

CONHECIMENTO ACERCA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Knowledge about the National Politic on Men's Comprehensive Health Care in the Family Health Strategy

Francisca Patrícia Barreto de Carvalho¹, Samara Karla Nogueira Silva², Lucídio Clebeson de Oliveira³,
Amélia Carolina Lopes Fernandes⁴, Lorrainy da Cruz Solano⁵, Érica Larissa Ferreira Barreto⁶

RESUMO

Pesquisa de estímulo à discussão da assistência primária à saúde em questões de gênero, à luz da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem – PNAISH. Essa política prioriza a assistência de forma a integralizar os serviços, garantindo por lei o acesso universal e igualitário ao usuário do sexo masculino. Objetivou-se analisar o entendimento dos profissionais de saúde sobre o conteúdo e a aplicabilidade da PNAISH na Estratégia de Saúde da Família (ESF), bem como compreender, a partir dos profissionais de saúde, como se dá o processo de inserção da população masculina nos serviços e quais estratégias são utilizadas para implementar essa política. Trata-se de uma pesquisa de cunho analítico, com abordagem qualitativa, colocando em prática os procedimentos metodológicos da pesquisa social, desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família do município de Mossoró, tendo como amostra duas equipes da ESF. A procura tímida dos serviços de saúde por parte da população masculina ainda se justifica por questões culturais e sociais, além dos fatores trabalhistas, caminho que pode ser trilhado à medida que se consolidam as ações de prevenção e promoção à saúde para essa clientela. Há ainda um longo caminho a se percorrer a fim de que os profissionais de saúde libertem-se do ranço machista e atendam a essa clientela de forma mais adequada, no sentido de ofertar uma escuta e um acolhimento dignos aos usuários do gênero masculino.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família, Saúde do Homem; Políticas Públicas de Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Research for stimulating discussion of gender issues in primary health care, from the perspective of the National Policy on Men's Comprehensive Health Care - PNAISH. This policy prioritizes assistance aimed at integrating the services, guaranteeing by law the universal and equal access for male users. The objective was to analyze the understanding of health professionals about the content and applicability of the PNAISH in the Family Health Strategy (FHS), as well as to understand, from health professionals, how the process of including the male population in the services is working, and what strategies are used to implement this policy. This is an analytical study, with a qualitative approach, that puts into practice the methodological procedures of social research, and was developed in a Family Health Unit in the municipality of Mossoró, with two FHS teams as its sample. The limited demand for health services by the male population is still being justified by cultural and social issues, besides work-related factors, a path that can be investigated as the prevention and health promotion actions for this clientele are consolidated. There is still a long road toward ensuring that health professionals are freed from rank machismo and treat this clientele in a more adequate manner, in the sense of listening and offering a reception appropriate for male users.

KEYWORDS: Family Health; Men's Health; Health Public Politic; Nursing.

¹ Francisca Patrícia Barreto de Carvalho, Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. E-mail: patriciabarreto36@gmail.com

² Samara Karla Nogueira Silva, enfermeira. Graduada pela Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança

³ Lucídio Clebeson de Oliveira, Mestrando em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

⁴ Amélia Carolina Lopes Fernandes, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade – UERN. Docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

⁵ Lorrainy da Cruz Solano, Mestre em enfermagem pela UFRN. Enfermeira da Prefeitura Municipal de Mossoró/RN

⁶ Érica Larissa Ferreira Barreto, acadêmico do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte-UERN

INTRODUÇÃO

No Brasil, é bastante disseminada a ideia de que a atenção primária à saúde constitui-se de serviços destinados quase que exclusivamente a mulheres, crianças e idosos. Muitas são as suposições e justificativas para a pouca presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde. Dessa forma, a inclusão dos homens em ações de saúde é desafiadora, por estes não reconhecerem a importância do cuidado e a valorização do corpo no sentido da saúde como questões sociais do homem.¹

Os indivíduos do sexo masculino, em geral, sofrem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais cedo do que elas. No entanto, apesar das taxas masculinas representarem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é significativamente menor do que a das mulheres.²

Nas últimas décadas, vem ocorrendo um aumento de pesquisas em inúmeros campos disciplinares no intuito de compreender o processo do adoecimento e morte em homens. Constatou-se que existe um maior índice de mortalidade no sexo masculino e que os homens vivem em média sete anos a menos que as mulheres.³

A elevada mortalidade masculina em relação à feminina, segundo estudos publicados na política de saúde do homem⁴, foi um co-fator para percepção dessas necessidades, levando ao desenvolvimento de ações em saúde voltadas para o público masculino.²

É crescente a produção de pesquisas acerca da relação homens e saúde, sobretudo direcionadas a temas como acesso e uso de serviços, perfis de morbimortalidade e representações sobre saúde e adoecimento em grupos sociais específicos.⁵

Mais recentemente, as relações entre masculinidade e cuidado em saúde tem sido analisadas com base na perspectiva do gênero, focando nas dificuldades dos homens por busca de assistência de saúde e as formas como os serviços lidam com as demandas específicas dos homens, o que pode ampliar as dificuldades.^{5:258}

Nessa perspectiva, a não adesão do homem aos serviços primários de saúde, que são os locais prioritários para a realização de ações de promoção e prevenção à saúde, provoca a manutenção do quadro de morbimortalidade masculina praticamente inalterado.⁶

Esse cenário é decorrente de variáveis culturais que distanciaram o público masculino dos serviços de saúde,

pois durante muitos anos, esses serviços foram frequentados, na sua maioria, por mulheres, idosos e crianças, pois se entendia serem essas as pessoas susceptíveis a doenças.⁶

Ampliando a discussão, verifica-se que as relações homens/mulheres e homens/homens costumam ser vistas a partir do produto de dois modelos naturalistas: a dominação dos homens e a perspectiva heterossexuada do mundo. Nesse cenário, os homens também se tornam prisioneiros, uma vez que o privilégio masculino pode ser uma cilada, fazendo com que a todo custo o homem tenha de provar a sua virilidade.⁷

Nesse sentido, as pesquisas mostram que os homens pouco cuidam da sua saúde e pouco procuram os serviços de saúde por vários motivos. Entre eles, destacam-se os seguintes: os cuidados em geral são percebidos como femininos, e não masculinos; os homens costumam ser vistos como fortes e invencíveis e, por isso, só buscam ajuda quando os problemas se agravam, quando não conseguem trabalhar; os serviços de atenção básica costumam ser vistos como lugar de crianças, mulheres e idosos; e as ações de atenção básica voltadas para os segmentos masculinos ainda são tímidas.^{7:10}

A compreensão desses motivos é importante para a criação de medidas que possam promover o acesso dessa população aos serviços de atenção primária com o intuito de garantir a prevenção e a promoção de saúde.⁴

“Em relação à busca por assistência à saúde e às representações masculinas de saúde-adoecimento e cuidado, alguns estudos qualitativos identificam barreiras para a presença masculina nos serviços de saúde”.^{2:258} “As dificuldades dos homens têm a ver com a estrutura de identidade de gênero (a noção de invulnerabilidade, a busca de risco como um valor), a qual dificultaria a verbalização de suas necessidades de saúde no contexto da assistência”.^{5:52}

A Atenção Primária no Brasil é oferecida dentro dos preceitos da Estratégia Saúde da Família (ESF) que é entendida como uma forma de reorientação do modelo assistencial que até então era caracterizado como medicalizante, e em que se priorizava a assistência baseada na remissão da sintomatologia.⁸

Essa estratégia é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), abrangendo uma parcela populacional a ela atribuída. Essas equipes da ESF são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada e realizam ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação, reabilitação da saúde.⁶

Em uma sociedade que está em transformação permanente, a prevenção de doenças e promoção da saúde adquirem importante papel socioeconômico e cultural, pois os indivíduos do sexo masculino, com sobrecarga de atividades, acabam por renegar ao segundo plano a qualidade da própria vida, o que os torna mais susceptíveis ao desenvolvimento de diversas patologias.⁵

Os serviços de Atenção Primária à Saúde têm uma deficiência em absorver a demanda apresentada pelos homens, proporcionada pela sua própria organização que não estimula o acesso dos mesmos e pelo fato de as campanhas de saúde pública não se voltarem para esse segmento da população. Assim, são necessárias mudanças nas estratégias dos serviços de saúde e no enfoque relacionado ao gênero masculino.⁹

Nesse sentido, com o intuito de melhorar a inserção do homem nos serviços de saúde e, em especial, na APS, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH. Essa política prioriza a assistência de forma a integralizar os serviços, garantindo por lei o acesso universal e igualitário ao usuário do sexo masculino.⁴

Assim, torna-se imprescindível desenvolver estratégias objetivando buscar essa clientela e mostrar-lhe a importância das ações de promoção e prevenção da saúde, bem como traçar medidas que a aproximem das ações da atenção primária e, dessa forma, fortaleçam-na como porta de entrada dos serviços de saúde.¹⁰

Para tanto, os profissionais inseridos na ESF precisam se apropriar da PNAISH com vistas a melhorar o acesso da população masculina, o acolhimento dessa população e o melhor entendimento de suas demandas de saúde/doença.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi analisar o entendimento dos profissionais de saúde sobre o conteúdo e a aplicabilidade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família, bem como compreender, a partir dos profissionais de saúde, como se dá o processo de inserção da população masculina nos serviços e quais estratégias são utilizadas para implementar essa política.

MATERIAIS E MÉTODOS

O referido estudo trata-se de uma pesquisa de cunho analítico, com abordagem qualitativa, colocando em prática os procedimentos metodológicos da pesquisa social.¹¹

A pesquisa qualitativa aborda dados não quantificáveis, ao passo que coletam e analisam materiais pouco estruturados e narrativos, não necessitando

tanto de uma estrutura, porém exigindo do pesquisador um total envolvimento.^{11:96}

A coleta de dados foi realizada no período de 02/04/11 a 04/05/11. O instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista dividido em duas partes: a primeira caracterizando o entrevistado e a segunda com questões abertas pertinentes à temática em estudo.

O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família situada no município de Mossoró-RN. A população do estudo consiste em 2 equipes de ESF sendo 2 Enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem, 2 atendentes de dentistas, 2 dentistas, 2 médicos e 9 agentes comunitários de saúde, totalizando 19 profissionais. A amostra do estudo foi constituída pelos profissionais que faziam parte das equipes há mais de seis meses. O total de entrevistados foi de 16 pessoas.

Na análise, foi adotada a proposta de leitura compreensiva do material transcrito das entrevistas e, na sequência, a aproximação das ideias que passaram a caracterizar os núcleos de sentido das falas, os quais foram divididos em duas categorias: Conhecimento dos profissionais da ESF acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH e Gênero e Saúde.

Na apresentação das falas, utilizou-se a transcrição que é “um recurso através do qual o pesquisador torna o conteúdo mais acessível à compreensão dos leitores, reelaborando o texto, dando-se especial relevância ao tom vital e às categorias mais expressivas da entrevista”.^{12:403}

Foi utilizada uma nomenclatura formada pelo cargo e a equipe à qual aquele profissional pertence, de modo a garantir o anonimato dos sujeitos da pesquisa.

Este estudo foi desenvolvido observando os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme pressupõem a Resolução 196/96 CNS/MS e a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem.¹²⁻¹³ Para isso, o mesmo foi submetido à avaliação e à aprovação do comitê de pesquisa da FACENE/FAMENE expresso pelo protocolo 53/11 e CAAE 0047.0.351.000-11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os profissionais das duas equipes da estratégia de saúde da família são, em sua maioria (93%), mulheres, mostrando que, apesar de virem acontecendo mudanças, o trabalho em saúde ainda é eminentemente feminino. A faixa etária variou de 28 a 58 anos, estando 46% entre 36 a 43 anos. Os casados somam 73% e 40% dos entrevistados apresentam o Ensino Médio como nível máximo de escolaridade.

Conhecimento dos profissionais da ESF acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH

A PNAISH constitui-se em um importante desafio para as unidades de saúde, pois apenas metade dos participantes da pesquisa a caracterizou como parte fundamental e necessária para a realização de uma assistência integral.

Tais profissionais ainda destacaram que só conhecem alguns aspectos da PNAISH e que desconhecem sua implementação, pois o que se sabe vem de informações que os mesmos buscaram através da internet no próprio sítio do Ministério da Saúde ou pela televisão, já que não foi disponibilizado nenhum insumo ou capacitação para o conhecimento da mesma.

“Eu sei alguma coisa, através de televisão, porque aqui no posto mesmo não foi feito nenhuma atividade, não foi feito nenhum treinamento sobre isso” (Agente Comunitário de Saúde - Equipe 01);

“A gente tem programa para a mulher, para a criança, para gestante e o homem tem sido esquecido, então essa política ela vai trazer diretrizes pra que a gente também comece a observar e a ver, que o homem deve também fazer parte, que homem também precisa ter saúde, então a gente precisa trabalhar com esse homem e a política veio trazer essas diretrizes para este trabalho. Para que a gente possa atrair esse homem, para que a gente possa trabalhá-lo de acordo com o perfil epidemiológico, do que acontece com o homem” (Enfermeira - Equipe 02).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem surgiu com o intuito de inserir o homem na Atenção Primária à saúde, resgatando a mesma como porta de entrada do SUS para esse público, de forma a garantir a esse homem vivenciar as mesmas práticas de saúde que a mulher, o idoso e a criança vivenciam, respeitando uma lógica de atenção prestada baseada em suas necessidades masculinas.

Percebe-se, então, a importância em entender e refletir sobre a Política Nacional de Saúde do Homem e suas nuances, a partir da análise da influência da questão de gênero, a fim de concretizar ações eficazes voltadas à população masculina, por meio de conhecimentos e práticas consolidadas dos profissionais de saúde e do homem, que constituem agentes diretos na aplicabilidade dessa política.⁹

Percebemos, entretanto, que os próprios componentes das equipes da ESF não se apropriaram ainda desse saber,

fazendo com que apresentem dificuldades em desenvolver ações no que tange à promoção à saúde dessa clientela.

“A política foi criada com a finalidade de tentar fazer a prevenção principalmente das doenças que acometem o homem, melhorar o acesso desse sexo masculino à Unidade Básica de Saúde e daí a gente ter como prevenir e tratar alguma patologia que já vem acometendo esse homem” (Médico - Equipe 02).

Percebe-se aqui um forte componente curativista, com foco na doença, mesmo quando se fala em prevenção, pois ainda não se tem um trabalho pautado na promoção à saúde, bem como há ausência de estratégias que atraiam o homem ao serviço de atenção primária, sendo uma das consequências desse desconhecimento. Os entrevistados disseram que o único serviço voltado para o homem, porém não exclusivamente, é a entrega de preservativo:

“Temos alguns programas como DST/ AIDS com a entrega de camisinha que, por falta de pessoal, tem um horário restrito” (Enfermeira - Equipe 02).

Essa fala mostra a lacuna existente na atenção à saúde do homem, tendo em vista que o programa DST/AIDS atua apenas de forma pontual, não apresentando ações que estimulem o estabelecimento do vínculo dos indivíduos com a equipe da ESF. Outro aspecto importante é o fato de não existirem programas voltados aos indivíduos do sexo masculino durante todo o seu ciclo de vida, comprometendo assim a integralidade da assistência.

Entender as necessidades e a política destinada à população masculina é o ponto chave para que a mesma se efetive de forma concreta, trabalhando com ações conjuntas, inserindo esse homem na ESF e facilitando o acesso às unidades de saúde com ações direcionadas a esse público, com a finalidade de promover saúde, prevenir os principais agravos e também priorizar a assistência respeitando suas singularidades, dando aos mesmos o direito à informação, à participação na família e ao protagonismo no seu modo de andar a vida, sendo co-partícipe no seu processo saúde-doença.

Um reflexo desse cenário é o fato de não ser raro perceber-se em salas de vacinas a decepção dos profissionais em receber uma criança com o pai. Ao invés de elogios pela iniciativa de participação, numa sociedade onde o cuidado é delegado às mulheres, ou de tratá-los com naturalidade diante da situação, o mesmo é recebido com perguntas do gênero: “onde está a mãe da criança?” ou “esta criança não tem mãe, não?” como se ele fosse inapto para a atividade de levar o filho para ser vacinado ou não

fosse bem vindo àquele local, ou ainda não tenha o direito de participar ativamente da vida dos filhos.⁶

Essas atitudes levam os homens a se sentirem deslocados no ambiente das unidades de atenção primária à saúde e isso dificulta a procura desses usuários a esses serviços de saúde, diminuindo assim a resolubilidade desse nível de atenção para aquela população.¹⁴

A reconstrução e implementação de um modelo de atenção menos preconceituoso e estereotipado sobre o masculino e o feminino são fundamentais para a constituição de relações mais igualitárias entre os sexos. Levando em consideração o importante papel dos profissionais de saúde e educação como agentes multiplicadores, urge discutir essas questões com esses profissionais que trabalham na área para que os programas e as diretrizes já oficializadas possam ser implementados.¹⁵

Gênero e Saúde

Gênero pode ser considerado, ainda, como uma referência sócio-histórica, que consiste nas diferenças entre sexos e na estruturação material e simbólica da vida social, estabelecendo entre homens e mulheres valor desigual e suas especificidades, bem como reconhecimentos diversos de suas necessidades de saúde. Assinala características socialmente construídas que constituem a definição do masculino e do feminino, em diferentes culturas.¹¹

Valorizando as questões de gênero, ao orientar ações e serviços de saúde para os indivíduos, com integralidade e equidade, primando pela humanização no serviço prestado, a consolidação da PNAISH tem papel imprescindível para a mudança de paradigmas acerca da saúde masculina.⁴ Essa política tem como diretrizes a integralidade, continuidade do cuidado por todos os níveis de atenção, desde o primário até o terciário, considerando modo de vida e situação social; factibilidade, disponibilidade de recursos e tecnologias, estrutura técnico-administrativa e gerencial; coerência e diretrizes que devem estar de acordo com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS); e viabilidade relacionada a comprometimento e possibilidade de execução de ações.¹²

Embora não se negue que os homens têm necessidades de saúde, foi destacado que os homens, em sua maioria, não procuram os serviços de APS. Essa realidade fica explicitada nos relatos dos participantes da pesquisa:

“O homem realmente procura quando está com alguma coisa. Ele não procura na prevenção, ele procura na parte curativa. Eles só vem realmente pela parte curativa, dificilmente vem um para procurar a parte preventiva, eles vem quando não conseguem resolver a coisa na farmácia” (Enfermeira - Equipe 01).

Esse cenário é reflexo também do fato de o homem ser educado, desde a infância, a serem protetores e provedores, desde cedo são treinados para suportar sem chorar suas dores físicas e emocionais, dando ao mesmo um ar de invulnerabilidade.¹⁶

Estereótipos de gênero, oriundos da nossa cultura patriarcal e machista, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. Nesses casos, a doença é considerada como sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica, e, por isso, o homem julga-se invulnerável, sendo exposto a condições de risco. À medida que há aproximação de características de sensibilidade, dependência e cuidado, os homens acreditam que estão predispostos a doenças, lesões e mortes.¹⁶

Os homens utilizam mais objetivamente outros serviços que atendem mais diretamente suas demandas, que seriam farmácias e serviços de pronto atendimento (urgência e emergência), pois o atendimento seria rápido e direto.⁹

A PNAISH reconhece que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio de atenção especializada, o que mostra a necessidade de fortalecimento e qualificação da atenção primária, pois os homens não buscam, como fazem as mulheres, os serviços de atenção primária, adentrando os sistemas de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Isso resulta em agravo da morbidade pelo retardo na procura e maior custo para os sistemas de saúde.¹⁶

É uma questão educacional e cultural, sendo que a própria educação familiar favorece esse contexto, pois os homens não vêm à unidade de saúde por acharem desnecessário. Admitir a necessidade da assistência em saúde traz às mentes masculinas a ideia de fragilidade e isso difere da identidade construída ao longo da vida. Lembra-se, porém, que identidade não é, nessa perspectiva, uma identidade fixa, unitária e acabada, mas está sempre em um processo de 'tornar-se' uma identidade dentro de certos grupos de significados, selecionados a partir de uma diversidade infinita de sentidos potenciais, produtos de uma situação real^{17:504}.

E é a partir dessa perspectiva de mudança que os profissionais de saúde têm pela frente o desafio de, junto com a população assistida, modificar comportamentos e atitudes que tragam riscos à sua saúde e à boa qualidade de vida da mesma. Entre estes comportamentos, destacam-se as faltas às consultas agendadas e a interrupção dos tratamentos prescritos/instituídos como ilustra o depoimento a seguir:

“É mais difícil o acompanhamento de patologias no sexo

masculino. Não só o acompanhamento das patologias e o tratamento em si, mas principalmente a prevenção. É mais complicado, por uma questão cultural, muitas vezes vem trazido pela mulher que fica escutando as queixas, ou então uma filha. Na rotina é isso que a gente vê. O homem é trazido pela esposa ou filha que escuta as queixas e depois de muito tentar, ela traz. É assim que acontece. A procura do próprio sexo masculino é reduzida por todos aqueles aspectos que eu já lhe disse, existe algo a ser feito principalmente a nível educacional para que isso mude” (Médico - Equipe 02).

Além da educação em saúde citada, visando à mudança de comportamento dos homens no cuidado consigo mesmo, há outro ponto a ser enfatizado: a atenção à saúde no nível primário necessita de mais agilidade, resolutividade e integralidade. A integralidade, por sua vez, perpassa pelos princípios da vigilância e promoção da saúde, do respeito às diversidades cultural, social, racial e de gênero e compreende aspectos que envolvem a qualidade da assistência prestada, a visualização como um todo do sujeito a ser cuidado, com vistas a identificar as dimensões individual e coletiva desses atores.¹⁸

Há ainda alguns profissionais que não aceitam, não concordam com esta dificuldade de acesso mencionada na literatura e por outros profissionais.

“Não vejo dificuldade de acesso. É só ele vir que será atendido. Não vem porque não querem vir. Não existe esta dificuldade de acesso, é uma questão cultural mesmo. Chegando aqui, ele vai ser atendido” (Dentista - Equipe 01);

“Os homens não têm interesse, eles não entendem e não têm interesse. Se tivessem interesse fariam o exame de próstata, por exemplo. É muito difícil fazerem (o exame), a não ser que estejam sentindo alguma coisa, aí pedem para fazer” (Dentista - Equipe 02).

Percebe-se que ainda existem profissionais que desconhecem o que realmente significa acesso a um serviço de saúde, bem como procuram responsabilizar o próprio usuário pelo não comparecimento a esses serviços. Ignoram as condições sociais em que vivem os homens das camadas mais pobres da população e a influência dessas condições no cotidiano, nas decisões desses homens.

Outro ponto importante destacado pelos participantes da pesquisa que dificulta o acesso do homem ao posto de saúde é a presença de poucos profissionais do sexo masculino nas equipes de ESF para atender a essa clientela ou, até mesmo, profissionais específicos para atendê-la, como é o caso de urologista. A presença desses profissionais

poderia simplificar a inserção/acolhimento do homem nesses serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essas considerações partem dos resultados mostrados e discutidos aqui. Referem-se, portanto, à realidade de uma Unidade de Saúde do município pesquisado e refletem o universo social estudado, sendo assim, talvez não sejam válidos para outros locais.

No contexto estudado, foi possível perceber que, apesar da divulgação por parte do governo nas mídias falada, impressa e televisionada, os profissionais que lidam diretamente com a população ainda não se apropriaram dos pilares da PNAISH. Há casos, infelizmente não raros, em que ainda se trabalha numa perspectiva curativista e com uma ótica machista no atendimento das necessidades da população.

O estudo mostrou que os homens não procuram os serviços de APS a fim de se instrumentalizarem no cuidado à saúde, mas são vistos nesses serviços quando há algum sintoma que não pôde ser controlado no espaço domiciliar e/ou não foi devidamente tratado/controlado no âmbito hospitalar. É rara a procura pela sala de vacina, exames periódicos, seguimento de algum tratamento já instituído (hanseníase, tuberculose, hipertensão e diabetes) de forma espontânea. Geralmente esta se dá por pressão de familiares, em especial, esposa e filhas.

Há ainda um longo caminho a se percorrer a fim de que os profissionais de saúde se libertem do ranço machista e atendam a essa clientela de forma mais adequada no sentido de ofertar uma escuta e um acolhimento dignos aos usuários do gênero masculino. Há um outro que já começou a ser trilhado, impulsionado pelo aumento da longevidade e as propagandas e programas televisivos que mostram a necessidade de se preparar para a velhice: os homens estão, timidamente, sendo introduzidos e se introduzindo nos serviços de APS e se interessando pelo cuidado de si e dos seus.

REFERÊNCIAS

1. Albano BR, Basílio MC, Neves JB. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde. *Rev Enferm Integrada*. 2010 nov./dez; 3(2): 554-63.
2. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. 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 mar; 23(3): 565-74.

3. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005 jan./mar; 10(1): 7-17.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Leite DF, Ferreira IMG, Souza MS, Nunes VS, Castro, PR. A influência de um programa de educação na saúde do homem. *Mundo Saúde*. 2010 jan./mar;34(1):50-6.
6. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo a (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2010 abr./jun; 14(33):257-70.
7. Gomes, R. Os Homens cuidam pouco da saúde. [Entrevista a Katia Machado]. *Radis 74; Out*. 2008: 10.
8. Carneiro Junior N, Jesus CH, Crevelim MA. A estratégia de saúde da família para equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde Soc*. 2010 jul./set;19(3):709-16.
9. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, *et al.* Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saúde Pública*. 2010 maio; 26(5): 961-70.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Entendendo o SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
12. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 supl.): 15-25.
13. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Nº 311 de 08 de janeiro de 2007. Revoga a resolução COFEN Nº 240/2000 e aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 2007.
14. Figueiredo W. Assistência a saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(1):105-9.
15. Osinaga VLM, Vieira MJ, Armelin MVAL, Furegato ARF. Trabalhando com histórias de vida de familiares de pacientes psiquiátricos. *Rev Esc Enferm USP*. 2000 dez; 34(4): 401-6.
16. Vieira LCS, Figueiredo MLF, Sales RLUB, Lopes WMPS, Avelino FVD. A política nacional de saúde do homem: uma reflexão sobre a questão de gênero. *Enferm Foco*. 2011; 2(4):215-7.
17. Thomé EGR, Meyer DEE. Mulheres cuidadoras de homens com doença renal crônica: uma abordagem cultural. *Texto Contexto Enferm*. 2011 set; 20(3):503-11.
18. Melo RM, Brito RS, Carvalho FPB, Júnior JMP, Barros SDOL. A integralidade da assistência no contexto da atenção pré-natal. *Rev Rene*. 2011 out./dez;12(4):750-7.

Submissão: setembro/2012

Aprovação: outubro/2012
