

WANICY PASCOAL ESPINDOLA

**ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO HOMEM: UMA PRÁTICA A SER
INSERIDA NO COTIDIANO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**BELO HORIZONTE
2010**

WANICY PASCOAL ESPINDOLA

**ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO HOMEM: UMA PRÁTICA A SER
INSERIDA NO COTIDIANO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Patrícia da Conceição Parreiras

**BELO HORIZONTE
2010**

WANICY PASCOAL ESPINDOLA

**ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO HOMEM: UMA PRÁTICA A SER
INSERIDA NO COTIDIANO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas
Gerais, como requisito para obtenção do certificado
de Especialista.

Orientador: Patrícia da Conceição Parreiras

Banca Examinadora

Prof.

Profa.

Aprovada em Belo Horizonte...../...../.....

RESUMO

A atenção à saúde do homem tem sido grande desafio para as equipes de saúde família, uma vez que os serviços não estão estruturados para atender às demandas do sexo masculino e há uma baixa corresponsabilidade desse usuário na promoção/prevenção de sua saúde. Este estudo tem como objetivo elaborar um plano de intervenção que contemple propostas para atenção a saúde do homem na unidade básica de saúde Guarani, em Belo Horizonte. Avaliou-se a demanda da população masculina de 25 a 59 anos, no primeiro quadrimestre de 2010, através dos registros de acolhimento da equipe 04. Para revisão de literatura foram consultados as bases MEDLINE, LILACs, bem como no SciELO, manuais do Ministério da Saúde, módulos-guias do NESCON e o site do Instituto Nacional do Câncer, restringindo-se as produções de 2003 a 2009. Verificou-se baixa procura da população masculina ao serviço de atenção primária e escassez de ações voltadas à saúde do homem. Observou-se afastamento do homem quanto aos cuidados com a saúde, principalmente nos aspectos preventivos e de tratamento, e maior engajamento em situações de risco, o que favorece ao aumento da mortalidade. Propõe-se a implementação de atividades de educação em saúde para o homem, bem como busca ativa e abordagem individualizada desse grupo.

DESCRITORES: Saúde do Homem. Gênero e Saúde.

ABSTRACT

The attention to the health of the male population is a great challenge for family health teams, since the services are not structured to meet the demands of male and there is a low responsibility in the promotion / prevention activities by this users. This study aims to develop an intervention plan that includes proposals for health care for the man in the basic health unit Guarani, in Belo Horizonte. We evaluated the demand of the male population 25-59 years in the first quarter of 2010, analysing records of the family team. For literature review we consulted MEDLINE and LILACS basis, SciELO, Ministry of health manuals, NESCON guides and the National Cancer Institute website, restricting the search to productions from 2003 to 2009. There was low demand of the male population to primary care services and lack of actions for the health of man. We observed a less careful man with his health, mainly in the preventive aspects and treatment, and greater engagement in risky situations, which favors the increase of mortality. Finally we propose to implement health education activities for the man as well as active search and an individualized approach to that group.

DESCRIPTORS: Men's health. Gender and Health.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	6
2 - OBJETIVOS.....	10
3 - METODOLOGIA.....	11
4 - RESULTADOS E ANÁLISE.....	13
4.1 - Saúde do homem.....	13
4.2 - Gênero e saúde.....	17
4.3 - Promoção da saúde X masculino.....	21
4.4 - Demandas da saúde do homem apresentadas no acolhimento da ESF 04 - UBS Guarani.....	22
5 - PLANO DE AÇÃO.....	28
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	36

1 - INTRODUÇÃO

A Atenção à Saúde no município de Belo Horizonte - MG é estruturada de forma a seguir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de atendimento universal, integralidade das ações, garantia de acesso e equidade na atenção à população.

Em Belo Horizonte, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/BH - 2008), a atenção básica é reconhecida como rede de centros de saúde que se configuram como a porta de entrada da população aos serviços, e está organizada com utilização de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em cada território.

É importante destacar que a rede básica de saúde de Belo Horizonte conta com as potencialidades das Equipes de Saúde da Família (ESF). Segundo o Ministério da Saúde, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) promoveu a construção de uma nova forma de atuar em saúde, que altera a antiga concepção de intervenção imediata e passa a focalizar o planejamento das ações. Essa nova forma de atuar em saúde não está direcionada apenas ao indivíduo, mas também à família/comunidade, com o intuito de incentivar a promoção, prevenção da saúde e a reorganização da demanda dos serviços (BRASIL, 2005).

O processo de implantação do PSF, de acordo com SMS/BH (2008), proporcionou a reorganização do processo de trabalho, a ampliação do acesso aos serviços e o aumento do vínculo entre população e centro de saúde. De acordo com Faria *et al* (2008), no modelo do PSF brasileiro, a atenção é prestada por meio de uma equipe formalmente constituída por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) e a equipe de saúde bucal constituída por cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal (ASB) e técnico de saúde bucal (TSB), que traz como peculiaridade a definição de um território ou área de abrangência de cobertura da equipe.

A regional Norte, onde está situada a Unidade Básica de Saúde (UBS) Guarani, é considerada hoje, conforme a SMS/BH (2008), uma das áreas de maior potencial econômico da capital mineira, com obras como a linha verde e o novo centro administrativo do Estado de Minas Gerais. Nessa região encontra-se o bairro Guarani, composto por domicílios com adequada infra-estrutura, rede de esgoto, abastecimento de água, coleta de lixo e energia elétrica.

De acordo com Ministério da Saúde, a UBS está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência. Deve estar vinculada a rede de serviços, de forma que garanta atenção integral aos indivíduos e que sejam assegurados à referência e contra-referência para serviços de média complexidade, sempre que necessário. Trabalha

com uma área de abrangência definida, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área (BRASIL, 2005).

A UBS Guarani possui cerca de 16.860 pessoas cadastradas. Parte dessa população é proveniente do bairro Guarani e Tupi, que são atendidas por quatro Equipes de Saúde da Família. A Unidade abriga também equipes de zoonose, equipe de saúde bucal, equipe de apoio como pediatra, ginecologista, homeopata e profissionais nos setores administrativos, limpeza, portaria e estagiários, num total de 47 funcionários.

A Equipe de Saúde da Família nº. 04, de cor amarela, iniciou suas atividades na Unidade Guarani em julho de 2008, com a redivisão da área de cobertura da UBS Tupi. Nesta ocasião, a população pertencente a essa área de abrangência foi transferida para a UBS Guarani. O território é formado em quatro micro áreas, composta por 1.018 famílias, num total de 3.084 pessoas.

A equipe encontra-se nesse momento com o número completo de profissionais, ou seja, é formada por 01 médico, 01 enfermeiro, 02 auxiliares de enfermagem e 04 ACSs, bem como os profissionais da Equipe de Saúde Bucal - 01 dentista, 01 auxiliar de saúde bucal e 01 técnico de saúde bucal. A ESF Amarela realiza atividades de atendimento a demanda espontânea, imunização, pré-natal, puericultura, visita domiciliar, planejamento familiar, coleta de material cérvico-uterino e acompanhamento de pacientes com doenças crônicas. Desenvolve, ainda, outras ações de promoção da saúde, como grupos de hipertensos, diabéticos e de gestantes.

A área de abrangência da equipe é considerada de médio risco, conforme o critério de risco da SMS/BH (2008). Percebe-se através do diagnóstico situacional realizado em 2009, uma população composta, predominante, por indivíduos adultos em fase produtiva. Uma parcela significativa dessa população é da classe média e muitas delas possuem plano de saúde, ao qual recorrem a UBS apenas quando estão doentes ou quando a rede privada não lhes oferece determinado tipo de serviço. Outro importante fator é a incidência de pessoas portadoras de doenças crônicas que necessitam de um eficiente acompanhamento e assistência cuidativa por parte da equipe de enfermagem. A doença crônica de maior prevalência é a Hipertensão Arterial, seguida do Diabetes, sendo que uma parte dos portadores dessas patologias se encontra compensada.

A área adscrita também possui idosos e alguns desses encontram-se acamados ou restritos ao domicílio, sendo assistidos domiciliarmente pela equipe. As crianças e as gestantes são acompanhadas pelo programa de puericultura e de pré-natal.

A população do sexo masculino, entre a faixa etária de 25 a 59 anos, representa 23% da população total cadastrada na área de abrangência da ESF 04. O manual de Atenção Integral à Saúde do Homem, publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), sugere que o recorte etário de homens entre 25 a 59 anos é uma estratégia metodológica

que enfoca a faixa etária de homens adultos e este grupo corresponde a 41,3 % da população masculina ou a 20% do total da população do Brasil, sendo considerada uma grande parcela da força produtiva na sociedade.

Ao analisar as demandas para a UBS, a partir do Acolhimento, nota-se pouca/escassa procura de homens adultos à Unidade em comparação com a população feminina adulta. Em relação às ações programadas pela ESF, observa-se ausência de atividades que envolvam essa parcela da população.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), os agravos de morbidade direcionados à saúde do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Portanto, é necessário promover ações que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais, político-econômicos, e que respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas previsíveis e evitáveis nessa população. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), para promover ações de saúde para o sexo masculino, devemos levar em consideração a disponibilidade da equipe; a formação e a educação permanente dos recursos humanos; a estrutura física, os equipamentos, os insumos e; o sistema de informação, adequando-os ao grau de complexidade da atenção a ser prestada.

Ao analisar a estrutura dos serviços de saúde, percebe-se o quanto o foco do trabalho está voltado para o atendimento de grupos como Hipertensos, Diabéticos, Adolescentes, Gestantes, de forma que a parcela da população que não se enquadra dentro dessas características, dificilmente vem a ser contemplada com ações direcionadas a promoção da saúde. Sabe-se da importância e do impacto que essas morbidades têm sobre as condições de vida da população, entretanto, é preciso se pensar que intervindo na situação de saúde de faixas etárias, futuramente poderemos conseguir a redução do número de pessoas que se enquadrará em um dos grupos de pacientes com doenças crônicas.

A existência de serviços de saúde estruturados e que garantam qualidade nos serviços prestados constitui um desafio para o alcance de melhores condições de vida e de melhoria para a saúde da população. Políticas e programas que têm como base a orientação para os grupos sociais específicos – crianças, mulheres, homens, entre outros – são capazes de potencializar a assistência e gerar melhora nos indicadores de saúde.

Nesse sentido, quando considerado o espectro das ações voltadas para o homem, nota-se que lidar com essa parcela significativa da população tem sido grande desafio para as equipes de saúde, pois além dos serviços de saúde não estarem estruturados para atender as demandas provenientes do sexo masculino, há também uma baixa co-

responsabilidade desse usuário na promoção da saúde, na prevenção de agravos evitáveis e no reconhecimento de que a saúde é um direito social.

Diante desse quadro, a relevância deste trabalho está em compreender melhor as políticas públicas direcionadas para a assistência à saúde do homem. Assim, é de suma importância poder contribuir para uma discussão acerca da organização da demanda e reestruturação dos serviços de saúde tendo em vista a melhoria das condições de saúde da população do sexo masculino.

Partindo dessas observações, este trabalho coloca a seguinte questão: Como as Equipes de Saúde da Família devem trabalhar a saúde dos homens na faixa etária de 25 a 59 anos?

2 - OBJETIVOS

Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção que contemple propostas para a Atenção à Saúde do Homem na Unidade Básica de Saúde Guarani em Belo Horizonte - MG.

Objetivos Específicos

- Compreender e discutir a Atenção a Saúde do Homem;
- Analisar as demandas de Atenção a Saúde do Homem na UBS Guarani;
- Propor ações que visem melhoria da assistência a população do sexo masculino nas Unidades de Atenção Primária.

3 - METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido na área da abrangência da ESF 04 da UBS Guarani. O público alvo foi composto pela comunidade residente na área adscrita da ESF 04, pertencente ao bairro Tupi, no município de Belo Horizonte.

Durante o desenvolvimento da disciplina obrigatória do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, no segundo semestre de 2009 - Módulo 3: Planejamento e avaliação das ações de saúde -, foi elaborado o diagnóstico de saúde do território da ESF 04. Para esse trabalho contou-se com os sistemas de informação, os cadernos de registro da equipe e com o auxílio dos ACS.

Com o diagnóstico de saúde da área de abrangência, foi possível levantar o número total de pessoas atendidas pela equipe, as faixas etárias de acordo com o sexo e as doenças prevalentes na população. Utilizou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), que segundo Faria *et al* (2008) permite a detecção imediata de problemas e o planejamento de estratégias para suas resoluções, a fim de se estabelecer prioridade nas ações.

A ESF da UBS Guarani, de cor amarela, possui atualmente cadastrada 3.084 pessoas, sendo 1.660 do sexo feminino e 1.424 do sexo masculino. A realização do diagnóstico de saúde da ESF 04 evidenciou uma população de homens na faixa etária entre 25 a 59 anos, de 706 pessoas pertencentes à área de abrangência da equipe, o que corresponde a 23 % da população total.

A partir desses dados demográficos, decidiu-se avaliar a demanda da população masculina de 25 a 59 anos no primeiro quadrimestre de 2010. Para isso foi realizado um levantamento no livro de registro do acolhimento da ESF 04, nos meses de janeiro a abril de 2010, distribuídos em 17 semanas, com o objetivo de verificar se a população masculina de 25 a 59 anos comparece a Unidade e quais as demandas trazidas por esses usuários.

Para facilitar a análise foi necessário separar a população em sexo e faixa etária, ficando distribuídas da seguinte forma: De 0 a 09 anos (infância), 10 a 24 anos (adolescência/juventude), 25 a 59 anos (idade adulta) e 60 anos ou mais (idoso).

Ao verificar o número total de pessoas do sexo masculino na faixa etária de 25 a 59 anos, foi necessário recorrer aos prontuários do pacientes para avaliar a queixa principal relacionada no acolhimento. Essas queixas foram separadas em: algicas, cardiológicas, dermatológicas, respiratória, renovação de receitas, avaliação de exames, check-up, dengue, saúde mental e outros (relatório de saúde, conjuntivite, varizes, avaliação de pós-operatório e gastroenterite). Nota-se que dentre os prontuários avaliados, 14 não foram encontrados registro dos profissionais responsáveis pelo atendimento.

Após levantamento desses dados na área de abrangência da ESF amarela, para a elaboração do trabalho de conclusão do curso (TCC) da Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, necessário se fez realizar um levantamento bibliográfico sobre os aspectos que ocasionam a baixa procura desta população aos serviços de atenção primária e a falta de estruturação dos serviços de saúde para atender as demandas provenientes do sexo masculino.

Como método, foi utilizada a revisão de literatura, que é caracterizada segundo as fontes e procedimentos de coleta de dados como bibliográfica, por utilizar, de acordo com Santos (2002), total ou parcialmente, materiais escritos/gravados, que possuem informações organizadas e publicadas por outros autores. A pesquisa com base bibliográfica deve dar início a qualquer busca científica, já que, atualmente, muitas necessidades humanas contêm algo registrado a respeito.

A revisão de literatura foi realizada com base no levantamento bibliográfico. Os critérios para a seleção foram artigos periódicos em português na base de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online- MEDLINE e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde- LILACs, acessadas via Bireme. Focalizou-se produções científicas publicadas nos últimos sete anos, correspondendo ao período de 2003 à 2009. Utilizou-se como descritores: Saúde do Homem, Gênero e Saúde, sendo encontrados 56 artigos. Além disso, foram utilizados manuais do Ministério da Saúde e módulos-guias disponíveis na biblioteca virtual do NESCON, além de quatro artigos encontrados no Scientific Electronic Library Online - SciELO e o site do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Para a seleção das publicações, analisou-se os títulos e/ou resumos baseando-se na temática proposta. Dessa forma, foram selecionados para a amostra 20 publicações para a construção da pesquisa.

Após a leitura dos artigos, manuais e módulos selecionados, passou-se a análise das propostas vigentes para a Assistência a Saúde do Homem na Atenção Primária. Por fim, foi elaborado um plano de ação visando à inserção da Saúde do Homem no cotidiano da ESF.

4 - RESULTADOS E ANÁLISE

4.1 - Saúde do homem

A população masculina na faixa etária entre 25 a 59 anos corresponde à parcela preponderante da força produtiva brasileira, exercendo um significativo papel sociocultural e político. Com as transformações ocorridas nos últimos anos nos padrões de saúde/doença, nota-se um descaso com essa parcela da população, apresentado no número elevado de taxas de mortalidade entre a população masculina.

Conforme Laurenti, Mello Jorge e Gotlieb (2005), a maioria dos indicadores tradicionais de saúde mostra a existência de diferenciais na saúde do homem e da mulher, sendo maior a mortalidade masculina em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas. Para esses mesmos autores, além da existência do fator biológico, deve levar em conta o enfoque de gênero quando se deseja caracterizar e analisar a saúde do homem e da mulher.

No que tange ao masculino, verifica um aumento gradativo da sobremortalidade masculina nos adultos jovens. Braz (2005) explica ao analisar dados do IBGE, que essa sobremortalidade é expressa pela relação entre as taxas específicas de mortalidade de homens e mulheres. Por exemplo, nos últimos anos, as taxas de mortalidade masculina, na faixa dos 20 a 29 anos de idade, chegam a ser mais de três vezes superiores às correspondentes femininas.

O manual de atenção integral a saúde do homem do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), analisa no ano de 2005 as causas de mortalidade na população masculina dos 25-59 anos, apontando que 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.

As causas externas de mortalidade conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), observando a denominação do CID-10, englobam uma série de agravos, dos quais os mais importantes são os Acidentes, notadamente os acidentes de Transporte, as Lesões Autoprovocadas Voluntariamente e/ou suicídios e as Agressões. “Do total de óbitos do sexo masculino por causas externas, ocorridos em 2005, 40,3% foram por homicídios, 30,0 % por acidentes de transporte, 7,4% por suicídios, sendo 22,3% por outras causas” (BRASIL, 2008, p.23).

Os acidentes de transporte destacam em termos de magnitude e segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) embora o Código de Trânsito Brasileiro coloque uma série de medidas preventivas ligadas à segurança e à valorização da vida, sua implantação efetiva encontra sérios obstáculos. Além do sofrimento físico, psíquico e social determinado pelos acidentes, há de se considerar o enorme impacto econômico mensurado pelos seus gastos hospitalares.

Dados divulgados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), tendo como referência o DATASUS/SIH, o número de internações, entre os anos 2000 e 2007, apresentou aumento dos valores representativos das internações da população masculina entre 25 a 59 anos por causas externas (quedas, acidentes de transportes, intoxicações, lesões autoprovocadas e outras), aparelho circulatório e por tumores, ocasionando um enorme impacto econômico uma vez que são jovens em plena fase produtiva.

Há de se chamar atenção que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), as causas externas de mortalidade, embora apresentem uma alta incidência nas faixas etárias mais jovens (dos 25 aos 40 anos), são superadas pelas Doenças do Aparelho Circulatório a partir dos 45 anos, e pelos Tumores a partir dos 50 anos. Esse quadro tem dispensado grandes investigações, visto que os avanços das mortes por causas externas, atingem principalmente o adulto jovem.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a masculinidade está associada à agressividade, bem como à invulnerabilidade e conseqüente exposição a riscos variados, como o uso de álcool e outras drogas ilícitas e a prática da violência. Schraiber, Gomes e Couto (2005) colocam que a idéia da masculinidade associada à virilidade aumenta a vulnerabilidade dos homens a praticas sexuais de risco, com maior chance de contrair as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e em particular a AIDS.

O modelo hegemônico de masculinidade, segundo Souza (2005), construído a partir de valores patriarcais e machistas, emprega ainda a noção entre masculinidade viril, competição e violência. Os comportamentos reafirmadores, viris e agressivos, tornam os homens agentes de violência e por outro, a exposição a agressões e outras formas de violência que estes comportamentos propiciam, transformam-nos em alvo da violência.

Assim, nos estudos sobre violências experimentadas por homens, a perspectiva de gênero é fundamental para que se possa compreender que os nexos entre masculinidade e violência, reforçados no processo de socialização e de afirmação da masculinidade, representam desvantagens em termos de saúde, dado que os expõe a situações constantes de risco, especialmente nos espaços públicos (SCHRAIBER, GOMES e COUTO, 2005, p.14).

Dados da Organização Mundial de Saúde, apresentados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) demonstram que cerca de dois bilhões de pessoas consomem bebidas

alcoólicas no mundo, sendo que o uso abusivo do álcool é responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil. No Brasil, diversos estudos comprovam a diferença no consumo de álcool entre homens e mulheres. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), um levantamento realizado em 2005 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, mostra que o uso de álcool é maior para o sexo masculino quando comparado ao feminino. A prevalência de dependentes de álcool também é maior para o sexo masculino: 19,5% dos homens são dependentes de álcool, enquanto 6,9% das mulheres apresentam dependência.

Em relação ao tabagismo, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) apresenta que os homens usam cigarros também com maior frequência que as mulheres, o que lhes acarreta maior vulnerabilidade a doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, doenças bucais e outras, relacionadas ao uso do cigarro.

A tendência ao uso abusivo de álcool e tabaco e o uso de violência verbal, emocional ou física contra a mulher, contra outros homens e, em casos extremos, contra si mesmos devem ser compreendidas à luz da crença na invulnerabilidade do homem e está diretamente relacionado aos indicadores de morbimortalidade.

A segunda causa de morte entre os homens encontra-se nas doenças do aparelho circulatório. Nota-se que a maior incidência de mortalidade masculina por essas doenças no ano de 2005, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) ocorreu após os 60 anos (72,2%) e posteriormente, na população de 25-59 anos, em torno de 26,8%. Os resultados das internações hospitalares na faixa etária de 25 a 59 anos, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) com base no DATASUS/SIH, podem constatar que, a maior parte das internações, deve-se aos acidentes coronarianos, seguidos pela hipertensão arterial. Ao se assinalar este dado, percebe-se que há uma perda de grande parte de nossa força produtiva em óbitos que poderiam ser evitados, se houvesse uma efetiva política de prevenção.

Considerada a terceira causa de morte entre a população masculina - os Tumores - vêm apresentando proporções assustadoras. Os tumores que incidem com maior frequência na faixa etária dos 25 - 59 anos, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) são oriundos dos aparelhos digestivo, respiratório e urinário. No Brasil, o tumor que atinge a maioria da população masculina após os 50 anos, é o câncer de próstata.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA, 1996-2010), no Brasil, evidencia que o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens (atrás apenas do câncer de pele não-melanoma). Para Gomes *et al* (2008), com referência ao Sistema Nacional de Auditoria do Ministério da Saúde, o câncer de próstata encontra-se duas vezes mais freqüente do que o câncer de mama. Para Paiva, Mota e Griep (2009), os fatores de risco para câncer de próstata são, na maioria, desconhecidos e inevitáveis, mas o que apresentam certo

consenso entre as fontes no que se refere ao aumento do risco de desenvolvimento do câncer de próstata são a idade e a história familiar.

A despeito dos métodos de diagnósticos do câncer de próstata e do eficiente arsenal terapêutico, a detecção precoce é importante para que se aumentem as chances de cura e reduzam os riscos de mortalidade.

O INCA (1996-2010) recomenda que os homens acima de 50 anos realizem anualmente os exames de avaliação da próstata. Estudos como o de Gomes *et al* (2008), demonstram, de acordo com as recomendações da sociedade brasileira de urologistas, a realização anual do diagnóstico precoce, dentre eles homens com mais de 50 anos ou com 40 anos, mediante a história familiar de câncer prostático. Em geral, esse diagnóstico é recomendado, conforme Gomes *et al* (2008) para ser realizado através do exame clínico (toque retal ou toque digital da próstata) e o exame de sangue para a dosagem do antígeno prostático específico, conhecido por PSA.

Sabe-se que diante desse exame, existem discussões de preconceitos e medo. Gomes *et al* (2008) apontam que frente ao exame digital, os homens podem apresentar resistência e constrangimento, pois tal procedimento viola sua masculinidade. Gomes (2003) considera que o toque retal é uma prática que pode suscitar no homem o desconforto físico e psicológico de estar sendo tocado na sua parte inferior, o que conspiraria contra a noção de masculino. Para o autor, o que também ocasiona medo da homossexualidade e impotência na população masculina, é a possibilidade de ereção que pode surgir a partir do toque e ser vista como indicador de prazer e não como uma reação fisiológica. Ainda para Gomes *et al* (2008), a descoberta do diagnóstico de câncer de próstata emerge no homem a sensação de perda da virilidade, visto que gênero masculino ainda é fortemente configurado por práticas machistas.

A quarta causa de morte entre os homens encontra-se nas doenças do aparelho digestivo. Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), com base em SVS/DASIS-SIM, 2005, destaca que a mortalidade masculina entre 25-59 anos encontra-se nas doenças do fígado (70%), sendo que destas, 46% deve-se a doença alcoólica, 36% a fibrose e cirrose e 18% a outras doenças do fígado. A úlcera gástrica, duodenal e péptica (4%), a Peritonite (2%), a Colecistite (1%) e para outras causas não especificadas (23%). As principais doenças do Aparelho Digestivo responsáveis pelo maior número de internações foram: doenças ácido-pépticas, doenças do fígado e colelitíase e colecistite.

Em quinto lugar, responsáveis pela mortalidade na população masculina encontram as doenças do aparelho respiratório. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) em 2005, o total de óbitos na população masculina foi de 53.017 (excluindo os casos de óbitos por neoplasias malignas e por Tuberculose), sendo que 18,78% dos casos ocorreram na faixa etária dos 25 a 59 anos. As principais causas de internações por enfermidades do

Aparelho Respiratório, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), com referência DATASUS/SIH TabNet, em 2007 foram as pneumonias (43%), as de doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) (12%), seguidas pela asma (11%) e por último a tubérculos (TBC) (0,5%).

O modelo hegemônico de constituição do masculino no Brasil reflete em uma exposição deliberada de enfrentar riscos e perigos o que tem ocasionado conseqüências para a saúde e a vida dos homens, como tem demonstrado os indicadores de morbimortalidade.

4.2 - Gênero e saúde

De acordo com Braz (2005, citado por PINHEIRO *et al*, 2002), as diferenças de gênero no risco de adoecer variam conforme o estilo de vida, fatores genéticos ou hormonais. Há também alguns estudos estruturados sob a subjetividade masculina e sua possível relação com a morbimortalidade, como por exemplo, as consultas de mulheres e crianças são realizadas com maior freqüência, quando comparadas com as consultas masculinas de acordo com o PNAD de 1998. “[...] pode-se observar que as diferenças entre os gêneros se mantêm favoravelmente para as mulheres” (BRAZ, 2005, p.99).

Essa temática surge frente aos agravos do sexo masculino e constituem verdadeiros problemas de saúde pública, corroborado pelos recentes dados epidemiológicos de morbimortalidade, que trazem os homens como sendo os mais vulneráveis por padecer mais de condições severas e crônicas de saúde. “[...] os diferenciais de indicadores de mortalidade entre os sexos mostram uma situação de saúde desfavorável para os homens que precisa ser considerada e enfrentada pelos serviços de saúde” (FIGUEIREDO, 2005, p.106).

A temática que envolve a saúde masculina, para Braz (2005), tem sido pouco abordada e discutida em contraposição à saúde da mulher, objeto de políticas públicas e de variadas investigações. No campo reprodutivo, Gomes, Nascimento (2006) reforçam a pouca participação masculina nas questões relacionadas à saúde reprodutiva, especificamente nas discussões sobre contracepção, infertilidade e paternidade.

As características do masculino e do feminino não são determinadas exclusivamente pelo aspecto biológico, mas também são marcadas pelo contexto social e cultural em que foram concebidas. De acordo com Braz (2005), Nascimento e Gomes (2008), na nossa sociedade o corpo masculino ainda é visto como forte, invulnerável e provedor.

O modelo social masculino aprendido e incorporado pelas pessoas, como afirma Braz (2005), exerce uma influência negativa sobre o auto-cuidado do homem.

Um dos grandes obstáculos à promoção da saúde dos homens, conforme repetido inúmeras vezes ao longo do processo de construção da nova política, é justamente a centralidade da idéia de invulnerabilidade, ou seja, da idéia de potência, na construção da masculinidade hegemônica (CARRARA, RUSSO e FARO, 2009, p.665).

Em um estudo realizado com homens hospitalizados no interior do estado de São Paulo, Costa-Junior e Maia (2009) demonstram como está claro que os valores próprios da cultura masculina refletem entre os homens maior noção de invulnerabilidade, levando esses indivíduos a emitirem comportamentos de risco e poucas práticas preventivas. Para Berhame por *et al* (2002 citado por GOMES e NASCIMENTO 2006, p.908).

[...] as normas culturais usadas para manter o poder social dos homens e o senso de masculinidade dificultam a adoção de hábitos e convicções mais saudáveis. Assim, para os autores que tratam do poder associado à masculinidade, os homens, ao se sentirem fortes, resistentes e invulneráveis, podem não adotar comportamentos preventivos, nem tampouco acessar os serviços de saúde.

Costa-Junior e Maia (2009) relatam que as mulheres têm mais comportamentos preventivos com a saúde e preocupam em cuidar mais de sua saúde pela natureza de seu corpo biológico reprodutivo que requer assistência obstétrica e ginecológica. Machin *et al* (2009) concordam com os autores e acrescentam que há maior difusão de programas televisivos e campanhas de saúde direcionadas a parcela feminina.

Gomes, Nascimento e Araújo (2007) entendem o “Cuidado” como próprio do âmbito feminino justificado pela cultura de que as mulheres o recebem desde cedo, para reproduzirem e se consolidarem como responsáveis pela manutenção das relações sociais. “[...] o cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde, também no que se refere ao cuidar dos outros, não serem questões colocadas na socialização dos homens” (SCHRAIBER, GOMES e COUTO, 2005, p.8). Em contrapartida, ser homem está associado à invulnerabilidade, característica incompatível com os sinais de fraqueza, insegurança, representada pela procura aos serviços de saúde.

Figueiredo (2005) expõe que os homens têm dificuldade de verbalizar o que sentem, pois falar dos seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fragilidade, de feminilização perante os outros e a própria vergonha de exposição do corpo perante uma profissional de saúde. Para o autor, o sujeito masculino teme, ao procurar o serviço de saúde, descobrir que uma enfermidade possa reduzir sua capacidade produtiva e comprometer sua masculinidade.

Gomes, Nascimento e Araújo (2007) discutem também a relação trabalho e ida do homem ao serviço de saúde: muitas das vezes o trabalho pode dificultar como também pode facilitar a procura, principalmente para exames adicionais. Observa-se que mesmo

pontualmente, para cumprir exigências burocráticas, as demandas das empresas empregadoras podem proporcionar momentos de prevenção e de cuidados em saúde. Para os autores, esses momentos deveriam ser aproveitados pelos serviços para investirem em ações preventivas e proporcionar um maior envolvimento do sujeito masculino nessas ações.

Na pesquisa realizada por Gomes, Nascimento e Araújo (2007), os homens revelam que o horário de funcionamento dos serviços de saúde não atende as suas demandas, por coincidir com a carga horária de trabalho e como suas atividades laborativas vem em primeiro lugar, a busca pelos serviços de saúde ficam para segundo plano.

Os padrões de masculinidade têm dificultado aos homens emergirem como consumidores de bens e serviços, entre eles os serviços de saúde, visto com intrinsecamente feminino. Quando se trata de demandas específicas do gênero masculino nota-se que os serviços de saúde estão poucos estruturados no atendimento e assistência dessa parcela significativa da população. De acordo com Gomes (2003, p.826)

[...] o nosso propósito não é caminhar na direção oposta de se pensar a relação, privilegiando um gênero em detrimento de outro. Acreditamos que são igualmente válidos os posicionamentos que enfocam a saúde da mulher e a saúde do homem, desde que tais posicionamentos não percam a perspectiva relacional entre os gêneros e não se distanciem da promoção de saúde voltada para as necessidades humanas em geral.

Para Gomes, Nascimento e Araújo (2007), os serviços de saúde são considerados pouco aptos em absorver a demanda apresentada pelos homens, pois sua organização não estimula o acesso e as próprias campanhas de saúde pública não se voltam para este segmento. Além disso, o mercado de trabalho geralmente não garante formalmente a adoção de tal prática, portanto, o homem em dado momento pode ser prejudicado e sentir seu papel de provedor ameaçado.

Segundo Figueiredo (2005) e Gomes, Nascimento e Araújo (2007), os serviços públicos podem ser percebidos como um espaço feminilizado, freqüentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formadas em sua maioria por mulheres, o que provoca aos homens uma sensação de não pertencimento a esse espaço. Figueiredo (2005) também coloca que este dado e o tempo perdido na espera de atendimento, bem como a falta de programas ou atividades direcionadas especificamente a população masculina, são causas que dificultam o acesso dos homens ao serviço de saúde.

Para Costa-Júnior e Maia (2009), os homens ficam mais doentes porque são mais negligentes com os cuidados com a sua saúde e não se comporta de modo preventivo, adiando ao máximo a procura por ajuda médica, o que agrava sua condição.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) evidencia que os homens são mais vulneráveis a doenças do que as mulheres, especialmente às enfermidades crônicas e graves, e que morrem mais cedo. Apesar desse fato, os homens não são captados pelos serviços de atenção primária. Sua entrada no sistema de saúde se daria principalmente pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, configurando um perfil que favorece o agravamento da morbidade pela busca tardia ao atendimento.

Homens preferem utilizar serviços de saúde como farmácias ou prontos socorros, ainda que tais serviços sejam limitados às demandas emergenciais; nesses locais os homens seriam atendidos mais rapidamente e poderiam revelar, de forma breve e superficial, seus problemas de saúde (BRAZ, 2005; FIGUEIREDO, 2005).

O reconhecimento de que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis (BRASIL, 2008, p.3).

Figueiredo (2005) sugere que muitas doenças podem ser evitadas ou controladas por comportamentos preventivos. Certos problemas de saúde não se manifestam de forma imediata, muitos podem ser evitados, e, nesse sentido, programas de ações preventivas poderiam intervir para a promoção e manutenção da saúde masculina e feminina. Para Aquino (2005) incorporar a perspectiva de gênero pode contribuir para adequar os serviços de saúde às necessidades de homens e mulheres e superar mecanismos e atitudes de discriminação.

Para atuar nesse contexto, tem se enfatizado um novo processo de trabalho que consiste na corresponsabilização do cuidado pela equipe de saúde e pela população alvo, com vistas a possibilitar a construção social das demandas e necessidades em saúde, que resultará em uma reorganização das práticas com a intenção de superar as ações essencialmente assistenciais e favorecer ações de promoção em saúde.

4.3 - Promoção da saúde X masculino

As ações de promoção à saúde nos serviços de atenção básica constituem ferramenta fundamental para a atenção à saúde masculina, sendo a participação e o engajamento dos profissionais imprescindíveis para a qualidade das ações.

Ao reconhecer na comunidade os determinantes psicossociais e suas influências no binômio saúde/doença, o processo de trabalho em saúde modifica. A compreensão desses fatores condicionantes oferece subsídios para a apropriação de novos hábitos e condutas de saúde. É necessário lançar um olhar diferenciado sobre essa população masculina e no

contexto no qual está inserida, bem como de utilizar as ferramentas sociais, de forma que o indivíduo seja o principal agente de transformação de seu meio. Buscar também articulações com as diversas políticas sociais e urbanas implementadas, tornando mais efetivas as intervenções nos diversos problemas demandados pela população masculina.

Essa maneira de discutir a saúde faz com que as equipes deixem de trabalhar com intervenções imediatas e passem a focalizar o planejamento de ações, direcionando-as não apenas ao usuário, mas também na comunidade no qual ele se encontra. Assim, dessa forma, é possível reorganizar a demanda do serviço e programar a agenda dos profissionais, para melhor acompanhamento do usuário no sistema. Por isso a promoção da saúde se faz necessária ao processo permanente, com impacto na saúde e qualidade de vida das pessoas.

Produzir saúde por meio da perspectiva da promoção da saúde significa comprometer-se com sujeitos e coletividades que expressem crescente autonomia, crescente capacidade para gerenciar satisfatoriamente os limites e os riscos impostos pela doença, pela constituição genética e pelo contexto sócio-político-econômico-cultural, enfim pela vida. (CAPONI, 2003, p 294).

Sabe-se que são muitas as ações de promoção e prevenção desenvolvidas no âmbito individual e coletivo realizadas pelas ESF, o que torna possível, mediante ao vínculo estabelecido entre profissional e usuário, capacitar esse coletivo ou indivíduo para o reconhecimento e atuação sobre os determinantes de saúde. Esse envolvimento, segundo Nascimento e Gomes (2008), pode assegurar que os homens, tradicionalmente vistos como não agentes de cuidados em saúde, protagonizem uma trajetória e uma relação diferenciada no seu meio, o que contribui para práticas cotidianas mais saudáveis por parte da população masculina.

A noção de o masculino ser invulnerável favorece a ocorrência da doença ou agravamento da sua manifestação. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), no atendimento à população masculina deve-se considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. Essa consideração é fundamental para a promoção da equidade na atenção a essa população, que deve ser considerada em suas diferenças por idade, condição sócioeconômica, étnico-racial, por local de moradia, pelas orientações sexuais e identidades de gênero. É fundamental que ações em saúde resguardem as diferenças nas necessidades de saúde da população de homens, sem discriminação.

O modo de fazer em saúde que leva em conta a promoção a saúde, prevenção aos riscos de adoecer e morrer e a assistência ao paciente, em que se insere a vigilância à saúde, que constitui um conjunto de ações em saúde pública, englobando saberes dos profissionais, que atuem conjuntamente sobre os determinantes e condicionantes do processo

saúde-doença, de forma contínua e sistemática, no sentido de modificar a realidade sanitária da população (BELO HORIZONTE, 2008, p.184).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) essa perspectiva mais ampla que privilegia um novo paradigma baseado na atenção integral, que valorize, fundamentalmente, a promoção da saúde e a qualidade de vida, bem como a Educação, são importantes estratégias para promover mudanças comportamentais indispensáveis à consolidação das ações propostas.

A educação em saúde de acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) potencializa o exercício da participação popular e do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde, no sentido de que responde às necessidades da população e contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado o que favorece para alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades.

4.4 - Demandas à saúde do homem apresentadas no acolhimento da ESF 04 - UBS Guarani

Uma das atividades realizada pela ESF é o acolhimento, que de acordo com Vasconcelos, Grillo e Soares (2009) é uma escuta qualificada dos usuários, proporcionando um atendimento humanizado e resposta mais adequada aos problemas identificados. Este atendimento na UBS Guarani é realizado pela equipe de enfermagem (enfermeira e auxiliar de enfermagem) de segunda a sexta-feira, de 15:00 às 16:00 horas.

O levantamento realizado no livro de registro do Acolhimento da ESF 04 da UBS Guarani nos meses de janeiro a abril de 2010, distribuídos em 16 semanas, evidenciou um total de 1.050 pessoas, sendo 748 mulheres e 302 homens (GRÁF. 1). Essa população foi dividida em faixas etárias, o que demonstrou que na faixa etária de 0 a 09 anos encontravam-se 127 pessoas; 10 a 24 anos, 195 pessoas; 25 a 59 anos, 521 pessoas e 60 anos ou mais, 207 pessoas. A penúltima faixa etária evidenciou 410 mulheres e 111 homens, sendo esta faixa etária masculina a população deste estudo.

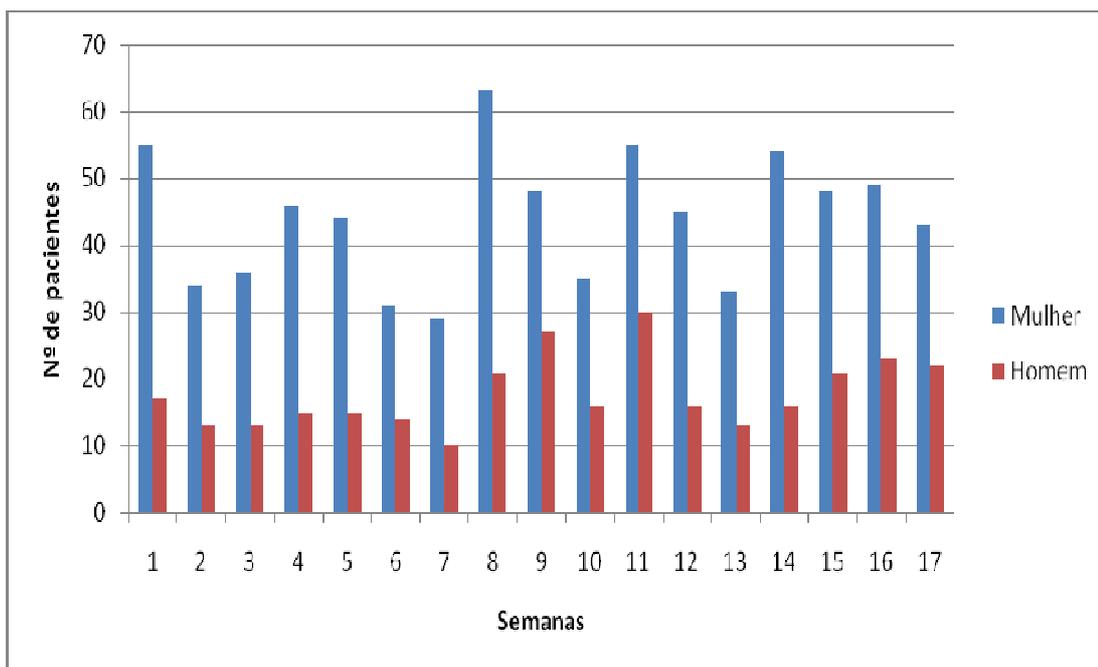


Gráfico 1: Distribuição de atendimentos do acolhimento, segundo sexo no período de janeiro a abril de 2010.

Fonte: Registro da ESF 04.

Nota-se que semanalmente, no período de janeiro a abril, a procura por atendimento pela população masculina foi inferior em relação à população do sexo feminino, na faixa etária de 25 a 59 anos, numa proporção menor que 70% em todas as semanas, com exceção na décima sexta semana, onde a proporção de atendimento ao homem foi maior que 70% (GRÁF. 2). Esses dados reforçam a hipótese apresentada pelos autores de que a presença de homens adultos nos serviços de atenção primária é menor do que as mulheres.

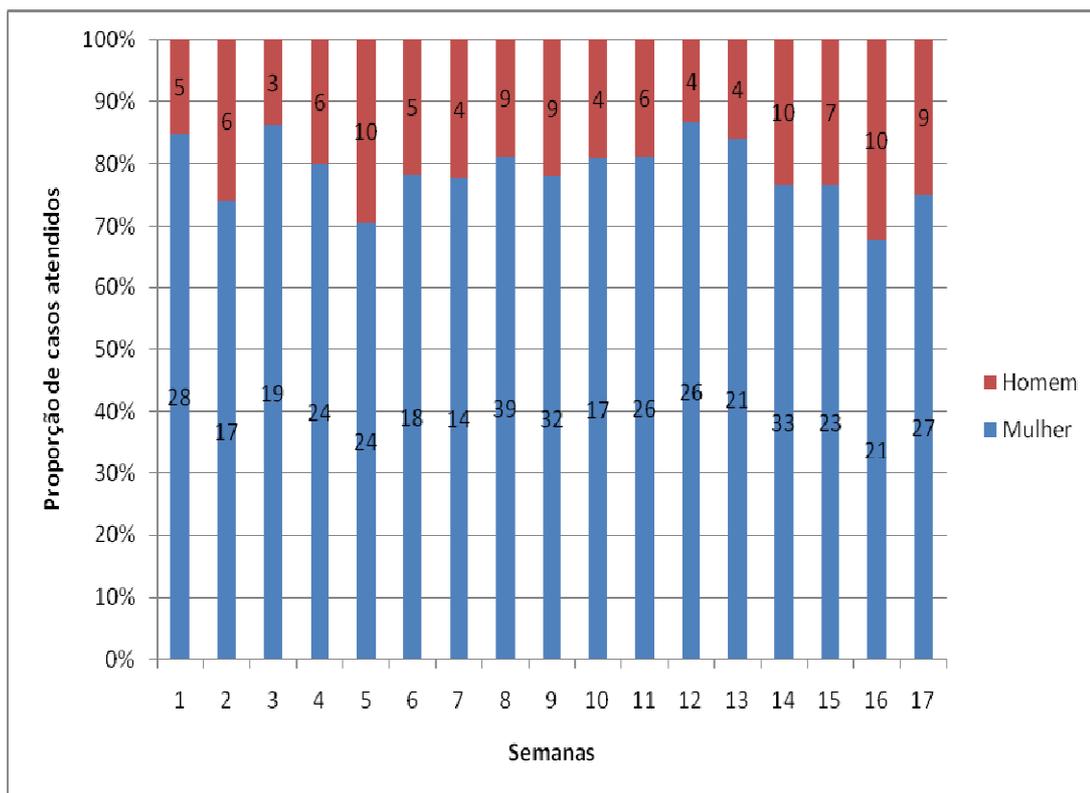


Gráfico 2: Contribuição proporcional de casos atendidos semanalmente durante o acolhimento na faixa etária de 25 a 59 anos, segundo sexo, no primeiro quadrimestre de 2010.

Fonte: Registro da ESF 04

A procura por atendimento da população feminina em uma maior proporção leva a crer que estas declaram mais suas doenças e conferem maior atenção ao seu corpo como foi exposto pelos autores pesquisados. O que não acontece no caso dos homens, que por receberem uma educação incorporada nos valores de masculinidade, não aprendem a reconhecer, nem relatar uma condição que demonstre fragilidade ou improdutividade. O fato das mulheres, em geral, realizarem o pré-natal, acompanharem seus filhos e maridos aos serviços de saúde, também faz com que elas se tornem mais predispostas à utilização dos serviços, como discutido na revisão de literatura.

O horário de acolhimento pode ter sido também um dos motivos que inviabilizou a procura dos homens que trabalham por atendimento médico, pois há no trabalho uma forte relação com a identidade masculina, sendo que através dele os homens se sentem produtivos, fortes e responsáveis pelo sustento familiar, o que dificulta a entrada na atenção primária e favorece a sobrecarga nos serviços de atenção secundária/terciária, o que confirma o fato apresentando por alguns autores descritos anteriormente.

Quando se analisa a população de todos os grupos etários abordados (Criança, Adolescente, Adulto e Idoso) observa-se que o sexo masculino compareceu em menor quantidade em todas as faixas etárias, sendo que nas crianças essa diferença entre

feminino e masculino foi menor (GRÁF. 3). Este dado assim se apresenta porque as crianças que comparecem à Unidade são acompanhadas por suas mães, sendo esta a provedora do cuidado, já que o cuidado não é visto como uma prerrogativa do masculino, o que reforça a discussão de Braz (2003) ao dizer que consultas de mulheres e crianças são realizadas com maior frequência.

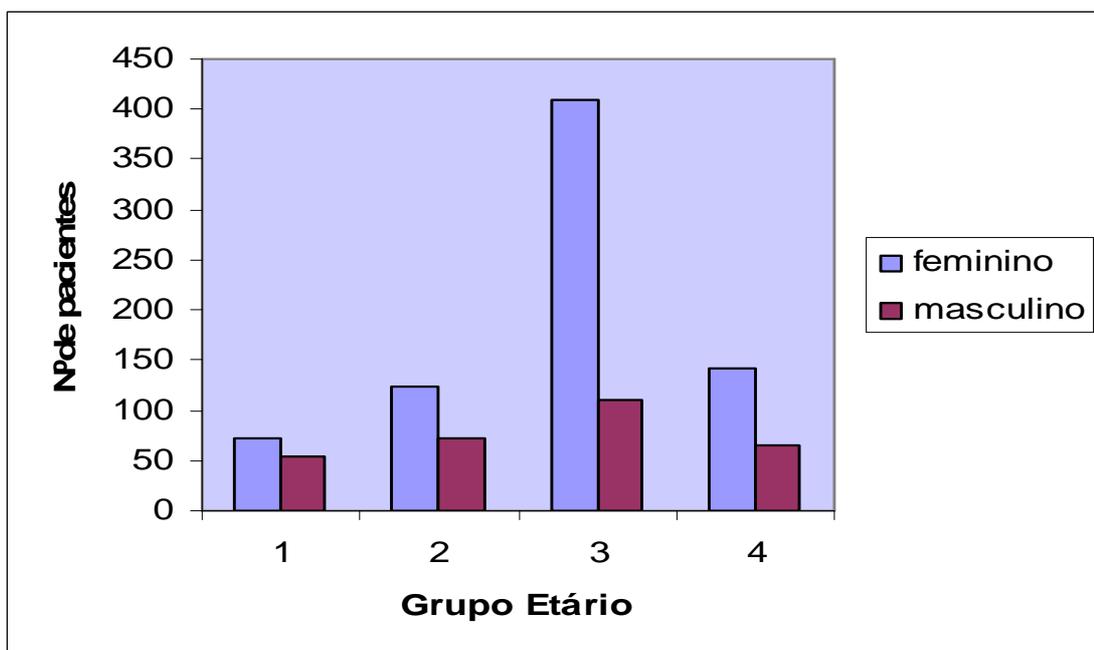


Gráfico 3: Distribuição de atendimentos do acolhimento, segundo grupo etário e sexo no período de janeiro a abril de 2010.

Fonte: registro da ESF 04.

Na análise das demandas trazidas pela população masculina no primeiro quadrimestre, constatou-se que dos 111 atendimentos ao sexo masculino, 97 prontuários avaliados continham registros de atendimento e em 14 prontuários não foram encontrados esses registros. Nota-se que 34% dos homens que procuravam a unidade apresentaram queixas algícas. Posteriormente, 12% queixas dermatológicas, 9,3 % queixas respiratórias, 9,3 % avaliações de exames, 8,3% solicitação de check-up, 7,2% casos de saúde mental, 6,2% solicitação de renovação de receita de hipertensos e diabéticos, 5,2% casos de dengue, 2% queixa cardiológica e por último, 5,2% outros (relatório de saúde, conjuntivite, gastroenterite, varizes e avaliação pós operatória) (GRÁF. 4).

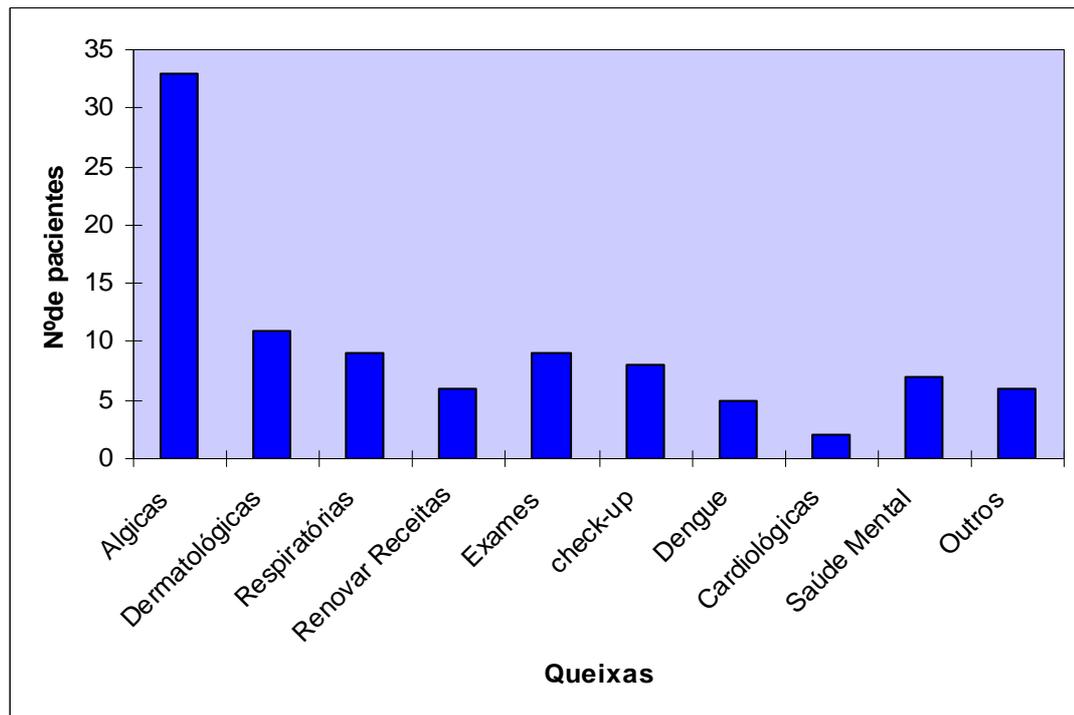


Gráfico 4: Distribuição das demandas atendidas no acolhimento da população masculina de 25 a 59 anos, período de janeiro a abril de 2010.

Fonte: Registro da ESF 04.

Nas demandas apresentadas pela população masculina na faixa etária de 25 a 59 anos que compareceram no período de janeiro a abril de 2010 à UBS Guarani – ESF 04 salienta-se que a maioria foi por queixas que necessitavam de avaliação de urgência e somente 8,3% dos homens realizaram solicitação para controle periódico de sua saúde. Este dado evidencia o baixo comportamento preventivo dessa parcela da população, como discutidos pelos autores.

Nas demandas levantadas no acolhimento evidenciou que a falta da prática de promoção e prevenção favoreceu para o agravamento dos sintomas e a procura imediata aos serviços de saúde, pois se o homem propuser a realizar vigilância do cuidado a saúde terá uma condição de vida mais favorável e muitas dessas queixas apresentadas teriam sido desconsideráveis.

Em relação à avaliação da próstata, um assunto bastante discutido pelos autores pesquisados, não foi apresentado aqui como demanda da população masculina, o que supõe a existência de medo e preconceitos dos homens em relação a essa avaliação.

A ausência também de comentários sobre a saúde reprodutiva foi evidenciado, o que confirma o fato discutido por Gomes, Nascimento (2006) sobre a pouca participação dos homens nesse campo e o maior envolvimento da população feminina.

Como a atenção primária apresenta um enfoque maior na prevenção e na promoção da saúde, nota-se que não houve demandas para agravos de causas externas e outras doenças, pois esses atendimentos mais graves são encaminhados para os serviços de urgência/emergência. Quando se trabalha a saúde do homem com enfoque na prevenção, muitos desses agravos podem tornar-se evitáveis, com conseqüente redução da morbimortalidade.

Durante o acolhimento, observou-se um espaço inadequado para aguardar o atendimento. A sala de espera não abriga equipamentos (televisão e vídeo), cartazes e outros materiais educativos para estimular o cuidado à saúde masculina e uma maior noção de pertencimento ao espaço.

Essa baixa procura da população masculina aos serviços de atenção primária pode ocasionar um menor cuidado de sua saúde, o que o torna susceptível a riscos de agravamento de uma doença que poderia ser evitada. Para mudar o quadro de morbimortalidade masculina a equipe deve trabalhar com dados epidemiológicos e com planejamento do serviço.

Observa-se ainda, a necessidade de uma educação permanente dos recursos humanos em relação à saúde do homem, pois dos 111 atendimentos masculinos realizados na UBS Guarani, ESF nº. 04, não foram observados na avaliação no prontuário, nenhum incentivo para a prática de promoção e prevenção pela ESF e nem foram contemplados com ações educativas. Para Nascimento e Gomes (2008), na medida em que ocorre a escuta, podem obter-se elementos para que haja maior adesão às informações sobre a saúde, como também conseguir um maior envolvimento desses sujeitos nas ações de prevenção e promoção da saúde.

5 - PLANO DE AÇÃO

Após realizar o diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF 04, avaliar as demandas do acolhimento e analisar alguns referenciais teóricos que enfocam a saúde do homem iniciou-se a elaboração de um plano de ação para que a ESF possa prestar uma assistência qualificada à população masculina na faixa etária de 25 a 59 anos de idade e favorecer com a redução os índices de morbimortalidade dos usuários dessa faixa etária.

O estudo propõe a construção de um plano de intervenção que contemple a implementação de atividades de educação em saúde para o homem, bem como a busca ativa e abordagem individualizada desse grupo. O plano objetiva melhorar a assistência prestada à população masculina na faixa etária de 25 a 59 anos de idade, na atenção primária à saúde, favorecendo a redução de agravos evitáveis e consequentemente proporcionar redução de gastos nos sistema de saúde, amenizando a sobrecarga nos serviços secundário e terciário.

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a promoção da melhoria das condições de saúde da população masculina contribui para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços.

Partindo dessa análise, faz-se necessário a construção de um Plano Estratégico voltado para a organização da demanda e reestruturação dos serviços de saúde tendo em vista a melhoria das condições de saúde da população alvo.

Mediante a análise do livro de acolhimento observou-se a pouca presença do sexo masculino de 25 a 59 anos nos serviços de atenção primária, o que torna necessário adoção de estratégias visando a um maior engajamento de homem adulto nos serviços de saúde. Para tal, é proposta uma melhoria na estrutura dos serviços de atenção primária para favorecer a captação e o estabelecimento do vínculo da população masculina com o serviço (Quadro 1).

Quadro 1 – Plano Estratégico Elaborado pela ESF 04 da UBS Guarani no Período de 05/05/10 a 06/06/10.

Operações	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
<p>Cuidar Melhor</p> <p>Melhorar a estrutura do serviço de saúde para o atendimento da população masculina.</p>	<p>-Sensibilizar os profissionais e setores da unidade para o trabalho envolvendo a população masculina (25 a 59 anos);</p> <p>- Aperfeiçoar o profissional atendendo as necessidades e as possibilidades que o dinamismo do cotidiano traz ao serviço;</p> <p>-Organizar, qualificar e humanizar o ambiente de trabalho.</p>	<p>- Criação de uma rede de apoio inter-setorial e multidisciplinar</p> <p>-Proposição de educação permanente da equipe para melhorar o atendimento da população masculina.</p>	<p>Apresentar o projeto de estruturação da rede.</p>	<p>Wanicy Pascoal (Enfermeira)</p>	<p>Apresentar o Projeto em 2 meses;</p> <p>Início das atividades em 3 meses.</p>

FONTE: Dados da pesquisa

Conforme exposto na avaliação do acolhimento, foi observado na UBS um espaço inadequado para abrigar a população masculina, com poucos programas educativos durante a espera do atendimento e ausência de ações programadas da equipe. A vinda dessa população à Unidade de Saúde não foi valorizada pela ESF, por isso faz-se necessário a implantação de ações que visem estimular essa população a realizar melhor o cuidado com sua saúde (Quadro 2).

Quadro 2: Plano Estratégico Elaborado pela ESF 04 da UBS Guarani no Período de 05/05/10 a 06/06/10.

Operações	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
<p>Trabalhar Melhor</p> <p>Melhorar a aquisição de equipamentos, instrumentos e insumos básicos.</p>	<p>-Adequação dos recursos disponíveis tais como consultas, exames e medicamentos previstos em protocolos;</p> <p>-Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos.</p>	<p>-Planejamento de instrumentos e insumos básicos de acordo com o tipo de atendimento que será realizado;</p> <p>-Realização do controle dos insumos solicitados e dispensados;</p> <p>-Utilização de impressos adequados para atenção à saúde do homem.</p>	<p>Solicitar apoio junto à secretaria de Saúde do Município.</p>	<p>Secretária Municipal de Saúde;</p> <p>Gerência da Unidade Básica de Saúde;</p> <p>Enfermeira Wanicy Pascoal</p>	<p>-Apresentar o projeto em 4 meses;</p> <p>-Aprovação e liberação dos recursos em 6 meses;</p> <p>-Início das atividades em 6 meses.</p>

FONTE: Dados da pesquisa

Na avaliação do livro de acolhimento notou-se que os usuários do sexo masculino procuram o atendimento nas unidades básicas com demandas mais urgentes, sem muita solicitação de controle periódico da saúde. Como foi visto, anteriormente, muitas necessidades de saúde não se manifestam de forma imediata e a equipe da atenção primária pode intervir em ações de promoção/prevenção para melhorar as condições de saúde da população masculina. Muitas das demandas apresentadas no acolhimento poderiam ter sido evitáveis se a prática de prevenção fosse estabelecida (Quadro 3).

Quadro 3: Plano Estratégico Elaborado pela ESF 04 da UBS Guarani no Período de 05/05/10 a 06/06/10.

Operações	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
<p>Vida Masculina Saudável</p> <p>Modificar hábitos e estilos de vida.</p>	<p>-Estimular hábitos saudáveis de vida;</p> <p>-Sensibilizar o homem quanto a responsabilidade sobre sua própria saúde;</p> <p>-Estimular o auto-cuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social e de cidadania de todos os homens.</p>	<p>- Projetos e ações educativas nas empresas e na comunidade;</p> <p>- Eventos que promovam a saúde, a cidadania e a qualidade de vida, tais como caminhada, campanha contra o tabagismo, etilismo e comemorações como o dia internacional da saúde do homem;</p> <p>-Discussões na sala de espera;</p> <p>-Grupos educativos e consultas individuais.</p>	<p>Apresentar o Projeto para as Equipes de Saúde da Unidade e para a comunidade, escola e Associação Comunitária.</p>	<p>Enfermeira Wanicy Pascoal;</p> <p>Equipe Saúde da Família.</p>	<p>- Apresentar o projeto em 6 meses;</p> <p>- Início das atividades em 6 meses.</p>

FONTE: Dados da pesquisa

Por ser um campo abordado pelos diversos autores, como de pouca participação dos homens e um tema não apresentado nas demandas da população masculina, cabe então, resgatar essa população como sujeitos de direitos sexuais, o que deve incentivar a necessidade de participação nas questões de saúde reprodutiva (Quadro 4). O espaço das unidades é, muitas vezes, organizado em torno do atendimento de mulheres e crianças, então deve se estimular a participação dos homens em consultas de pré-natal, puerpério e outras, para que eles se sintam mais a vontade e também se tornem mais predispostos a utilização dos serviços.

Quadro 4: Plano Estratégico Elaborado pela ESF 04 da UBS Guarani no Período de 05/05/10 a 06/06/10.

Operações	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
<p>Saber mais</p> <p>Oferecer assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde.</p>	<p>- Participação dos homens durante as consultas de pré-natal, no momento do parto e nos serviços de contracepção (planejamento familiar) e de controle as DSTs;</p> <p>-Maior conhecimento dos homens em relação ao câncer de próstata;</p> <p>-Conhecimento dos homens sobre os direitos que regem durante e após o parto e sobre a licença paternidade.</p>	<p>- Plano de prevenção e o controle das doenças sexualmente Transmissíveis (como por exemplo, a AIDS) e também a prevenção do câncer de próstata;</p> <p>-Programas para a atenção às disfunções sexuais masculinas;</p> <p>-Programas de ampliação e qualificação da atenção ao planejamento reprodutivo masculino, inclusive a assistência à infertilidade;</p> <p>- Planejamento da oferta de preservativo como medida de dupla proteção da gravidez inoportuna e das DST/AIDS.</p>	<p>Apresentar o projeto a Secretaria Municipal de Saúde.</p>	<p>-Enfermeira Wanicy Pascoal;</p> <p>-Equipe multiprofissional.</p>	<p>-Apresentar o projeto em 6 meses;</p> <p>-Início das atividades em 8 meses.</p>

FONTE: Dados da pesquisa

Mediante a esse plano de ação, as equipe de saúde podem favorecer uma melhor qualidade de vida a população masculina e organizar melhor o seu processo de trabalho.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas diferentes dimensões discutidas pelos autores relacionados neste estudo em relação ao gênero, percebe-se o grande impacto que isso representa para a saúde masculina. Enfrentar as iniquidades de saúde e de gênero tem sido um grande desafio para as Equipes de Saúde da Família.

Evidencia-se na discussão do trabalho a baixa procura da população masculina aos serviços de atenção primária e, no âmbito das unidades de saúde, a escassez de ações voltadas à saúde do homem, pois em geral as ações estão organizadas em torno do atendimento de mulheres, crianças e idosos, o que reforça a necessidade de estratégias de integração do homem à rede de serviços de saúde.

Convém salientar que, para atender as demandas provenientes do sexo masculino, não basta somente estruturar os serviços de saúde, mas também sensibilizar os homens na corresponsalização em relação ao cuidado de sua saúde.

Detectou-se, ainda, que a necessidade de cuidar da saúde revela como uma demanda predominantemente feminina que se distancia do cotidiano masculino. O afastamento do homem referente aos cuidados com a saúde, principalmente em relação aos aspectos preventivos, a adesão ao tratamento e ao engajamento em situações arriscadas atuam de forma negativa sobre os índices de mortalidade dessa população.

Com a elaboração deste trabalho foi possível perceber a escassez de literatura que demonstre políticas públicas e linhas guias de saúde direcionadas à população masculina. Percebe-se que as equipes de saúde da família estão trabalhando com pouco enfoque a esta população.

Contemplando o conceito de Promoção da Saúde como “uma das estratégias de produção de saúde, um modo de pensar e de operar que, articulado às demais estratégias e políticas do SUS, contribui para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde” (BRASIL, 2009, p.6). Necessário se faz articular estratégias e atividades que contemplem o masculino.

Não se busca com este estudo implementar mais um programa dentro da estratégia de Saúde da Família e sim reestruturar o atendimento e organizar o processo de trabalho para melhor contemplar o sexo masculino. Com isso, observa-se a necessidade de estudos mais aprofundados em relação ao tema e maior envolvimento dos profissionais de saúde da atenção primária.

A saúde, definida como produção social de determinação múltipla, exige estratégias que impliquem participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção (usuários, movimentos sociais, profissionais da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores).

A um só tempo, comprometer-se e co-responsabilizar-se pelo viver e por suas condições são marcas e ações próprias da clínica, da política, da atenção e da gestão. Na perspectiva da promoção da saúde, a gestão sanitária envolve, fundamentalmente, o estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilidades em favor da vida e da criação das estratégias necessárias para que ela exista. Promover saúde é, portanto, ampliar o entendimento do processo saúde/doecimento, de modo que se ultrapasse a tensão que coloca indivíduo e coletivo em antagonismo.

REFERÊNCIAS

AQUINO, E.M.L. Saúde do Homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.1: p.18-34, jan./mar 2005. Disponível em <www.bireme.br> Acesso em: 13 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é PSF?** Brasília:DF, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 13 mar. 2010

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem: Princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2008. 46 p. Disponível em <www.bireme.br> Acesso em: 13 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z** : garantindo saúde nos municípios/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA), 1996-2010. Disponível em<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>>. Acesso em: 13 mar. 2010.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.1, out. p.97-104, 2005. Disponível em <www.bireme.br> Acesso em: 13 mar. 2010.

CÂMARA S.; RUSSO J.A.; FARRO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil. **Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.19, n.3: p.659-678, 2009. Disponível em <www.scielo.br> Acesso em: 13 mar. 2010.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z** : garantindo saúde nos municípios/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

COSTA JÚNIOR, F.M.; MAIA, A.C.B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília, v.25, n.1: p.55-63, jan./mar. 2009. Disponível em <www.scielo.br> Acesso em: 13 mar. 2010.

FARIA *et al.* **Organização do Processo de Trabalho na Atenção Básica à Saúde**. Belo Horizonte: UFMG; NESCON/UFMG, p.32-33, 2008.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1: p.105-109, 2005. Disponível em <www.bireme.br> Acesso em: 13 mar. 2010.

GOMES, *et al.* A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.1: p.235-246, 2008. Disponível em <www.scielo.br> Acesso em: 13 mar. 2010.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.3: p.825-829, 2003. Disponível em <www.bireme.br> Acesso em: 13 mar. 2010.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e de homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.3: p.565-574, mar. 2007. Disponível em <www.bireme.br> Acesso em: 13 mar. 2010.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.22, n.5: p.901-911, mai. 2006 *apud* BERHAME *et al.* Gender Literacy and survival among Ethiopian adults. **Bull World Health Organ**, v.80, p.714-720, 2002. Disponível em <www.bireme.br> Acesso em: 13 mar. 2010.

LAURENTI, R.; JORGE MELLO. H.P M.; GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10, n.1: p.35-46, ago. 2005. Disponível em <www.bireme.br> Acesso em: 13 mar. 2010.

MACHIN, R. *et al.* Concepções de Gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudos com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, jan. 2009. Disponível em <www.scielo.br> Acesso em: 13 mar. 2010.

NASCIMENTO, E.F.; GOMES, R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.4: p.1556-1564, jul. 2008. Disponível em <www.bireme.br> Acesso em: 13 mar. 2010.

PAIVA, E.P.; MOTTA, M.C.S.; GRIEP, R.H. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. **Acta Paul Enferm**. v.23, n.1: p.88-93, 2009. Disponível em <www.bireme.br> Acesso em: 13 mar. 2010.

SANTOS, A.R. Níveis e tipos de pesquisa. IN: SANTOS, A.R. **Metodologia Científica - a construção do conhecimento**. 5.ed. Rio de Janeiro: DPGA, cap.2, p.21-32, 2002.

SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1: p.7-17, 2005. Disponível em <www.bireme.br> Acesso em: 13 mar. 2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Avanços e Desafios na Organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte, p.13-83, 2008.

SOUZA, E.R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10, n.1: p.59-70, 2005. Disponível em <www.bireme.br> Acesso em: 13 mar. 2010.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C; SOARES, S.M. **Práticas Educativas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para Abordagem ao Indivíduo, Família e Comunidade**. Belo Horizonte: UFMG; NESCON/UFMG, p.38-39, 2009.