

# Promoção e Prevenção à Saúde Sexual Masculina: Desafios das Equipes de Saúde da Família José Pinheiro 1\*

## Promotion and Prevention in Male Sexual Health: Challenges of Jose Pinheiro 1 Family Health Teams

FLÁVIA A. AGUIAR SIQUEIRA<sup>1</sup>  
SILMARA DE OLIVEIRA SILVA<sup>2</sup>  
PHILIPPE MENESES BENEVIDES<sup>3</sup>  
MARIANA SOUTO BATISTA DE ALMEIDA<sup>4</sup>  
TEREZA NATÁLIA BEZERRA DE LIMA<sup>2</sup>  
FIORAVANTE PREST BISNETO<sup>3</sup>

### RESUMO

*Objetivo:* Avaliar a implementação das ações em saúde do homem, em especial a sexual, executadas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) José Pinheiro 1. *Metodologia:* O estudo teve caráter descritivo e retrospectivo, através de análise documental, registros de atendimentos e atividades educativas, além dos prontuários e fichas de notificação de Infecções Sexualmente Transmissíveis, notificadas pelos profissionais das ESF. Foram também realizadas 18 entrevistas com os homens da área adscrita destas equipes, e as respostas foram avaliadas através da análise de conteúdo. *Resultados:* Observou-se a inexistência de atividades educativas voltadas à saúde sexual e direcionadas aos homens, como também, através do registro documental, justificada pela pouca procura dos homens ao serviço, pela sobrecarga de atividades dos profissionais e pelo predomínio do aspecto gênero, reafirmando a predominância de mulheres na busca aos serviços de saúde. Também é perceptível a falta de preparo dos profissionais na busca ativa destes homens, principalmente na abordagem de cunho sexual. *Conclusão:* Sob este enfoque, para o aumento da promoção a saúde do Homem no que diz respeito às IST e ao HIV, deve haver ações de educação em saúde voltadas para a promoção, prevenção e tratamento das mesmas, destinadas à população como um todo e também aos profissionais de saúde, que devem dispor de capacitação técnica de acordo com suas atribuições.

### DESCRIPTORIOS

Saúde da Família. Saúde do Homem. Educação em Saúde.

### SUMMARY

*Objective:* To evaluate the implementation of actions driven to men's health, particularly in the sexual field, conducted by José Pinheiro 1 Family Health Teams (FHT). *Methodology:* This was a descriptive and retrospective study, performed by means of analysis of documents, records of attendance and educational activities, in addition to medical records and sexually transmitted infections notification forms, reported by the professionals of the Family Health Teams. Interviews were also conducted with 18 men enrolled in those teams' areas, and responses were evaluated through content analysis. *Results:* There was a lack of educational activities targeted to sexual health and to men. According to the documentary records, it is justified by the low demand of men for the service, overload of professionals' activities and by the predominance of the gender aspect, reasserting that women search health services more frequently. It was also noticeable a lack of staff training in active pursuit of these men, especially in a sexual nature approach. *Conclusion:* According to the focus herewith given, to increase the promotion of men's health with regards to STIs and HIV there should be health education activities aimed at promotion, prevention and treatment for the population as a whole and also for health professionals, who should have a technical training according to their assignments.

### DESCRIPTORS

Family Health. Men's Health. Health Education.

\* \* Trabalho Premiado no II Congresso Norte-Nordeste de Residência Multiprofissional em Saúde (II CONNERMS) realizado de 07 a 09 de julho em João Pessoa, Paraíba, Brasil.

1 Enfermeira Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Preceptora PET Saúde do Homem, Especialista em Saúde coletiva e Saúde do Trabalhador.  
2 Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.  
3 Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.  
4 Graduanda em Farmácia pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, a cada ano, surgem no mundo 330 milhões de novos casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Aproximadamente 1 milhão de infecções ocorrem a cada dia. No Brasil, não há dados precisos, principalmente porque, à exceção da AIDS e sífilis congênita, as IST não são de notificação compulsória. Entretanto, estima-se que ocorra a cada ano, cerca de 10 a 12 milhões de casos curáveis (BRASIL, 2000).

Segundo o boletim epidemiológico de DST-AIDS 2008, estes mesmos dados da OMS afirmam que 70% das pessoas com IST buscam a automedicação ou, simplesmente, não se tratam e que isto, aliado à falta de informação da população brasileira acerca das IST, mantém ativa a cadeia de transmissão venérea destas doenças.

Em relação ao Nordeste, este mesmo boletim afirma que houve discreto aumento da taxa de incidência da AIDS, onde o índice subiu de 6,9 para 10,6 casos para 10.000 habitantes, no período de 2000 a 2006, sendo a Paraíba, o quinto estado do Nordeste em número total de casos em todas as faixas etárias. Nos últimos 28 anos foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 3.745 casos de AIDS, com 1.176 óbitos registrados até o ano de 2008. Campina Grande detém o segundo maior número de casos de IST-AIDS no estado da Paraíba. Estima-se que cerca de 10% da população sexualmente ativa campinense possua algum tipo de IST (BRASIL, 2010).

No período de 2005 a 2009 o município notificou 734 casos de HIV, sendo 443 casos de pessoas residentes, ocorrendo de forma predominante por via sexual e distribuindo-se de forma marcante na população jovem e adulta (15 a 39 anos) seguida da população adulta e idosa (40 a 65 anos ou mais). Este fato inspira preocupação às autoridades de saúde devido a sua magnitude, porém pouco difere das demais localidades do país, as quais a tendência é caracterizada pela pauperização, heterossexualização, interiorização e soberania masculina; mas com tendências de aumento na população feminina, em especial, mulheres jovens, casadas e com parceiros fixos (CAMPINA GRANDE, 2009).

No Brasil, o Ministério da Saúde, através do desenvolvimento de uma política de atenção que focalize as ações de prevenção e tratamento da doença, tem demonstrado constante preocupação com a mudança na percepção da população e dos profissionais de Saúde em inverter o foco de ação, centrado apenas na doença ou em seu diagnóstico (PARKER, 2003)

Nessa direção, a Estratégia Saúde da Família (ESF), que atua principalmente com a prevenção de

doenças e a promoção da saúde, tem um papel fundamental na reversão do quadro de IST/AIDS no país. Situada como porta de entrada do SUS, cabe a esse dispositivo prever ações que garantam os direitos sexuais e reprodutivos da população, a partir de práticas educativas que forneçam espaços efetivos de orientação (SAMPAIO *et al.*, 2010).

Contraopondo a estes aspectos, histórica e culturalmente, o cuidar da saúde ainda é visto como algo voltado para a cura e não para a prevenção, o que vincula as expectativas dos indivíduos de que a busca aos serviços de saúde está diretamente atrelado a doença. Sob este enfoque, o adoecer estaria vinculado à fragilidade e o cuidado seria percebido ainda como algo estritamente feminino, o que direcionaria este impasse cultural às questões de gênero e pode estar relacionado a um dos fatores que determinam a pouca procura do homem aos serviços de saúde (WELZER-LANG, 2004).

Nesta perspectiva, a Estratégia Saúde da Família, através do programa de atenção à Saúde do Homem, tem ampla responsabilidade, não apenas na assistência ao mesmo, como também na orientação dos familiares, em especial dos jovens e crianças, visto que, a quebra desse preconceito possibilitaria a mudança de comportamento do homem, desde sua formação e no momento de tomada de decisão, a procura ao serviço de saúde, para prevenção e o tratamento das doenças, ocorreria sem tantos pudores.

A Política Nacional de Saúde do Homem, instituída em 2008, enfatiza que um aspecto ainda determinante no baixo acesso dos Homens aos serviços de Saúde deve-se ao fato de que, os serviços e as estratégias de comunicação ainda privilegiam as ações voltadas para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, estando o homem à margem deste sistema.

Nesta perspectiva, deve-se ampliar a acessibilidade dos homens aos serviços de saúde, assegurando ao menos, uma vez por ano, o seu atendimento e, para isto, deve-se incluir ações intersetoriais que visem trabalhar os entraves sócio-culturais e organizacionais, que estejam dificultando sua entrada, evitando assim que este acesso ocorra predominantemente pelos serviços de média e alta complexidade (BRASIL, 2008).

Dentre as prioridades da Política Nacional de Saúde do homem, no que se refere aos direitos sexuais, reconhece-se a importância da saúde sexual para a vivência da sexualidade saudável e que essa não se reduz à meta reprodutiva. Há também o reconhecimento de que os direitos sexuais e reprodutivos são direitos humanos e de que é necessário que se assegure a pluralidade dos modos de vivenciar a sexualidade (BRASIL, 2008).

Neste sentido, as prioridades do Programa de DST/AIDS, consonantes com as prioridades da Política Nacional de Saúde do Homem e com os Princípios e Diretrizes norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), explicitam e incluem a ampliação da cobertura e garantia de acesso aos insumos de prevenção, priorizando toda a população e enfatizando a necessidade de reconhecimento de comportamento de risco e vulnerabilidade, considerando a importância da realização do diagnóstico precoce para a população em geral.

Outra destas prioridades refere-se às informações sobre IST e HIV/AIDS, com ações educativas voltadas para a população de uma forma geral, mas de forma direcionada e particular às crianças e adolescentes nas escolas, com o objetivo de promover mecanismos de prevenção e promoção à saúde sexual, tendo a comunidade como parceira deste processo. Desta maneira pode-se promover a melhoria da informação e da qualidade do atendimento às pessoas acometidas com HIV/AIDS e outras IST, como também, pode-se, através da institucionalização do monitoramento e da avaliação dos serviços, utilizarem a informação como ferramenta para melhoria destas ações em saúde (BRASIL, 2005).

A partir desta abordagem, este artigo buscou avaliar a implementação das ações em saúde do homem, em especial a sexual, executadas pelas ESF José Pinheiro 1, por meio da análise dos registros de atendimentos e das atividades educativas realizadas no serviço, como também, através do uso da abordagem sindrômica dos casos notificados de IST em Homens pelos profissionais e também através da percepção dos usuários sobre estas atividades realizadas pelas equipes.

Para tanto, serão delineados alguns aspectos marcantes em relação à Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família, à abordagem relativa ao que recomenda o Programa Nacional de DST/AIDS e alguns aspectos referentes à educação permanente em Saúde.

## **A SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

A Estratégia Saúde da Família, criada inicialmente em 1994, após mais de uma década de aperfeiçoamento e reestruturação de seus princípios e diretrizes, reelabora constantemente sua prática, através do cuidado familiar ampliado, efetivado por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias. Este cuidado busca intervir diretamente no processo saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade, no intuito de promover e desenvolver ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais

e setores afins voltados para a promoção da saúde (BRASIL, 2006).

A valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive possibilitam a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito, parâmetros que convergem e integram os Princípios e Diretrizes que constam na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e no Programa Nacional de DST/HIV e, que possibilitarão a vinda do homem ao serviço de saúde e a constância em busca do seu cuidado, esteja ele com IST ou não.

A atenção integral à Saúde do Homem e às ações de Vigilância em Saúde, como as voltadas à prevenção das IST, representam prioridades estabelecidas no Pacto pela Saúde em nível estadual e os compromissos firmados, através das metas pactuadas em nível local, determinam o foco de ação dos serviços de saúde, voltados a este público alvo. Esses compromissos deverão ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas. Neste sentido o Município de Campina Grande tem como meta pactuada fortalecer as ações de vigilância epidemiológica a fim de ampliar a detecção de casos de hepatite B, de reduzir a transmissão vertical do HIV e inserir em seus programas estratégias e ações voltadas à saúde do homem, prioridades estas necessárias ao alcance das metas e objetivos gerais propostos na Política de Saúde do Homem (SISPACTO, 2010).

As metas que constituem a Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem direcionam para sua operacionalização, a implementação de alguns eixos que servirão para respaldar a execução das ações. Dentre eles se encontra o eixo da promoção à saúde, que sugere o aumento do número de homens que procuram o serviço de saúde da atenção primária, por meio da sensibilização da população e da capacitação dos serviços de saúde, pela qualificação dos profissionais, pela melhoria do atendimento qualificado (atenção terciária), suporte maior de equipamentos e insumos, inclusive com enfoque voltado a prevenção das IST/AIDS, por meio da aquisição de preservativos, junto ao programa de DST/AIDS, tendo estas ações recursos financeiros voltados para a execução das mesmas.

A mesma Política reafirma que, mesmo diante dos impasses para acessibilidade do Homem ao serviço de Saúde, o acesso da população masculina aos serviços de saúde deve ocorrer de forma hierarquizada nos diferentes níveis de atenção, sendo priorizado e ocorrendo inicialmente na UBSF, onde o mesmo é acompanhado pela equipe de saúde, o que permitirá a prevenção ou a extirpação da doença em estágios

pouco avançados e de maneira simples, para que assim, caso não sejam solucionados, ou necessitem de atendimento especializado, possam chegar a unidades especializadas em serviços de maior complexidade, possibilitando melhoria do grau de resolutividade dos problemas.

No que se refere à gestão pública, acarretaria menos gastos, a intervenção precoce, através da articulação, com formação de parcerias do governo junto ao setor privado e à sociedade civil, pois a promoção à saúde através da educação e de cuidados preventivos, facilitaria o trabalho dos profissionais e potencializaria o auto cuidado por parte do homem, que se constituiria em sujeito pró-ativo da construção de sua saúde (BRASIL, 2006).

### PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS

O Programa Nacional de DST/AIDS teve suas diretrizes estabelecidas no ano de 1985 em meio ao número de casos diagnosticados de HIV e diante da realidade da epidemia de HIV que assolava os Estados Unidos da América (EUA). Partindo disto, vários estados Brasileiros, em especial o Estado de São Paulo, despontou na criação das políticas locais, que convergiram para a criação do Departamento Nacional de DST/AIDS.

Ao longo dos anos, muitas mudanças ocorreram e a política passou por aperfeiçoamentos a fim de atingir a mudança no perfil epidemiológico das doenças, em especial do HIV. O HIV que antes era tido com uma doença de caráter homossexual, muda seu perfil para a heterossexualização e mais predominantemente a soberania masculina, porém com tendência de feminilização, chegando a proporção de 2:1 (2 Homens infectados, para cada mulher infectada) (CAMPINA GRANDE, 2009).

Quando se refere ao atendimento do homem com IST, o Programa Nacional de DST/AIDS recomenda que se deva prover em uma única consulta o diagnóstico, o tratamento e o aconselhamento adequados, visando interromper a cadeia de transmissão de forma mais rápida e efetiva possível. Para que isto ocorra, faz-se necessário uso do método diagnóstico clínico, onde é preconizada a identificação de sinais e sintomas que possam caracterizar uma determinada IST, baseando-se na competência e experiência de cada profissional. O método ideal seria o diagnóstico etiológico, porém requer técnicos especializados e equipamentos sofisticados de laboratório, na maioria das vezes indisponíveis (BRASIL, 2006). Além do mais, esse método pode ser muito demorado e dispendioso, criando um obstáculo para a apresentação de resultados e, desta forma, para

o início do tratamento, e este aspecto, associado à grande demora da vinda do homem ao serviço de saúde, pode ser determinante no surgimento de complicações à saúde sexual e reprodutiva do mesmo.

Para que o tratamento seja efetuado de forma eficaz já no momento do diagnóstico clínico, é preconizado pelo programa, a abordagem sindrômica através da utilização de fluxogramas específicos. Estes possibilitam ao profissional identificar as causas etiológicas mais frequentes de determinadas síndromes, bem como indicam seu tratamento. Deve-se ainda, oferecer a sorologia para sífilis, hepatites e para o HIV, visto que tem suas incidências aumentadas diante de qualquer IST ou dos mesmos comportamentos de risco. Estudos indicam a associação das infecções por IST a outras infecções, entre elas, o HIV, por isso a necessidade da realização das sorologias acima descritas (LEITE, 2007).

A abordagem sindrômica foi introduzida pela OMS em 1991 para atendimento do portador de IST em países em desenvolvimento. O método consiste em incluir a doença dentro de síndromes pré-estabelecidas, baseadas em sintomas e sinais, e instituir tratamento imediato sem aguardar resultados de exames confirmatórios. Seu sucesso exige monitoração e avaliação constante dos protocolos, bem como supervisão e treinamento do pessoal envolvido (BRASIL, 2006).

Um aspecto relevante a ser abordado nas consultas refere-se ao aconselhamento, cujos principais objetivos são estimular a adesão ao tratamento para redução de risco, a busca, orientação e tratamento de parceiros, a fim de quebrar o 'elo' de transmissão das IST. Este item determina que o profissional de saúde esteja capacitado a informar sobre a infecção que o paciente possui e de suas potenciais complicações, ouvir as preocupações do paciente, facilitar a reflexão e a superação de dificuldades e auxiliar nas decisões para a adoção de medidas preventivas, evitando assim novas ocorrências.

A modalidade de vigilância das IST/AIDS proposta pelo Ministério da Saúde tem como base a notificação imediata de doenças específicas e síndromes. Esse sistema foi concebido para ser simples, factível, ágil e consistente, pois não depende de demorados procedimentos diagnósticos e investigativos para que a notificação seja realizada (LUZ, PEDROSA, 2005). Atualmente, no que se refere às IST/HIV, apenas a Sífilis na Gestante, a Sífilis Neonatal e o HIV são de notificação compulsória.

As IST por serem um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo e por suas repercussões na saúde, sociais e econômicas, constituem doenças de difícil detecção, uma vez que acarretam poucos sintomas

visíveis e, muitas vezes, apresentam-se de forma assintomática (LUZ, PEDROSA, 2005).

Diante dessas possibilidades, o acesso irrestrito das pessoas ao diagnóstico precoce e tratamento adequado de todas as IST é fundamental, pois a melhor forma de proteção contra o HIV e as outras IST é a prevenção, que se faz evitando as situações ou comportamentos de risco como através do uso do preservativo.

### **EDUCAÇÃO PERMANENTE X EDUCAÇÃO EMSAÚDE**

A capacitação técnica e a avaliação continuada dos profissionais se constitui em um dos eixos da Política de Saúde do Homem, como também do Programa de DST/AIDS, além do acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas visando à readequação do processo de trabalho.

Para a promoção à saúde do Homem, no que diz respeito às IST e ao HIV, deve haver ações de educação em saúde voltadas para a promoção, prevenção e tratamento das mesmas, destinadas à população como um todo e também aos profissionais de saúde, que devem dispor de capacitação técnica de acordo com suas atribuições.

No mundo do trabalho, a responsabilidade dos serviços de saúde no processo de transformação das práticas profissionais e das estratégias de organização da atenção à saúde, levou ao desenvolvimento da proposta da educação permanente, considerada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação em saúde (BRASIL, 2005).

A participação nas atividades de educação permanente se constitui em uma das atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na ESF (BRASIL, 2006) e está preconizado na Política de Educação e Desenvolvimento do SUS aprovada em setembro de 2003, pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). A educação permanente, parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva basear-se na reflexão crítica sobre as ações concretas dos profissionais na rede de serviços. Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2005).

As demandas para a capacitação devem levar em consideração a realidade local, as metas estabelecidas, os indicadores de saúde, os problemas que

acontecem no cotidiano do trabalho, que referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, as demandas dos usuários do SUS, a intersectorialidade das ações e a atenção integral, humanizada e de qualidade. Quanto à elaboração das capacitações deve-se ter o levantamento das necessidades, o diagnóstico situacional, o planejamento do conteúdo, metodologia, público-alvo, parcerias e constante monitoramento e avaliação das ações (BRASIL, 2005).

### **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e exploratório, de análise quanti-qualitativa, que foi realizado na Unidade de Saúde da Família José Pinheiro 1, Equipes I e II, que pertence ao distrito Sanitário I do município de Campina Grande-PB.

A Unidade assiste 1.923 famílias, que correspondem a 6.268 pessoas residentes nos Bairros de José Pinheiro, Santo Antônio e Monte Castelo. O território da UBSF José Pinheiro 1 está dividido em 12 micro-áreas, com variação de 480 a 570 pessoas por micro-área. As equipes são compostas por 12 Agentes Comunitários de Saúde, 2 Médicos, 2 Enfermeiras, 1 Assistente Social, 1 Odontólogo, 1 Assistente de Saúde Bucal, 2 Auxiliares de Enfermagem, 2 Auxiliares de Serviços Gerais e 2 Vigias. Conta ainda com uma Equipe do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) que é composta por Pediatra, Educador Físico, Fonoaudiólogo, Ginecologista, Fisioterapeuta, Psicólogo e Nutricionista.

A população compõe-se dos homens de 25 a 59 anos que estão na área descrita da UBSF. Nas duas equipes existem cerca de 1.200 homens nesta faixa etária. A amostra foi composta por 18 homens, permitindo a representação significativa dos dados desejados (critério de saturação das respostas). Os critérios de inclusão corresponderam à presença de cadastramento dos usuários na UBSF José Pinheiro 1, estarem na faixa etária correspondente (25 a 59 anos, conforme recomenda a Política Nacional de Saúde do Homem) e aceitarem participar do estudo.

### **TEMPO DA PESQUISA**

A coleta de dados seguiu um cronograma pré-determinado e foi executada pelos acadêmicos do grupo PET SAÚDE junto ao preceptor. No primeiro momento deteve-se a análise documental das fichas de notificação de IST, dos AVEIANMS (Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunização e Atos não médicos) de

atendimento e de atividades educativas, a ficha PMA2 (Produção de Marcadores para Avaliação 2) e dos prontuários. Esta etapa está atrelada à abordagem quantitativa deste estudo e permitiu a busca de informações sobre a implementação da abordagem sindrômica, o perfil dos usuários atendidos, as IST prevalentes, o número e a diversidade de temas que envolvem as ações de educação em saúde, voltadas à prevenção e o controle das IST voltados à população.

O segundo momento correspondeu à aplicação de uma entrevista com perguntas abertas e fechadas, aplicadas aos usuários homens, a fim de verificar a procura do mesmo em relação à prevenção e o controle das IST, como também analisou a percepção do usuário sobre as ações direcionadas à prevenção e o controle das IST/HIV realizadas pela equipe. Este momento referiu-se à abordagem qualitativa do estudo. O instrumento foi validado por meio de pré-teste para garantir sua viabilidade e foi aplicado individualmente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme resolução 196/96, após aprovação do estudo pelo comitê de ética da Universidade Estadual da Paraíba, CAAE n°: 0395.0.133.000-10.

Os dados coletados através da análise das fichas e dos prontuários foram tabulados e analisados quantitativamente pela frequência absoluta e relativa e apresentados sob a forma de tabelas, quadros e figuras através do software Microsoft Office Excel 2008®. Os dados obtidos através da entrevista foram analisados através da técnica da análise de conteúdo de Bardin, uma vez que, é possível codificar as informações, transformando-as de um estado bruto em uma possível representação do conteúdo (BARDIN 2003 apud TURATO, 2003).

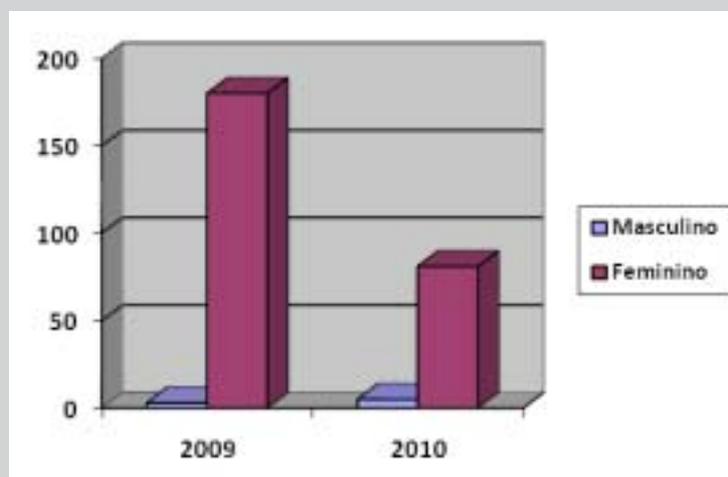
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As ações desenvolvidas pelas Equipes foram identificadas através da análise dos documentos e das entrevistas com os homens e estão apresentadas mediante a importância de sua representatividade e impacto organizacional, dentre as ações desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família. Desta forma, encontrou-se pouca procura dos homens às unidades de saúde, na busca de atendimentos voltados as IST, como também as estratégias utilizadas na prevenção destes agravos, através de práticas educativas pelos profissionais da ESF que inexistiram ao longo do ano de 2009/2010.

Contextualizando a realidade apresentada, parte-se para uma reflexão quanto às ações de saúde voltadas para o público masculino e ressalta-se que apenas a partir do segundo semestre de 2010 estas foram priorizadas pelas equipes, objetivando melhorar a acessibilidade do homem ao serviço. Verifica-se que essa iniciativa deve-se em parte à motivação e às discussões propostas pelo PET Saúde do Homem.

### DESAFIOS NA ACESSIBILIDADE DO HOMEM ÀS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE

A partir da análise dos registros de atendimentos caracterizou-se a prevalência do atendimento de mulheres com IST em detrimento aos homens, conforme pode-se verificar no gráfico abaixo, na proporção de 60 mulheres para 1 homem.



**Figura 1:** Representação dos usuários com IST atendidos no serviço quanto ao sexo. Fonte: Fichas de notificações de IST, ano 2009/2010 (vigilância Epidemiológica: departamento de DST/AIDS, Secretaria de Saúde de Campina Grande)

Para PINHEIRO *et al.*, (2002) e FIGUEIREDO (2005), de modo geral, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens. Os autores associam a ausência dos homens ou sua invisibilidade nos serviços a uma característica da identidade masculina relacionada a seu processo de socialização. Nesse caso, a identidade masculina estaria associada à desvalorização do auto-cuidado e à preocupação incipiente com a saúde.

Para SCHRAIBER, GOMES, COUTO (2005), um fator de grande importância no padrão dos riscos de saúde nos homens e na forma como estes percebem e usam seus corpos é a questão de gênero. Segundo GOMES, NASCIMENTO, ARAÚJO (2007), o ser homem estaria associado à invulnerabilidade, força e virilidade. Essas características seriam incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, representada pela procura aos serviços de saúde, o que colocaria em risco a masculinidade e aproximaria o homem das representações de feminilidade.

Estas percepções podem ser reafirmadas através de algumas falas relacionadas ao questionamento da necessidade de procura ao posto de saúde do bairro como:

*“Não, não vou porque eu não preciso. Fui só uma vez no centro de saúde por causa de uma mordida de cachorro (entrevistado P)” ou “Ainda não, porque falta de interesse meu mesmo (Entrevistado A)” ou ainda “Faz um bom tempo que eu procurei um serviço de saúde; só para tomar vacinas ano passado, dia 02 de maio. Problemas de doença não procurei, porque eu evito muito. De lá pra cá sobre os outros problemas de doenças não procurei, mas graças a Deus porque eu evito muito (entrevistado G)”.*

As falas dos homens em relação à acessibilidade direcionam uma percepção das Unidades de Saúde da Família como locais voltados apenas ao tratamento de doenças e não à prevenção, o que remete a percepção da comunidade de que o funcionamento dos serviços fundamenta-se em um modelo curativista e ambulatorial, que é contrário à noção de cuidado proposta pela perspectiva da Atenção Básica. Esta última compreende o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde, e não apenas o cumprimento de atendimentos fundamentados num modelo clássico de demanda espontânea e tratamento de enfermidades (BRASIL, 2006).

Quando questionados sobre a busca ao serviço

diante de algum problema em relação à sua saúde sexual ou órgão genital, a maioria dos usuários apresentava falas restritivas e assim negativamente o questionamento. Dos 18 homens entrevistados, apenas dois afirmaram ter tido, ao longo da vida, alguma infecção nos órgãos genitais ou em relação a sua sexualidade. Conforme relato do entrevistado P.S: *“Rapaz... doença, doença não. Mas já apresentei um problema”.*

Esta percepção dos homens em relação ao seu estado de saúde e suas vivências de adoecimento está de acordo com a citação de autores como GOMES, NASCIMENTO, ARAÚJO (2007), que afirmam que outra questão que reforça a ausência dos homens ao serviço de saúde seria o medo da descoberta de uma doença grave, sendo assim, não ter conhecimento sobre sua saúde pode ser considerado um fator de proteção (GOMES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2007).

Quando se remete ao tratamento o entrevistado R.X relatou que direcionou sua resolução, conforme visto na fala a seguir: *“Tratei, na farmácia né”*; Mas foi ao médico? *“Não”*. Segundo FIGUEIREDO (2005), os homens preferem utilizar outros meios como farmácias, que responderia mais objetivamente às suas demandas e os atenderia mais rápido, além disso, eles sentem que podem expor seus problemas com mais facilidade.

Por estes diversos aspectos, a população masculina, na maioria das vezes, colocam em segundo plano os aspectos agravantes que atuam sobre sua saúde, em especial as de ordem sexual, não se preocupando em adotar condutas que visem à manutenção do cuidado. Neste sentido, a demanda da população masculina existente, se torna imperceptível para os serviços de saúde. Isto mostra que, para contar com essa população nos serviços de saúde, é preciso que haja uma valorização do auto-cuidado, e para isso é preciso haver uma sensibilização da mesma. Os Serviços de Saúde devem planejar ações organizadas e que possam ser aperfeiçoadas a partir das dificuldades encontradas por essa população. Com isso facilitaria a ida do homem à unidade, estimulando o mesmo a praticar ações que visem seu bem-estar.

## **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE**

No que se refere ao levantamento dos registros voltados à educação em saúde e das falas dos entrevistados, identifica-se que estes ocorrem durante a consulta Médica e de Enfermagem, através dos cuidados orientados, porém quanto às atividades planejadas, voltadas à educação popular, estas não existiram ao longo dos anos de 2009 e 2010, conforme

visto na fala do entrevistado P.S: “*Algumas que recebi foi usar camisinha sempre nas relações e prestar atenção nas pessoas que vou sair*”. Bem primeiro recebi orientação no doutor da UBSF e depois por pessoas que já passaram por isso.”

Este aspecto nos remete que as orientações de promoção e prevenção à saúde sexual ficaram restritas a esta demanda apresentada, não se apresentando ao longo dos documentos analisados, registros de atividades educativas realizadas ou o planejamento pela equipe, através da educação permanente em saúde, de atividades direcionadas à abordagem sexual e à prevenção às IST voltadas à população masculina.

Quanto à escolaridade a maioria dos homens (11) entrevistados tem o ensino fundamental incompleto, 2 são analfabetos, 4 tem ensino médio e 1 ensino superior completo. A escolaridade deficiente da maior parte dos entrevistados deve ser considerada na construção da percepção masculina sobre seu estado de saúde e o conhecimento sobre as IST e serve como eixo balizador pelos profissionais na programação e pactuação das ações em saúde.

A respeito do conhecimento dos Homens sobre as IST a maioria dos entrevistados relataram conhecer o que seria uma Infecção sexualmente transmissível, conforme demonstra a figura 2.

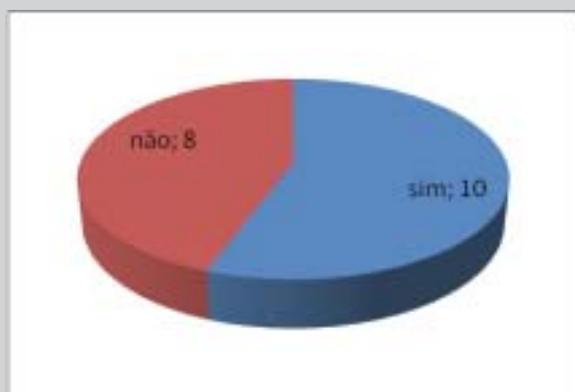
Sob este aspecto, o percentual de pessoas que desconhecem as IST/HIV ainda é alto considerando a gravidade das mesmas e o impacto que representam para a morbimortalidade da população por este meio. Por isso, é preciso que a equipe de saúde reflita sobre a importância de trabalhar as ações de promoção da saúde e prevenção das IST, de forma contínua, nos diversos grupos formados na comunidade, para que assim os profissionais possam estar contribuindo mais efetivamente para a redução da incidência dessas doenças (RODRIGUES *et al.*, 2011).

No entanto, quando questionados se já tinham recebido alguma informação sobre as IST e por quem, em apenas duas falas foi citado que o pessoal do posto orientou. Nos demais, as fontes de informação são outras e não há relato de atividades educativas conjuntas ou planejadas, conforme pode ser visto nas falas a seguir do entrevistado F e G respectivamente: “... *assim na escola já, mas pela UBSF não*” ou “*Já recebi, pela televisão, cartazes na parede, a gente sempre vê e assim vai aprendendo*”.

Quanto ao acesso aos insumos de prevenção, 5 dos 18 homens entrevistados tinha conhecimento da disponibilidade de entrega do preservativo na UBSF, conforme realça as falas a seguir: “*Não sei dizer*” (Entrevistado P.S) e “*Não tenho conhecimento*” (Entrevistado D).

Esta se constitui em uma das atividades de promoção e prevenção à saúde prioritária e estabelecida pelo Programa Nacional de DST/AIDS. Além de se constituir em uma das medidas mais simples de prevenção às IST e de cuidado à saúde sexual. Por este aspecto, este item denota a importância da necessidade de melhoria das informações pelos profissionais da equipe, em especial, o Agente Comunitário de Saúde, para que, na abordagem à família, o homem seja orientado sobre os insumos de prevenção disponíveis, objetivando reduzir de maneira menos custosa e prática a incidência e o aumento da morbidade por IST/HIV.

Sob este enfoque, para o aumento da promoção à saúde do Homem no que diz respeito às IST e ao HIV, deve haver ações de educação em saúde voltadas para a promoção, prevenção e tratamento das mesmas, destinadas à população como um todo e também aos profissionais de saúde, que devem dispor de capacitação técnica de acordo com suas atribuições. A participação nas atividades de educação permanente se constitui em uma das atribuições comuns a todos os



**Figura 2:** Representação do conhecimento dos Homens sobre as IST.

profissionais que atuam na ESF (BRASIL, 2006) e está preconizado na Política de Educação e Desenvolvimento do SUS aprovada em setembro de 2003 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A partir destes aspectos deve-se conceber a prática educativa a partir do conhecimento da realidade, tendo o homem como colaborador neste processo de elaboração da melhoria de sua qualidade de vida, sendo o profissional e o usuário sujeitos pró-ativos na construção desta educação popular (SAMPAIO 2010 apud PAIVA, 2010).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No desenvolvimento da pesquisa percebemos as fragilidades e dificuldades que as Equipes da UBSF José Pinheiro 1 enfrentam em relação ao atendimento prestado à Saúde do homem. No decorrer desta análise vimos que a população que procura a unidade é basicamente formada por mulheres, observamos que as questões de ordem sexual, em especial às IST, na perspectiva da Educação Permanente e da Educação Popular em saúde, apresentam grandes fragilidades, que

por sua vez geram mais desinformação, baixa adesão do homem ao serviço, pouca procura por medidas de proteção, como o preservativo e ao tratamento de enfermidades, levando-os a guardarem os problemas e demandarem atendimentos com outras formas de resolutividade como através de farmácias.

Os entraves de acessibilidade do ponto de vista sócio-cultural precisam ser trabalhados, como também os do ponto de vista organizacional, através da estruturação por parte da Equipe, que deve partir do redirecionamento do cotidiano das práticas em saúde, tendo como foco a educação em saúde de toda a população.

Como ainda perdura a feminilização do atendimento realizado no serviço, pode-se através de atividades educativas na comunidade resgatar o universo masculino e estabelecer mecanismos de proximidade com o mesmo, a fim de proporcionar maior abertura por parte dos profissionais, possibilitando uma maior aproximação com este usuário, o que facilitaria o atendimento e asseguraria a vinda do homem ao serviço para além dos sinais e sintomas, mas, objetivando fortalecer a prevenção e promoção à sua saúde por meio do cuidado partilhado e planejado.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. *Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem*. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília: 2008. 40 p. Disponível em < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf> >. Acesso em 10 de Maio de 2010.
- BRASIL. *Política de Educação Permanente em Saúde e Capacitação do Programa Nacional de DST e Aids*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: 2005. 68 p.
- BRASIL. *PORTARIA Nº648/GM DE 28 de março de 2006*. Disponível em:< <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> Acesso em: 10 de Maio de 2010.
- BRASIL. *Pacto pela Saúde*. Série Pactos pela Saúde. 1º Edição. Brasília: 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 12 de Junho de 2010.
- BRASIL. *Diagnóstico e Acompanhamento de DST/AIDS*. Ministério da Saúde. Brasília (DF). 2006. Disponível em < [http://www.aids.gov.br/portalaids\\_services/main.asp](http://www.aids.gov.br/portalaids_services/main.asp) > Acesso em: 11/07/2010.
- BRASIL. *Aconselhamento em DST, HIV e AIDS - Diretrizes e Procedimentos Básicos*. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. 4ª Ed. Brasília – DF, 2000.
- BRASIL. *Crítérios de definição de casos de AIDS em Adultos e crianças*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. 56p. – (Série Manuais n.º 60). Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. *Manual de bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. 2ª edição. Brasília: 2006.
- BRASIL. *Agencia Nacional de Divulgação dos Boletins de IST/HIV*. Disponível em < <http://www.agenciaaids.com.br/site/noticia.asp?id=11034> >. Acesso em 12 de Junho de 2010.
- BRASIL. *DATA-SUS*. Disponível em < <http://www.snn.com.br/noticia/32903/8>>. Acesso em 12 de Junho de 2010.
- BRASIL. *SISPACTO*. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sispacto/>. Acesso em: 12 de Junho de 2010.
- CAMPINA GRANDE. *Relatório de gestão da Diretoria de Vigilância a Saúde*. Secretaria Municipal de Saúde. 2009.
- FIGUEIREDO W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1): 105-109, 2005.
- 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. de Saúde Pública*, 23(3): 565-574 2007.
- LEITE MTF, COSTA AVS, Carvalho KAC, Melo RLR, NUNES BMTV, NOGUEIRA LT. Saber e prática contraceptiva e prevenção de DST/HIV/AIDS em universitários da área da saúde. *Rev. bras. Enfermagem*, 60(4): 434-438, 2007.

16. LUZ TCB, PEDROSA ML. Subnotificação de Casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis: A Situação do estado do Rio De Janeiro. *DST – Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis* 17(2): 111-116, 2005. Disponível em <http://www.dst.uff.br/revista17-2-2005/4-a%20subnotificacao.pdf>. Acesso em 11/06/2010.
17. PARKER R. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: O desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982-1996. *Divulgação em Saúde para Debate*,1(27): 8-49, 2003.
18. PINHEIRO RS, VIACAVA F, TRAVASSOS C, BRITO AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(4): 687-707, 2002.
19. RODRIGUES LMC, MARTINIANO CS, CHAVES AEP, AZEVEDO EB, UCHOA SAC. Abordagem às Doenças Sexualmente Transmissíveis em Unidades Básicas de Saúde da Família. *Revista Cogitare Enfermagem*, 16(1): 63-69, 2011.
20. SAMPAIO J, SANTOS RC, PAIXÃO LA, TORRES TS. Promoção da saúde sexual: desafios no Vale do São Francisco. *Psicologia e Sociedade*, 22(3): 499-506, 2010.
21. SCHRAIBER LB, GOMES R, COUTO MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1): 7-17, 2005.
22. TURATO ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2003.
23. WELZER-LANG D. *Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo*. In: Schpun MR, organizador. *Masculinidades*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC: 2004.p.(107-127).

#### CORRESPONDÊNCIA

Flávia Alves Aguiar Siqueira  
Rua Tab. Severino Lucas de Lacerda, 110  
58100-000 Catolé - Campina Grande - Brasil

#### E-mail

flaviaaguarsiqueira@hotmail.com