

LUCIANE BOZA DELGADO

A SAÚDE MASCULINA NA ATENÇÃO BÁSICA

**Porto Alegre
2008**

LUCIANE BOZA DELGADO

A SAÚDE MASCULINA NA ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora Prof^a. Elena Müller

**Porto Alegre
2008**

SUMÁRIO

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 5 |
| 2 OBJETIVO..... | 5 |
| 3 METODOLOGIA..... | 6 |
| 3.1 Tipo de Estudo..... | 6 |
| 3.2 Coleta de Dados..... | 7 |
| 3.3Análise dos dados..... | 7 |
| 3.4 Aspectos Éticos..... | 7 |
| 4 PANORAMA DE PROBLEMAS DE SAÚDE DO SEXO MASCULINO..... | 8 |
| 4.1 Aspectos da Atenção Básica..... | 13 |
| 4.2 Estratégia de Saúde da Família envolvendo a saúde do sexo masculino no cuidado e Auto-cuidado no âmbito da Enfermagem..... | 17 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 33 |
| REFERÊNCIAS..... | 37 |

RESUMO

Buscou-se através deste estudo científico a necessidade de pensar na saúde do sexo masculino na atenção básica visando a sua procura ou não por esse tipo de atendimento. Foi realizado um estudo do tipo pesquisa bibliográfica. Foram consultadas publicações referentes aos últimos vinte anos (1980 a 2008), para conseguir abranger informações mais precisas a respeito da temática abordada. Foi utilizada leitura exploratória, seletiva e analítica do material com base nos textos selecionados. A leitura interpretativa teve por objetivo relacionar o que o autor afirma com o problema para o qual se propõe uma solução, procurando conferir um significado mais amplo aos resultados obtidos com a leitura analítica. Ao concluir o estudo percebeu-se que as publicações revelam que a população masculina busca menos por atendimento na rede básica, decorrentes de dois principais fatores: os serviços prestados, que não visam a peculiaridade do sexo masculino e o desinteresse desta categoria no auto-cuidado.

Descritores: saúde masculina, atenção primária, atenção básica.

1 INTRODUÇÃO

Segundo Gomes, Ferreira e Carvalho (2007) observa-se que há uma baixa presença de homens nos serviços de atenção primária, apesar das taxas masculinas significativas nos perfis de morbimortalidade. Considerei importante, então, investigar tal tema, tanto no que se refere ao comportamento de saúde do homem, quanto às características dos serviços existentes, no âmbito da atenção básica.

Como acadêmica de enfermagem do 8º semestre, vivenciei, no setor de acolhimento de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), a procura dos usuários masculinos por um serviço mais especializado para a sua saúde. Por meio desta pesquisa, pretende-se descrever, em parte, alguns aspectos do comportamento de saúde da população masculina, e qual a adequação ou não dos serviços oferecidos para atender às necessidades de saúde dos homens na atenção básica, segundo suas características e problemas próprios. Considerando as publicações na área de atuação de Enfermagem, procurou-se identificar na literatura os espaços possíveis de intervenção do Enfermeiro(a) quanto à saúde masculina, no contexto da atenção básica, tanto no atendimento individualizado aos homens, através da Consulta de Enfermagem do Homem, como na organização dos serviços oferecidos visando à atenção integral em saúde: prevenção; promoção e recuperação.

O trabalho foi concluído com sugestões de possíveis ações de saúde, pela equipe de enfermagem, para prevenção, promoção e recuperação da saúde do homem no âmbito da Atenção Básica.

2 OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo descrever o comportamento de saúde da população masculina e a adequação dos serviços de saúde para atender as necessidades desta população.

3. METODOLOGIA

A seguir serão discutidos os aspectos metodológicos deste estudo.

3.1 Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo do tipo pesquisa bibliográfica. Esta se caracteriza por utilizar material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos; permitindo ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente (GIL, 2007).

3.2 Coleta dos Dados

Como fontes de consulta foram utilizados livros, artigos de periódicos, teses e dissertações, revistas, para tanto se utilizou bibliotecas pertencentes a UFRGS, de Enfermagem, Psicologia e Medicina. Foi realizada também uma exploração da leitura através de bases de periódicos da BVS (Biblioteca Virtual da Saúde) acessando, LILACS, SCIELO E BDNF, com as seguintes palavras-chave: saúde masculina; atenção primária; atenção básica. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão dos artigos: idiomas em português e espanhol, resumos disponíveis para a primeira fase de busca e artigos na íntegra para a fase de análise propriamente dita. Dos 120 artigos lidos, 85 entraram nos critérios de inclusão que abordavam: a saúde do homem (15%), atenção primária (11,6%), educação em saúde (9,16%), estatística de saúde (2,5%), humanização e acolhimento (4,16%), políticas integrativas (0,83%), doenças específicas do sexo masculino (13,33%), enfermagem atual (1,66%). E entraram nos critérios de exclusão 35 artigos que abordavam: alcoolismo (5%), saúde mental (4,16%), saúde bucal (2,5%), econômico e financeiro (3,33%), cuidados paliativos (3,33%), obesidade mórbida (4,16%), saúde do idoso (6,66%). Totalizando assim 100% dos artigos selecionados na base de dados e sendo utilizado 20 artigos na íntegra totalizando 50% da pesquisa..Foi consultada bibliografia referente aos últimos vinte anos (1980 a 2008), livros (27,5%) dissertações (7,5%), revistas (5%),

aceso on-line (7,5%), publicações em língua estrangeira (2,55), sendo os outros 50% da pesquisa.

3.3 Análise dos Dados

Foi utilizada a proposta de Gil (2007), nas seguintes fases:

- a) leitura do material: através da leitura exploratória e seletiva. A leitura exploratória tem por objetivo ter uma visão global da obra, bem como de sua utilidade para a pesquisa. A leitura seletiva é mais profunda que a exploratória e determina o material que de fato interessa à pesquisa;
- b) confecções de fichas: foi utilizada a confecção de fichas de leitura para compilamento dos dados. Esta fase tem como objetivo a identificação das obras consultadas, o registro do conteúdo das obras, o registro dos comentários acerca das obras e a ordenação dos registros;
- c) análise das fontes: foi feita uma leitura analítica do material com base nos textos selecionados. A finalidade é a de ordenar e sumariar as informações contidas nas fontes, de forma que essas possibilitem a obtenção de respostas ao problema da pesquisa. A leitura interpretativa é a mais complexa, terá por objetivo relacionar o que o autor afirma com o problema para o qual se propõe uma solução, procurando conferir um significado mais amplo aos resultados obtidos com a leitura analítica.

3.4 Aspectos Éticos

Os dados utilizados na realização desta pesquisa, visando manter os aspectos éticos, serão devidamente identificados e referenciados no final do trabalho, conforme o recomendado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Os direitos autorais serão preservados de acordo com a lei nº. 9.610 de 19 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998).

4 PANORAMA DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DO SEXO MASCULINO

A sociedade humana divide suas populações em duas categorias sociais: masculina e feminina (HELMAN, 1994, p.137). Sabemos que esta divisão implica diferenças de gênero que se refletem em muitos aspectos importantes, que interessam a diferentes disciplinas. Para o campo da saúde, esta é uma distinção central, já que permite o planejamento das ações em saúde, partindo do estudo das diferenças de gênero, considerando os problemas próprios de homens e mulheres, ou os problemas comuns que atingem de maneira diferente uns e outros, bem como considerando as diferenças quanto ao comportamento de saúde de homens e mulheres.

Muitas atitudes dos homens, construídas socialmente e culturalmente, nas suas práticas individuais, familiares e sociais, refletem sobre a sua saúde no que se refere ao perfil de morbimortalidade desta população. Por exemplo, certas atitudes como a resistência a reconhecer sinais de doenças, já que a queixa pode ser interpretada como covardia, podem levar a um atraso no diagnóstico de patologias graves (NEVES; LOPES, 2007).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2005), no ano de 2000, o diferencial, quanto à expectativa de vida entre os sexos foi de 7,6 anos, cabendo ao sexo masculino uma esperança de vida ao nascer de 66,71 anos, e ao sexo feminino de 74,29 anos. Prevê-se que, em 2100, as mulheres atingiriam 87,2 anos enquanto os homens 81,6 anos de vida média. Constata-se assim que a mortalidade é mais precoce nos homens do que nas mulheres, determinando uma menor expectativa de vida para os mesmos, e fazendo perguntar sobre as causas dessa diferença. O estudo deste problema atual, em suas diferentes faces, permitirá o planejamento das ações de saúde necessárias para o caso masculino.

No Brasil, os acidentes de trânsito são a principal causa de mortes violentas, sendo as crianças e os idosos as vítimas mais freqüentes. A segunda causa de morte são os homicídios, sendo realizados por arma de fogo, onde a maioria afetada são jovens e adultos do sexo masculino (CORMACK, 2007). Este panorama, relativo ao problema social da violência, apresenta uma demanda atual significativa referente à população masculina jovem e adulta, exemplificando inicialmente o interesse deste trabalho.

Se a mortalidade por violência é maior nos homens, as mulheres muitas vezes são vítimas destes homens, também através de agressões e violências, quase sempre por parte de pessoas conhecidas e próximas, como namorados, companheiros, pais, padrastos e outros parentes (CORMACK, 2007). Sendo assim, fica evidente a relação da morte por violência com o sexo masculino, seja como vítima ou agressor, mostrando como a questão de gênero no campo da saúde tem importantes implicações.

A situação social de violência possui várias causas, e conseqüências. Para enfrentá-la, é necessária a atenção de diferentes setores da sociedade e do poder público, entre eles, a área da saúde (CORMACK, 2007). Tal atenção e intervenção precisa considerar então os aspectos específicos deste problema da violência, que envolve, principalmente, a população masculina.

Existem quatro grupos de doenças que oscilam entre os países das Américas, que estão presentes como principal causa de morte da saúde masculina: neoplasias malignas (câncer de estômago, pulmão e próstata); doenças isquêmicas do coração; as doenças cerebrovasculares; e as causas externas, destacando-se os acidentes de carro e os homicídios (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005.). Tal quadro, portanto, mesmo não sendo relativo a problemas específicos do homem, precisa ser abordado a partir do estudo interdisciplinar da população masculina, quanto ao seu comportamento de saúde, quanto ao processo de saúde-doença no caso masculino.

O câncer de próstata é um dos tumores malignos mais freqüentes nos homens, e sua freqüência aumenta com o aumento da idade. Em nosso país, o câncer é uma das cinco primeiras causas de morte e dentro delas o câncer de próstata é o que mais afeta nossa população. Fatores de risco influenciam a sua ocorrência, tais como a idade, que é um dos fatores mais importantes, principalmente após os cinqüenta anos de idade; outros fatores são: a raça, onde os afroamericanos e os brancos são os mais afetados; a história familiar; a dieta rica em gordura animal aumenta o risco; outros fatores ainda como vasectomia, hiperplasia prostática benigna, obesidade, sedentarismo, tabagismo, exposição a radiações entre outros (PÉREZ; PÉREZ; GONZÁLES, 2002). Podemos nos perguntar o quanto o

comportamento de saúde dos homens constitui também um fator de risco no caso do câncer de próstata, por exemplo.

A enfermagem deve estar atenta às sintomatologias dos homens tais como: micção freqüente; retenção urinária; ardência; dor durante a micção, diminuição e interrupção do fluxo urinário; sangue na urina; ejaculação precoce; dor na coluna lombo sacra, dificuldade de ereção. A partir daí saberemos encaminhar para um especialista e orientar sobre a importância da prevenção, através de exames de rotina, salientando que existem tratamentos adequados para a cura do câncer de próstata.

Segundo Duncan et al (2004), resultado da pesquisa de domicílios que revela as pessoas que buscaram atendimento de saúde, que a taxa foi mais elevada entre as mulheres, com 15,8%, do que entre os homens com 10,1%. O que demonstra, de certa forma, a distância entre a realidade de saúde da população masculina e a realidade da atenção à saúde desta população.

Sabemos que os homens podem ser afetados por diversas patologias específicas no decorrer de sua vida, tais como câncer de próstata, disfunção erétil, câncer do testículo, além daquelas cuja incidência é significativa em homens, como alcoolismo, diabetes, hipertensão arterial etc. Mesmo quando consideramos os problemas comuns a homens e mulheres, há diferenças no que diz respeito ao seu comportamento de saúde. A partir disso, surgem então questões referentes ao processo saúde-doença-cuidado para o caso masculino: quanto aos problemas que atingem esta população e seu comportamento de saúde, por um lado, e quanto a programas específicos de saúde do homem, por outro.

Ao longo das últimas décadas, pesquisadores de diferentes campos disciplinares buscam entender os riscos diferenciados de adoecimento e morte para homens e mulheres (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Das ciências sociais, ressaltam-se duas temáticas apontando as problemáticas de saúde: o caráter social do adoecimento, em geral, e como forma particular da relação saúde-sociedade na perspectiva de gênero, quando se tratou da saúde das mulheres (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005.). Mas é possível e necessário, também, estudar a relação saúde-sociedade para a saúde masculina, pois as práticas sociais dos homens, em geral, estão mais distantes da dimensão do cuidado e do auto-cuidado do que para as

mulheres, e isto se reflete nas formas de adoecimento da população masculina.

A saúde dos homens está surgindo como uma terceira esfera no campo da saúde coletiva nos dias atuais, através de discussão acerca da promoção da saúde, onde implica questões de direitos e de equidades (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Os anos 90 consolidam as noções de poder, desigualdade e iniquidade de gênero na maioria dos estudos sobre homens e saúde, articulando-as a outras, tais como raça/cor, etnia, orientação sexual, classe, geração, religião entre outros, a fim de se entender os processos de saúde e doença dos diferentes segmentos de homens (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005. p.3)

Para o homem, comportamentos que transmitem fragilidade, como o choro, são reprimidos desde a infância, além de se esperar que os homens sejam fortes diante da dor e tenham uma postura de não demonstração de fragilidade diante da doença. Espera-se que o homem seja o provedor e o protetor da família, se transformando em um ser produtivo e competitivo, afastando-se de práticas como o cuidado, o autocuidado e a prevenção de sua própria saúde (NEVES; LOPES, 2007).

Em comparação com as mulheres, os homens são estimulados a ingerir mais bebidas alcoólicas, fumar mais cigarros, competir mais e correr mais riscos que as mulheres (HELMAN, 1994). Isto demonstra os aspectos sociais e culturais do processo de adoecimento masculino, pois aponta fatores sociais de risco desta população.

Segundo Braz (2005), a partir dos dados de morbimortalidade, os homens morrem mais cedo do que as mulheres e recorrem menos às consultas, internam-se mais gravemente e procuram a emergência quando já não suportam mais a sua doença. Em comparação com os dados acima, que mostram fatores sociais de risco para a população masculina, nota-se aqui que tais fatores se somam ainda ao comportamento de autocuidado negligente da população masculina.

A maioria dos homens só vai ao médico por insistência feminina, pois são elas que marcam consultas, levam o resultado dos exames e acompanham os namorados, maridos etc. Encontram-se muitos cânceres de próstata graças a elas. Estudos afirmam que os homens com alta

escolaridade são justamente os mais sedentários. Ainda há a diferença no cuidado com o próprio corpo, que é atribuída a fatores culturais. As meninas são estimuladas a procurarem o ginecologista desde a primeira menstruação e a realizarem exames preventivos desde a sua primeira relação sexual. Já os meninos só procuram os médicos quando estão doentes, compara Adson França, diretor de Departamento de Ações Estratégicas e Programas do Ministério da Saúde, que realizou em agosto de 2008, a 1ª Semana Nacional de Atenção e Promoção à Saúde do Homem, onde o objetivo da campanha é conscientizar o sexo masculino sobre a urgência de adotar hábitos saudáveis e de realizar exames preventivos (NABUCO, C. 2008).

Ainda hoje os homens têm muita resistência em assumir o papel de paciente. Segundo FERREIRA (2004), o verbete paciente significa: resignado, conformado, pessoa que padece: doente, pessoa que está sob cuidados médicos. Tem, portanto, uma conotação negativa para a mentalidade masculina. Os homens em geral rejeitam a posição de paciente, não aceitando o papel de doente e de que necessita de cuidados de outras pessoas. Isto tem relação, possivelmente, com as características culturalmente construídas da masculinidade, que envolvem certamente a negação de aspectos “femininos”, ou que revelem fraqueza e fragilidade. Nota-se, assim, a relação dos aspectos culturais com o processo de adoecimento dos homens.

A despeito de muitas diferenças entre os pesquisadores, todos concordam que gênero deve ser visto como fator de grande importância no padrão dos riscos de saúde nos homens e na forma como estes percebem e usam seus corpos (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). E este aspecto precisa ser ressaltado dentro do entendimento e das ações em saúde pública, coletiva: da mesma forma que para as mulheres e outros segmentos (crianças, idosos), para os homens há aspectos específicos a serem estudados e considerados dentro do planejamento em saúde.

Por isso podemos incluir como panorama de saúde dos problemas masculinos, não somente doenças, mas também questões sociais e culturais, psicológicas, de comportamento e mentalidade masculina. O que já mostra que o campo da saúde coletiva é sempre interdisciplinar.

4.1 Aspectos da Atenção Básica

O SUS vem lutando, desde sua criação, a partir de movimentos sociais e iniciativas políticas, por uma sociedade mais igualitária quanto aos serviços de saúde pública, por implementar políticas e programas na perspectiva da prevenção da doença e promoção da saúde nas suas várias dimensões, contemplando os diferentes aspectos do processo de saúde–doença: habitação, transporte, alimentação, trabalho, lazer, entre outros. Mas sabe-se que, para isso acontecer, ainda serão necessárias lutas políticas mais democráticas, com a participação efetiva dos diferentes agentes sociais, evidenciando que a saúde é um direito do cidadão e dever do estado. E sabe-se, também, que o espaço principal de ação é a Unidade Básica de Saúde (UBS), onde as demandas relativas à prevenção e promoção da saúde podem de algum modo ser atendidas.

Existe então um processo histórico-social no campo da saúde pública que continua atualmente no esforço pela construção do SUS, cujos princípios ainda precisam ser concretizados em muitos aspectos. No Brasil, no final da década de 70, embora a política de saúde oficial tivesse enfoque privatista, curativo e centrado no indivíduo, ocorre o ressurgimento dos movimentos sociais reivindicatórios e a reorganização da sociedade civil com a participação de importantes intelectuais e sanitaristas, defendendo uma Reforma Sanitária que atendesse os reais interesses e necessidades da maioria da população brasileira, resgatando a participação da sociedade civil nas decisões sobre o investimento na área pública, fortalecendo o papel dos cidadãos (THUMÉ, 2000). Pode-se acrescentar hoje a questão da saúde masculina como importante foco de ações a serem construídas e realizadas dentro do SUS e da Atenção Básica.

O contexto da luta pela construção do SUS, no entanto, está marcado pelos problemas sociais que atingem a população brasileira. Por exemplo, uma maior riqueza nacional não garante as condições socioeconômicas que produziram um alto nível de saúde da população (STARFIELD, 2002). O que importa antes é a distribuição da renda, pois quanto maior a desigualdade de renda dentro dos países, maior a desigualdade na saúde (STARFIELD, 2002,

p.26). E a Atenção Básica está também marcada por estas questões sociais e políticas.

A Política Nacional recomenda a criação e implantação de serviços do SUS, através de ações que venham garantir a prevenção de agravos, a promoção da saúde e a recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, e propondo o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, contribuindo assim para o aumento da resolutividade do sistema com qualidade, eficácia, eficiência, segurança, sustentabilidade, controle e participação social (BARROS, 2006). Em linhas gerais, estes são os princípios do SUS, ressaltando a ênfase na Atenção Básica como estratégia de planejamento e ação. Ressaltando, também, a noção de *atenção integral e universal*, pois a inclusão da população masculina dentro do planejamento do SUS também significa “atenção integral e universal em saúde”.

No Brasil, algumas experiências realizadas dentro dos princípios do SUS para a saúde da população, indicam os caminhos da construção do mesmo. Na atenção primária em saúde foram implementados o programa de agentes comunitários e saúde da família. Os dois programas são projetos regionais e municipais seguindo os princípios constitucionais. (Jr. CARNEIRO; SILVEIRA, 2003). Do ponto de vista deste trabalho, tais programas (agentes comunitários e saúde da família) podem constituir estratégias essenciais para a saúde masculina.

Todo o sistema de serviços de saúde possui duas metas principais que são: aperfeiçoar a saúde da população através do conhecimento sobre as causas das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. E minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais de modo que determinados grupos não estejam em desvantagens em relação ao acesso aos serviços e ao alcance de uma boa saúde (STARFIELD, 2002).

Nestes subgrupos, estamos nos referindo aos homens, pois os mesmos estão em desvantagens diante das condições e possibilidades de atendimento para esta população. No que nos diz respeito a saúde como direito de todos e dever do estado, existe ainda uma falta ou carência quanto a saúde masculina.

A conquista da legitimação do SUS, referido na Constituição de 1988, ainda não conseguiu abranger todas as lacunas da saúde, ainda não conseguiu

efetivar programas que garantissem a menor desigualdade social para a população mais desprovida de recursos, em que a saúde do sexo masculino também fosse vista como uma meta a ser atingida, respondendo aos altos índices de morbimortalidade desta população.

Parece que há uma dificuldade dos serviços de Atenção básica em suprir as necessidades de saúde da população masculina, deixando assim espaço para a não procura do atendimento. Dificilmente encontram-se postos de saúde ou ambulatórios abertos após as 17h, o que inviabiliza muitas vezes a procura dos homens por atendimento médico, restando a eles assim os serviços de emergência/urgência. Sendo assim, é importante identificar quais questões estão envolvidas no seu acesso aos serviços de saúde ou não.

Além das percepções do que seria próprio do comportamento dos sujeitos do sexo masculino (negligência com o autocuidado, por exemplo), há também outras visões que eles reconhecem na UBS. Neste caso, eles sentem que a UBS é um espaço feminilizado, freqüentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe também em sua maioria de mulheres. Tal situação provocaria nos homens a sensação de não-pertencimento àquele espaço. Os homens não procuram então as UBS porque estas não disponibilizam programas ou atividades direcionadas especificamente para a população masculina (FIGUEIREDO, 2005).

A situação social, econômica e cultural do Brasil, e conseqüentemente, dos cidadãos que procuram a rede de atenção básica de saúde, constitui-se em fonte de agravos por envolver condições de baixa renda, desemprego, baixo grau de escolaridade, situações de insalubridade no que se refere ao trabalho, ao tipo de moradia, ao saneamento básico e, em muitos casos, à miserabilidade (NEVES; LOPES 2007). Nessa perspectiva, portanto, vemos os problemas com que deparam e defrontam-se as ações em saúde pública no Brasil.

A atenção básica à saúde é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Busca-se, com isso, avançar na direção de um sistema de saúde

centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2004).

Ao analisar as questões da atenção básica, percebemos como são amplas e não restritas aos aspectos biomédicos. Assim, é preciso entender os aspectos sociais, culturais, psíquicos, afetivos e também orgânicos, para prestar uma assistência adequada no campo da atenção básica em saúde.

A atenção primária se diferencia da secundária e da terciária por várias características, como por se dedicar aos problemas mais freqüentes (simples ou complexos), detectando-os em fases iniciais e atuando geralmente em unidades de saúde, consultórios comunitários, escolas ou asilos. Observa-se uma variedade maior de diagnósticos e uma forte prevenção de doenças, uma alta proporção de pacientes que são conhecidos pela equipe de saúde e uma familiaridade maior dos profissionais tanto com os pacientes quanto com seus problemas (DUNCAN, et al. 2004). Estas características mostram como o cuidado da saúde masculina encontra na atenção primária o principal espaço de aplicação.

Apenas quando as nações encaram a atenção primária à saúde como estratégia para integrar todos os aspectos dos serviços de saúde é que ela se torna igualmente aplicável como uma meta em nações industrializadas. Enfatiza-se então a justiça e a equidade social, a auto responsabilidade, a solidariedade internacional e a aceitação de um conceito amplo de saúde (STARFIELD, 2002).

Uma comparação entre 12 nações industrializadas ocidentais diferentes indica que os países com uma orientação mais forte para Atenção Primária, na verdade, possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos (STARFIELD, 1994).

Fica evidente, portanto, a necessidade de estudar as questões de saúde masculina a partir da perspectiva da Atenção Básica, e dentro deste campo de ação, a partir dos programas de agentes comunitários e saúde da família.

4.2 Estratégia de Saúde da Família Envolvendo a Saúde do Sexo Masculino no Cuidado e Auto-cuidado no Âmbito da Enfermagem

Antes de abordarmos o assunto, podemos questionar: porque falarmos de tal assunto? Existem dados epidemiológicos suficientes para que os serviços de saúde elaborem estratégias para a prevenção e promoção da saúde do sexo masculino? A simples menção aos princípios do SUS já justifica a adoção de programas específicos de saúde do homem, que também se justifica a partir dos dados epidemiológicos.

E também é necessário explicitar as duas categorias mencionadas: cuidado e auto-cuidado. A primeira remete aos problemas, específicos ou não, de saúde do homem; a segunda, às questões de comportamento e práticas sociais masculinas. As duas são importantes para a pesquisa, planejamento e ação em saúde do homem.

Vários estudos demonstram que, em geral, os homens vivem menos que as mulheres. Eles morrem em maior quantidade e mais cedo que a população feminina (FIGUEIREDO, 2005. P.3).

O reconhecimento na área de saúde das necessidades masculinas implica uma dificuldade a mais, porque justamente o desenvolvimento de ações em saúde coletiva é um processo complexo, por suas múltiplas faces, na prevenção, recuperação e promoção da saúde. E tal complexidade está presente também no que se refere à saúde masculina no âmbito do SUS.

Hoje temos o desafio de não sermos apenas gerentes de meios e normas (material, equipamento, horários, recursos humanos e financeiros etc.), mas incluirmos no nosso cotidiano a preocupação, o interesse no processo terapêutico, incluirmos a comunidade, o paciente ou cliente, na atenção à doença e na prevenção, sendo necessário assim rediscutir o processo de trabalho, a organização das ações, a assistência, não apenas na política geral, mas através da experiência e da história da equipe (ANTUNES, 1997).

Isto exige do profissional enfermeiro(a) não somente conhecimentos de outras áreas não médicas (psicologia, área social etc.), mas principalmente sensibilidade e atenção, pois diferentes e variados fatores se fazem presentes a cada caso. É necessário então o acompanhamento do processo saúde-

doença em sua complexidade, pois o profissional enfermeiro (a) ocupa um lugar central dentro dos serviços de saúde, pois parte do ponto de vista do 'todo' destes serviços.

O profissional de enfermagem, e de saúde em geral, deve compreender que a saúde da comunidade depende das ações de assistência oferecidas àquela comunidade, como do esforço da própria população através da maneira como está envolvida no seu processo de saúde-doença, e mesmo quanto a este esforço, podemos intervir de algum modo a partir da enfermagem, por exemplo, trabalhando sobre a motivação das pessoas envolvidas. A população masculina - que tem mais resistência em aceitar este processo de cura, negando assim a sua doença e inconscientemente não procurando os serviços de atenção básica - constitui um foco de trabalho importante em relação a estes dois fatores mencionados: a oferta de serviços por um lado, e a autonomia e iniciativa no autocuidado por outro.

A pessoa recebe o cuidado de enfermagem, podendo ser ele na comunidade, na família ou apenas o indivíduo. O ser humano é complexo nas suas necessidades individuais de saúde, seus direitos, deveres, valores e prerrogativas. Para ser enfermeiro (a), deve-se aprender sobre estrutura e função humanas (pelo estudo da anatomia, fisiologia, psicologia, sociologia, patologia), tendo assim várias maneiras de cuidar, abordar e se relacionar profissionalmente com o indivíduo, a família e a comunidade (SOUZA, 2006). A enfermagem deve tentar atingir a população masculina, tanto dentro do seu contexto familiar, quanto individualmente, com ações que comprometam o homem a cuidar de sua própria saúde e de sua família.

A atuação em enfermagem, no campo da Atenção Básica, deve prestar atenção e participar de ações que envolvam a comunidade como: associações de bairro, reuniões dos Conselhos Locais de Saúde, para tentar saber e se envolver nos reais problemas que afetam aquela comunidade e buscar, com uma prática diferenciada, atrair o maior número possível de homens, fazer com que participem, relatando suas necessidades de cuidado.

De todos os aspectos da identidade sexual, o gênero social é o mais flexível e o mais influenciado pelos meios sociais e culturais. Ou seja, constata-se que um comportamento que é considerado tipicamente masculino ou feminino em um determinado grupo humano, pode ser considerado mais

feminino ou masculino em outro (HELMAN, 1994). A partir disso, podemos perguntar sobre as características sociais e culturais da população masculina das UBS em geral, pois é preciso conhecer as características específicas deste segmento para poder intervir de maneira efetiva.

É bastante comentado que UBS são serviços destinados para mulheres, crianças e idosos. E que a pouca presença de homens, relacionada às características da identidade masculina, seu processo de socialização, neste caso estaria associada à desvalorização do auto-cuidado e à preocupação incidente com a saúde (FIGUEIREDO, 2005). E por outro lado, os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou pronto-socorros, respondendo mais objetivamente às suas demandas. Assim, nestes lugares os homens conseguiriam expor seus problemas com mais facilidades (FIGUEIREDO, 2005). Para melhor compreensão da não procura dos homens nas UBS é necessário não se pensar exclusivamente como uma falta de responsabilidade dos homens com a sua saúde, e nem especificamente como uma falha na organização dos modelos de atenção primária à saúde (FIGUEIREDO, 2005). Ou seja, tanto as características masculinas de identidade e socialização, como as características dos serviços oferecidos respondem pela pouca presença de homens nas UBS.

Quando se trata de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) aumenta o diferencial relativo ao gênero. Os homens com DST não costumam ir aos serviços de saúde. Mas nas cidades onde a unidade é específica para o atendimento das DST, a demanda maior é de homens; já quando o atendimento a DST constitui um dos programas das unidades convencionais de saúde, a demanda maior é de mulheres (ARAÚJO; LEITÃO, 2005).

Sendo assim, é necessário analisar o que de fato está distanciando os homens dos serviços de saúde oferecidos. Talvez possamos questionar aqui sobre as falhas nas políticas de saúde, falhas quantitativas e qualitativas, e que se somam ao comportamento de auto-cuidado negligente dos homens.

O enfermeiro, sendo o responsável pelas ações assistenciais que compõem a enfermagem, responde pelas ações de cuidados diretos que constituem a atuação do profissional, e pelo conjunto de procedimentos desempenhados pelos demais membros da equipe de enfermagem. Assume também ações gerenciais que se expressam em práticas administrativas e

educativas, realizando processos de capacitação profissional e atividades de organização de serviços e supervisão. Esta definição das funções da enfermagem pode ajudar a encontrar maneiras produtivas de intervir sobre as questões de saúde masculina, nos aspectos de cuidados diretos, gestão, educação etc., principalmente no âmbito da Atenção Básica.

Acreditamos que os comportamentos das enfermeiras e dos pacientes são contextualizados no relacionamento enfermeira-paciente. Assim, ocorre um fenômeno de interação pelas quais as respostas do enfermeiro(a) (intervenções) são provocadas pelas respostas do paciente (resultado), que por sua vez, são desencadeadas pelas respostas do enfermeiro (a) (WHIGHT; LEAHEY, 2002). Ações que envolvem diretamente os serviços de saúde e a população têm resultados significativos, pois se pode conhecer a população com a qual se está trabalhando, suas doenças, e seu conhecimento das mesmas. E através destas ações, a enfermagem constitui um vínculo forte para atender estas demandas, e igualmente tentar atingir um maior número de pacientes masculinos de cada comunidade.

A atenção primária organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002). É necessário então saber aproveitar este espaço para criar recursos para atender a população masculina. Por exemplo, incluir na *Consulta de Enfermagem da mulher* questões referentes à saúde do seu parceiro, e incluir a *Consulta de Enfermagem do homem* no ESF. E dentro das estratégias de enfermagem possíveis ao abordar a saúde masculina na atenção primária, precisamos destacar esta inclusão da consulta de enfermagem para os homens, nas ações do ESF, talvez como uma das principais estratégias a serem adotadas.

Na consulta de enfermagem, no trabalho direto com o cliente há um acompanhamento de forma sistemática do cliente, a enfermeira pode exercer um papel educativo de suma importância, pois ao manter o contato individual e/ou grupal, poderá interferir no processo educativo do homem (ALMEIDA, 1991).

A enfermagem tem um compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A influência que a família exerce como mostram as evidências teóricas e práticas, sobre as doenças e a saúde de seus membros,

obriga as enfermeiras a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem. Mas este cuidado tem que ser alcançado somente com responsabilidade e respeito, estabelecendo-se práticas de avaliação e intervenções familiares confiáveis (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

É na relação social entre enfermeira e clientela que se dá o processo educativo em saúde, onde são construídos os saberes técnico-científico e o popular (ALMEIDA, 1991). E as *visitas domiciliares* e os *atendimentos domiciliares* têm papel central na educação em saúde.

O atendimento domiciliar deve ter o objetivo de trabalhar tanto a proteção da saúde como a promoção, através da abordagem inter-relacional e educativa em prol do desenvolvimento das potencialidades individuais e coletivas, mesmo em condições adversas de vida e saúde, apoiando-se nas práticas interdisciplinares e inter-setoriais, articulando-se à rede social existente (MANDÚ, et al, 2008).

Mas a visita domiciliar não deve se restringir a medidas assistenciais encaminhadas pelas equipes do ESF ou pelos serviços de saúde, apoiando-se apenas em tecnologias tradicionais, mas sim requerendo articulações também fora do setor de saúde. As visitas domiciliares e a prática de educação em saúde devem ser instrumentos articulados e encaminhados com um caráter emancipatório, tendo em vista não só a prevenção, mas também a promoção da saúde (MANDÚ, et al 2008).

É importante destacar ainda que as visitas domiciliares nem sempre são bem-vindas, podem significar intromissão, imposição e desvalorização de conhecimentos e decisões das pessoas envolvidas em torno do cuidado à saúde. Este caráter compulsório e muitas vezes impositivo não é coerente com a humanização que se busca, com a participação autônoma dos sujeitos nas decisões que lhe dizem respeito. De forma que o desafio das visitas domiciliares é se concretizar a partir da permissão dos envolvidos, através de processos de diálogo e do respeito aos conhecimentos, valores e práticas das famílias (MANDÚ, et al, 2008).

Tendo como base que a família tem uma forte influência sobre o estado de saúde de todos os membros inseridos, destacando-se o papel da mulher dentro deste contexto, fica clara a importância da mulher nas ações de saúde do homem. E insere-se aí também o papel da enfermagem de conduzir a

mulher na educação em saúde dentro de seus lares. Em tese, a percepção dos homens da importância da prevenção contra as doenças é mais negligente do que a percepção das mulheres, também pelos aspectos de socialização da mulher. E isto implica a mulher na saúde da família como na saúde do homem.

Sabendo disso, se faz necessário que as mulheres, esposas, mães, avós, através de conversas familiares, possam influenciar os homens a cuidar tanto da saúde de seus familiares como da sua própria saúde, pois assim poderiam sentir-se como cuidador e não só provedor, demonstrando interesse na saúde familiar, freqüentando a UBS junto com a esposa, indo ao médico com seus filhos e procurando ajuda médica quando necessário. Mas este é um caminho longo a se percorrer, principalmente quanto à educação em saúde.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), contribuir com os princípios operacionais de saúde familiar dirigidos à melhoria ao acesso, à resolução das demandas em saúde, ao estímulo à participação social e à contribuição para a redução das desigualdades coincide plenamente com as políticas e esforços internacionais por melhorar a qualidade de vida da população (Toro, 2004. P.7).

A OPAS acompanha iniciativas privadas, na região das Américas, através de espectros das formas em saúde, inclusive propostas de atendimento primário. É evidente que os processos de gestão, financiamento, organização e os serviços baseados em ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e manejo de doenças com qualidade e resolutividade vem trazendo mudanças na saúde da população brasileira, mesmo que ainda existam vários desafios e muitos esforços na sua construção. (TORO, 2004. P.7).

Desde 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil sofre mudanças e experiências novas na sua gestão, organização e no financiamento de seus serviços prestados, garantindo assim os princípios de Universalidade, Equidade, Integralidade e participação social. Destacando-se a implementação e expansão da Estratégia de Saúde da Família no âmbito da atenção primária. (COSTA, 2004. P.9).

A população não tendo acesso aos saberes sistemáticos em saúde nos seus aspectos econômicos, políticos e sociais, tem enfraquecido o seu poder de reivindicar os seus direitos de saúde como cidadãos. Muitas vezes está submetida às condições que o sistema impõe (ALMEIDA, 1991). Ou seja, há

carência não somente de informações específicas de saúde, mas também de educação em geral, o que mostra a relação direta das questões de saúde com as questões sociais mais amplas.

A Saúde da Família, e a articulação do sistema de saúde em seu conjunto, é a porta de entrada do atendimento, favorecendo assim uma grande aproximação dos serviços de saúde à sociedade civil, contribuindo para a efetiva participação na melhoria da qualidade de vida. (SECLLEN; FERNANDES, 2004).

A ESF vem propondo o atendimento primário e sua reorganização nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde para a melhoria da qualidade de vida (Juan, A. Seclen-Palacin). Na unidade de saúde, a prática da enfermeira integra também as ações educativas junto ao usuário, por entender que a educação é um processo de mediação no seio da prática social global (ALMEIDA, 1991). E tal mediação é necessária quando se trata de atenção primária, seja na Estratégia de Saúde da Família ou na Unidade Básica de Saúde.

Em vista do que foi dito, fica claro que a porta de entrada para envolver o sexo masculino na procura por atendimento de saúde e nas intervenções de promoção e prevenção é a ESF, pois este é um dos meios mais atuais disponíveis para incluir a saúde do homem no sistema. É através das visitas domiciliares que devemos atuar, pois quando nos encontramos com as famílias, podemos realizar ações que visam à educação em saúde para todos os membros, destacando a importância do papel do homem na sua saúde e na saúde de sua própria família, e fazendo com que a mulher participe deste treinamento, ajudando a estabelecer critérios de inclusão do homem na saúde familiar.

A assistência médica e os diferentes serviços de saúde são precários e insuficientes para resolver a demanda dos problemas da saúde da população (VALLA; STOTZ, 1994). Quer dizer, a expansão da atenção primária, em seus aspectos de prevenção, promoção e recuperação é a resposta mais importante a estas demandas. Quando se pensa em educação em saúde, pensamos nas recomendações sobre cuidados pessoais (higiene, alimentação, etc.). Manter a saúde parece ser um problema individual que pode ser resolvido por pessoas adequadamente educadas (VALLA; STOTZ, 1994). Além de orientação sobre hábitos e costumes, há ainda as recomendações específicas sobre as doenças

e os cuidados necessários, e também a educação que envolve aspectos mais amplos (psicológicos, sociais, políticos etc.). Da mesma forma, há a dimensão relacional e afetiva do processo de educação para o auto-cuidado. Isto tudo mostra como a educação em saúde pode ser um processo complexo.

Na questão do cuidado, não basta os profissionais oferecerem a informação e apenas esperar pela adesão e compromisso da pessoa com sua saúde, com o auto-cuidado, pois a promoção do cuidado em saúde é da ordem do relacional (BORGES; JAPUR, 2008). Esta dimensão relacional, por exemplo, na relação enfermeiro(a) – paciente precisa ser compreendida nas ações de cuidado e de educação em saúde, como vemos na noção de acolhimento: acolhe-se não somente o paciente e sua doença, mas o paciente no todo e seus afetos e conhecimentos, sua realidade social e cultural, sua família, suas dificuldades de vida etc.

Nesse contexto, a questão da não-adesão adquire outro aspecto, pois pode ser vista não como falta de compromisso com a saúde, mas como uma forma de auto-cuidado. Igualmente, a não-adesão faz pensar sobre a forma como as pessoas têm sido abordadas em suas necessidades de saúde (BORGES; JABUR, 2008). Isto remete a dimensão relacional no cuidado e na educação em saúde.

A saúde deve ser conquistada pela população nas lutas cotidianas de determina sociedade. Sendo um exercício de cidadania, sabendo que esta não é um bem dado, mas sim, um processo de conquista diário, implica reivindicações na luta pela defesa dos direitos sociais, a partir de um processo anterior de educação em saúde.

Nesta perspectiva, educação e saúde entram num campo de conhecimento que pode facultar à sociedade uma melhor compreensão sobre as relações entre condições de vida e de trabalho, saúde e doença, assim apontando meios para aplicar os recursos públicos mais de acordo com as necessidades da população trabalhadora (VALLA; STOTZ, 1994).

As famílias negligentes, os adultos, mais especificamente os pais apresentam comportamentos que refletem a ausência ou a insuficiência dos cuidados a suas crianças. Um contexto de pobreza e de isolamento social geralmente está em torno do sistema familiar, contexto este que coincide, na maior parte do tempo, com muitas outras carências apresentadas na história de

vida dos pais. Os pais negligentes são adultos que não se ocupam de seus filhos e que apresentam deficiências importantes em suas funções parentais. Estas deficiências podem ser resultadas de três dinâmicas que se entrelaçam: a biológica, a cultural e a contextual. As dinâmicas são diferentes, mas as conseqüências para as crianças podem ser idênticas (MORAIS, 1999, apud Barudy, 1997). Este contexto todo precisa ser entendido e incluído no planejamento e nas ações de educação em saúde.

Nos postos de saúde e nas emergências, as queixas têm suas origens nas condições de vida e trabalho, nos baixos salários, nas longas jornadas de trabalho, no tempo gasto nos transportes públicos e na falta de saneamento básico nos locais de moradia (VALLA; STOTZ, 1994).

A pobreza determina o contexto de vida das famílias, com modelos dos comportamentos e de crenças que se transmitem de geração para geração, que parecem ser estratégias de adaptação ao meio injusto e carente. A pobreza induz um funcionamento familiar que pode ser considerado caótico, predador e eventual, mas que é talvez a única alternativa de adaptação (MORAIS, 1999, Apud Barudy, 1997). Isto é, quando pensamos em atenção primária e educação em saúde, antes de julgarmos negativamente o modo de vida da população sujeita à pobreza, precisamos compreender e acolher em cada caso, partir da sua realidade para provocar mudanças.

Assim, se pensarmos em saúde em um âmbito mais geral, veremos que envolve vários fatores nos quais a educação está incluída, mas não como a solução de todos os problemas, principalmente para as pessoas carentes e sem condições de acesso à educação e a melhores condições de vida. E o sexo masculino está incluído na grande parcela da população que não dispõe de condições suficientes para se importar e priorizar a saúde.

As famílias estão sempre em mudança, assume papéis diferentes na sociedade de acordo o grupo social. As características próprias de cada indivíduo é que diferenciam cada família, dentro do mesmo contexto social (WRIGHT, LEAHEY, 2002). O sexo masculino tem um papel importante dentro das famílias e é através do papel de cuidador, protetor, não somente provedor, que devemos chegar aos homens, quando realizamos ações de educação em saúde. A dinâmica familiar, dos papéis familiares pode ser um espaço aberto para mudanças a partir da intervenção adequada do ESF.

A maioria das enfermeiras trabalha no setor hospitalar, onde são reproduzidas as divisões de gênero básicas da cultura maior. Ainda se vê a equação médico=pai, enfermeiro=mãe e paciente=filho. Em termos de relações de poder na provisão de assistência à saúde, a esfera de ação da enfermeira está separada, mais ainda subordinada à esfera de ação do médico (HELMAN, 1994). O papel de cuidador, então, não é assumido pelos homens, de modo geral, dentro das famílias, mas é quase sempre assumido pelas mulheres. E esta condição é reproduzida nas equipes hospitalares de assistência à saúde. Nesse sentido, o ESF abre a possibilidade de mudanças tanto das práticas sociais e familiares como profissionais, na forma de atuação das equipes de saúde.

Segundo Egry (1996), a enfermagem é um trabalho coletivo desenvolvido por diferentes profissionais da saúde e está interligada aos processos de trabalho, sendo um conjunto de práticas e procedimentos baseados em conhecimentos científicos voltados para a assistência a saúde do ser humano, visando à intervenção clara, planejada e consciente no processo saúde-doença, para a manutenção da integridade humana independente da classe social. A atuação de enfermagem então, no contexto de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), precisa integrar estes aspectos e, além disso, deve preocupar-se com a criação de serviços de saúde específicos para cuidar da saúde da população masculina, já que ali, na UBS, se pode diversificar e espalhar as ações de saúde coletiva, visando assim a um aumento na procura pelos serviços de saúde pelo sexo masculino.

O enfermeiro é visto como o profissional da saúde melhor situado para a negociação dos objetivos do médico, com os objetivos do paciente (HELMAN, 1994, apud LITTLEWOOD, 1989, p.145). Esta visão reforça a idéia do papel central do enfermeiro (a) na assistência a saúde de modo geral.

Ao planejar ações em saúde na prática, a enfermeira deve utilizar referencial teórico-assistencial e administrativo-técnico-político, que necessita cada vez mais ser explicado, aprendido e transformado pela enfermeira, dentro da equipe de saúde e da sociedade (KALINOWSKI, 2000). O resultado da enfermagem é um processo de transformação tanto individual como coletivo, visando à melhora da saúde.

As atividades dos enfermeiros (as) que atuam na UBS são muito ligadas às ações de promoção da saúde e prevenção das doenças junto à comunidade, indivíduos ou grupos sociais, além de atividades de treinamentos junto à equipe de enfermagem; coordenação das atividades que permeiam o trabalho da unidade; assistência na implantação e supervisão das ações complementares ao ato do médico; execução dos procedimentos de enfermagem, realização da consulta de enfermagem (KALINOWSKI, 2000). Dentro disso, para estabelecer seu espaço, o profissional da enfermagem necessita conhecer e enfrentar a realidade do seu cotidiano de trabalho, construindo e modificando as situações que necessitam melhorar.

O desenvolvimento de ações de prevenção e promoção à saúde dos homens está vinculado às especificidades de cada local, como também às necessidades de saúde sentidas nas práticas assistenciais prestadas e às características da equipe multiprofissional (FIGUEIREDO, 2005). E o profissional de enfermagem deve estar atento a estes aspectos todos para planejar as ações, no contexto da UBS.

Em geral, a mulher é o personagem principal nas questões de saúde e doença, é ela quem cuida da saúde de seus familiares. O pai, o chefe de família, permanece distante destes assuntos, por ficar, muitas vezes, a maior parte do tempo fora da sua residência, e muitas vezes, recebendo assistência médica na própria empresa (QUEIROZ, 1993). Mas diante disso, frequentemente ficam despercebidas as suas doenças, devido à falta de tempo para procurar recursos, pois algumas empresas não dispõem da devida assistência à saúde de seus funcionários.

Em quase todas as culturas, a maior parte da atenção primária à saúde ocorre dentro da família e, no setor informal, os principais responsáveis pela assistência a saúde são, em geral, mulheres, mães e avós (HELMAN, 1994). Culturalmente o sexo masculino se preocupa menos com a sua própria saúde, e conseqüentemente, com a saúde de sua família.

Em vista disso, é necessário se pensar como uma complexa teia de relações, onde todas as partes interagem entre si: os homens na qualidade de sujeitos confrontados com as diferentes dimensões da vida. Os serviços na maneira como eles se organizam para atender os usuários considerando suas particularidades; os vínculos estabelecidos entre os homens e os serviços e

vice-versa (WAGNER, 2005). As mudanças devem ocorrer tanto em relação ao comportamento masculino de auto-cuidado como nas formas de organização dos serviços de saúde, principalmente na atenção primária.

Partindo-se do pressuposto de que os seres humanos são iguais perante a justiça, só pode ser justa uma distribuição igualitária dos serviços de saúde (BRAZ, 2005). Inexistem políticas públicas que contemplem a saúde do Homem, enquanto são comuns serviços de saúde da Mulher e da Criança. Diante disso, o sexo masculino fica desprovido de um serviço especializado, voltado para a sua saúde.

A finalidade de uma intervenção de enfermagem é efetuar a mudança. Assim, as intervenções de enfermagem eficientes são aquelas para as quais os pacientes e as famílias são receptivas, devido ao “ajuste” ou entrosamento entre a intervenção proposta pela enfermeira e a estrutura biopsicossocial-espiritual dos membros da família (WHIGHT & LEVAC, 1992, apud WHIGHT; LEAHEY, 2002). Sendo assim, é necessário dar importância às concepções de gênero, fazendo com que os profissionais de saúde tenham uma maior sensibilidade e atenção às características e questões masculinas no cuidado a esta população.

As ações de enfermagem devem ser comparadas através da troca de experiências com outras comunidades e unidades de saúde, buscando melhores resultados ou resultados mais próximos dos esperados pela população, partindo assim de um maior conhecimento das atividades realizadas nas comunidades vizinhas, atentos às necessidades dos indivíduos do sexo masculino.

A atenção integral em saúde, além da compreensão de que a saúde é um fato social composto de diferentes aspectos, deve priorizar a interação entre os serviços de saúde e a população, em particular, com os usuários dos serviços de saúde, partindo da realidade e participação dos mesmos para planejar e realizar as ações de saúde.

Considerando agora o ponto de vista do profissional de enfermagem, no contexto todo mencionado até aqui, quando se pensa em situação de trabalho de qualquer profissional de saúde que atua em alguma Instituição ligada ao Sistema Único de Saúde (SUS), eles enfrentam uma grave crise, incluindo nível salarial e carreira profissional, e isso se acrescenta à própria situação dos

usuários, em estado de piora constante quanto às suas condições de vida (L'ABBATE, 1994).

São necessários ambientes e condições de trabalho que valorizem os trabalhadores e os estimulem, assim como aos usuários dos serviços prestados por estes trabalhadores. É preciso favorecer um processo mútuo de aprendizagem, crescimento e melhorias do sistema como um todo, integrando usuários e trabalhadores.

Estudos mostram que é possível contribuir para que trabalhadores de saúde transformem sua vida profissional em algo mais rico, vivo e inovador, quando se criam condições para que eles se apropriem de certos recursos didático-pedagógicos (L'ABBATE, 1994). Para THUMÉ (2000), o direcionamento das ações desenvolvidas vai ao encontro do que as Instituições esperam do profissional, mas nem sempre conforme as necessidades da população. Repensar a forma de executar o trabalho é uma necessidade que se aponta.

O ser humano entra numa tarefa difícil a partir do momento em que se encontra diante de uma situação de estresse. A saúde compreende um equilíbrio físico-psíquico e social, de modo interdependente, garantindo assim o bem estar do indivíduo. Buscar este equilíbrio diante das situações de estresse enfrentadas no campo da saúde exige tanto de usuários como dos profissionais uma participação efetiva, uma motivação atuante. Assim, a motivação e a satisfação são consideradas opostas, pois a motivação surge da necessidade humana e a satisfação do atendimento dessa necessidade, e isto é o que move e motiva o processo saúde-doença, em que o enfermeiro (a) precisa intervir com seus conhecimentos, motivado, reconhecido e valorizado por seu trabalho.

É preciso buscar uma relação enfermeiro(a) – usuário onde educando e educador se mantêm em constante crescimento, a fim de não reproduzir uma relação manipuladora, onde sujeito e cidadão são faces de uma mesma moeda (L'ABBATE, 1994). Diante disto, fica clara a visão de mundo que queremos alcançar através da uniformidade do conhecimento, da equidade dos serviços prestados.

Trabalhar o papel profissional abre possibilidades tanto para o espaço pessoal/ grupal como pessoal/institucional (MANUTO; MISHIMA; PINTO, 2001). E baseados neste trabalho constante sobre o papel profissional do enfermeiro

(a), podemos alcançar resultados importantes para a saúde masculina no âmbito da atenção primária.

Quando emergem dificuldades de relacionamento entre as pessoas que trabalham juntas, insatisfação quanto à distribuição de tarefas entre outras situações, ao serem expressas no grupo, as situações passam a ser percebidas e re-elaboradas de outra forma pelos participantes (MANUTO; MISHIMA; PINTO, 2001). Para THUMÉ (2000), as práticas de enfermagem estão vinculadas a uma série de atividades que variam entre atividades assistenciais, supervisão e gerenciamento. Sempre está presente este aspecto de trabalho com os grupos ou equipes de trabalho dentro das atividades de enfermagem.

Neste momento, o SUS constitui uma das manifestações de um conjunto de “necessidades sociais” de saúde, e porta uma moral que defende a saúde como direito de todo cidadão, propondo-se a garanti-lo através de seus princípios de acesso, universalidade, equidade e integralidade. É neste conjunto de necessidades que precisamos apreender os problemas dos usuários que atendemos no projeto para a enfermagem (MANUTO; MISHIMA; PINTO, 2001, p.10).

Observamos que alguns casos nos interessam por algum motivo ou interessam a alguém mais próximo de nós, aquelas situações em que fazemos tudo para que a pessoa seja atendida com mais rapidez e com qualidade, exemplo disso, quando marcamos uma consulta a mais, articulamos entre áreas de serviços diversos, entramos em contato com outros trabalhadores para acelerar o atendimento entre outras situações diárias. Se nestes casos, quebramos nossa rotina, normas, por que não mudarmos o foco de nosso trabalho no que diz respeito ao tratamento ao usuário do SUS do sexo masculino, utilizando de todas as possibilidades disponíveis, de modo a ultrapassar o alcance de só considerar as relações mais próximas importantes, mas sim pensar nas possibilidades de solução dos problemas existentes (MANUTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

No processo de trabalho em saúde, no encontro usuário-profissional de saúde, não se pode falar numa relação verdadeiramente terapêutica sem que haja uma relação de confiança (TEIXEIRA, 2005). E esta confiança também é construída pelo empenho do enfermeiro (a) em seu papel profissional. É

através da confiança mútua que devemos partir para atingir a população do sexo masculino, a qual frequentemente tem dificuldades de mostrar seus sentimentos e problemas.

A descoberta daquilo que nos outros corpos convém ao nosso é apenas o primeiro patamar de uma relação consistente (TEIXEIRA, 2005). Quer dizer, a empatia e o reconhecimento da situação do outro é o primeiro passo para construir confiança e prestar o atendimento adequado e humanizado. Quando a confiança é adquirida entre os sujeitos, podemos nos mostrar para o outro, sem medo de sermos rotulados como loucos fracos ou perdedores (TEIXEIRA, 2005). E podemos facilmente concluir o quanto tal confiança é importante na assistência a saúde da população masculina

Nas unidades de saúde preconiza-se que a enfermeira seja coordenadora das ações assistenciais e administrativas inseridas nos diferentes programas ou projetos de saúde executados nas unidades de saúde ou na comunidade. E cabe também à enfermeira ser coordenadora das atividades assistenciais advindas das atividades médicas. No entanto, este trabalho não tem sido planejado a partir das reais prioridades das necessidades da comunidade (KALINOWSKI, 2000). O modelo centrado na doença, essencialmente baseado no diagnóstico médico, com uma visão de atendimento individual e curativa, não é suficiente no contexto da atenção primária, assim como o papel do profissional de enfermagem se amplia nesse campo de atuação em saúde.

Segundo THUMÈ (2000), a enfermagem sendo a maior força de trabalho em saúde que atua no SUS, é necessário ao enfermeiro(a) conhecer as diretrizes e estratégias do SUS como proposta de atenção, para atuar na construção de um novo modelo de atenção baseado no trabalho interdisciplinar, que possibilite avanços em benefício tanto dos trabalhadores como dos usuários dos serviços de saúde.

Quando consideramos a Atenção Básica e a ESF como a estratégia delineada para dar conta da atenção integral à saúde da população masculina, percebemos que os problemas enfrentados apresentarão, necessariamente, múltiplos aspectos, exigindo uma atuação interdisciplinar. Por exemplo, se um dos efeitos da dimensão social da pobreza é a desagregação familiar, marcada pela ausência da figura do pai, então, intervir aí, através da ESF, por exemplo,

implicará mudanças não somente dos fatores de saúde física da população masculina, mas de muitos outros que compõem o quadro dos problemas encontrados na atenção básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse pelo estudo da saúde da população masculina despertou a minha atenção para os dados de morbimortalidade desta população, e para tentar compreender as questões de saúde masculina, bem como as razões dos homens procurarem pouco aos serviços de atenção básica. Fica ainda a dúvida se seria negligência do próprio homem, determinada pelas características da socialização masculina, ou os serviços de saúde não conseguem atingir a população masculina, não oferecendo serviços específicos ou programas voltados aos homens. Ou melhor, se ambos os aspectos estão presentes acentuando os problemas de saúde masculina.

Ao deparar com tais questões, pretendi compreender de maneira abrangente, para tentar sugerir ações possíveis, onde o homem seja responsável por sua própria saúde e de seus familiares, incluindo a ESF como uma alternativa importante para atingir os homens no contexto familiar.

É importante destacar, então, na conclusão deste trabalho, o que considero uma das melhores alternativas de intervenção sobre as questões e problemas de saúde da população masculina, a saber: a Estratégia de Saúde da Família, através das visitas domiciliares, incluindo aí a *Consulta de Enfermagem do Homem*, além das alternativas de intervenção no próprio espaço da UBS, através dos programas de prevenção, promoção e recuperação da saúde masculina, especialmente com ações de educação em saúde.

Há necessidade, atualmente, de se repensar o modelo de saúde pública, quando estamos trabalhando para a saúde do sexo masculino, a partir de uma reflexão sobre a saúde do indivíduo e da comunidade. Precisamos nos perguntar se estamos trabalhando efetivamente para a melhora da qualidade do atendimento à população masculina, pois há um grande índice de pacientes masculinos que não procuram por atendimento na rede básica de saúde. Por exemplo, pode-se tentar combinar ações de educação em saúde, onde o enfermeiro (a) se aproxima do usuário no próprio contexto familiar através de estratégias de planejamento familiar, estabelecendo uma união mais forte entre os membros da família em geral.

É necessário então que a enfermeira examine qual é o vínculo afetivo entre seus membros e destes com a comunidade, e qual é o seu contexto social, onde estão inseridos, qual o papel que cada um desempenha, especialmente o papel do homem. A partir disso, pode-se tentar alcançar e sustentar, através de dados concretos, a importância das ações de prevenção e promoção da saúde, dentro da rede básica, para a população masculina, pois a atenção à saúde masculina ainda continua muito inferior à atenção dada às mulheres.

Realizamos muitos avanços desde a criação do Sistema Único de Saúde, no âmbito da Atenção Básica, mas ainda precisamos crescer no que diz respeito à saúde da população masculina, pois quase não existem serviços especializados para intervir sobre os problemas de saúde do homem, fazendo com que esta população não procure por atendimento na rede básica de saúde, ficando, assim, desprovidos de ações de prevenção e promoção da saúde. Faz-se então necessário criar estratégias para incluir e educar o sexo masculino, quanto ao cuidado de sua própria saúde, buscando reduzir o índice de doenças que poderiam ser evitadas com a prevenção, por exemplo.

Com este estudo, ficou clara para mim a importância da inclusão do sexo masculino na atenção primária, não só para sua própria saúde, mas também de sua família, pois é através desta família que será possível reeducar todos os membros da mesma, na promoção, prevenção e recuperação da saúde. A melhor maneira de realizar ações em conjunto é dentro dos seus lares, através do conhecimento sobre como evitar ou tratar as doenças e a quem solicitar ajuda, respeitando as características individuais de cada familiar.

O sistema de saúde deve se preocupar com o todo, e este todo envolve o cuidado com o sexo masculino, como os princípios básicos do SUS sugerem, visando à equidade na atenção. A atenção básica, sendo a porta de entrada do sistema, deve garantir que estes indivíduos sejam atendidos dentro do sistema, considerando suas características e problemas específicos. Ficou claro para mim, então, a necessidade de reestruturação dos cuidados prestados a esta população.

Se nos perguntarmos onde está o início dos problemas enfrentados por estes indivíduos, vamos deparar com situações sociais, culturais, religiosas,

entre outras, mas nem por isso ficaremos sujeitos a estas condições. O importante, neste momento de tantas mudanças, é quebrarmos este paradigma social e darmos um salto de qualidade na assistência, buscando resgatar a saúde do sexo masculino como ponto chave de nossa história na saúde pública e coletiva, fortalecendo o sistema e todas as famílias envolvidas. Só não podemos esquecer que a mulher tem um papel importante em envolver este homem nos cuidados pessoais e familiares.

Sabemos que o caminho é longo, mas precisamos começar para um dia tentarmos chegar a um ideal possível de atenção à saúde. ESF é o caminho mais curto para que isso aconteça com resolutividade e eficácia, com resultados positivos e estimulantes nesta batalha da luta pela vida.

A atuação de Enfermagem, neste contexto, ocupa lugar central, pois o profissional de enfermagem exerce sempre as funções de organização e coordenação dos serviços, sendo uma prática baseada em conhecimentos científicos, voltada para o cuidado e auto-cuidado do ser humano (educação em saúde), tanto no que se refere à sua recuperação como na prevenção e promoção da saúde.

Por exemplo, através de práticas com grupos de homens, respeitando as características e diferenças de cada ser humano, pode-se pensar em fazer um trabalho educativo, onde eles possam expressar suas dúvidas e trocar experiências que tenham vivenciado. Nessas práticas, pode-se então orientar sobre riscos e agravos à sua saúde e sobre como os mesmos podem interferir na vida social destes homens, dando assim suporte para a auto-prevenção em saúde masculina. Criar então alternativas de atendimento, dentro da unidade básica, que melhor se adequem à realidade desta comunidade, contando com uma equipe multiprofissional (psicólogos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos e auxiliares de enfermagem etc.).

Para tentar chegar ao ideal possível de atender as reais necessidades dos problemas de saúde da população masculina, se faz necessário então dar voz ao próprio homem, nas questões referentes à procura pelo atendimento de saúde na rede básica, estimulando assim sua auto-prevenção de saúde. Seria importante, também, realizar um estudo mais profundo, através de uma pesquisa de campo, por exemplo, em que os homens possam verbalizar as

suas reais necessidades de saúde, respondendo através de um questionário questões sobre sua saúde e sobre os serviços na rede básica que atendem ou não as suas necessidades. Assim se começaria construir um ideal possível para a situação existente de saúde do homem e suas necessidades específicas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.I. **Prática Social da Enfermeira: saber e poder no processo educativo.** Ceará: UFC, 1991.196f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1991.

ANTUNES, M.J.M; SILVA, I.A; et al. Classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. v.50 n.1, p. 141-142, jan e mar, 1997.

ARAÚJO, M, A, L; LEITÃO, G, C, M. Acesso á consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de saúde pública.** Rio de Janeiro. v. 29 n.2 mar./abr, 2005.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. SUS: **O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**, v 1. São Paulo: Ed. Atheneu, 2004. 256 p.

BARUDY, J. **La douleur invisible de lenfant: approche écosystémique de la maltraitance.** Ramonville Saint-Agne: Éres, 1997.

BORGES, C. C; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Texto e contexto-enferm.** Florianópolis. V.17 n.1, jan/mar. 2008.

_____. Direitos Autorais. **Lei Federal nº. 9.610 de fevereiro de 1998.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L9610>. Acesso em: 07/06/2008.

_____. Ministério da saúde. CORMAC, E. **Secretária de gestão estratégica e participativa.** Rio de Janeiro, 2005. ed. Ministério da saúde-Brasília, 2007. Acesso em : www.saude.gov.br.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciênc. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. v.10 n.1. jan./mar.2005.

BARROS, N.F. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no sus: uma ação de inclusão.** Rio de Janeiro. v.11. n.3 jul./set. 2006.

COSTA, H. Apresentação. In: SECLLEN, J; FERNANDES, A.S. (org). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde da familiar: caso Brasil.** Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2004. p.9.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M .I; GIUGLIANI, E.R.J. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 3.ed. Porto Alegre. Ed. Artmed, 2004.1600p.

EGRY, E.Y. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem,** São Paulo: Ícone, 1996.

FERREIRA, A, B, H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 3. ed. Curitiba. Ed. Positivo 2004. 2120p.

FIGUEIREDO, W. Assistência á saúde dos homens: Um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Associação Brasileira de Pós- Graduação, em saúde Coletiva. Rio de Janeiro. v. 10 n.1. jan/mar. 2005. Brasil p. 105-109.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 175p.

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

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2 ed. Porto Alegre. ed. Artes Médicas, 1994. 333p.

JR.CARNEIRO, N; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. V.19 n.6, nov/dez 2003.

KALINOWSKI, C. E. **O Trabalho da Enfermeira na Rede Básica de Saúde: um estudo de caso**. Santa Catarina: UFSC, 2000.77F. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro da Ciência da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

L'ABBATE, S. Educação em Saúde: uma nova abordagem. **Cad de saúde pública**. Rio de Janeiro. v.10 n.4 ,Oct/ Dec. 1994.

LEVAC, A.M; et al. A "Reader's Theatre" intervention to managing grief: Post-therapy reflections by a family and a clinical team. **Journal of Marital and Family Therapy**, v.24, nº1, p.81-94.

LITTLEWOOD, J. **A Model for nursing using Anthropological literatura**. Int. J. Nurs. Stud 26, p. 221-229.

MANDÚ, E. N; GAÍVA, M. A. M; SILVA, M. A. S; SILVA, A. M. N. Visita domiciliar sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto e contexto-enferm**. Florianópolis. V.17 n.1, jan/mar. 2008.

MANUTO, S; MISHIMA, S. M, PINTO, I.C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.17 n.1, Jan. Fev. 2001

MORAIS, E, P. ENFERMAGEM e família: evitando a negligência. Santa Maria, 1999. 145p. edição da autora.

NABUCO, C. Porque os homens não cuidam da saúde. In: **Revista Cláudia**, Porto Alegre, v.1 mai. 2008, p.239-241.

NEVES, J. C; LOPES, M.J.M. Os Serviços de Atenção Básica e a demanda masculina: a necessidade de repensar o modo de atenção. In LOPES, M. J. M; PAIXÃO, D. X (org). **Saúde da Família: histórias, práticas e caminhos**. Porto Alegre. Ed. da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2007. 416p.

OLIVEIRA, J. C; ALBURQUERQUE, F.R.P.C. **A mortalidade no Brasil no período 1980-2004: desafios e oportunidades para os próximos anos**. Rio de Janeiro. Ed.IBGE, dez, 2005. Acesso em: 06 de Jan. 2007.

PÉREZ, R. P; PÉREZ, M. F; GONZÁLES, N. O.**El câncer de próstata: um desafio constante para el médico de família**. Ver Cubana Men Gen Integr, 2002,

QUEIROZ, M, S. Estratégias de Consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. **Cad. de saúde pública** . Rio de Janeiro. v.9 n.3 jul./set. 1993.

SECLLEN, J; FERNANDES, A.S. (org). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde da familiar: caso Brasil**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2004.

SOUZA, M. F. Modelos e teorias de enfermagem direcionadas ao cuidado do adulto na comunidade ou na rede básica de saúde. In BRÊTAS, A. C. P; GAMBÁ, M. A. (org). **Enfermagem e saúde do adulto**. Barueri, São Paulo. ed. Manoele, 2006.299p.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde. Serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.726 p.

SCHRAIBER, L. B; GOMES, R; COUTO, M. T.Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.10 n.1. jan./mar.2005.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária á saúde. **Cienc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v. 10 n.3 jul/set. 2005.

TORO, O. Prefácio. In: SECLLEN, J; FERNANDES, A.S. (org). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde da familiar: caso Brasil**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2004. p.7.

THUMÉ, E. **As práticas dos enfermeiros na atenção básica em saúde na região sul do Rio Grande do Sul**. Santa Catarina: UFSC, 2000.143F. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro da Ciência da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

VALLA, V. V; STOTZ, E, N (org) **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis, Rio de Janeiro. Ed. Vozes, 1994. 142 p.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias:** um guia para realização e intervenção na família; tradução de SPADA, S. M. 3. ed. São Paulo. ed. Roca, 2002. 327p.