

A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

The standpoint of professionals on the presence and demands of men on the healthcare services: perspectives for the analysis of the implementation of the Comprehensive Healthcare Policy for Men

Daniela Riva Knauth ¹
 Márcia Thereza Couto ²
 Wagner dos Santos Figueiredo ³

Abstract *In 2009, the Brazilian Comprehensive Healthcare Policy for Men (PNAISH) was launched in Brazil, seeking to reduce morbidity and mortality in this population group. This article strives to analyze the conceptions that health professionals have about the specific demands and behaviors of the male population served by the healthcare services. The data analyzed are part of a larger research project, the objective of which was to evaluate the initial actions of the implementation of PNAISH. Ethnographic observations in 11 health services and semi-structured interviews were conducted with 21 health professionals. From the perspective of health professionals, the presence of men in the healthcare services is still limited. According to them, it is comprised of two types of clients: workers and the elderly. The male behavior characteristics – haste, objectivity, fear and resistance – and the difficulty faced by health services in receiving this population are the main factors that drive men away from health services. Although the concept of gender is central to PNAISH, it is only triggered by healthcare professionals in order to justify the social standards expected in terms of men’s behavior. The attribution of men’s behavior to cultural factors ultimately obscures the relations of power that underlie gender relations.*

Key words *Men’s health, Gender and health, Health policy*

Resumo *Em 2009 é lançada, no Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que tem por objetivo reduzir a morbimortalidade deste grupo populacional. O presente artigo tem por objetivo analisar as concepções que os profissionais da saúde possuem sobre as demandas e os comportamentos específicos da população masculina atendida nos serviços de saúde. Os dados analisados são parte de uma pesquisa maior, cujo objetivo foi avaliar as ações iniciais da implantação da PNAISH. Foram realizadas observações etnográficas em 11 serviços de saúde e entrevistas semiestruturadas com 21 profissionais de saúde. Na perspectiva destes, a presença dos homens nos serviços de saúde é ainda bastante limitada, sendo constituída, por dois tipos de clientela: trabalhadores e idosos. As características do comportamento masculino – a pressa, objetividade, medo e resistência –, e a dificuldade dos serviços em acolher esta população, são os principais fatores que afastam os homens dos serviços de saúde. Apesar do conceito de gênero se encontrar no centro da PNAISH, este é acionado pelos profissionais de saúde apenas no sentido de justificar os padrões socialmente esperados em termos do comportamento dos homens. A atribuição do comportamento dos homens a fatores culturais acaba por ocultar as relações de poder que permeiam as relações de gênero.*

Palavras-chave *Saúde do homem, Gênero e saúde, Política de saúde*

¹ Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos 2400, Agronomia. 90035-003 Porto Alegre RS. daniela.knauth@gmail.com

² Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo

³ Departamento de Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos

Introdução

No Brasil, historicamente, as políticas de saúde privilegiaram ações de saúde materno-infantil. Este privilégio foi alvo de críticas por parte do movimento feminista que, no final da década de 70, passou a demandar a ampliação das ações governamentais no que concerne à saúde da mulher, bem como se contrapor ao modelo dominante por meio da discussão sobre as implicações dos padrões de gênero para a saúde. Como fruto deste debate foi lançado, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que representou um grande marco na esfera das políticas públicas voltadas à saúde da mulher, incluindo entre suas ações o planejamento familiar¹. O Programa partia de uma crítica à visão gravídica-puerperal dominante nos serviços de saúde sobre as mulheres e preconizava uma assistência integral. O conceito de integralidade, que era um dos eixos centrais do Programa, implicava, por sua vez, numa nova postura dos profissionais da saúde que deveriam contemplar práticas educativas em todas as ações visando proporcionar às mulheres o controle sobre sua saúde²⁻⁴.

Vinte anos após o lançamento do PAISM e mediante a sua implantação deficitária em âmbito nacional, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), colocando a saúde da mulher como prioridade⁵. A ampliação da perspectiva sobre a saúde da mulher da PNAISM teve pouco impacto na inclusão dos homens, mesmo nas ações vinculadas ao planejamento familiar, nas linhas de cuidado dos serviços de saúde. Considerando-se que o desenvolvimento de políticas públicas orientadas pela perspectiva de gênero vêm sendo incentivadas desde a Conferência Internacional de Desenvolvimento do Cairo, em meados da década de 1990, merece atenção o fato de que, no campo da saúde, no geral, os serviços ampliaram suas ações até então restritas ao ciclo gravídico-puerperal, oferecendo programas de prevenção do câncer de colo uterino, contracepção, mas permaneceram voltados às mulheres e crianças⁶.

É só em 2009 que o governo brasileiro lança uma política específica para a população masculina, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)⁷. Esta política, segundo o documento oficial, tem por objetivo reduzir a morbimortalidade dos homens por meio da ampliação e facilitação do acesso e de ações de prevenção e assistência a este grupo populacio-

nal. Segundo Carrara *et al.*⁸, a PNAISH vem sendo apontada pelo Ministério da Saúde como uma política pública de vanguarda no cenário mundial, já que seria a primeira na América Latina e a segunda no continente americano, após o Canadá. Na análise dos autores, embora a perspectiva de gênero e os princípios da prevenção e promoção à saúde se façam presentes no texto oficial da PNAISH, sobressai no documento a centralidade no adoecimento, a focalização na disfunção erétil como problema de saúde pública e, em decorrência, são apontados os riscos da medicalização do corpo masculino.

Apesar do retardo de uma ação governamental privilegiando a saúde dos homens, desde a década de 90 vários estudos já sinalizavam para os padrões diferenciados de adoecimento e mortalidade de homens e mulheres. Além das questões vinculadas ao trabalho, aspectos relacionados à reprodução e à sexualidade, particularmente após a epidemia do HIV/Aids, também passam a ser objetos de pesquisas e intervenções⁹. Mais recentemente, se acresce a temática da violência, visto que além de serem os principais atores da violência de gênero, os homens também são as principais vítimas da violência urbana¹⁰.

O direcionamento do olhar para a saúde dos homens evidencia o tipo, ou a ausência, de vínculo destes com os serviços de saúde. De acordo com Figueiredo¹¹, várias explicações têm sido fornecidas para a relação dos homens com o serviço, atribuindo esta a características da conformação da própria masculinidade e/ou à estrutura dos serviços de saúde. A ausência ou a invisibilidade dos homens nos serviços de saúde sinaliza, segundo o autor, a inadequação entre as necessidades e/ou expectativas de saúde dos homens e a estrutura e funcionamento dos serviços de saúde, particularmente dos serviços de atenção básica à saúde. Não se trata, contudo, de responsabilizar os homens ou os serviços de saúde, mas de considerar a complexa relação que se estabelecem entre ambos, tomando as particularidades de um e de outro¹¹. Já segundo Carrara *et al.*⁸, a resistência masculina às políticas de saúde deve-se, sobretudo, à posição que ocupam na hierarquia de gênero sendo, antes, uma estratégia para a não equiparação às mulheres.

É dentro deste contexto que o presente artigo visa contribuir para o aprofundamento da compreensão das relações que se estabelecem, no âmbito dos serviços de saúde, entre profissionais e os usuários do sexo masculino. A partir de uma pesquisa que focalizava a avaliação da implantação da PNAISH, o recorte aqui empreen-

dido tem por objetivo analisar as concepções que os profissionais da saúde possuem sobre as demandas e os comportamentos específicos da população masculina atendida nos serviços de saúde. Entendemos que este recorte de análise potencializa a compreensão de barreiras institucionais (serviços-usuários) e relacionais (profissionais-usuários) que impactam no acolhimento das demandas masculinas nos serviços e no cuidado integral oferecidos aos usuários; além do que aponta para limites e potencialidades das ações iniciais de implantação da PNAISH.

Metodologia

O presente estudo é parte integrante de uma pesquisa maior, cujo objetivo foi avaliar as ações iniciais da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), executada pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com recursos do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS)¹².

A pesquisa maior, aprovada pelo Comitê de Ética do mencionado Instituto, foi norteada pelo estudo de caso, mais especificamente por um conjunto de cinco casos, e teve como referência metodológica a triangulação de métodos^{13,14}, articulando as abordagens epidemiológica e socioantropológica e utilizando as técnicas de questionário, narrativa, entrevista semiestruturada e observação baseada em princípios etnográficos.

A seleção dos cinco casos ocorreu, inicialmente, a partir da análise dos Planos de Ação (PA) dos estados e municípios, além do Distrito Federal, e, num segundo momento, pela análise dos dados de uma ficha de avaliação elaborada e enviada aos gestores municipais e ao gestor do Distrito Federal. Os dados provenientes destes dois instrumentos foram cotejados e avaliados quanto à coerência entre os resultados obtidos e as diretrizes da PNAISH e do Plano de Ação Nacional (PAN)¹⁵. Ao final, foram selecionados os municípios: Rio Branco/AC, Goiânia/GO, Petrolina/PE, Rio de Janeiro/RJ e Joinville/SC, resguardando-se a representatividade por Região do Brasil, sendo um município para cada Região.

A realização da pesquisa nos municípios foi estruturada a partir do contato com apoiadores locais, indicados pelos gestores municipais da área de atenção à saúde do homem. A partir deste con-

tato prévio foram definidos: serviços a serem investigados (segundo os critérios de ser referência de implantação de ações voltadas à saúde do homem e estarem situados em diferentes níveis da atenção à saúde); período de realização e a logística da pesquisa. Na sequência, equipes de pesquisadores experientes, treinados e supervisionados por integrantes da coordenação geral/nacional do projeto se deslocaram para os cinco municípios e conduziram a pesquisa em uma semana, perfazendo 40 horas de atividades de campo em cada município. A pesquisa ocorreu no mês de agosto de 2011 e todo o material empírico produzido foi devidamente gravado em áudio (entrevistas) ou registrado em diários de campo.

Ao total foram pesquisados 11 serviços, sendo que destes oito concentravam-se na Atenção Básica à Saúde. Os demais eram de média e alta complexidade nos quais foram investigadas atividades/setores específicos de atendimento à população masculina. Quanto às observações diretas, o roteiro norteador compreendeu diferentes dimensões do contexto assistencial: caracterização geral dos serviços; características de organização e funcionamento da assistência geral e das ações/atividades específicas voltadas à população masculina de 20 a 59 anos; detalhamento da presença dos homens nos serviços e a relação destes com os profissionais no contexto assistencial.

No tocante às entrevistas semiestruturadas, estas foram realizadas com 21 profissionais dos serviços investigados que atuavam na área da saúde do homem nas cinco regiões do país. Os entrevistados situam-se, em sua maior parte, na faixa etária de 40 a 49 anos, são casados e predominantemente têm formação em cursos da saúde (enfermagem, medicina, psicologia e serviço social). Merece destaque o fato de que mais da metade (12) tem curso de pós-graduação *lato sensu*. Muitos têm mais de um vínculo empregatício: vários médicos atuam na rede pública e como docentes ou preceptores em universidades; há os que mantêm consultório privado ou atuam em empresas privadas. Há ainda médicos e enfermeiros que trabalham em mais de um serviço público – estadual e municipal, ou na rede básica e em hospitais públicos. Muitos profissionais têm alguma flexibilidade de horário em um serviço público e, assim, conseguem atuar em outros locais. Os entrevistados acumulam horas semanais de trabalho em busca de maiores rendimentos.

Dado que o recorte de análise é a percepção dos profissionais de saúde sobre a presença e demandas de usuários em serviços que estão implantando ações relacionadas à PNAISH, é

importante destacar, em linhas gerais, o envolvimento destes sujeitos com esta política. No geral, tal envolvimento se deu por meio de convite para participar de evento – capacitação ou sensibilização – sobre a nova política. O convite ora se esdendia para que o entrevistado se engajasse nela, ora era feito porque já estava dado que naquela unidade, ou naquela equipe, haveriam ações voltadas para homens na faixa de 20-59 anos. Entretanto, apesar de serem identificados pelos gestores locais como parceiros da política do nível local, em muitos casos, evidencia-se a pouca ou nenhuma familiaridade dos entrevistados com a política, em termos do conhecimento de suas diretrizes gerais e, mais ainda, dos planos de ação que o estado e o município propuseram para o primeiro triênio (2009-2011).

No processo de análise foram privilegiados os dados provenientes das entrevistas com os profissionais da assistência e das observações diretas das atividades/serviços. O recorte da análise proposta foi possível mediante a confecção de roteiros que enfatizavam esta dimensão. Assim são discutidas, a seguir, as demandas e as necessidades de saúde apresentadas pelos usuários e as respostas assistenciais oferecidas (ou não) pelos serviços segundo as falas dos profissionais, bem como da interação entre profissionais e destes com usuários no contexto assistencial. A fim de ilustrar e clarificar os resultados apontados, apresentaremos trechos de entrevistas e diários de campo.

O tratamento dos dados percorreu o seguinte percurso: leitura primária do material selecionado e classificação dos trechos por temática, leitura exaustiva dos trechos, identificação de categorias e sentidos, interpretação e construção de uma síntese dos mesmos, articulação das questões encontradas com a literatura referente à atenção e o cuidado à saúde dos homens, desde a perspectiva de gênero e das masculinidades.

Resultados e discussão

Homens nos serviços de saúde: trabalhadores e idosos

Um dos primeiros aspectos a considerar é que nos cinco municípios alvo da pesquisa (e, nestes, os serviços de saúde investigados) não há, de fato, ações continuadas voltadas à população masculina na faixa etária investigada (20 a 59 anos). Da mesma forma, não foi possível identificar ações que contemplem, de modo efetivo, os principais

fatores de morbimortalidade na saúde do homem, conforme aponta a literatura^{16,17}, bem como os determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, destacados nos princípios e diretrizes da PNAISH⁷. Assim, as atividades existentes e direcionadas aos homens são pontuais, com pouca articulação com as diretrizes propostas na PNAISH e geralmente voltadas para ações clínico-assistenciais. Em apenas um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) observou-se atividade de caráter de promoção e prevenção no contexto da rotina de funcionamento da unidade.

Neste sentido, na visão dos profissionais entrevistados, a clientela dos serviços de saúde continua, apesar da tímida implantação da PNAISH, a ser majoritariamente feminina e infantil. Segundo as estimativas que apresentam, a população masculina representa no máximo entre 30% e 40% da demanda. Reconhecem, contudo, que esta situação está se modificando rapidamente, visto que na atualidade o número de homens já é superior ao observado há alguns anos.

Os homens identificados pelos profissionais da saúde como frequentadores dos serviços são divididos em duas categorias: trabalhadores e idosos. O primeiro grupo, minoritário, é formado por homens entre 30 e 50 anos e se caracteriza por estar exercendo atividade remunerada, ser trabalhador e ter pouco tempo disponível para ir ao serviço de saúde. Já o segundo grupo, que contempla a maior parte dos homens, frequenta a unidade de saúde em razão de alguma doença crônica – hipertensão ou diabetes – para consulta, busca de receita ou medicamento.

Esse último dado deve ser analisado em conformidade com a caracterização dos serviços, já que a maioria situava-se no nível da atenção primária. A APS esteve historicamente voltada ao segmento materno-infantil, passando a incorporar de modo mais expressivo, a partir da década de 1980, o segmento dos idosos. Nos últimos anos, por meio de programas voltados para as doenças crônicas, como o programa Hiperdia (hipertensão arterial e diabetes mellitus), os idosos contam com mais espaço para suas demandas, fato que potencializa o acesso dos homens aos serviços¹⁸.

O fato de parcela importante de a clientela masculina estar inserida no mercado formal de trabalho é apontado como uma das razões da baixa procura dos serviços de saúde pelos homens. O receio em ser penalizado no trabalho por se ausentar para consulta médica, mesmo que ganhem atestado para tal, é um dos motivos

que afasta os homens dos serviços. Além deste fator, os entrevistados sinalizam para o fato de que muitas empresas e indústrias locais só abonam a falta mediante atestado médico, o que não é fornecido pelos serviços de saúde no caso de marcação de consulta, participação de grupos, busca de medicamentos e outras atividades vinculadas à prevenção.

A gente também tem a grande dificuldade que... Os homens vêm aqui, a gente dá declaração de comparecimento na consulta, né? Aí não precisa do atestado. E a gente tem a grande dificuldade aqui em das empresas aceitarem, de abonarem esse dia, como folga, ou como... né? A gente tem muita dificuldade nisso aqui – não é só pra homem, pra mulher também, quando vem fazer pré-natal – então muitos deles não vêm por causa disso, “ah, eu não vou porque a minha empresa não vai abonar, eu vou ficar com falta” (Enfermeira Ent.05).

Os atestados ou declarações de que o usuário esteve no serviço são pouco úteis para os homens. Além disso, o tempo que os homens precisam despendar para agendar a consulta é grande, e diferente do tempo que despendem com o atendimento propriamente dito.

É neste sentido que a ampliação do horário de funcionamento das unidades de saúde é percebida como uma medida que pode atrair um maior número de usuários do sexo masculino. Isto pode ser constatado, por exemplo, em um dos serviços observados onde a ampliação do horário de atendimento trouxe melhoras na organização das atividades, dentre as quais se destaca a ampliação do acesso dos homens ao serviço, o que se expressa no incremento da presença deles.

Nesta mesma direção, Machin *et al.*¹⁹ e Gomes *et al.*²⁰, em seus estudos com profissionais e usuários da APS, apontam que o trabalho está dentre os principais aspectos arrolados para justificar a ausência ou dificuldade dos usuários acessarem os serviços. A referência ao trabalho envolve a justificativa da ordem de gênero que associa homem-trabalho e, assim, desvaloriza o homem que se ausenta do ambiente do trabalho por questões de saúde/adoecimento e dificulta que os homens assumam a busca dos serviços de saúde pelo receio de revelarem fragilidades no seu contexto laboral; bem como pode envolver o argumento de carência dos próprios serviços por não possuírem um horário mais amplo (terceiro turno) para o atendimento ao ‘homens trabalhadores’. Considere-se, contudo, que a associação entre homem-trabalho constitui uma elaboração de gênero sociocultural e historicamente instituída, e que pouco é problematizada pelos profissionais.

Os homens nos serviços: pressa, objetividade, medo e resistência

Algumas características de gênero atribuídas aos homens são percebidas, pelos entrevistados e identificadas nas observações realizadas nos serviços, como fatores que dificultam tanto a busca dos serviços, quanto o seguimento da população masculina. Dentre estas características os entrevistados salientam o *machismo*, que é associado à ideia de que “homem não adoce” e ainda aos comportamentos tidos como tipicamente masculinos, como o uso de álcool, o tabagismo e a violência.

Machistas, machistas, muitos trabalhadores da zona rural, eu diria bebem bastante, fumam bastante, eles são bem, isso de modo geral, é lógico que tem aqueles, mas de um modo geral são assim machistas, bebem bastante, fumam bastante, então assim tem hábitos de vida bem arriscados né, bastante violência, eu diria assim (Psicóloga Ent.01).

Os fatores culturais são tidos como os responsáveis por estes comportamentos que acabam por dificultar um acompanhamento mais global, incluindo ações de prevenção, da população masculina.

Ainda no interior das explicações ancoradas na cultura, o homem usuário é identificado de forma negativa, pelos profissionais da assistência, por revelar pouca paciência na espera por atendimento em contraposição à postura feminina bem mais paciente. Como apontam os achados de Toneli *et al.*²¹, Machin *et al.*¹⁹ e Couto *et al.*¹⁸, mais breves e objetivos, os homens usuários querem o remédio, eles não querem conversa. O depoimento de uma das entrevistadas evidencia esta perspectiva:

É eles já, quando eles decidem fazer eles não preocupam com impotência não, ele já chega decidido, ele já pegou todas as informações, já decidiu que quer fazer, ele num preocupa não, já quer fazer a vasectomia porque já tem 3 filhos e ele não aguenta mais é essa nossa preocupação, [...] eles não tão nem preocupados com outra coisa, quando ele chega aqui é porque o caso é extremo (Assistente Social Ent.03).

Essa situação relatada na entrevista também foi percebida nas observações das atividades assistenciais oferecidas à população nos serviços de saúde indicados para a realização do estudo. Os homens, em geral, quando chegam ao serviço vão direto à fila da farmácia, com o cartão de saúde em mãos, entram e saem do serviço o mais rápido possível.

Na interpretação de parte dos entrevistados, além dos problemas de ordem prática, como tra-

balho e limitação de horários, um dos fatores que dificultam a busca de recurso de saúde por parte da população masculina é o medo. A concepção de que homem não adoecê é, neste sentido, na visão dos profissionais da saúde, menos o resultado de determinantes de gênero e mais uma expressão do medo do adoecimento por parte dos homens. Os próprios homens entrevistados se identificam com este sentimento e, as mulheres, não raro referem à experiência com um familiar do sexo masculino próximo como exemplo:

Não, eu acho que homem é menos, tem menos coragem... Eu, por exemplo, sou médico, mas não gosto procurar médico como paciente (Médico Ent10).

Outro aspecto que pode ser interpretado a partir da ótica da relação gênero e saúde, diz respeito à posição que os homens assumem quando estão presentes nos serviços. É perceptível que os serviços, especialmente os de atenção primária, não constituem lugares usuais para os homens. Em outras palavras, o posicionamento dos homens nestes ambientes denota certo receio, desconfiança, incômodo, o que revela pouca familiaridade com o espaço e a rotina dos serviços, como apontados por Figueiredo e Schraiber²².

Assim como nos serviços de atenção primária, percebe-se também que os homens ocupam os lugares mais próximos ao portão de entrada (Diário de campo, Goiânia).

Quando os homens chegam à frente da unidade, param, pensam e depois decidem entrar, aparentam ensaiar para entrarem na unidade (Diário de campo, Rio Branco).

Urgência x prevenção

A visão dos profissionais, no tocante à motivação e ao tipo de busca de assistência à saúde por parte dos usuários, revela e reforça expressões que opõe o masculino ao feminino. Conforme os estudos já citados^{19,21}, profissionais de saúde tendem a associar a adoção de práticas curativas aos homens e adoção de práticas preventivas às mulheres. Segundo Gomes *et al.*²³, há, no discurso dos profissionais de saúde, a (re)produção de uma marca cultural - o aprendizado de como se cuidar - que divide e coloca em oposição o masculino e o feminino. A atribuição do modelo de cuidado a homens e mulheres concretos reforça a compreensão de que o homem só chega ao serviço quando com intercorrências graves ou quando se vê impossibilitado de exercer seu papel de trabalhador. A explicação para esse comportamento se liga às exigências do modelo tradicional

de masculinidade. Assim, ainda que tenha havido um progressivo acúmulo de reflexões nos âmbitos da promoção e prevenção da saúde sob uma perspectiva de gênero, o cuidar de si, no sentido da saúde, e também o cuidado dos outros, continuam ausentes do processo de socialização dos homens e constituem referências importantes de como os profissionais enxergam os homens usuários de seus serviços. Esta perspectiva sobre o comportamento dos homens aparece nas observações e nas entrevistas realizadas e remete à dificuldade no trabalho com a população masculina em virtude da 'busca do serviço', por parte dos homens usuários, apenas em situações de doenças agudas e/ou urgência. Na visão dos profissionais, os homens não buscam os serviços para fins preventivos.

As principais queixas de saúde dos homens, de acordo com os profissionais, estão relacionadas a sintomas agudos percebidos e que dificultam as atividades de trabalho, doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes e questões da ordem da sexualidade.

Impotência, né? Acho que o que mais leva o homem as consultas médicas é a parte sexual. Eu acho assim a segunda causa que leva mais o homem à consulta é o trabalho. Se ele não pode ir ao trabalho tá me entendendo? Daí vai envolver se ele tem lá uma hipertensão, uma dor ou qualquer outro problema. Mas, assim se você olhar a parte principal para o homem é a sexualidade, trabalho e dor (Médico Ent.21).

Ah tá eles falam que não estão se sentindo bem, que a pressão está alta. Eles voltam mais para o lado da saúde, que a pressão está alta, colesterol está alto, que precisa emagrecer, está com dor na coluna e no joelho está estourado (Assistente Social Ent. 03).

É geral, não só sobre próstata e, no meu ponto de vista, da doença a preocupação maior que eu percebi é sobre doença cardiovascular, diabetes, hipertensão e colesterol e dislipidemia (Médico Ent.12).

Nos serviços estudados, destaca-se a uma maior procura ou participação dos homens nas atividades/ações voltadas às suas demandas específicas (aquelas relacionadas a problemas urológicos). Essa situação pode ser ilustrada pelo relato de observação de um dos serviços. Segundo o diário de campo, em ações marcadas para comemoração do dia do homem, foi anunciado nos meios de comunicação que um serviço de saúde da cidade seria referência em saúde do homem. Isso fez com que muitos homens comparecessem ao serviço, procurando consultas

com médicos urologistas. Ao chegarem ao serviço, e não encontrarem o referido profissional sentiram-se frustrados e não quiseram participar de nenhuma outra atividade. Vale ressaltar que a informação da presença do urologista foi passada pelo profissional responsável pelo Programa de Atenção à Saúde do Homem no programa televisivo. Apesar disso, outros profissionais da equipe enxergaram outras necessidades de saúde para além das demandas daqueles usuários, conforme relato de uma profissional:

Quis aproveitar a presença de tantos homens no serviço, que demandavam por exame de próstata, e oferecia para fazer exame de glicemia e pressão arterial. Disse que alguns se recusavam porque tinham vindo para fazer apenas o de próstata (Diário de campo, Rio Branco).

A associação entre saúde do homem e próstata é uma das críticas levantadas por vários entrevistados à implantação da PNAISH no nível local. A saúde do homem estaria sendo reduzida à saúde urológica e, mais do que isso, a política estaria enfatizando em particular o câncer prostático, em detrimento de outros problemas que prejudicam a saúde e a qualidade de vida dos homens.

Eu estou falando do câncer de próstata especificamente, é até que ponto é possa tá havendo é... e é uma discussão muito ampla um rastreamento ou uma iatrogenia médica precoce nos homens, no caso da próstata, e que isso poderia estar levando os homens a fazer exames muito precocemente – eles morreram por outra causa. Prevenir essa outra causa de morte não seria talvez tão importante quanto essa preocupação excessiva com a próstata né? [...] Então, nós não temos um calcanhar de Aquiles, nós temos uma próstata de Aquiles (Médico Ent.10).

Esta associação percebida entre a PNAISH e a saúde urológica resulta, de acordo com Carrara *et al.*⁸, da participação efetiva da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) na elaboração e divulgação da PNAISH. O autor destaca ainda a Campanha Nacional de Esclarecimento da Saúde do Homem, veiculada pela SBU, um ano antes do lançamento da política.

Apesar dos profissionais identificarem a demanda masculina à preocupação com a prevenção do câncer de próstata, nas observações foi possível identificar que alguns homens, talvez uma minoria, anteveem outras necessidades de saúde. Este é o caso, por exemplo, de um jovem, branco, de 21 anos, que ao ver o cartaz de saúde do homem solicitou o atendimento esperando que sua queixa de fraqueza e cansaço fosse solucionada. O rapaz contou que já havia procurado auxílio

médico antes para tratar dessa queixa, mas que não obteve bom resultado. Acreditava que, agora, com um médico voltado ao atendimento em saúde do homem, poderia ser diferente.

Frente a estes dados podemos nos perguntar se as demandas masculinas são de fato limitadas aos problemas no trato genital ou se os profissionais e os serviços, em função da visão socialmente construída sobre homens e saúde, não conseguem ver outras demandas. Ou ainda, podemos levantar a hipótese de que os homens que trazem outras demandas ao serviço não se encaixam no modelo tradicional de masculinidade esperado e, portanto, não são considerados na sua condição masculina, mas como jovens, velhos, homossexuais. De acordo com Couto *et al.*¹⁸, há diferentes dimensões nas quais são produzidas a invisibilidade dos homens nos serviços de saúde: a dimensão das intervenções em saúde onde o privilégio é conferido às mulheres, a incapacidade dos profissionais de notarem a presença de alguns homens como usuários nos serviços ou as questões trazidas por eles e a concepção de que os homens não se cuidam e a consequente expectativa de que não procuram os serviços de saúde.

Dificuldades dos serviços em acolher a população masculina

O trabalho propriamente dito com a população masculina, isto é, a abordagem dos homens no serviço, não é identificada como uma dificuldade, especialmente no que se refere ao atendimento de doenças. Por outro lado, como já salientado, a dificuldade percebida pelos profissionais entrevistados diz respeito à mudança da atitude masculina em relação à sua própria saúde:

Olha, o que é difícil mesmo de resolver no homem é a maneira dele ver a própria saúde. Isso é a coisa mais difícil e tem que resolver, entendeu. Quer dizer o homem ainda não consegue se ver como um todo e como ele pode trabalhar esse todo do ponto de vista de prevenção e de saúde. Isso tá sendo difícil, ou seja, mudar a mentalidade do homem em relação à própria saúde e à própria maneira de ver. Essa é a parte mais difícil, entendeu (Médico Ent.10).

Então a saúde do homem, pra eu trabalhar saúde do homem eu teria que tá trabalhando a prevenção e hoje em dia infelizmente a gente não trabalha prevenção com saúde do homem, a gente não trabalha saúde do homem, a gente trabalha com doença do homem porque eles já chegam com a doença instalada infelizmente (Enfermeiro Ent.08).

Os profissionais reconhecem que o grande desafio no trabalho de saúde do homem é fazer com que estes cheguem ao serviço antes de estarem doentes. Isto implica, na visão dos entrevistados, em uma mudança não apenas nos serviços de saúde, mas na própria cultura, na *mentalidade* dos homens. Trata-se assim, de um trabalho de conversão dos homens no que diz respeito ao cuidado do próprio corpo ou, nas palavras de Carrara *et al.*⁸, de uma ação educativa “dissipando o pensamento mágico que os (des)orienta e que os torna presa de seus próprios preconceitos”. A eficácia da política implica, desta forma, no nascimento de um novo homem.

Para além da mentalidade dos homens, a precariedade da rede para os encaminhamentos e os critérios adotados para os agendamentos, são identificados pela maior parte dos entrevistados como a principal dificuldade no atendimento da população masculina, particularmente em função da demanda masculina de objetividade e rapidez. As deficiências da rede de atendimento impacta diretamente sobre a credibilidade do trabalho do profissional e da unidade de saúde, como indicam os depoimentos:

O que é mais difícil lidar é... Quando a gente não consegue, vamos dizer assim, resolver um problema do nosso cliente. E, aí, isso acaba causando um descrédito da unidade pra ele. Se a gente não consegue ter uma solução... Por exemplo, um paciente que tem um problema é... de ereção, um exemplo, de ereção, não procura... por que... já tive vários pacientes assim, ainda mais que eu trabalho com diabetes, de disfunção erétil. E, aí, a gente acolhe ele, passa no clínico, o clínico encaminha para o serviço de urologia. A gente agenda, aí o SISREG fala: “problema de ereção não é um problema de urgência!”, aí o papel volta, e o que eu vou falar para o paciente? Isso é um descrédito pra mim. “A unidade não resolve, pra que eu vou voltar?”, entendeu? Então, esse é um grande problema (Enfermeiro Ent.08).

O mais fácil é dizer que existe a política. Que ele precisa escutar. Que ele precisa ousar. Que ele precisa se cuidar sim. O mais difícil é ver essa unidade de saúde adaptada para receber esse homem e efetivamente a prestação do serviço. Porque falar a gente fala com a maior satisfação, com o melhor prazer, porque a gente sabe que é necessário e importante... Agora a gente fala, incentiva, instiga quase pega pelo braço e leva... e chega lá efetivamente o clínico não tá, ou tem ou não tem, aquela chate... aqueles embricamentos naturais... a garantia de atendimento efetivamente. Não só incentivar. Porque a gente vai incentivar e depois

chega lá para o atendimento... não tem, aí frustra, deixa de acreditar (Assistente Social Ent.13).

Esta dificuldade na resolubilidade dos problemas de saúde dos usuários dos serviços da APS não é uma exclusividade da população masculina, mas tem sobre esta, na visão dos entrevistados, importantes consequências. Isto se deve, fundamentalmente, à *mentalidade* dos homens que não se preocupam com a prevenção, bem como ao pouco tempo que estes têm disponível para frequentar os serviços de saúde. Desta forma, o tempo implicado desde a procura do atendimento até sua resolução é percebido como um dos aspectos que tende a afastar os homens dos serviços de saúde.

Conclusões

Os achados relativos à pequena presença de homens nos serviços de saúde, a constituição predominante da clientela (trabalhadores e idosos), as características do comportamento masculino (pressa, objetividade, medo e resistência) e as dificuldades dos serviços em acolher esta população corroboram estudos recentes que abordam a relação homens-saúde-cuidado no âmbito da APS ou em outros níveis da atenção e cujas referências empíricas são os próprios usuários^{18,20,23,24}, os profissionais da assistência¹⁹ ou ambos^{21,22,25}.

Deve-se notar que apesar do conceito de gênero se encontrar no centro da PNAISH, este é acionado pelos profissionais de saúde apenas no sentido de justificar os padrões socialmente esperados em termos do comportamento dos homens. A utilização do termo *machismo* por parte de alguns profissionais da saúde entrevistados para designar o comportamento masculino já denota a apropriação superficial que estes fazem do conceito de gênero. A atribuição do comportamento dos homens a fatores culturais acaba por ocultar as relações de poder que permeiam as relações de gênero. É neste sentido que, segundo Carrara *et al.*⁸ “para os homens, articular reivindicações a partir de uma posição generificada e tornar-se visível enquanto “homens” significa colocar-se no mesmo plano que as mulheres”. Desta forma, a mudança na *mentalidade* dos homens (no sentido de um maior autocuidado corporal) necessária à garantia de melhores condições de saúde pressupõe relações de gênero igualitárias, implica, portanto, que mulheres e homens, brancos e negros, jovens e velhos, heterossexuais e homossexuais, são igualmente vulneráveis.

Colaboradores

DR Knauth, MT Couto e WS Figueiredo participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde. *Cad Saude Publica* 1998; 14 (Supl.1):441-453.
2. Caetano AJ. O declínio da fecundidade e suas implicações: uma introdução. In: Caetano, AJ, Alves, JEDA, Corrêa, S, organizadores. *Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil*. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA); 2004. p.11-19.
3. Costa AM. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil: revisitando percursos. In: Galvão L, Díaz J, organizadores. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 70-103.
4. Costa AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil, *Cien Saude Colet* 2009; 14(4):1073-1083.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
6. Ferraz D, Kraiczuk J. Gênero e políticas públicas de saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP* 2010; 9(1):70-82.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
8. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis* 2009; 19(3): 659-678.
9. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens na pauta da Saúde Coletiva. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):7-17.
10. Souza ER, Lima MLC de. The panorama of urban violence in Brazil and its capitals. *Cien Saude Colet* 2006; 11(2):363-373.
11. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para a atenção primária. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):105-109.
12. Gomes R, Leal AF, Lima AM, Knauth DR, Moura EC, Nogueira da Silva GS, Couto MT, Urdaneta M, Figueiredo WS. *Avaliação das ações iniciais da implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem. Relatório Final*. Rio de Janeiro: IFF; 2012.
13. Denzin NK. *The research act*. Chicago: Aldine Publishing Company; 1973.
14. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política nacional de atenção integral à saúde do Homem*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
16. Laurenti R, Melo-Jorge, MHP, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):35-46.
17. World Health Organization (WHO). *Men, ageing and health*. Geneva: WHO; 2001.

18. Couto MT, Pinheiro TF, Valença OA, Machin R, Silva GSN, Gomes R, Schraiber LB, Figueiredo WS. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface Comun Saúde Educ* 2010; 14(33):257-270.
19. Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo WS, Valença OA, Pinheiro TF. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4503-4512.
20. Gomes R, Schraiber LB, Couto MT, Valença OA, Silva GSN, Figueiredo WS, Barbosa RM, Pinheiro TF. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados Brasileiros. *Physis* 2011; 21(1):113-128.
21. Toneli MJF, Souza MGC, Müller RCF. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. *Physis* 2010; 20(3):973-994.
22. Figueiredo WS, Schraiber, LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. *Cien Saúde Colet* 2011; (Supl. 1):935-944.
23. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):983-992.
24. Noone JH, Stephens C. Men, masculine identities, and health care utilization. *Sociol Health Illn* 2008; 30(5):711-725.
25. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, Silva GSN, Valença OA. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saude Publica* 2010; 26(5):961-970.

Apresentado em 13/06/2012

Aprovado em 05/07/2012

Versão final apresentada em 10/07/2012