa etária. Em 2005,

ocorreram 153 óbitos/100 mil na população de 15 a 19 anos e na de 55 a 59 anos, 1454 óbitos/100 mil .

Sob esta denominação, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, em sua Décima Revisão (OMS, 1996), engloba uma série polimorfa de agravos, dos quais os mais importantes são os acidentes, notadamente os acidentes de transporte, as lesões auto provocadas voluntariamente e as agressões. Estes três tipos de agravos corresponderam, em 2005, a maioria dos óbitos (78%), por causas externas. Não há dúvidas de que as causas externas constituem um grande problema de saúde pública com forte impacto na mortalidade e morbidade da população.

As neoplasias malignas do aparelho respiratório determinaram o maior número de mortalidade na população masculina, tendo ocorrido um total de 12.005 óbitos no ano de 2005. No contexto geral das 10 neoplasias malignas que mais freqüentemente causaram a morte, logo após o câncer de pulmão, traquéia e brônquios, aparece o câncer de próstata. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O câncer da próstata é uma neoplasia que geralmente apresenta evolução muito lenta, de modo que a mortalidade poderá ser evitada quando o processo é diagnosticado e tratado com precocidade. Uma estimativa realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o aparecimento de novos casos de cânceres no ano de 2008, aponta o câncer de próstata como sendo o mais freqüente, só superado pelo câncer de pele não-melanoma.

Ao se falar de neoplasias malignas do aparelho urinário, não se pode deixar de mencionar o câncer de pênis. Trata-se de um tumor raro, relacionado com as baixas condições socioeconômicas e a má higiene íntima. No Brasil, este câncer representa cerca de 2% de todas as neoplasias que atingem o homem, sendo mais freqüente nas regiões Norte e Nordeste, existindo estados, como é o caso do Maranhão, em que sua incidência supera até a do câncer de próstata (NARDI *et all*, 2007).

Entre os tumores há de se assinalar a hipertrofia prostática benigna que atinge a maioria da população masculina após os 50 anos, produzindo diversos sintomas urinários com impacto bastante negativo sobre a qualidade de vida das pessoas. A propósito, vale assinalar que há de se cuidar da qualidade de vida dos pacientes que sofreram prostatectomias, cujas lesões nervosas podem determinar disfunções eréteis e incontinência urinária.

Além das causas externas e dos tumores, há muitas outras causas de mortalidade que podem ser assinaladas. Dentre as doenças do aparelho digestivo, por exemplo, podem-se destacar as doenças do fígado que, em 2005, foram responsáveis por 70% das causas de morte

de homens de 25-59 anos. Destas, 46% deve-se a doença alcoólica, 36% a fibrose e cirrose, e 18% a outras doenças do fígado.

No ano de 2005, a maior incidência de mortalidade masculina por doenças do aparelho circulatório ocorreu, como era de se esperar, após os 60 anos (72,2%). No mesmo ano, tivemos como óbitos por causas cardiovasculares, na população dos 25-59 anos, em torno de 26,8% – um percentual bastante expressivo. Anualmente, são perdidas muitas vidas que representam uma parcela significativa da força produtiva do país e que poderiam ser perfeitamente evitadas se houvesse uma efetiva política de prevenção primária.

O estilo de vida imposto à população masculina gera estresse, sedentarismo, má alimentação e praticas de comportamento não saudáveis e de risco, como o hábito de fumar, o uso de bebida alcoólica, e às vezes, a associação deste hábito com a condução de veículos motorizados, não usar cinto de segurança, entre outros, propiciando tanto o desenvolvimento de doenças (cardiovasculares, neoplasias malignas), como de situações que aumentam as taxas de mortalidade por pacientes e violência, principalmente entre os homens jovens. (LAURENTI, 1998).

Assim, as praticas sociais de gênero tenderiam a inibir o homem de cuidar de sua saúde, deixando ele de perceber ou de valorizar qualquer sinal de patologia e de freqüentar serviços de atenção primária à saúde (*locus* identificado como feminino) (GIFFIN, 2005), o que o faz recorrer, muitas vezes a prontos socorros e hospitais quando a sua doença já está em fase de complicações e de mais difícil reversão. Este comportamento de negação, associado ao comportamento de exposição aos fatores de risco acima mencionados, contribui para a elevação de taxas de mortalidade masculina, que é considerado um comportamento “normal”, esperado pela sociedade. (VILLAR, 2007).

Através do perfil epidemiológico entre os homens fica evidente que a busca pela masculinidade hegemônica (percepção da invulnerabilidade) como um modelo “ideal” a ser alcançado pelos homens acarreta em prejuízos muitas vezes irreversíveis, pois eles através dessa busca acabam não priorizando o auto-cuidado.

2.3. Gênero, masculinidade e saúde

Na seção anterior tratamos da relação homem – saúde a partir das características do padrão de morte e adoecimento da população masculina. Os indicadores levantados apontam múltiplos problemas que afetam a condição de saúde da população masculina. Mas ainda há uma questão em aberto como se explica as diferenças nos padrões de saúde homem e mulher? Se de um modo geral é reconhecido o caráter social do processo de adoecimento e morte, não

se pode desconsiderar, que homens e mulheres vivendo sob as mesmas condições socioeconômicas, por exemplo, apresentam desigualdades de saúde.

Silva (2000), aponta que estudos sobre masculinidade vêm desde a era vitoriana e tem, com sua origem, relação com a discussão sobre sexualidade, mas só a partir da década de 80 estudos sobre gênero e masculinidade e ganharam destaque. O que caracteriza a nova fase de estudos sobre masculinidade é exatamente o uso da perspectiva de gênero como referencia.

Até o séc. XVIII segundo Figueiredo (2008) a explicação do modelo "sexualidade humana" estabeleceu-se através de normas da diferença sexual entre ambos. A concepção dominante até então era a do *one-sex-model* ou monismo sexual, pelo qual a mulher era entendida como homem um homem invertido, naturalmente inferior ao modelo anátomo-fisiológico de perfeição masculina.

Ainda para Figueiredo (2008) na transição para o séc. XIX, acompanhando as transformações político-sociais desse período, surgiu a concepção *two-sex-model* para explicar as diferenças entre homens e mulheres. Nessa ocasião estabeleceu-se na Europa uma nova sociedade burguesa que impôs uma diferença moral para definir o padrão de comportamento para homens e mulheres. As mulheres passaram a ser entendidas como complementares aos homens e ainda eram consideradas inferiores.

No séc. XIX ocorreu mudança da concepção biológica para uma concepção política-econômica-social que consolidou ainda mais a supremacia masculina. A norma natural dos sexos ditava as regras, tudo era entendido a partir da diferença sexual entre homens e mulheres e o risco de ser percebido com aquilo que era identificado como feminino ou de ser considerado como um homem invertido, como eram chamados os homossexuais na ocasião tornou-se uma presença constante. O medo da feminilidade teve como consequência o aumento do culto à masculinidade que associado aos eventos revolucionários vindos do final do séc. XVIII e suas repercussões consolidou uma masculinidade hegemônica que deveria ser comum a todos os homens (CONNELL 1997 *apud* FIGUEIREDO 2008). O homem dessa época passou a vivenciar mais intensamente a necessidade de ter que provar, constantemente, "ser macho", e o ser "homem", passou a ser entendido como não "ser mulher" (GIFFIN, 2005 *apud* VILLAR, 2007).

No séc XIX o comportamento de homens e de mulheres esteve portanto mais associado aos papéis sociais impostos e esperados de cada sexo, com base na identidade sexual e biológica (FONSECA 1999 *apud* VILLAR, 2007).

O sec XX assistiu à crescente organização das mulheres em defesa dos seus direitos, e na década de 60 e 70, as reivindicações dos movimentos sociais, com o movimento homossexual (SABO 1999 *apud* VILLAR, 2007).

Apesar dos homens estarem sempre presentes em estudos e pesquisas, até poucas décadas o conceito de homem era relacionado ao genérico ser humano (FONSECA, 1999 *apud* VILLAR, 2007).

Para Connel (2000) gênero é uma forma de ordenamento das praticas sociais. Ele afirma que, nos processos de gênero, a vida cotidiana se organiza em torno de um cenário reprodutivo, definido pelas estruturas corporais e pelo processo de reprodução humana. Segundo esse autor masculinidade pode ser compreendida como uma configuração de prática em torno da posição dos homens na estrutura da relação de gênero.

Connell (2000) introduz um referencial fundamentado na idéia de uma masculinidade hegemônica construída na relação com as feminilidades subordinadas e com as masculinidades marginalizadas. É nesse sentido que ele fala das inúmeras masculinidades, pois num mesmo contexto cultural podem coexistir múltiplas manifestações ou expressões de masculinidade.

Para o autor citado anteriormente a masculinidade hegemônica é uma masculinidade modelo, idealizada culturalmente. Esta se caracterizaria por uma posição de dominação por parte dos homens e pela subordinação das mulheres e estaria legitimada por uma sociedade patriarcal, na qual os homens têm uma posição dominante, como forma de relação de gênero. Este modelo de masculinidade teria como atributos a agressividade, a competitividade, a ambição, a virilidade, a austeridade, entre outros.

No Brasil estudos acerca da masculinidade vêm ganhando visibilidade somente a partir do final da década de 1990. Em torno dessa época alguns autores reivindicavam a necessidade de se avançar na questão do masculino no campo dos estudos de gênero (BOFF, 2000; NASCIMENTO 1999 *apud* FIGUEIREDO 2008)

Ao mesmo tempo, meninos e meninas são criados de modo diverso. Os meninos são orientados para serem provedores e protetores (WHO, 2000 *apud* Braz, 2005). Os meninos também desde cedo são treinados para suportar sem chorar suas dores físicas e emocionais. Diz Duby (1990) que a dor é antes de tudo assunto de mulheres. Deste modo o homem deve desprezá-la, sob pena de se ver desvirilizado e de ser rebaixado ao nível da condição feminina. A violência masculina também é estimulada pela educação. O menino deve revidar se apanhar, como também deve praticar esportes em que a violência sempre está presente e é aceita.

Veicula-se, deste modo, uma imagem identitária masculina ligada ao não ser homossexual, a não ser mulher, a ser forte, capaz e protetor, violento, decidido e corajoso. Condutas varonis, que se por um lado afiançam o ideal de ser do homem, por outro, suas práticas atentam e impedem a função de autoconservação. Existe um consenso de que os homens detêm um lugar de privilégios na sociedade como um todo. Alcançam postos mais importantes, são mais bem remunerados, são os líderes políticos, os chefes da família. Entretanto:

Desde pequenos (...) se é varão, o sexismo das habilidades vão produzindo um assistemático, porém contundente adestramento naquilo que seria desejável de um homenzinho: defender as irmãs, enfrentar os perigos, ganhar as disputas; sobressair nos esportes, nas profissões, ter uma sexualidade freqüente, etcetera. Cada idade irá atualizando as exigências. Terá que se sobressair, ser o melhor, o que mais ganha. “Quanto mais, melhor”, ideal da masculinidade que vai sedimentando o núcleo mais íntimo da identidade do varão, que se vai jogando na intersubjetividade com outros homens e com as mulheres. Elas também só podem esperar isto deles. Como estes valores arquitetaram a subjetividade e ademais a perspectiva varonil não alimenta o cuidar e nem o cuidar-se, confunde-se identidade pessoal e identidade de gênero (Inda, 1996).

Manter tal ideal é um grande fator de risco para os homens. Há um “silenciamento” sobre o ônus de sustentar este ideal heróico. Isto pode ser visto na dificuldade, em parte, em procurar ajuda ou cuidados médicos, enfim, em ser assistido já que foram criados para assistir e prover. Pode se inferir tal fato pela procura de consultas médicas, como visto anteriormente.

Para o sexo dito frágil, observa-se, pedir ajuda não parece desmerecê-las nem diminuir sua auto-estima, como é o caso dos homens. Silva & Alves (2003) ressaltam que o modo de socializar as mulheres, ao colocá-las como as provedoras de cuidados, implica um contato estreito com os serviços de saúde.

Também ressaltam a educação para o papel feminino: são poliqueixosas, preocupam-se mais e conferem maior atenção ao corpo. Apontam, ainda, para a visão dos médicos sobre a “fragilidade feminina”, isto é, a visão de que a mulher é o sexo frágil e por isso adoecer mais. A partir destas observações, pode-se dizer que ao homem caberia, então, ser forte – o que pode resultar em descuido com o próprio corpo. Pedir ajuda quando não suporta mais os desaba diante da doença, especialmente quando a situação socioeconômica é desfavorável

2.4 Fatores impeditivos para o cuidado entre os homens

Esta constante questão de gênero que perpassa a conduta e os hábitos masculinos produz não somente modos de vida, como também modos de adoecer e morrer. A mulher, por seu

lado, submetida como o homem aos ditames de uma sociedade sob a dominação masculina, não consegue mudar este quadro. No imaginário da mulher, o homem, na doença, é mais frágil, suporta menos ou comporta-se como criança. (PINHEIRO *et al.*, 2002). Existe, na realidade, um preconceito pouco visível já que está revestido de um ideal. O preconceito, que domina não só os próprios homens como as mulheres, acabam por ter reflexos nos serviços de saúde, acarretando num pouco acesso dos homens a esses serviços.

Concordando, Gomes (2007), afirma que apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbi-mortalidade, observa-se que a presença de homem nos serviços de atenção primária à saúde é menor que a das mulheres.

É uma realidade em nosso país a reduzida procura dos homens aos serviços de saúde e fica o questionamento o que os levaria a não procurarem por ajuda e por medidas de prevenção e promoção à saúde nesse momento através da revisão bibliográfica será levantado algumas dessas causas.

2.4.1 – Horários do serviço de saúde incompatível para a demanda

As unidades básicas de saúde são a porta de entrada dos pacientes à rede de atenção à saúde e nesses serviços são oferecidas ações de promoção e prevenção à saúde e consultas médicas básicas com ações curativas baseadas na medicina alopática.

Observa-se que na maioria dos serviços de atenção primária ou secundária tem um horário de jornada reduzido. De acordo com Pinheiro et al (2002) na área urbana, embora exista mais oferta de serviços de saúde, estes não são oferecidos em quantidade suficiente, pois a demora no atendimento e horários incompatíveis são grandes motivos para não procura.

Segundo Gomes e Nascimento (2007), em seu estudo entre um grupo de homens um dos motivos que foi levantado para baixa procura aos serviços de saúde é o fato do horário de funcionamento das unidades coincidirem com a carga horária de trabalho. Como as atividades laborativas vêm em primeiro lugar na lista de preocupações masculinas, a busca por esses serviços de saúde fica em segundo plano. Segundo relatos dos homens na pesquisa de Gomes e Nascimento (2007) quando eles procuram os serviços de saúde para consulta, enfrentam filas, podendo levá-los a “perder” o dia de trabalho, sem que tenham que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta e que, por questão econômica não podem buscar atendimento privado.

Difícilmente encontram-se postos de saúde ou ambulatórios abertos após às 17 horas, o que inviabiliza a procura dos homens por atendimento médico. Restam a eles os serviços de

emergência e aqui, de fato, a emergência/urgência

Daniels (1996) *apud* Braz (2005) considera que as pessoas têm direito ao acesso à atenção dos serviços de saúde para o restabelecimento de sua condição fisiológica normal porque só desse modo elas poderão ter garantido igualdade de oportunidades, que são as características de sociedades democráticas.

2.4.2 – Gênero

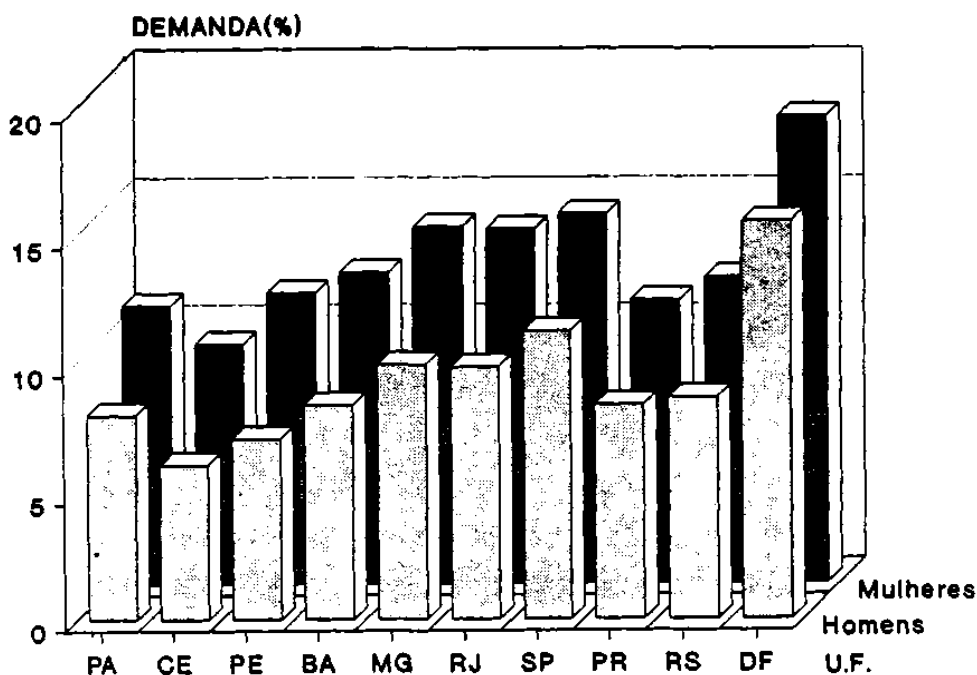
Através do referencial que já foi abordado até aqui vimos que existe uma diferença em relação à procura do serviço de saúde por homens e por mulheres e isso ultrapassa uma mera diferença biológica entre esses dois grupos, assim adotou-se aqui a dimensão de gênero como um dos fatores impeditivos para a reduzida procura dos homens aos serviços de saúde.

No estudo de Aquino (1992), já aborda essa realidade na diferença na demanda aos serviços de saúde, mesmo o estudo não sendo recente vale ressaltá-lo aqui para demonstrar que essa pouca demanda do gênero masculino aos serviços de saúde já vem sendo apontada há vários anos em estudos e o mesmo somente na atualidade tem despertado o interesse dos órgãos de saúde.

Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. 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 cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (SABO, 2002).

No gráfico 2 demonstrado abaixo se observa a diferença na procura aos serviços de saúde entre os gêneros nos diferentes estados do país.

Gáfico 2– Prevalência por demanda de serviço de saúde por sexo em 10



Fonte: IBGE/PNAD (1986)

Essa diferença pela procura aos serviços de saúde entre os gêneros pode ocorrer, pois a demanda masculina por serviços ambulatoriais é descrita, em sua maior parte, como gerada pelo trabalho ou pelo seguro social, a demanda feminina apresenta-se como essencialmente voluntária, revelando uma maior propensão das mulheres a buscarem cuidados de saúde de modo espontâneo. (PINHEIRO *et al*(2002).

Figueiredo (2005) *apud* Villar (2005) aponta que os homens consideram as unidades básicas de saúde como local destina às mulheres e as crianças. Além disso cultural e historicamente a mulher sempre foi identificada como aquela que cuida: do marido, do filho, do pai, do irmão, o que faz com que os homens, na hora que precisam buscar ajuda médica não saibam aonde ir exatamente, já que não tem o hábito de freqüentar serviços de saúde.

Em contrapartida, ser homem seria associado às invulnerabilidade, força, virilidade. Características essas incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, representada pela procura aos serviços de saúde, o que colocaria em risco a masculinidade aproximaria o homem das representações de feminilidade (GOMES 2003).

Como ressalta Boff (2000), o cuidado está ligado ao feminino, o que pode estar no homem ou na mulher, mas que indica essencialmente a capacidade de sentir e captar o outro com a

cabeça e com o corpo. E o que se observou nos estudos até o momento é que o cuidado está mais presente entre as mulheres. Também segundo Gomes (2003) os homens procuram menos os serviços de saúde pois o cuidado à saúde é visto como uma prática meramente feminina.

Ainda segundo Gomes (2003), embora a pouca procura dos homens pelos serviços de saúde não traduza necessariamente uma preocupação de “cuidar de si”, nem tão pouco a reduza, não se pode desconsiderar que, numa sociedade em que não é usual o homem se ocupar de si, a busca por serviços de saúde pode ser associada a essa preocupação.

Para Nolasco (1997) *apud* Gomes(2003), a masculinidade encontra-se em crise, em parte está associada a valores sociais que transcendem a dimensão do indivíduo; caracteriza-se pela tentativa de homens diferentes do padrão de masculinidade socialmente para eles estabelecidos. Ainda para o autor

(...) essa crise representa a quebra do cinismo a respeito da existência de um homem de verdade em torno do qual todo menino é socializado. Por seu intermédio, temos acesso a uma reflexão em face da inclusão de seus sonhos e sentimentos como um valor pertencente ao masculino

2.4.3 - Medo de deparar com a doença

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 a idéia 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.

Uma explicação para a pouca procura masculina pelos serviços de saúde, entre os homens, se relaciona ao medo de descobrir que algo vai mal. O depoimento que segue é ilustrativo desse sentimento: *“Eu acho que tem (...) um temor terrível (...) de encarar qualquer possibilidade de que algo vai mal”* (Murilo), tal relato está presente no estudo de Figueiredo (2008).

Esse sentimento costuma ser comum nas pessoas, independente do gênero. Assim, como no ditado popular de “quem procura acha”, os sujeitos temem que, ao buscar um serviço de saúde para saber se a sua saúde vai bem, possa se deparar com diagnósticos de uma doença e

ter de se tratar. No caso específico da prevenção de câncer, há estudos que apontam que o medo é uma das explicações para o fato de as pessoas não procurarem os serviços de saúde para se prevenirem. (GOMES, 2003)

Em geral, os homens têm medo de descobrir que estão doentes e acham que nunca vão adoecer, por isso não se cuidam. Não procuram os serviços de saúde e são menos sensíveis às políticas. Isso coloca um desafio ao SUS, já que vai exigir do sistema mudanças estruturais para que o sistema esteja mais sensível, inclusive com o treinamento de profissionais para que olhem de forma mais atenta a essa população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

2.5 Política Nacional e Estadual de incentivo à saúde do homem

Os serviços de saúde principalmente as unidades básicas estão despreparadas para atender essa necessidade do gênero masculino, os profissionais estão poucos preparados para lidar como o homem, por influencia entre outros, da masculinidade hegemônica, que faz o profissional aceitar/acreditar que os homens não teriam “grandes” problemas de saúde e que eles realmente não iriam seguir as orientações feitas. (VILLAR, 2005).

As unidades básicas de saúde foram culturalmente preparadas para atender as crianças e as mulheres, justificando a identificação que os homens fazem das unidades como um espaço “feminilizado”, além do ambiente tornar-se mais receptivo as mulheres do que os homens (desde os cartazes na sala de espera, cartazes informativos, ações desenvolvidas) mulheres (VILLAR, 2005).

Em contrapartida a afirmação dos autores citados anteriormente temos observado uma mudança de postura dos serviços de saúde em relação à saúde do homem, essa iniciativa partiu do Ministério da Saúde que lançou no dia 27 de agosto de 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem que visa facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços públicos.

Ao todo serão investidos R\$ 613,2 milhões, em oito eixos de ação, entre eles de comunicação, promoção à saúde, expansão dos serviços, qualificação de profissionais e investimento na estrutura da rede pública. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). A política tem um plano dividido em nove eixos de ação a serem executados até 2011 e prevê o aumento de até 570% no valor repassado às unidades de saúde por procedimentos urológicos e de planejamento familiar, como vasectomia, e a ampliação em até 20% no número de ultrassonografias de próstata.

Por meio dessa iniciativa, o governo federal quer que, pelo menos, 2,5 milhões de homens

na faixa etária de 20 a 59 anos procurem o serviço de saúde ao menos uma vez por ano. Além de criar mecanismos para melhorar a assistência oferecida a essa população, a meta é promover uma mudança cultural.

O Ministério da Saúde pretende através da Política Nacional de Saúde do Homem romper os fatores impeditivos para que os homens freqüentem os serviços de saúde e incentivá-los a procurarem a atenção primária à saúde já que na maioria das vezes, os homens recorrem aos serviços de saúde apenas quando a doença está mais avançada. Assim, em vez de serem atendidos nas Unidades Básicas de Saúde, perto de sua casa, eles precisam procurar um especialista, o que gera maior custo para o SUS e, sobretudo, sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família.

Atualmente vários municípios no estado de Minas Gerais têm implantados os Centros Viva Vida. Nessas unidades são oferecidos atendimentos especializados à saúde da mulher, da criança e aos homens. No atendimento aos homens são oferecidos cuidados quanto à saúde sexual e reprodutiva, sendo um dos principais objetivos a detecção precoce de câncer de próstata. Essas novas unidades mesmo correspondendo ao nível de atenção secundário à saúde é muito relevante para a atenção primária à saúde pois esses serviços serão referencia para atenção à saúde do homem e de certa forma desperta o olhar dos profissionais da atenção primária.

O estado de Minas Gerais tem demonstrado um grande interesse e preocupação em relação à saúde do Homem recentemente no dia 8 de junho de 2010 a Secretaria de Estado de Saúde (SES) promoveu o 1º Seminário de Atenção Integral à Saúde do Homem. Através desse Seminário foram discutidas estratégias específicas para o cuidado do homem nos serviços de saúde. Foi também apresentado um plano de ação, não só para divulgar as propostas, mas também para manter uma interface dentro da SES e ainda em outras áreas, buscando trabalhar de forma intersetorial.

A Política Estadual para Saúde do Homem pretende organizar a rede de atenção à saúde afim de garantir uma linha de cuidados integrais, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada; apoiar e desenvolver ações e atividades de promoção de saúde para facilitar o acesso da população masculina aos serviços de saúde; qualificar profissionais de saúde para o atendimento dos homens; construir parcerias com a sociedade civil organizada para promover a saúde do homem. (Saúde/MG) .

Essa Política Estadual de incentivo á Saúde do Homem é amparada pela Lei Estadual 18.874 que foi aprovada e entrou em vigor dia 20 de maio de 2010 (anexo 1). Essa lei dispõe

acerca da importância de promoção e proteção da saúde do homem, de sua integração à rede de serviços de saúde. Através dessa lei pretende-se, também, contribuir para a mudança da percepção do homem em relação a sua saúde e à de sua família e estimular a participação da população masculina nas atividades de prevenção de doenças comuns no homem. Essa nova legislação chega em um momento de elaboração dos planos federal e estadual, o que demonstra sua sintonia com as demandas da população e as políticas públicas.

Todas essas novas políticas tanto federais quanto estaduais irão contribuir para mudar a realidade que a população masculina se encontra quanto ao perfil de morbi-mortalidade e com a própria cultura de não adesão às medidas de saúde integral por parte dos homens.

3 Considerações Finais

O presente estudo permitiu conhecer um pouco mais acerca do homem e como o mesmo se insere no serviço de saúde e quais os motivos que os impedem de se preocuparem com o cuidado.

Através desse estudo fica evidente a pouca procura dos homens aos serviços de saúde, principalmente a atenção primária, demonstrando assim a necessidade de uma reflexão pelos profissionais de saúde das unidades básicas acerca de como tem abordado os homens no serviço e de como elaborar estratégias para inseri-los nas ações de prevenção e promoção.

Como foi mostrado ao longo do trabalho apenas a partir do ano de 2009 o Ministério da Saúde tem colocado em evidência o pouco acesso dos homens ao serviço de saúde como um problema de saúde pública, tal reflexão levou a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e à Política Estadual para Saúde do Homem em Minas Gerais. Essas políticas vêm de encontro ao dia a dia de trabalho nas unidades despertando o interesse e reflexão de toda equipe acerca da importância de se trabalhar com a Saúde do Homem.

Na unidade de saúde em que atuo como enfermeira já pude perceber o impacto das propagandas televisivas promovidas pelo Ministério da Saúde incentivando o cuidado à saúde entre os homens, na reunião de planejamento que fazemos todo início de ano foi levantado pelos Agentes de Saúde a necessidade de elaborarmos uma estratégia que incentivasse o acesso dos homens ao serviço, tal proposta foi muito bem recebida por toda a equipe.

Discutimos varias propostas e ficou decidido que ao longo do ano de 2010 os agentes de saúde no decorrer das visitas entregariam folhetos educativos específicos aos homens incentivando os mesmos a comparecerem ao serviço em consultas programadas e ações

educativas, criação de grupo apenas com homens abordando temas específicos, o médico no decorrer da consulta incentivaria o homem ao cuidado e quanto à importância da prevenção do câncer de próstata.

Ainda há muito a modificar no serviço em relação à necessidade de mudança na rotina de forma que facilite o acesso dos homens às ações de promoção e prevenção, pois como foi colocado ao longo do estudo a própria unidade de saúde apresenta fatores impeditivos para facilitar esse acesso. Em contrapartida podemos considerar que o primeiro passo já foi dado que é reflexão por parte dos órgãos da saúde e em minha realidade por minha própria equipe, agora espero que todo esse empenho seja diário e ininterrupto com o objetivo de melhorarmos os indicadores de morbi-mortalidade entre os homens.

Referências Bibliográficas

- Aquino E. M.L, Menezes G. M.S. , Amoedo M. B. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Rev. Saúde Pública** S. Paulo 26(3), 195-202, 1992.
- Boff, L. **Saber cuidar**. Ética pelo humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2000
- BANDEIRA, L. Relação de gênero, corpo e sexualidade. In, GALVÃO L, DIAZ. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo, Hucitec-Population Council; 1999 p. 180-97.
- CONNELL RW. La organizacion social de la masculinidad. In VLADES T, OLAVARIA J, *Masculidades – Poder y Crises*. Chile Edicione de La mujeres; 1997, p. 31-48.
- CONNELL RW. La organizacion social de la masculinidad. In VLADES T, OLAVARIA J, *Masculidades – Poder y Crises*. Chile Edicione de La mujeres; 1997, p. 31-48. *apud* FIGUEIREDO, W. S. Masculinidade e Cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária. Tese (doutorado) - Faculdade de medicina de São Paulo, 2008.
- CONNELL RW. **The men and the boys**. Berkeley, Los Angeles, University of Califórnia Press, 2000.
- Daniels N 1996. Justice and justification: reflexive equilibrium in theory and practice. Cambridge University Press, Nova York. *apud* BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1):97-104, 2005
- Duby G 1990. **Male moyen age**. Champs-Flammarion, Paris.
- DATASUS. MINISTERIO DA SAÚDE, BRASIL (on line). Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/DATASUS.pbh>
- FIGUEIREDO, W. S. **Masculinidade e Cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária**. Tese (doutorado) - Faculdade de medicina de São Paulo, 2008.
- FONSECA, A. J. M. S. A teoria da Masculinidade In, A identidade masculina segundo Robert Bly: o paradoxo entre o real e imaginado. Dissertação (mestrado) – Lisboa Universidade Aberda, 1999 *apud* VILLAR, G. B. Gênero, Cuidado e Saúde: estudo entre homens usuários da atenção primária em São Paulo. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2007.
- FUNDAÇÃO IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Brasil, 1986*. Rio de Janeiro, 1989. Suplemento no 3: Acesso a serviços de saúde.
- GIFFIN, K. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuição de um sujeito histórico. *Ciência & Saúde Coletiva – Saúde do Homem: Alerta e Relevância*. 2005; 10(1), 47-57. *apud* VILLAR, G. A. Gênero, cuidado e saúde: estudo entre homens usuários da

atenção primária em São Paulo. Dissertação (mestrado) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2007.

GOMES R Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciencia e Saúde Coletiva** 8 (3): 825-829. 2003.

GOMES, R. NASCIMENTO, E. F. 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**, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, mar, 2007

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Censos Demográficos e Contagem Populacional para os anos intercensitários. Estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificados por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus.

Inda N 1996. **Gênero masculino, número singular**, pp. 212-240. In M Burin & ED Bleichmar (comps.). *Gênero, psicoanálisis, subjetividad*. Paidós, Buenos Aires.

LAURENTI, R. **Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas. Uma contribuição no enfoque de gênero**. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública/USP. 1998

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - Vigitel Brasil 2007. **Estimativas sobre frequência e Distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal em 2007**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Série G. Estatística e Informação em Saúde.

NASCIMENTO, P. F. G. “Ser homem ou nada” : diversidade de experiências e estratégias de atualização do modelo hegemônico da masculinidade em Camaragibe/PE. Dissertação (mestrado) – Centro de Filosofia e ciências sociais da Univerisidade de Pernambuco, 1999. apud FIGUEIREDO, W. S. Masculinidade e Cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária. Tese (doutorado) - Faculdade de medicina de São Paulo, 2008.

Nolasco S 1997. Um “homem de verdade”, pp. 13-29. In D Caldas (org.). *Homens*. Editora Senac, São Paulo. apud GOMES R Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciencia e Saúde Coletiva** 8 (3): 825-829. 2003.

OMS 1995. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – 10a Revisão*. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, Edusp. São Paulo.

OPS 1990a. *Perfil epidemiológico de la salud de la mujer em la Región de La Américas*. Washington, DC.

OPS 1993. *Genero, mujer y salud en las Américas*. Washington, DC (OPS – Publicación Científica 541).

Pinheiro SP *et al.* 2002. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** 7(4):687-707.

REDE INTERNACIONAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE (Ripsa) **Indicadores e Dados Básicos** - IDB. Brasil, 2005

Rios R 1993. Genero, salud y desarrollo: un enfoque em construcción, pp. 3-18. In EG Gomez (org.). **Gênero, mujer y salud en las Américas**. OPS/OMS, Washington (Publicação Científica, 541).

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

SABO D. Understanding Men's Health: A relational and gender sensitive approach. Harvard Center for population and development studies, 1999 *apud* VILLAR, G. B. **Gênero, Cuidado e Saúde: estudo entre homens usuários da atenção primária em São Paulo**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2007.

Secretaria Estadual de Saúde - Discussão acerca da Saúde do Homem disponível em : <http://www.saude.mg.gov.br>

SIMÕES, C. C. S. **Perfis de saúde e mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde , 2002. 141 p.

SILVA SV da. Os estudos de genero no Brasil: algumas considerações. **Revista bibliografica de Geografia y Ciencias Sociales**. 2000b; 262. Universidade de Barcelona. Disponível em: <http://www.ub.es/geocrit/b3w-262>

Silva LF & Alves F 2003. **A saúde das mulheres em Portugal**. Afrontamento, Porto.

VILLAR, G. B. **Gênero, Cuidado e Saúde: estudo entre homens usuários da atenção primária em São Paulo**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2007.

WHO 2000. What about boys? A literature review on the health and development of adolescent boy. World Health Organization, Washington. *apud* BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1):97-104, 2005

Anexo 1

LEI Nº 18.874, DE 20 DE MAIO DE 2010.

Dispõe sobre a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS,

O Povo do Estado de Minas Gerais, por seus representantes, decretou e eu, em seu nome, promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem será implementada no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - com vistas a promover a melhoria das condições de saúde da população masculina e a reduzir sua morbidade e mortalidade, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º A política de que trata esta Lei tem como princípio, além dos princípios gerais adotados pelo SUS, a garantia de promoção e proteção da saúde do homem em conformidade com suas peculiaridades socioculturais.

Art. 3º São diretrizes da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem:

- I - a integração do homem à rede de serviços de saúde;
- II - a priorização da atenção básica desenvolvida nos termos do Programa de Saúde da Família;
- III - a integração da política de que trata esta Lei com as demais políticas, estratégias e ações do SUS;
- IV - a articulação das diversas áreas do governo e da sociedade.

Art. 4º São objetivos da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem:

- I - organizar e implantar a atenção integral à saúde do homem no âmbito do Estado;
- II - contribuir para a mudança da percepção do homem em relação a sua saúde e à de sua família;
- III - estimular a participação da população masculina nas atividades de prevenção de doenças comuns no homem;
- IV - implantar e implementar a atenção à saúde sexual e reprodutiva dos homens;
- V - ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra agravos e enfermidades que acometem a população masculina;
- VI - estimular, na população masculina, o cuidado com sua própria saúde;
- VII - incluir o enfoque de gênero, orientação sexual e identidade de gênero nas ações socioeducativas.

Art. 5º Na implementação da política de que trata esta Lei, compete ao poder público:

- I - fomentar e acompanhar a implantação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem;

II - estimular a implantação da política nos Municípios e prestar-lhes cooperação técnica e financeira, observadas as diversidades locais;

III - monitorar as ações e serviços relacionados com a política, avaliando seus impactos, e fazer as adequações necessárias, consideradas as especificidades locais;

IV - coordenar e implantar, no âmbito estadual, as estratégias nacionais de educação permanente dos trabalhadores do SUS voltadas para a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem;

V - promover a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implantação da política;

VI - elaborar e pactuar protocolos assistenciais em conformidade com as diretrizes da política, apoiando os Municípios na implementação desses protocolos;

VII - estimular e apoiar, conjuntamente com o Conselho Estadual de Saúde, o processo de discussão das questões referentes à política, garantida a participação de todos os setores da sociedade;

VIII - desenvolver ações educativas relacionadas à saúde do homem na rede estadual de ensino;

IX - capacitar e qualificar os profissionais de saúde para o atendimento do homem; e

X - aperfeiçoar os sistemas de informação de forma a possibilitar o monitoramento a que se refere o inciso III deste artigo.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de publicação.