



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

MORGANA NEVES MACEDO

POR QUE OS HOMENS VIVEM MENOS? ANÁLISE DE UM CENÁRIO REAL.

SÃO PAULO
2020

MORGANA NEVES MACEDO

POR QUE OS HOMENS VIVEM MENOS? ANÁLISE DE UM CENÁRIO REAL.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: ALINE FIORI DOS SANTOS FELTRIN

SÃO PAULO
2020

Resumo

Os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e morrem mais precocemente que as mulheres, segundo diversos estudos. Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica. A partir da percepção dessa problemática dentro do contexto da população masculina do território coberto pela Unidade de Saúde de Ajapi, o seguinte projeto de intervenção tem o objetivo de criar meios e ferramentas para promover a saúde e realizar projeto de educação em saúde continuada para esta população.

Palavra-chave

Promoção da Saúde. Política de Saúde. Saúde do Homem.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Dentre as diversas situações com as quais me deparei ao longo do desenvolvimento de nossas atividades na unidade, uma delas foi a relativa ausência masculina nos atendimentos em comparação com a presença feminina. Ao debatermos e questionarmos com a equipe quanto a essa constatação, sempre foi reforçada a ideia de que esta é uma realidade presente na maioria dos serviços de saúde, e que boa parte dos poucos homens que comparecem são trazidos pelas mulheres.

Houve a percepção de que em diversas consultas com homens que nos traziam queixas agudas (e que raramente frequentavam a USF), acabávamos por diagnosticar quadros como hipertensão arterial sistêmica e diabetes melitus, por exemplo, através de rastreamentos pensados devido à faixa etária/fatores de risco dos usuários. Isso, somado às constantes reclamações acerca de problemas de saúde de usuários homens por parte de suas esposas, mães e filhas, fez crescer a vontade de trabalhar algum tipo de “grupo de homens”, que tivesse como objetivo principal coletar as demandas e tentar de alguma forma torná-los mais participativos no dia a dia da unidade de saúde.

Outro fato muito interessante que foi percebido é o seguinte: muitas mulheres, que realizam acompanhamento na unidade devido a problemas de saúde mental, o faziam por problemas familiares e de cunho social, onde um número significativo entre as mesmas queixava-se do fato de que seus maridos/companheiros eram usuários de álcool/alcoólatras e que isso infligia em abandono do lar, violência doméstica, agressividade, ou até mesmo o simples fato de a mulher se preocupar com a saúde de seu cônjuge, o que interferia diretamente em sua qualidade de vida e estabilidade emocional.

A partir desses dados observados, foi iniciada a discussão e a busca por uma maneira integrada de acolher e incluir estes homens às atividades da USF, a fim de se criar um vínculo forte e contínuo com os mesmos, e viabilizar atividades de promoção e prevenção à saúde, além de abordar assuntos como os vícios em reuniões e incluir a prática de redução de danos para os pacientes que assim necessitarem.

ESTUDO DA LITERATURA

Estão intimamente atrelados a atenção primária conceitos como proximidade e caráter longitudinal do cuidado, promoção do vínculo e da corresponsabilização do usuário com o processo saúde-doença (Starfield, 2002). Percebemos, no entanto, na prática cotidiana, que há resistência intensa por parte dos homens em procurar os serviços de saúde, principalmente a atenção primária, para resolução de suas queixas e demandas.

As estatísticas mostram claramente que os homens morrem mais precocemente e são mais vulneráveis às enfermidades graves e crônicas que as mulheres. Ainda assim, a despeito disso, não buscam atendimento como elas o fazem (Figueiredo, 2005; Pereira et al, 2002).

No que toca essa problemática, o Ministério da Saúde, em seu documento “Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem”, cita dois tipos de barreira que os afastariam da atenção: as barreiras institucionais e as socioculturais. (Gomes, 2003). A primeira relacionada a horário de funcionamento dos serviços e algumas dificuldades enfrentadas no acesso (como filas para marcação de exames e encaminhamentos, por exemplo). A última principalmente atrelada aos estereótipos de gênero, a crença de “invulnerabilidade” por parte do homem e uma concepção de masculinidade hegemônica, conceitos que devem ser desconstruídos e trabalhados nas atividades com os usuários.

Ao lado da violência como um grande problema relacionado a mortalidade masculina, encontra-se o alcoolismo. Estima-se que haja cerca de 6 milhões de pessoas nessa situação. O uso de álcool representa 20% de todas as internações de homens por transtornos mentais e comportamentais e pode-se afirmar com clareza de que é um problema de saúde pública, que mobiliza diversas políticas governamentais para seu controle. De cada 6 homens que fazem uso de álcool, 1 torna-se dependente, em contraste com a taxa de 10:1 nas mulheres (CEBRID, 2005).

Face à questão do uso abusivo de álcool, surgiu a dúvida de como abordar esse problema no grupo de homens e acabou-se decidindo que a estratégia de redução de danos seria a melhor maneira quando comparado à abstinência. Dessa forma, seriam levadas em conta as singularidades dos usuários, suas demandas particulares e, assim, eles seriam também atores de seu processo de melhora, não apenas expectadores das condutas médicas. A redução de danos oferece-se como um método, que está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. (Brasil, 2004). A participação do usuário é ativamente estimulada e o vínculo com o profissional torna-se peça fundamental para o sucesso da terapêutica.

Cita-se ainda na política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas: *“Proporcionar tratamento na atenção primária, garantir o acesso a medicamentos, garantir atenção na comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades / famílias / usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorizar a saúde mental na comunidade, dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos são práticas que devem ser obrigatoriamente contempladas pela Política de Atenção a Usuários de Alcool e Outras Drogas, em uma perspectiva ampliada de saúde pública.”* (Brasil, 2004).

Obviamente, a redução de danos não entrará como estratégia principal contra o uso abusivo

de álcool em todas as situações. Dependerá, em primeiro lugar, da motivação do usuário em parar ou não a ingestão de bebidas alcoólicas, além de fatores não menos importantes como suas comorbidades e questões psicológicas. Se o objetivo de abstinência alcoólica é declarado pelo usuário, cabe ao médico apoiá-lo nessa decisão e fornecer os meios necessários para contribuir nesse processo. A redução de danos entra quando há resistência em parar de beber, servindo como uma conexão entre ambas as partes para conduzir o usuário no caminho certo. Qualquer sinal de melhora clínica ou dano reduzido já é considerado um sucesso clínico nesse modelo (Logan et al, 2010).

AÇÕES

Para alcançar a população masculina da Unidade e oferecer atendimento integral ao homem, as ações propostas são:

- ♦ Criação do grupo de saúde do homem, com encontros quinzenais, com discussão de assuntos sugeridos pelos usuários, promovendo troca de experiências na interface da educação em saúde;
- ♦ Colher as demandas trazidas por estes usuários e intermediar as devidas intervenções com a unidade de saúde;
- ♦ Discutir e abordar a redução de danos quanto ao alcoolismo e o uso abusivo de álcool e outras drogas, com projeto terapêutico individual para cada caso abordado;
- ♦ Rastrear algumas das doenças mais prevalentes na população em geral, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e câncer de próstata;
- ♦ Solicitar e coletar exames laboratoriais de rotina periodicamente;
- ♦ Apoiar os usuários em sofrimento mental e acolher suas queixas;
- ♦ Criação de horários alternativos para atendimento dos pacientes que trabalham em turno integral;
- ♦ Criar vínculo com as empresas próximas ao território para realizar palestras e reuniões, a fim de levar informação e trazer os usuários para dentro da unidade.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se, após a adoção destas medidas, que seja feita a interface com esta população, criando vínculo e a troca de experiências. A intenção é a de que estes homens se afastem desta ideia de que doenças são formas de fraqueza, e a de que cuidados preventivos no que se refere à saúde são dispensáveis; a conversa e a demanda destes pacientes, guiando o processo, possa facilitar a proximidade com os mesmos.

Além disso, espera-se que condições de saúde mais prevalentes, possam ser diagnosticadas e tratadas de forma precoce, aumentando assim, tanto a qualidade de vida destes pacientes, como diminuindo o risco de morbimortalidade ligado a estas condições importantes.

É importante também grifar o papel da educação continuada deste contexto, podendo haver discussões a cerca do gênero e suas implicações, afim de trabalhar em um processo de desconstrução destes homens, afim de também, de alguma forma, atender à demanda de suas mulheres que procuraram a unidade, fortalecendo o contexto social e familiar dos mesmos, trazendo benefícios a longo prazo, não só para os mesmos, mas para todos que o cercam.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de Atenção Integral à saúde do homem (Princípios e Diretrizes). MS 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Plano de Ação Nacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

MANGUEIRA, S. O. et al. (2015). Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Psicol. Soc.* [online]. 2015, vol.27, n.1 [cited 2017-04-27], pp.157-168.

LOGAN, D. E., MARLATT, G. A. (2010). Harm Reduction Therapy: A Practice-Friendly Review of Research. *Journal of Clinical Psychology*, 66(2), 201-214.

COURTENAY WH Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 2000; 50:1385-401.

FIGUEIREDO W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:105-9.