Capítulo 5

A saúde do homem na interface com a Psicologia da Saúde

Railda Fernandes Alves
Ana Gabriella Barros de Lima
Fabiana Maria de Souza
Monalisa Vasconcelos Ernesto
Renata Pimentel da Silva

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ALVES, RF., *et al.* A saúde do homem na interface com a Psicologia da Saúde. In ALVES, RF., org. *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 147-168. ISBN 978-85-7879-192-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

5

A saúde do homem na interface com a Psicologia da Saúde

Railda Fernandes Alves
Ana Gabriella Barros de Lima
Fabiana Maria de Souza
Monalisa Vasconcelos Ernesto
Renata Pimentel da Silva

Contexto

A saúde do homem tornou-se, no momento atual, um assunto de interesse dos que fazem as políticas públicas de saúde no Brasil. Finalmente, depois de tantos fatos e dados estatísticos/científicos que expõem as dificuldades dos homens brasileiros em utilizarem os serviços de saúde, o tema começa a tomar visibilidade midiática e a receber do sistema nacional de saúde um tratamento diferenciado.

A compreensão dos processos que explicam as dificuldades demonstradas pelos homens brasileiros a hora de zelar pela sua saúde é assunto para várias disciplinas. Aqui, no âmbito deste capítulo, o tema será abordado pelo viés da

Psicologia da Saúde. Para isto, será indispensável apresentar o conceito de Psicologia da Saúde aqui utilizado.

A Psicologia da Saúde é entendida como um campo de aplicação da Ciência Psicologia dedicado aos cuidados de saúde geral. Sua prioridade assenta-se sobre as assistências de promoção de saúde e de prevenção de doenças. Nesse modelo de atuação psicológica, as práticas do psicólogo se alargam para além das práticas clínicas e da saúde mental já que o objetivo maior é a saúde global das pessoas inseridas em seus coletivos sociais (ALVES, 2008).

A Psicologia da Saúde avança na atualidade buscando novos espaços expandindo-se na direção de atender as novas demandas de produção de saber e de saúde que visam a contemplar comunidades antes não assistidas pelas prioridades das Políticas Públicas. Tudo isso exige do profissional de Psicologia desenvoltura e habilidades interdisciplinares e ensina que as profissões de saúde traçam caminhos paralelos a outras profissões, ou seja, necessitam cada vez mais, para a concretização da saúde pública, da interlocução multiprofissional.

No tocante às políticas públicas de saúde, faz-se mister destacar que, historicamente, elas estiveram voltadas para o atendimento do público feminino e somente, nas últimas décadas, a literatura sobre gênero e saúde voltou-se para o estudo do universo masculino (GIFFIN, 2002). Em consonância com essa perspectiva investigativa, emergem modificações institucionais e práticas protagonizadas por projetos cuja ênfase recai sobre a saúde dos homens.

Nesse caso, a problemática existente quanto a relação do sujeito frente ao processo de saúde-doença passa a ser influenciada por preocupações e indagações referentes aos altos índices de morbi-mortalidade dos homens quando comparados aos índices das mulheres (PINHEIRO et al, 2002). Esse dado configura-se como uma justificativa importante

para confirmar a realização de investigações sobre a relação gênero masculino e saúde e denuncia também que as políticas públicas de saúde ainda são insuficientes e não contemplam, de modo satisfatório, as relações entre as construções culturais de masculinidade e a saúde preventiva.

Na intenção de somar algumas contribuições ao aprofundamento desta discussão, o presente capítulo pretende fazer um levantamento bibliográfico, não exaustivo, da literatura sobre a relação entre a saúde dos homens e as políticas públicas de saúde, numa interface com a Psicologia da Saúde. Concomitantemente, visa conhecer alguns desdobramentos dessa relação de gênero com a saúde.

Psicologia da Saúde

Nos últimos anos, a compreensão do processo saúde-doença sofreu muitas mudanças. Nesta trajetória, deixou de ser objeto de estudo apenas das disciplinas biomédicas para se tornar objeto do conhecimento interdisciplinar. De modo que, as ciências sociais passam a compor o conjunto de disciplinas dedicadas ao estudo e compreensão do referido processo. Segundo Alves e Rabelo (1998), as investigações, na área de saúde, contemplam essa relevante pluralidade teórico-metodológica em decorrência de sua natureza biopsicossocial, que exige contribuições de várias ciências a exemplo da Sociologia, da Antropologia, da Psicologia dentre outras. De acordo com Minayo (1991 *apud* ALVES e RABELO, 1998), isso se daria porque “a própria polissemia do termo saúde escapa do objeto de qualquer disciplina” (p. 14).

Entre as novas disciplinas a abordarem, de maneira singular, o processo saúde-doença, destaca-se a Psicologia da Saúde, cujo foco central é o interesse pela saúde geral das pessoas. Propõe-se a descrever os níveis de atenção de saúde (primário/básico, secundário/especializado e terciário/ de alta complexidade) em que se dão as ações do profissional

de Psicologia, além de caracterizar-se, como já dito acima, como um campo de aplicação da Psicologia autônomo em relação à Psicologia Clínica. Ou seja, que abrange todas as intervenções de saúde inclusive as de saúde mental (ALVES, 2008).

Numa perspectiva histórico-conceitual, Matarazzo (1980 *apud* CALVETTI; MULLER; NUNES, 2007) corroborado por LOVELLE (2003) afirma que a Psicologia da Saúde pode ser entendida como uma área de contribuições profissionais, científicas e educacionais da Psicologia para a promoção e a manutenção da saúde; visando à prevenção e ao tratamento do processo saúde-doença e à identificação dos fatores relacionados ao desenvolvimento de enfermidades, além de buscar contribuir para a análise e a melhora do sistema dos serviços de saúde, bem como para elaboração de uma política sanitária.

Jesus e Rezende (2006) também corroboram tal definição e acrescentam que a Psicologia da Saúde “funda-se na perspectiva de ultrapassar as dicotomias tradicionais de indivíduo e sociedade, natureza e sociedade e saúde/doença” (p.123).

Fazendo uma diferenciação entre promoção de saúde e prevenção de doenças, Jesus e Rezende (2006) afirmam que promover saúde é aplicar à sociedade condições de vida que lhe garanta bem-estar no âmbito social, mental e físico. Ressalta, portanto, que:

(...) neste aspecto esta conceituação distancia-se na noção tradicional de que cuidar da saúde é tratar e prevenir doenças por profissionais de saúde para incluir a participação do indivíduo, da população e da sociedade em defesa da vida (JESUS; REZENDE, 2006, p.123).

Rutsatz e Câmara (2006) apontam que “... a promoção de saúde tem sido o foco das atividades dos psicólogos, sendo promovida através de atividades de desenvolvimento comunitário, bem como disponibilidade e aprimoramento de atendimentos” (p.59).

Quanto à prevenção de doenças, esta consiste na prática de medidas preventivas que objetivam reduzir comportamentos e práticas de risco, que contribuem para o estabelecimento de uma enfermidade. Visa, portanto, “eliminar ou reduzir a probabilidade de doenças ou incapacidades” (JESUS; REZENDE, 2006, p.124). Para isso, são realizadas práticas educativas, campanhas de vacinação, exames médicos periódicos, entre outros.

Gênero e saúde

As contribuições mais atuais das ciências sociais se centraram no caráter relacional das questões de saúde abordando principalmente a característica social do processo de adoecimento e as perspectivas de gênero como maneiras de contemplar a relação saúde-sociedade (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Impulsionados por esse novo ponto de vista, em que a saúde passou a ser entendida como um processo com variados aspectos psicossociais envolvidos e, contrário ao enfoque tradicionalmente biológico, as discussões da relação gênero-saúde também passaram por mudanças.

Até recentemente, essas discussões eram protagonizadas pelo movimento feminista as quais se centravam nas questões relativas à feminilidade e à desigualdade entre os gêneros. As mulheres eram percebidas como seres frágeis por serem vulneráveis a diversas influências fossem elas físicas, intelectuais ou morais. Tal percepção da mulher atribuía-se

às suas supostas sensibilidades e aptidões à maternidade (AQUINO, 2006).

Os movimentos feministas, liderados pelas mulheres, travaram suas lutas colocando francamente a sua indignação frente a estes argumentos e representações. As principais reivindicações das mulheres foram romper as diferenças entre os gêneros e garantir a equidade entre os diversos meios, dentre eles a saúde. Estes movimentos da década de 80, como afirma Farah (2004), foram responsáveis pela implantação das primeiras políticas públicas com esse recorte de gênero.

Aquino (2006) revela em seus estudos referentes a gênero e saúde que estes são, em sua grande maioria, publicados por mulheres. Têm enfoques mais voltados para as questões do sexo feminino, feminilidade, feminismo e aborda temas como: sexualidade e saúde, violência doméstica, reprodução e contracepção, trabalho e saúde. Justificando este fato, Heilborn e Sorj (1999 *apud* AQUINO, 2006) dizem que:

Por um lado, isto reflete o peso que a hierarquia de prestígio entre os sexos tem em ordenar objetos científicos e cientistas; por outro, a percepção de que existe uma forte associação entre a área de estudos de gênero e movimentos de mulheres que dificulta a incorporação de pesquisadores homens (p.126).

A partir da década de 1970, novas perspectivas de análise incluíram também o universo masculino em suas investigações. Nessas, começam a aparecer as primeiras teses assegurando que os homens desempenham um importante papel na busca da igualdade de gênero (KORIN, 2001). Essa inclusão do masculino se justifica na própria dimensão de gênero, já que homens e mulheres precisam ser percebidos em suas idiossincrasias e pluralidades no limite constitutivo das relações sociais que formam (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Além disso, essa perspectiva está afinada com as recentes

iniciativas em prol da promoção de saúde, que traz implícitas questões relativas à equidade de direitos (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Saúde da Mulher

Como foi dito acima, os modos como homens e mulheres cuidam de sua saúde divergem em função de vários fatores psicossociais. No caso das mulheres, há que se registrar seu empenho em forma de protestos e denúncias pela falta de assistência equânime e global.

Cedendo às pressões dos movimentos feministas, o governo brasileiro instituiu, em 1983, o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher – PAISM (FARAH, 2004, p.51). Tal Programa teve em sua filosofia original promover uma articulação entre os aspectos que interferem diretamente sobre a saúde da mulher. Este Programa representa um marco na história das políticas públicas dirigidas à mulher, permanecendo como uma referência na luta desta pela saúde. Neste caso, entendida como um direito de cidadania (LEÃO; MARINHO, s/d).

Durante muito tempo, a saúde da mulher foi considerada de forma reducionista, já que as práticas de saúde eram centralizadas em temas relacionados à maternidade, negligenciando-se, assim, a visão da mulher como possuidora de um corpo que merecesse atenção integral. Essa perspectiva da integralidade, na saúde, deveria referir-se também ao contexto social, psicológico e emocional das mulheres, as quais mereciam ser encaradas em sua completude (OSIS, 1998).

Dessa forma, o PAISM representava, conforme dito por Costa (1992, *apud* OSIS, 1998), um programa que reporta a “uma esperança de resposta ao dramático quadro epidemiológico da população feminina” (pag.30), enfatizando o controle das patologias, a exigência de uma nova postura

no atendimento, devendo este privilegiar a integralidade da assistência. Segundo Osis (1998), o programa pregava que:

a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao contrário das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para a concepção e contracepção (OSIS, 1998, p. 27)

Mesmo trazendo inovações no enfrentamento aos problemas relacionados à saúde da mulher, o PAISM sofreu diversas e severas críticas, dirigidas principalmente à suposição de que o programa seria um artifício do governo para controlar a natalidade. A atribuição à mulher da responsabilidade total pela reprodução, a exclusão do homem do programa, e a pretensão de alcançar a integralidade e a universalidade das práticas de saúde centralizaram as principais queixas.

O uso do termo *atenção integral* foi considerado inadequado já que os objetivos do programa se voltavam quase exclusivamente para a atividade sexual e reprodutiva da mulher, retomando o reducionismo tão combatido, no qual a mulher se definia por sua capacidade de reprodução.

Giffin (2002) afirma que, apesar da existência de programas e iniciativas dedicados aos cuidados à saúde das mulheres; ainda que se constate uma feminilização tanto no nível dos programas quanto dos serviços de saúde, os cuidados voltados à saúde da mulher são ainda insuficientes. Tal conclusão se revela quando se verificam, por exemplo, os números sobre a incidência dos casos de AIDS em mulheres e as taxas de fecundidade em adolescentes brasileiras. Disto conclui-se que a situação da saúde do grupo em questão tem muito que melhorar.

Segundo Osis (1998), o Programa para concretizar suas diretrizes deveria partir da elaboração de uma política de atenção à saúde do adulto. Esta última crítica é corroborada por Giffin (2002) que denuncia também um controle exacerbado exercido sobre o corpo feminino além da excessiva medicalização.

Como é possível constatar na citação a seguir, o PAISM, em sua constituição, pretendeu abarcar todas as exigências e recomendações preconizadas para garantir o desenvolvimento de uma política equânime em termos de gênero. Assim, almejava uma:

(...) mobilização e participação da sociedade civil organizada; sensibilização das autoridades e profissionais de saúde; mulheres em posições oficiais de comando; definição de um programa oficial federal com perspectivas de gênero, elaborado com a colaboração ativa da sociedade civil; e novas leis constitucionais. (GIFFIN, 2002, p. 109).

Esta foi a imagem do Programa oferecida internacionalmente. Ainda assim, o mesmo veio a fracassar em termos das metas previamente estabelecidas. Como é possível constatar o Projeto teve a intenção de resolver a maior parte dos problemas relacionados à saúde da mulher, contudo, as sequências de falhas impediram inclusive a sua implementação em rede nacional. A morosidade e o descompasso entre a discussão, a elaboração e a aplicação efetiva da política foram, de acordo com Osis (1998), os principais motivos do fracasso na cobertura nacional do programa. A autora alega que tudo isso resultou da falta de comprometimento com a própria política, bem como com todo o sistema de saúde.

Mesmo diante destas críticas, há que se registrar os avanços trazidos pelo PAISM. Avanços representados na

preocupação de oferecer uma proposta inovadora e alternativa como resposta às precárias condições de vida da população feminina. Outro fator, apontado como positivo, foi a inclusão das informações e programas voltados à anticoncepção, que independente das intenções ocultas do governo, significou uma vitória para as mulheres, no sentido de ter permitido a estas a oportunidade de decidir sobre a quantidade de filhos que queria ter.

Gênero e saúde do homem

À medida que a literatura de gênero se volta para o estudo do masculino, surgem, também, na interface Gênero e Saúde, iniciativas voltadas para o estudo e elaboração de políticas específicas para os homens, impulsionadas por investigações de autores como, Laurenti, Mello-Jorge e Gotlieb (2005), que apontam, por um lado, uma maior mortalidade e sobremortalidade masculina comparando-se as causas de morte e, por outro lado, maior procura feminina pelos serviços de saúde, dando a ideia de que estão mais propensas a adoecer que os homens.

Pinheiro *et al* (2002), por sua vez, constataram a preferência masculina pelos serviços mais emergenciais como farmácias e pronto-socorros.

Vários autores, tais como Gomes, Nascimento e Araújo (2007), Villar (2007) e Korin (2001) revelaram estrita relação entre um modelo culturalmente construído de masculinidade e sua influência nos cuidados com a própria saúde. Korin (2001), ainda, acrescenta que “em vez de usar uma definição de gênero monolítica e estereotipada, é mais apropriado falar de masculinidades e feminilidades” (p.70). Essas devem ser entendidas como significados culturais atribuídos às diferenças sexuais, e que, à medida que são construídas e perpassadas culturalmente, são também referências para o modo de ser e se relacionar.

Waldron (1976 *apud* AQUINO, 1991) aponta em seus estudos que 3/4 da diferença da expectativa de vida entre homens e mulheres são atribuídos a aspectos ligados às questões de gênero. Harrison, Chin e Ficcarrotto (1989 *apud* KORIN, 2001), também, denunciam o gênero masculino tradicional - a masculinidade hegemônica para Korin (2001) - como algo ameaçador para a saúde do homem, embora isso ainda não tenha sido devidamente explorado.

Para além das questões de gênero, pesquisas apontam (GOMES *et al*, 2008) que podem coexistir outros fatores inerentes ao funcionamento dos serviços de saúde, capazes de obstaculizar o acesso masculino a esses serviços. Gomes, Nascimento e Araújo (2007) apontam alguns desses possíveis aspectos que estariam relacionados ao trabalho, acessibilidade aos serviços, especificidades das equipes profissionais e estrutura de funcionamento desses serviços, como outros elementos influenciadores de uma menor procura dos homens pelos serviços em saúde.

Programa Saúde do Homem

Dados do Ministério da Saúde dão conta de que, no ano de 2007, as mulheres realizaram aproximadamente 17 milhões de consultas preventivas, contra 2,7 milhões de consultas por parte dos homens (BRASIL, 2009). Reafirmando-se a prática da prevenção de doenças como prática mais constante no âmbito do universo feminino do que no do masculino. Percebeu-se, também, que essa população estava fora de todas as políticas de saúde, embora representem 41,3 % da população masculina, e 20% do total da população brasileira. Ela ainda corresponde à parcela preponderante da força produtiva e, além do mais, exerce um significativo papel sociocultural e político (BRASIL, 2008).

Corroborando com esses dados, Laurenti, Mello-Jorge e Gotlieb (2005) e BRASIL (2006, 2008) apresentam, em seus

estudos, estatísticas preocupantes nas quais os homens lideram as causas de morte. Estes mesmos dados confirmam que a expectativa de vida destes é menor do que a das mulheres. Apesar disso, eles procuram menos os serviços de atenção primária de saúde (APS) que se caracterizam pela proposta de promoção de saúde e de prevenção de doenças (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO et al, 2002). Tal atitude representa um privilégio dado à atenção secundária e terciária (ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, respectivamente), em prejuízo da primária. Fato que contribui para uma demora na intervenção preventiva e diagnóstica, além de provocar o agravamento da morbidade e um aumento dos gastos com os tratamentos, pelo sistema de saúde (BRASIL, 2008).

Gomes, Nascimento e Araújo (2007) esclarecem que a “pouca procura” masculina pelos serviços de saúde não se refere necessariamente a um cálculo da relação oferta-demanda, mas sim, aos hábitos preventivos que são práticas mais associadas ao mundo feminino. O artigo, em questão, aborda uma pesquisa que comprova a menor procura dos homens pelos serviços de APS, fato descrito por profissionais em diferentes contextos, mas que como aponta Figueiredo (2005), pode tratar-se de uma ausência ou ainda invisibilidade dos homens no interior desses serviços decorrentes de não serem os homens o foco de atuação das equipes.

Diante desse contexto, o Ministério da Saúde desde agosto de 2008 vem discutindo o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - o PNAISH - política pública que incluirá a população masculina entre 25 e 59 anos nas prioridades da APS. Entre os principais objetivos do programa em questão está:

[...] promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos

e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2008, p.3).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) afirma através de seus documentos que o PNAISH está alinhado com a Política Nacional de Atenção Básica, com as estratégias de humanização e em consonância com os princípios do SUS, e tem por finalidade fortalecer as ações e serviços em redes e cuidados da saúde. Tem como princípios: 1. orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção; 2. mudar paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a de sua família; 3. capacitar tecnicamente os profissionais de saúde para o atendimento ao homem; 4. enfatizar os aspectos educacionais e organizar os serviços de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se parte integrante deles; 5. implementar a Política da saúde do homem de forma integrada às demais políticas existentes, priorizando a APS como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime.

Esse Programa é resultante de alguns Projetos de Lei¹ (FRAGOSO, 2005; ROLLEMBERG, 2009) destinados à saúde do homem que visam, de forma geral, à detecção e tratamento de doenças, buscando priorizar a promoção de saúde e a prevenção das doenças no coletivo masculino, tão pouco atendido em suas necessidades de saúde. Objetiva ainda trazer informações sobre as diversas vulnerabilidades às quais a população masculina está sujeita, como por exemplo: ao

1 O projeto de Fragoso encontra-se, na atualidade, em tramitação no Senado Federal.

câncer prostático, ao hipo e hipertireoidismo, à diabetes, à hipertensão arterial, às doenças degenerativas, ao câncer de mama, dentre outras.

Atualmente, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer – INCA (2008), o câncer prostático é um dos seis mais comuns do mundo. Tendo uma taxa de incidência maior em países desenvolvidos, o que provavelmente estaria associado a fatores como o estilo de vida e a alimentação. A mortalidade por câncer de próstata é relativamente baixa, o que reflete, em parte, seu bom prognóstico. A sobrevida média mundial estimada em cinco anos é de 58%.

No Brasil, como em outros países do mundo, o perfil de morbimortalidade por câncer de próstata também tem se alterado nas últimas décadas. Ainda de acordo com o INCA (2008), o número de casos novos de câncer de próstata estimados para o Brasil, no ano de 2008, e válidos também para o ano de 2009, é de 49.530. Estes valores correspondem a um risco estimado de 52 casos novos a cada 100 mil homens. O risco estimado é de 69/100.000 na região Sul, 63/100.000 na região Sudeste, 47/100.000 na região Centro-Oeste, 38/100.000 na região Nordeste e 22/100.000 na região Norte.

Ainda para o INCA (2008), alguns fatores de risco para o surgimento desta neoplasia estariam associados à idade, em que a incidência e a mortalidade crescem a partir dos 50 anos de idade; à hereditariedade, onde casos desta neoplasia na família alteram a incidência de 3 para até 10 vezes mais do que na população em geral; a hábitos alimentares, além do estilo de vida.

Segundo o deputado Heleno Fragoso, defensor do Projeto de Lei em saúde do homem

até 1990, o adenocarcinoma da próstata representava o terceiro tumor do sexo masculino, sendo menos frequente que o câncer de pulmão e o câncer de

cólon. A partir daquele ano, tumores da próstata ultrapassaram em número essas duas neoplasias e passaram a representar o câncer mais freqüente do homem representando 40% dos tumores que acometem os indivíduos do sexo masculino (FRAGOSO, 2005).

Segundo o Sistema Nacional de Auditoria, órgão do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), no quadro da saúde pública brasileira, o câncer de próstata é um dos grandes problemas. Esse tipo de câncer é duas vezes mais frequente do que o câncer de mama de incidência masculina.

Apesar do aumento nas taxas de incidência, justificadas a partir da melhoria nos aspectos referentes a evolução dos métodos diagnósticos, por um melhor serviço de informatização e, pelo aumento da expectativa de vida da população brasileira, o número de homens possuidores de tal enfermidade poderá ser muito maior, devido a escassa procura masculina aos serviços de saúde, fato já confirmado em pesquisas (SCHRAIBER; NEMES; MENDES-GONÇALVES, 2000; GOMES *et al*, 2007; GOMES *et al*, 2008; BRASIL, 2008). A não procura justifica-se pela influência de duas principais categorias: dos fatores socioculturais e, dos fatores institucionais. A esse respeito encontramos, no PNAISH (BRASIL, 2008), a seguinte afirmação:

A compreensão das barreiras socioculturais e institucionais é importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, que deve ser a porta de entrada ao sistema de saúde, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção (p.6).

No que se referem aos aspectos culturais, as perspectivas de análises procuraram, nos últimos anos, investigar a relação entre a percepção de gênero e os cuidados com a saúde. Percebeu-se que a masculinidade é geralmente associada com invulnerabilidade, fazendo crer que hábitos preventivos ficariam a cargo do sexo “frágil”, o feminino (KORIN, 2001).

Para Braz (2005), a construção da subjetividade masculina é dificultada pela concepção social de que o homem deve possuir uma imagem identitária “... ligada a não ser homossexual, a não ser mulher, a ser forte, capaz, protetor, violento, decidido e corajoso”. Ainda segundo este autor, “... ao homem caberia, então, ser forte – o que pode resultar em descuido com o próprio corpo” (BRAZ, 2005, p.101).

Segundo Korin (2001), em sociedades que equiparam poder, sucesso e força como características masculinas, os homens buscam, no processo de socialização (pela mídia, entre pares, na família), o distanciamento de características relacionadas ao feminino: sensibilidade, cuidado, dependência, fragilidade. Estas atribuições simbólicas diferenciadas entre homens e mulheres resultam, muitas vezes, para os homens, em comportamentos que os predispõem a doenças, lesões e mortes.

Além desses aspectos no campo do imaginário social também foram investigadas as jornadas de trabalho, neste caso entendidas como uma categoria relevante para a compreensão do fenômeno em tela. Os resultados dos estudos mostraram que as jornadas de trabalho não se encaixam com os horários dos serviços de saúde. Por isso, a falta de tempo; a impossibilidade de deixar as atividades para a realização do tratamento médico, o medo de que o problema de saúde seja revelado, foram utilizados pelos homens como justificativas para o não comparecimento aos serviços de saúde. Na realidade, os homens temem que a revelação de algum problema de saúde possa prejudicá-los, resultando na perda do posto de trabalho.

A precarização dos serviços de saúde pública; a falta de recursos financeiros a falta de escolarização e informação dos usuários; a própria composição da equipe de saúde; entre outros aspectos também poderiam funcionar como empecilhos a um maior acesso masculino aos serviços de APS (NEMES; MENDES-GONÇALVES,; COUTO, 2005; GOMES; NASCIMENTO; 2000; KORIN, 2001; SCHRAIBER; GOMES ARAÚJO, 2007; BRASIL, 2008).

Uma vez que a maior parte dos estudos das políticas de saúde, no Brasil, centrou-se em aspectos relacionados com a categoria ‘jornada de trabalho’, como aponta Giovanella e Fleury (1996), conhecer detalhadamente os aspectos que contribuem para o acesso insatisfatório dos homens aos serviços de APS, torna-se um ponto importante para o sucesso da política em questão.

Mudar a cultura do homem sobre a medicina preventiva, quebrando preconceitos e o mobilizando para questões referentes aos cuidados com sua própria saúde apresentam-se como o grande desafio do PNAISH. De posse dessas informações, poder-se-ão realizar ações capazes de levar os homens a modificarem seus hábitos de cuidados de si em prol de uma promoção da saúde e da prevenção de doenças, priorizando aspectos educacionais (BRASIL, 2008).

Considerações finais

Como palavra final é importante afirmar que é fato a constatação da existência de uma defasagem no conhecimento dos percalços que estão na base do comportamento dos homens frente aos cuidados com a sua saúde. Fenômeno que é decorrente, também, da maciça produção de estudos, realizados em sua maioria por mulheres, cuja ênfase recai sobre a saúde das próprias mulheres. Há que se registrar ainda a prioridade dada pelo governo brasileiro às políticas de saúde da mulher, nas quais os homens ficaram literalmente de fora.

Estas conclusões permitem mostrar que estudar, pesquisar e difundir os saberes sobre os fatores que estão atrelados aos porquês de os homens não procurarem a assistência de saúde ainda no primeiro nível de atenção (APS), representa uma importante contribuição do mundo acadêmico ao sistema de saúde brasileiro, o qual rege as políticas de saúde no Brasil.

A investigação das relações intrínsecas ao processo saúde-doença ressalta a sua inter-relação com as concepções de gênero, considerando que os cuidados com a saúde estão, também, imbricados nas construções subjetivas e culturais das diferenças entre os sexos.

O conhecimento dos aspectos psicossociais que influenciam o comportamento dos homens no que se refere à procura pelos serviços de APS, pode estimular a apresentação de propostas de mudanças institucionais capazes de atrair esse público. Também, interferir nas construções culturais do binômio: cuidados com a saúde e percepções do masculino, de forma a aproximar essas percepções às práticas mais salutar e integrais.

Os estudos sobre gênero e saúde trazem uma importante contribuição à investigação desta problemática, já que se propõem a ampliar a visão das relações subjetivas e culturais que conduzem os comportamentos de homens e mulheres quando o tema é cuidar da saúde.

Nesta direção, a contribuição da Psicologia da Saúde na abordagem deste problema se foca sobre dois pontos principais: o primeiro dedicado à pesquisa, e o segundo voltado à intervenção.

A pesquisa dedicada à explicação do fenômeno permitirá abrir novas veredas para a criação e proposição de modelos e programas que estimulem o grupo, em foco, a desmistificar as práticas de prevenção de doenças e as de promoção de saúde.

A intervenção, realizada no setor público de saúde, será guiada pelo conhecimento gerado na pesquisa. O qual auxiliará a implementação das práticas, originárias dos modelos e programas pensados a partir do conhecimento produzido na etapa anterior (na pesquisa). Evidentemente, da detecção e explicação da problemática até o desenvolvimento de novas percepções sobre o autocuidado com a saúde, poderá significar um longo caminho. Daí a necessidade e a urgência no trato desse tema. Que deve ser considerado não como um tema de moda, mas como uma política de saúde a ser acompanhada e cuidada com o intuito de evitar que fracasse antes mesmo de sua completa implantação.

Referências

ALVES, P. C.; RABELO, M. C. O status atual das ciências sociais em saúde no Brasil: tendências. In: _____. (orgs.). **Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Editora Relume Dumará, 1998, p. 13-28.

ALVES, R. F. **Intervenciones de profesionales en el campo de la salud**: estudio antropológico comparativo en Brasil, España y Portugal. Espanhã, 2008. Tese (Doutorado em Psicologia da Saúde), Universidade de Granada, 2008.

AQUINO, E. M. L. de. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, 2006. Edição especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30631.pdf>>. Acesso em: 27 de mar. 2009.

AQUINO, E. M. L. de et al. Mortalidade feminina no Brasil: sexo frágil ou sexo forte?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 7, n. 2, abr/jun. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de indicadores do SUS**. Brasília, DF, 2006.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes, Brasília, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 15 de maio 2009.

_____. **Política nacional de atenção básica**. 4. ed. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman>. Acesso em: 29 de mar. 2009.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 10, n. 1, jan/mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232005000100016&script=sci_arttext>. Acesso em: 4 de abr. 2009.

CALVETTI, P. U.; MULLER, M. C.; NUNES, M. L. T. Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 4, dez. 2007.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**, vol.12, nº.1, p.47-71, 2004.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 de abr. 2009.

FRAGOSO, H. Projeto de Lei nº, de 2005, Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/287523.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2009.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, 18. p.103-112, 2002. Suplemento.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise In: EIBENSCHUTZ, C.(org). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 177-198, 1996.

GOMES, R et al. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, nº6, nov/dez 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F do; ARAÚJO, F. C. de. 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. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, mar. 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Síntese de resultados e comentários, 2008. Disponível em: [//www.inca.gov.br/estimativa/2008](http://www.inca.gov.br/estimativa/2008). Acessado em: 06 abr 2009.

JESUS, S. N. de; REZENDE, M. M. Atualidades em psicologia da saúde: colaborações Brasil e Portugal. **Mudanças: psicologia da saúde**, v.14, n.2, p.121-125, jul/dez. 2006.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência latino-americana**. v.2, n.2, mar. 2001. Disponível em: <http://raladolec.bvs.br/scielo>>. Acesso em: 15 abr. 2009.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, mar. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&p>. Acesso em: 18 abr. 2009.

LEÃO, E. M; MARINHO, L. FB. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Rev. Promoção da Saúde**, p.31-36. S/d.

LOVELLE, R. P. *La psicología de La salud en Cuba*. **Revista Electrónica Psicología Científica**, 2003. Disponível em: <http://>

www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-112-1-la-psicologia-de-la-salud-en-cuba.html>. Acesso em: 8 maio 2009.

OSIS, M.J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 (supl.1): v25-32, 1998.

PINHEIRO, S. P. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2009.

ROLLEMBERG, R. **Projeto de Lei Nº** , 2009, Em tramitação. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/640411.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2009.

RUTSATZ, S. N. B.; CÂMARA, S. G. O. O psicólogo na saúde pública: trajetórias e percepções na conquista desse espaço. **Aletheia**, Canoas, n. 23, 2006. Disponível em: <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000200006> Acesso em: 8 maio 2009.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 2000.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100002>. Acesso em: 18 abr. 2009.

VILLAR, G. B. **Gênero, cuidado e saúde**: estudo entre homens usuários da atenção primária em São Paulo. São Paulo, 2007. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva), Universidade de São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-20062007-162247/>>. Acesso em: 27 mar. 2009.