

**A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde**

**The Brazilian Policy for Men's Health and its requirements in the Primary Healthcare setting**

**La Política de Salud del Hombre y su funcionamiento en la Atención Primaria de Salud en Brasil**

Sebastião Junior Henrique Duarte<sup>1</sup>  
Juliano Rodrigues de Oliveira<sup>2</sup>  
Rolf Ribeiro de Souza<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Professor adjunto. Universidade Federal de Mato Grosso. Faculdade de Enfermagem, campus Cuiabá -UFMT - Brasil. Líder do Grupo de Pesquisa GEMAP e membro do Grupo de pesquisa GEFOR. E-mail: [sjhd@usp.br](mailto:sjhd@usp.br) <sup>2</sup>Médico Urologista. Mestrado em Saúde e Desenvolvimento. E-mail: [julianouro@yahoo.com.br](mailto:julianouro@yahoo.com.br)

<sup>3</sup>Doutor em Antropologia e pesquisador associado do LEECCC – Laboratório de Etnografia e Estudos em Comunicação, Cultura e Cognição da UFF [rolfpreto@gmail.com](mailto:rolfpreto@gmail.com)

**Resumo:** Este estudo visa refletir sobre a operacionalização da Política Saúde do Homem no cotidiano do trabalho na atenção primária à saúde, especificamente na Estratégia Saúde da Família, e discorre sobre as barreiras apontadas pelo Ministério da Saúde como limitantes da participação dos homens na atenção primária, que são a organização dos serviços e a socialização masculina. O distanciamento dos homens dos serviços da atenção primária à saúde é um dos desafios enfrentado por equipes da Estratégia Saúde da Família ao atuarem na prevenção e promoção da saúde do homem. É necessário adotar medidas que sensibilizem esse segmento populacional para reversão da atenção secundária e terciária como porta de entrada no Sistema Único de Saúde. Aponta-se o envolvimento da população masculina no planejamento da oferta da atenção à saúde como meio para adesão do homem às ações de Promoção da Saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Saúde do Homem, Saúde da Família, Serviços de Saúde.

**Abstract:** The purpose of this study is to reflect on the requirements for the implementation of the Brazilian Policy for Men's Health in the routine of primary healthcare services, particularly within the Family Healthcare Strategy. Also discussed are the barriers identified by the Ministry of Health as limiting to the participation of men in primary care—namely, service organization and male socialization. The detachment of men from primary healthcare services is one of the challenges that Family Healthcare Strategy teams have to face in dealing with disease prevention and health promotion among male patients. Measures are required which can prove capable of sensitizing this population segment for the reversal of the current trend of using secondary and tertiary care as first access routes to the Unified Healthcare System. The study also emphasizes the importance of involving the male population in planning the supply of healthcare services as a means encouraging the compliance men to Health Promotion actions.

Descriptors: Primary Health Care, Men's Health, Family Health, Health services.

**Resumen:** Este estudio tiene como objetivo reflexionar sobre la política de salud de los hombres y el trabajo diario en la atención primaria de salud en Brasil, específicamente en la Estrategia de Salud Familiar y analiza los obstáculos señalados por el Ministerio de Salud que limitan la participación de los hombres en la atención primaria, o sea, la organización del servicio y la socialización masculina. La separación de los hombres de los servicios de atención primaria de salud es uno de los equipos de los retos de la Estrategia de Salud Familiar en el trabajo de prevención y de promoción de la salud masculina. Es necesario adoptar medidas que puedan sensibilizar este segmento de población hacia un cambio de la situación actual en que la atención secundaria y terciaria constituye la entrada en el Sistema Único de Salud. El estudio también discute la participación de la población masculina en la planificación de la oferta de cuidados de salud como una herramienta para la adhesión del hombre a las acciones de Promoción de la Salud.

Descritores: Atención Primaria de Salud, Salud del Hombre, Salud de la Familia, Servicios de Salud

## I – Introdução

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PSH), estabelecida pela Portaria 1.944, de 27 de agosto de 2009, tem por diretriz central a integralidade da atenção à saúde da população masculina, em dupla perspectiva: (1) a integralidade do homem no sentido de atendimento às necessidades de saúde, articulando-se os níveis primário, secundário e terciário da atenção, garantindo a continuidade das ações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e (2) o entendimento de que muitos dos problemas que afetam a saúde do homem devem ser considerados em sua abrangência social e cultural, e não meramente biológica<sup>(1)</sup>.

Embora essa portaria aponte seis diretrizes – (1) Integralidade, (2) Organização dos serviços, (3) Hierarquização da política, (4) Priorização da atenção básica, (5) Reorganização das ações de saúde e (6) Integração entre a PSH e as demais políticas –, neste texto optamos por discorrer sobre as duas primeiras, visando contribuir com os profissionais da atenção primária à saúde (APS) na operacionalização de tal política. Nesse sentido o estudo teve por objetivo refletir sobre a operacionalização da Política Saúde do Homem no cotidiano do trabalho na atenção primária à saúde.

O objetivo da PSH é:

*Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde<sup>(1)</sup>.*

Há 17 objetivos descritos na referida portaria<sup>(1)</sup>. A opção por um deles como foco do estudo implica necessariamente esclarecer ao leitor que há outros que não serão aqui abordados.

A intenção de aproximar a população masculina dos serviços de saúde é semelhante ao que ocorreu com as mulheres na década de 1980 com a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), conquista da luta de feministas brasileiras que historicamente pressionaram o Estado por mais recursos para a saúde da mulher, culminando em uma ampliação do acesso da população feminina aos serviços de saúde. Entretanto, mesmo com o PAISM, o corpo da mulher passou a ser objeto de especialidade da área da saúde, fazendo surgir um mercado de trabalho expansivo, o qual é regulado, por um lado, pelos profissionais que —trataml das mulheres e, por outro, pela indústria farmacêutica. Apesar dos grandes benefícios da Ginecologia e Obstetrícia e dos medicamentos, critica-se, porém, a valorização do modelo biomédico, em que a ênfase em aspectos de ordem fisiológica leva a ignorar questões culturais e sociais.

Para as mulheres, alcançou-se acesso à atenção à saúde, apesar de um enfoque que privilegia o câncer de mama e de colo do útero e questões ligadas à gravidez, como evidenciam as campanhas promovidas pelo Governo Federal. (Embora não haja campanhas públicas sobre tensão pré-menstrual, climatério e/ou menopausa, estes são temas recorrentes em programa de TV que procuram estimular hábitos saudáveis entre mulheres.) Por outro lado, embora a Estimativa para o ano de 2010 do Instituto Nacional do Câncer (INCA) <sup>(2)</sup> demonstre que a maioria dos cânceres comuns a homens e mulheres incide mais sobre homens, praticamente não há campanhas voltadas à população masculina, e as poucas que são veiculadas parecem não estar preocupadas em sensibilizar e estimular novos hábitos nessa população.

As diretrizes e objetivos principais da PSH revelam a intenção de aproximar a população masculina aos serviços de saúde, levando à ideia de implementar o Programa Saúde do Homem nas unidades da APS, semelhantemente ao que aconteceu com a população feminina com a implantação do PAISM. Entretanto, apesar dos quase trinta anos de diferença, ambos os programas podem incorrer no mesmo erro de se aterem ao corpo humano, feminino ou masculino, em uma preocupação mais uma vez restrita a especialistas que —tratam somente das partes corporais e da doença como figuras/protagonistas, enquanto a pessoa e a saúde propriamente dita são vistas como fundo/coadjuvantes – quando vistas –, ignorando-se assim aspectos de ordem cultural e social <sup>(3)</sup>, quesitos fundamentais para a integralidade da atenção à saúde.

Os homens não são usuários habituais dos serviços da APS e, quando necessitam desses serviços, recorrem à atenção terciária, sendo via de regra levados pela mãe, esposa, companheira, irmã etc. – ou seja, levados por uma mulher, geralmente mais familiarizada com os cuidados com a saúde. Procurar cuidados médicos nem sempre é prioridade do grupo masculino, pois para alguns homens a doença é vista como demonstração de fraqueza, o que faz com que parte dessa população não procure informações ou auxílio sobre cuidados com a saúde. Outros agravantes que podem comprometer a procura pelos serviços de saúde estão relacionados com os horários de funcionamento das instituições de saúde, conflitando com o período de trabalho, e com o ambiente médico, como hospitais ou clínicas, que não são locais em que os homens tendem a sentir-se à vontade.

A falta de informações e a divulgação de informações incorretas ou distorcidas trouxeram consequências bastante nocivas à saúde pública. Um clássico exemplo disso foi a epidemia de HIV/AIDS nos anos 1980. Na época, esse agravo foi atribuído ao comportamento promíscuo dos profissionais do sexo e homossexuais masculinos, naquela ocasião designados como grupo de risco

a HIV/AIDS. Os jornais populares trataram a síndrome como —peste gayl, o que colaborou para se divulgarem informações incorretas, com decorrências nefastas, embora a comunidade científica e os movimentos sociais tivessem se manifestado em movimento contrário a essa postura. Somando-se a isso, as campanhas de prevenção contra HIV/AIDS eram dirigidas quase que exclusivamente a mulheres e homens homossexuais, deixando os homens identificados como heterossexuais fora do escopo das campanhas. Isso criou à falsa ideia de que o comportamento heterossexual imunizaria contra o vírus HIV.

Ao mesmo tempo, homens que não se identificam como parte do grupo de risco, mas que se descobrem HIV-positivos, só procuram os serviços de saúde quando as doenças oportunistas estão muito adiantadas, evitando a todo custo ser confundidos com homossexuais <sup>(4)</sup>. Para não se submeterem aos médicos, alguns se valem de uma medicina popular masculina, que consiste no uso da velha medicina popular ou uso peculiar de remédios (como ingerir mercurocromo para sanar úlceras ou usar cachaça para cicatrizar ferimentos da pele) <sup>(5)</sup>. O grande desafio continua sendo trazer os homens aos serviços de saúde, de modo que os indicadores de promoção da saúde masculina possam ser melhorados. As poucas tentativas para sensibilizá-los através de campanhas parecem não haver alcançado os efeitos desejados. Talvez compreender como os homens constroem sua masculinidade ajude a criar mecanismos para o acolhimento desse grupo populacional e para que se alcance a tão desejada integralidade da atenção à saúde.

## **II – Os questionamentos sobre a masculinidade**

Os movimentos sociais identitários Feminista, Gay e Negro começaram a questionar e problematizar o poder masculino heterossexual e branco em suas discussões sobre sexo, gênero e raça nas décadas de 1960 e 1970. Ao lutar pela conquista por reconhecimento, esses movimentos fizeram surgir novas reflexões sobre as relações de poder nas relações de gênero e étnicas. Tais movimentos sociais visavam o reconhecimento e a igualdade na política, na economia e em questões relativas a suas demandas. Assim, negros, mulheres e homossexuais organizaram-se para contestar a discriminação que sofriam, propondo outras mentalidades, outros comportamentos e outras palavras para as relações sociais. Esses grupos foram responsáveis por mudanças epistemológicas que fizeram com que não reconhecer à variável gênero na análise social passasse a ser visto como falha tão grave quanto menosprezar a classe social <sup>(5)</sup>. Também fizeram com que, pela primeira vez no Ocidente, os homens se descobrissem possuidores de um gênero socialmente

construído, o que já era sabido pelo menos desde o século XIX sobre as mulheres <sup>(6)</sup>. É nesse contexto que surgem as primeiras indagações sobre a masculinidade, que somente nos anos 1980 ganharam *status* de campo teórico nos Estados Unidos, Inglaterra e Austrália <sup>(7)</sup>.

No Brasil, os primeiros trabalhos sobre masculinidade foram publicados na década de 1990. Embora seja hoje crescente o número de trabalhos sobre o tema, a produção brasileira, se comparada ao que há produzido sobre o gênero feminino, é bastante modesta.

Estes quarenta anos de pesquisas sobre gênero masculino e masculinidades construíram uma massa crítica de informações que deveria ser apropriada pelos profissionais de saúde que trabalham com a população masculina, visando sensibilizar esse grupo com códigos que façam sentido para seus integrantes, procurando-se alcançar não só homens adultos, mas também adolescentes e seus familiares. Este grupo, como os demais que compõem a sociedade, tem suas especificidades que devem ser conhecidas para que as abordagens se tornem eficazes.

Embora nas diretrizes da PSH se observe a intenção de aproximar esse grupo populacional aos serviços de saúde, o próprio Ministério da Saúde reconhece que entre as dificuldades para a implementação de um Programa Saúde do Homem estão às barreiras impostas pelos serviços de saúde e pelo próprio modo como o sujeito masculino lida com sua situação de saúde. Se o sistema de saúde tem barreiras que precisam ser enfrentadas, o *modus vivendi* masculino precisa ser melhor conhecido e levado em consideração nas discussões.

### III – Os serviços de saúde e os homens

Do ponto de vista da organização dos serviços de saúde, há preocupação dos profissionais em como abordar a saúde do homem no cotidiano, especialmente na Estratégia Saúde da Família, que trabalha com área adscrita, população definida e ações programadas. A principal pergunta é: qual o modo de sensibilizar os homens para que cuidem de si e busquem uma unidade de saúde da APS para prevenção de agravos e promoção à saúde? Para responder a essa pergunta, os profissionais de saúde devem focalizar a saúde em uma perspectiva mais ampla e não apenas considerando que o corpo masculino é o doente a —tratar e —medicalizar<sup>(8,9)</sup>. O novo foco deve procurar compreender o corpo masculino em um contexto social, não desvinculado do sujeito. Dessa forma seriam levadas em consideração algumas práticas que fazem parte do *ethos* de parcela significativa da população masculina.

Obtiveram-se grandes avanços nos serviços de saúde pública para a população feminina, serviços esses que dispõem de profissionais da área de Ginecologia e Obstetrícia. Para os homens não há serviços que cuidem de suas especificidades. A própria Andrologia parece não haver avançado suficientemente. Hoje, falar em —saúde masculina reduz-se praticamente à Urologia. Ocorre que a Urologia é uma especialidade, ainda somente médica, não específica para a saúde do homem, mas para o tratamento de todo o sistema urinário humano, o que abrange todo o ciclo de vida. Nesse contexto não há especialidade específica para a saúde do homem. Para tanto, é necessário que a Andrologia assuma essa premissa, atrelada às pesquisas promovidas pela Antropologia e Sociologia, e pela própria Ginecologia e Obstetrícia, entre outras áreas, tornando-se uma especialidade interdisciplinar. Assim a saúde do homem não ficaria restrita a complicações no sistema urinário e reprodutor, mas seria objeto também de especialidades comuns a homens e mulheres, compreendendo especificidades e demandas da população masculina.

Não estamos habituados a ver homens transitando nos serviços da APS em busca da prevenção, tratamento e promoção da saúde. Quando procuram os serviços de saúde, recorrem à atenção secundária ou terciária. Essa prática é um desafio para os profissionais da APS empenhados na mudança desse comportamento. É preciso adotar estratégias capazes de mobilizar a população masculina adulta, compreendida na faixa 20 aos 59 anos de idade, para a adoção da APS como porta de entrada no sistema de saúde <sup>(9)</sup>. Essa sensibilização começa pela identificação no perfil epidemiológico dos agentes causadores de morbidade e mortalidade, além das características sociais, econômicas e culturais dos homens que receberão a atenção à saúde. Os homens deverão participar do planejamento das ações a serem desenvolvidas, de modo que possam realmente ser sujeitos de todo o processo, com responsabilidades definidas. Profissionais que trabalham com homens devem privilegiar dinâmicas em pequenos grupos de reflexão, onde estes possam tanto falar como ser ouvidos. Essa mesma dinâmica poderia ser adotada para se discutir os principais problemas de saúde da população masculina, permitindo aos participantes compartilhar opiniões, sugestões e experiências.

Desse modo as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo AIDS e sífilis, passarão a ocupar outros espaços de discussão; a sexualidade poderá deixar de ser marcada por tantos tabus, permitindo que essa população assuma outros compromissos e responsabilidades; a violência poderá ser discutida; práticas insalubres como o alcoolismo e o tabagismo, poderão ser substituídas por outras que melhorem a qualidade de vida; os assuntos a serem focalizados com os homens não deverão, por fim, se reduzir ao câncer de próstata <sup>(10,11)</sup>.

#### **IV – O olhar do homem a respeito da própria saúde**

Para entender o modo como os homens percebem a própria saúde é necessário compreender como a masculinidade é construída socialmente. Isso requer levar em conta que a masculinidade varia em cada contexto social, principalmente em um país de grandes dimensões como o Brasil.

A construção social da masculinidade se processa desde o início da vida, em um processo que só termina na morte do indivíduo. As diferenças na socialização de meninas e meninos fazem com que desde muito cedo os meninos não sejam motivo de preocupações por parte dos adultos – abordagem que faz com que os meninos sejam os que mais sofrem acidente, já que não estão sob vigilância constante dos pais como as meninas. Os meninos também aprendem desde cedo que ao sofrerem violência na rua, não podem voltar para casa chorando, pois seus pais os puniriam <sup>(5)</sup>.

Na adolescência, os rapazes são levados a vivenciar rituais de iniciação em que são expostos a perigos e a consumo de bebida alcoólica, para darem prova de serem dignos de ser chamados —homens de verdade<sup>(12 13)</sup>.

Os meninos são estimulados a se expor a riscos e ter domínio de seus sentimentos, não chorando em público e mostrando-se sempre dispostos a dar resposta a toda provocação. Tal exposição ao risco inclui sexo sem segurança e consumo abusivo de álcool. Essa forma de socialização leva os homens a se exporem a tais situações para obterem respeito e reconhecimento por seus pares. Nesse contexto, preocupar-se com a saúde é visto como demonstração de fraqueza, —coisa de mulheres<sup>(12)</sup>, especialmente as mais velhas. Na fase adulta, essa forma de lidar com a saúde traz consequências trágicas, como demonstram os números da mortalidade e morbidade masculinas <sup>(12)</sup>.

Ao homem é imposta a condição de ser —inabalável<sup>(15)</sup>. O consumo abusivo de álcool ou tabaco entre homens só é considerado problema quando afeta a vida profissional. Muitos casos de depressão causada pelo álcool não são identificados entre homens e as doenças circulatórias decorrentes do tabagismo e do sedentarismo não são tratadas em sua plenitude, pois sem a mudança no estilo de vida não há como prevenir as decorrências. A promoção da saúde só é factível quando o indivíduo acredita na importância da mudança nos hábitos <sup>(15)</sup>. Assim, é preciso reconhecer que a construção social do homem coloca em risco sua saúde e, por extensão, toda a sociedade <sup>(16)</sup>.

#### **V – Considerações finais**

Muitos são os desafios para a efetivação da PSH e a implementação de um Programa Saúde do Homem. Aqui apontaram-se as barreiras interpostas pelos serviços de saúde e as decorrentes da própria socialização dos homens, revelando que a saúde do homem não deve ser considerada apenas em seu aspecto biológico, nem limitar-se aos profissionais de saúde, quando se pretende a integralidade da atenção à saúde. São fundamentais as contribuições da Antropologia, possibilitando entender o modo como, socialmente, a saúde vem sendo relegada no gênero masculino.

Embora a PSH focalize prioritariamente as causas de morbidade e mortalidade – o que pode favorecer práticas biomédicas –, é preciso conhecer o público que se quer trazer aos serviços de saúde, especialmente na perspectiva da promoção da saúde e da integralidade do cuidado. O perfil epidemiológico, as ações conjuntas com a comunidade e as adequações às rotinas das equipes de trabalho são o início desse processo.

A feminilização dos serviços de saúde da atenção primária não decorre apenas de as mulheres constituírem a maioria dos usuários dos serviços, mas sim da própria organização das unidades de saúde, com as quais o homem pouco se identifica. Os murais das unidades de saúde apresentam mais cartazes informativos voltados à saúde da criança, da mulher e do idoso do que outras temáticas que possam ser de interesse também dos homens. As rotinas dos agendamentos privilegiam as consultas de crescimento e desenvolvimento infantil; o pré-natal e a realização do exame ginecológico para as mulheres (nem mesmo estas recebem atenção integral); o atendimento a doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial, hanseníase e tuberculose. Assim, a lógica das agendas se volta ao —tratamento de grupos e morbidades específicas. Onde o homem se insere? Qual o espaço em que este pode tratar de seus problemas, como a violência causada pelo abuso de álcool e drogas ilícitas ou a depressão causada pelo consumo do álcool?. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, em seu Art. 4.º, estabelece medidas com o objetivo preencher essa lacuna.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.
3. Gomes R. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
4. Souza RR. O mito da Imunidade Heterossexual Masculino Negro. Boletim Projeto Arayê/ABIA. Rio de Janeiro, junho 1998.

5. Souza RR. O lazer agonístico: como se aprende o que significa ser homem num bar de um bairro suburbano. Rio de Janeiro: Multifoco, 2012.
6. Souza RR. As representações do homem negro e suas conseqüências. Rio de Janeiro. Fórum identidades, 2009; 3(6):98-115.
7. Giddens A. A transformação da intimidade. São Paulo: Unesp, 1994.
8. Arilha M, et all. Homens e Masculinidades: outras palavras. São Paulo: Editora 34, 1998.
9. Carrara S, Russo JÁ, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. Physis 2009; 19(3): 659-78.
10. Figueiredo W. Assistência à Saúde dos Homens: um desafio para os serviços da Atenção Primária. Ciênc. Saúde coletiva 2005; 10 (1): 105-109.
11. Bursztyn I. estratégias de mudança na atenção básica: avaliação da implantação piloto do Projeto Homens Jovens e Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública 2009; 24(10):2227-238.
12. Nolasco S. De Tarzan a Homer Simpson: banalização e violência masculina em sociedades contemporâneas ocidentais. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 2001.
13. Gilmore DD. Manhood in the making. Cultural Concept of masculinity. Nova York (Estados Unidos): Yale University, 1990.
14. Couto MT et AL. O homem na atenção primária à Saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface-comunic., Saúde, Educ. 2010;14(33):257-70.
15. Eyken E, Moraes CL. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. CAD. Saúde Pública 2009; 25(1):111-23.
16. Gomes R et all. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saúde Pública 2007; 23(3):565-74.