



Política nacional de saúde do homem e o planejamento de ações na atenção básica

(National health policy and planning the man of shares in primary care)

¹Sebastião Ricardo Ferreira Carrion; ²Bartira Palin Bortolan Pontelli

¹Enfermeiro no Hospital José Venâncio – Colina – SP
tiaorcardo@hotmail.com

²Centro Universitário Unifafibe – Bebedouro- SP
bartirapbortolan@gmail.com

Abstract. *Over the last two decades, researchers from different disciplines seek to understand the risks and differentiate the illness and death among men and women. Through literature search was demonstrated low adherence of man to little demand services and health programs, the public health network, comparisons between specific diseases by sex, show risk situations for the man not to seek health services in primary care, resulting in higher demand for specialties in medium complexity and consequently increasing the number of hospitalizations and deaths. It is concluded that health services must adhere to the National Men's Health, addressing the issues related to gender and elevate provide greater demand service health through prevention.*

Keywords. *Men's Health, Gender, Public Policy.*

Resumo. *Ao longo das duas últimas décadas, pesquisadores de diferentes campos disciplinares buscam entender os riscos e diferenciar o adoecimento e morte entre homens e mulheres. Através de pesquisa bibliográfica, foi demonstrada a baixa adesão e a pouca procura do homem aos serviços e programas de saúde, da rede saúde pública, as comparações entre patologias específicas por sexo, mostram situações de risco para o homem por não procurar o serviço de saúde na atenção básica, ocasionando maior demanda para especialidades na média complexidade e consequentemente aumentando o número de internações e óbitos. Conclui-se assim, que os serviços de saúde devem aderir a Política Nacional de Saúde do Homem,*

enfrentar as questões relacionadas ao gênero e elevar, proporcionar maior procura do serviço de saúde através da prevenção.

Palavras-chave. *Saúde do Homem; Gênero; Políticas Públicas.*

Introdução

Ao longo das duas últimas décadas, pesquisadores de diferentes campos disciplinares buscam entender os riscos e diferenciar o adoecimento e morte entre homens e mulheres. Dentro do ponto de vista histórico, ressaltam que duas contribuições das ciências sociais (a falta de interesse em procura do serviço e ou as dificuldades na procura) , apontam o caráter relacionado dentro da problemática de saúde, sendo este o próprio social do adoecimento em geral de uma perspectiva de gênero como forma particular da relação saúde-sociedade.

De acordo com Gomes et al. (2007), vários estudos constataam que os homens em geral, adoecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais.

No entanto, com esses índices de altas taxas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se a ausência de homens a procura do serviço de atenção primária à saúde, tendo assim uma maior procura pelas mulheres.

Há autores que associam esse fato à própria socialização do homem, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina. Na literatura específica sobre o assunto, também há vários estudos que apontam à necessidade de refletir sobre a masculinidade para uma compreensão dos comprometimentos da saúde, neste sentido, devem ser realizados estudos que contemplem a historicidade da masculinidade, caminhando desde o surgimento dessa expressão como diferenciação dos sexos até a sua incorporação nos estudos de gênero.

Na categoria, ampliando a discussão, verifica-se que as relações homens/mulheres e homens/homens costumam ser vistas a partir do produto de dois modelos naturalistas, a dominação dos homens e a perspectiva heterossexuada do mundo, no qual esse cenário os homens também se tornam prisioneiros.

Uma vez que o privilégio masculino pode ser uma cilada, fazendo com que a todo custo o homem tenha que provar a sua virilidade, deixando de fora enternecimentos desvirilizastes do amor, o ideal de homem (viril, forte, invulnerável e provedor), entretanto, vem sendo abalado a partir dos questionamentos dos movimentos feministas (anos 70) e de gays (anos 80). Tais questionamentos, que rechaçam as bases naturalistas.

Já para Schaiber et al.,(2005) e Gomes e Nascimento, (2006); Estudos que sugerem ser necessária a reflexão da especificidade da saúde da população masculina, pode especificar indicar linhas temáticas que estruturam o debate sobre a saúde do homem, caracterizando pela associação do modelo da masculinidade tradicional a déficits e ou agravos à saúde.

Preocupado com os atos colocados pelos autores sobre a abstenção das maiorias dos homens a procura do serviço de saúde, o Ministério da saúde resolveu lançar uma cartilha específica nos cuidados e atenção do homem, pois ele somente procura o serviço de saúde quando a doença já está instalada dentro do modo terciário (Hospitalização), ficando assim mais dificultoso a solução do problema, aumentando assim os gastos e gerando maior custo para o Sistema Único de Saúde e, sobretudo sofrimento físico e emocional a ele e seus familiares.

A grande abstinência do homem em procurar o profissional de saúde, embasando se na cartilha lançada pelo Ministério da Saúde no qual a Política Nacional de Saúde do Homem, que tem por objetivo facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde. Na maioria das vezes, os homens recorrem aos serviços de saúde apenas quando a doença está mais avançada. A não adesão às medidas de saúde integral por parte dos homens leva ao aumento da incidência de doenças e de mortalidade. A iniciativa dos compromissos é uma resposta à observação de que os agravos do sexo masculino é um problema de saúde pública. 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 arteriais mais elevadas. (BRASIL, 2008)

A Política Nacional de Saúde do Homem vem através da pactuação do SUS em respeito aos pactos pela saúde e pela vida. Esse programa passa a responsabilidade aos gestores de manter o atendimento a esses seres, ele é mantido por verbas do recurso federal, mas cabe ao gestor manter e alimentar o sistema com dados e índices de atendimento.

Objetivos

Descrever a Política Nacional de Saúde do Homem, relacionando com as questões de gênero e o planejamento das ações na atenção básica

Método

A Metodologia trata-se de pesquisa descritiva envolve levantamento bibliográfico, sendo desenvolvido de material já elaborado utilizando como fontes de contribuição diversos autores sobre determinado assunto, procurando explicar um problema a partir de artigos publicadas. Os dados coletados das bases de dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), SCIELO, LILACS, BIREME e BVS.

Diferenças de gênero e adesão aos serviços de saúde.

Stockle (1993) destaca desde a segunda metade do século XIX, quando a saúde se torna questão de Estado e intervenções de diferentes feitios passam a atravessar o “corpo” social com o objetivo de saneá-lo ou de aperfeiçoá-lo eugenicamente, determinados sujeitos mereceram atenção especial, singularizando-se na medida em que a ação do Estado os interpelava. Alguns deles, como criminosos, loucos ou homossexuais, receberam tal atenção pelo perigo social que supostamente representavam; outros, como foi o caso das mulheres durante grande parte do século XX, pela responsabilidade que lhes era atribuída na reprodução de uma raça forte e sadia.

Para Carrara (2004), o ponto de vista da história das políticas de saúde voltadas a “populações específicas”, podemos considerar a recente criação, pelo Ministério da Saúde brasileiro, um programa específico para o homem, como momento significativo no longo e paradoxal processo que se desenrola em torno da medicalização do corpo masculino.

Não se pode dizer que ao longo do último século alguns médicos e sanitaristas não tenham percebido que algumas prerrogativas de gênero faziam dos homens seres especialmente perigosos (e em perigo) do ponto de vista da saúde pública. Embora não tenham veiculado um discurso que objetivasse explicitamente os homens ou a masculinidade como foco de preocupação, as campanhas contra o alcoolismo e contra as chamadas “doenças venéreas” não deixavam de tentar higienizar alguns espaços de sociabilidade eminentemente masculinos, como bares e bordéis, e transformar certas convenções relativas à masculinidade, como o exercício da sexualidade fora dos limites do casamento. Também não se pode considerar o fato de ser justamente no âmbito da luta contra as doenças sexualmente transmissíveis, que nos anos 1930 e 1940, foi proposta pioneiramente no Brasil a criação de uma andrologia, definida como a “ciência dos problemas sexuais masculinos”.

O foco específico na relação homens e saúde vêm ocorrendo, nos últimos anos, tanto nos meios acadêmicos quanto no âmbito dos serviços de saúde.

Keijzer (2003), relata que o campo reprodutivo é um dos que mais vem advogando para a participação do homem, seja no sentido exclusivo de informações ou como apoio à saúde das mulheres, reconhecendo o homem como sujeito que tem necessidades, assim como direitos sexuais e reprodutivos, incluir a participação do homem em ações de saúde é no mínimo um desafio por diferentes razões. Uma delas refere ao fato de em geral, o cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde e também no que refere se ao cuidar dos outros.

Atenções Primárias a Saúde e atendimento a população do sexo masculino

O Ministério da Saúde através do pacto pela saúde e pela vida veio mostrar a importância do atendimento prioritário ao homem criando um serviço especializado, pelo programa política de saúde do homem.

Segundo Figueiredo (2005), Gomes (2007) e Pinheiro et al. (2002), Nos últimos anos, vem sendo focalizada a relação dos homens com os serviços de atenção primária a saúde. Nessa relação, destaca-se o fato de a presença dos homens nesses serviços ser menor do que a das mulheres, junto a isso, problematização do fato de que o não há reconhecimento da singularidade dos homens por parte dos próprios serviços de saúde.

A escuta dos próprios sujeitos pode ser um dos caminhos a ser trilhado para essa adequação, possibilitando conhecer a satisfação ou a insatisfação desses usuários em relação ao atendimento que lhes é prestado; protagonista de seus cuidados.

Também Verbrugge (1989), outra dimensão citada na explicação de diferenças na saúde entre homens e mulheres refere-se aos aspectos psicológicos associados à forma como as pessoas percebem os sintomas, avaliam a gravidade da doença e decidem o que fazer com respeito à saúde.

Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais pactuados entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada enteada federação.

Pacto pela Vida

O Pacto pela Vida reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, estabelece um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuado de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados. Esses compromissos deverão ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas. Prioridades estaduais, regionais ou municipais podem ser agregadas às prioridades nacionais, a partir de pactuações locais. Os estados e municípios devem pactuar as ações que considerem necessárias ao alcance das metas e objetivos gerais propostos.

O Pacto pela Vida contém os seguintes objetivos e metas prioritárias (Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008):

- I. Atenção à saúde do idoso;
- II. Controle do câncer de colo de útero e de mama;
- III. Redução da mortalidade infantil e materna;
- IV. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, aids;
- V. Promoção da saúde;
- VI. Fortalecimento da atenção básica;
- VII. Saúde do trabalhador;
- VIII. Saúde mental;
- IX. Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- X. Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência;
- XI. Saúde do homem.

Política Nacional de Saúde do Homem

Segundo Campos GWS (2000), o que faz com que se altere o padrão de atenção no sentido da ênfase no vínculo com os usuários, garantindo seus direitos. Estimulava-se o protagonismo dos atores do sistema de saúde fosse pela sua ação de controle social, fosse pelo fomento de mecanismos de cogestão. Garantir melhores condições para os trabalhadores e gestores realizarem seu trabalho foi outra direção da PNH (Programa Nacional de Humanização). Através de um debate colocado houve uma escolha que de um lado, que visavam aos “focos e resultados dos programas” e, de outro, que problematizavam os processos de produção de saúde e de sujeitos, no plano mais amplo da alteração de modelos de atenção e de gestão. Neste contexto, apresentava-se para nós não só um desafio, mas principalmente a urgência de reavaliar conceitos e práticas nomeadas como humanizadas. Identificada a movimentos religiosos, filantrópicos ou paternalistas, a humanização era menosprezada por grande parte dos gestores, ridicularizada por trabalhadores e demandada pelos usuários.

O foco especificado na relação homens e saúde vêm ocorrendo, nos últimos anos, tanto nos meios acadêmicos quanto no âmbito dos serviços de saúde. O horário de atendimento dentro das unidades básicas de saúde sofreu uma alteração por conta desse acolhimento, esse homem que trabalha o dia todo e não tem o tempo para a procura e ou

encontrava a unidade fechada terá um atendimento prioritário de horário para garantir a sua consulta.

O Ministério da Saúde desenvolveu em 2008 o programa de Políticas de saúde do homem, tendo em vista a proposta apresentada onde contém os princípios e diretrizes da política, com a qual não há o que discordar.

Porém é necessária a elaboração de um Plano de Ação que detalhe competências e responsabilidades das esferas de gestão, objetivando, metas e ações, sendo o financiamento dessas, realizado pelo governo dentro da esfera federal.

O processo de elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está em consonância com os princípios do Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto pela Vida, constituindo ação prioritária.

A importância dos determinantes socioculturais, biológicos e comportamentais, os dados de morbimortalidades da população masculina, bem como a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde para a população masculina nos diversos níveis de atenção, com priorização do fortalecimento da Atenção Básica reforçam a necessidade de mudança dos paradigmas no que concede à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a necessidade de estabelecer uma política específica.

Gomes (2007) destaca que a problemática do fato do não reconhecimento da singularidade dos homens por parte dos próprios dos serviços de saúde pode trazer dificuldades em incorporar esses sujeitos como um protagonista de seus cuidados.

Caminhar nessa lógica pode contribuir para que os serviços de saúde melhor atendam as demandas de seus usuários masculinos, já o atendimento a ser prestado ao homem também pode ser feito por uma mulher? Há um questionamento neste caso, pois o homem ficaria a vontade perante a profissional em ressaltar suas intimidades ou até mesmo mostrar parte dela, no mesmo entraria no contexto profissional que ele sentira maior liberdade em ser atendido por um profissional do mesmo sexo.

Os posicionamentos trazem à tona a ideia de que há assuntos de mulheres e assuntos de homens, no que tange a temática da sexualidade, emergem anseios de se escolher quem deve participar da “conversa de homem” e da “conversa de mulher”, revelando uma prática de homens serem socializados para falar da mulher e não com a mulher. Entre as opiniões acerca do fato o atendimento deve ser feito pelo profissional do mesmo sexo do usuário, o que seria um preconceito, mas através de uma humanização poderíamos pensar no atendimento de homem para homem como a uma exposição das suas partes íntimas.

Para Castillo (2007); Bosi (1998), escutar dos próprios sujeitos pode ser um dos caminhos a ser trilhado para essa adequação, possibilitando conhecer a insatisfação desses usuários em relação ao atendimento que lhes é prestado.

Na literatura, a satisfação além de ser vista como um indicador sensível da qualidade do serviço prestado vem sendo considerada como uma estratégia para maior adequação dos serviços às suas demandas.

Uma das importantes referências teórico-metodológicas para se estudar a satisfação dos usuários e a teoria centrada na satisfação do paciente.

A expressão “paciente” costuma ser substituída por alguns autores por usuários, uma vez que pode ser associada a ideia de ausência de poder e de independência em relação ao terapeuta. Nessa teoria, destaca-se que a satisfação ou a insatisfação podem ocorrer por conta da relação que se estabelece entre a expectativa do usuário e a eficácia/eficiência do atendimento. No trato dessa relação, considera-se o atendimento inicial, o

tempo de espera e quem lhe presta o atendimento. (CASTILLO et al., 2007; Esperidiao e Trad, 2005; AFFONSO E BOSI, 1998).

Resultados

Os autores, de acordo com os textos utilizados para o estudo, condizem à realidade a política de saúde do homem que é um fator de gênero.

Gomes (2007) destaca que a problemática do fato no qual o reconhecimento da singularidade dos homens por parte dos próprios do serviços de saúde pode trazer dificuldades em incorporar esses sujeitos como um protagonista de seus cuidados.

Já para Schaiber (2005) e Gomes e Nascimento (2006); Estudos que sugerem ser necessária a reflexão da especificidade da saúde da população masculina, pode especificar indicar linhas temáticas que estruturam o debate sobre a saúde do homem, se caracterizando pela associação do modelo da masculinidade tradicional a déficits e/ou agravos à saúde.

Esse sujeito teria entre suas ações dentro do programa limitações por questões do gênero, pois ele acha que não necessita dos cuidados dentro da saúde pública, caracterizando que o homem é um ser que não fica doente, é viril e não pode ficar doente, pois ele é o arrimo de família, fazendo com isso a problemática onde há uma diminuição de procura ao serviço de saúde e um aumento da hospitalização com a doença já instalada e levando em alguns casos este sujeito ao óbito.

Há autores que associam esse fato à própria socialização do homem, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina. Na literatura específica sobre o assunto, também há vários estudos que apontam à necessidade de se refletir sobre a masculinidade para uma compreensão dos comprometimentos da saúde.

Castillo, L.; Dougnac, A.; Vicente (2007); Bosi (1998), escutar dos próprios sujeitos pode ser um dos caminhos a ser trilhado para essa adequação, possibilitando conhecer a satisfação insatisfação desses usuários em relação ao atendimento que lhes é prestado.

Neste sentido, devem ser realizados estudos que contemplem a historicidade da masculinidade, caminhando desde o surgimento dessa expressão como diferenciação dos sexos até a sua incorporação nos estudos.

Vimos também que o alto índice das mortalidades comparando os sexos, o homem tem um alto índice como mostra dados a baixos comparando com o das mulheres.

Considerações Finais

O homem dentro da sua cultura está se ausentando do serviço de saúde, procurando o mesmo somente no último caso. Atribuímos essa responsabilidade baseado nas publicações que seria uma questão de falta do serviço e assistência em trazer e cativar esse ser para dentro de seu programa.

Os altos índices dos indicadores de mortalidade que afetam o sexo masculino principalmente as causadas por doença do aparelho circulatório por falta de cuidados com alimentação e atividade físicas, o estresse por falta de lazer. Sendo outro que é recordista nos índices e são por maior parte afetada por causa do preconceito ou falta do conhecimento da importância da prevenção elevando aos índices de morte por câncer de próstata, que um é um exame preventivo poderia detectar no começo e esse individuo não passar por toda a fase estressante do processo da hospitalização, medicação e até em alguns casos, a morte.

A pesquisa nos mostrou a necessidade de planejamento de ações no âmbito da saúde pública visando reverter paradigmas de que o homem não adocece e não precisa procurar serviços de prevenção, é preciso ter mais ações dentro do Programa de Saúde do Homem, fazendo busca ativa dentro das Unidades Básicas de Saúde elaborando estratégias multiprofissionais possibilitando a melhora no vínculo afetivo com paciente.

Isso traria uma melhora e humanização dentro do serviço de saúde e com a diminuição dos indicadores de mortalidade impactando na redução dos custos com internações através da procura por métodos preventivos.

Referências

BIRD CE & RIEKER PP 1999. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's. *Social Science and Medicine* 4:745-755.

BOSI ML, AFFONSO KC. Participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da rede pública de serviços. *Caderno de Saúde Pública* 1998; 14(Supl. 2):355-365.

BOZON, MICHEL *Sociologia da sexualidade..* Editora Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2004, 172pp.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf> Acesso em: maio 2011

BRASIL.Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, 2008. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>. Acesso em: 20 fev.2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde,Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes, Brasília, 2004

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde – Políticas de Saúde. Metodologia de Formulação, Brasília, 1998

Campos GWS 2000. Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.Hucitec, São Paulo.

CARRARA, S. Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil da passagem do século aos anos 1940.ciudadano: perspectivas y propuestas desde América

CASTILLO, L.; DOUGNAC, A.; VICENTE,. Los predictores de satisfaccion de pacientes en un centro hospitalario universitario. *Rev.Med.Chile*, v. 135, p. 696-701, 2007.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, maio 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, mar 2007.

HRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.10, n.1, p. 7-17, 2005. Acesso em: 20 jan. 2012.

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

KORIN D 2001. Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolescência latino americana* 2 (2): 1-16. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. p. 137-52.

MACINTYRE S, HUNT K & SWEETING H 1996. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social Science and Medicine* 42(4):617-624.

MARCUS AC & SEEMAN TE 1981. Sex differences in reports of illness and disability: a preliminary test of the "fixed role obligations" hypothesis. *Journal of Health and Social Behaviour* 22(June):174-182.

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

SCHRAIBER LB. 2005 Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

VERBRUGGE, LM 1989. The Twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behaviour* 30:282-304.