

**FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

WANCERLEIDE SALES PINHEIRO BORGES

**SAÚDE DO HOMEM: UMA ABORDAGEM DOS ASPECTOS
CULTURAIS E LEGAIS RELACIONADOS À SAÚDE PÚBLICA**

**NATAL/RN
2009**

WANCERLEIDE SALES PINHEIRO BORGES

SAÚDE DO HOMEM: UMA ABORDAGEM DOS ASPECTOS CULTURAIS E LEGAIS RELACIONADOS À SAÚDE PÚBLICA

Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado à coordenação do Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN, como requisito necessário para conclusão de curso.

Orientadora Prof^a: Cléa Maria da C. Moreno
(Msc)

NATAL/RN
2009

RB. 33.272



M 614-055.1

B7341

2009

px 01

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Borges, Wancerleide Sales Pinheiro

Saúde do homem: uma abordagem dos aspectos culturais e legais relacionados à saúde pública. / Wancerleide Sales Pinheiro Borges. – Natal: FARN, 2009.

xxf.

Orientadora: Cléa Moreno (titulação)

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Promoção à saúde – Monografia. 2. Homem – Monografia. 3. Enfermagem – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 614

WANCERLEIDE SALES PINHEIRO BORGES

Monografia **SAÚDE DO HOMEM: UMA ABORDAGEM DOS ASPECTOS CULTURAIS E LEGAIS RELACIONADOS À SAÚDE PÚBLICA** aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Graduação em Enfermagem da Faculdade Natalício para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

Aprovada em: __, __, __.

FARN - Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte
Banca Examinadora (**orientador**)

FARN - Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte
(**1.º Avaliador**)

FARN - Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte
(**2.º Avaliador**)

AGRADECIMENTOS

Aos Humanos, personagens principais desta monografia.

Aos que me ajudaram pela orientação, paciência e por me ajudar a finalizar este caminho.

Aos meus pais, irmãos e amigos, pelos momentos compartilhados, pelas aberturas, confortantes e pelas palavras amigas, durante a jornada e consolidação desta vida.

Dedico. A Deus, que por muitas vezes esquecido, jamais deixou de iluminar meus caminhos e fortalecer-me nos momentos mais difíceis da vida. Àqueles que mais amo, aos meus pais, meus irmãos e principalmente ao meu avô: exemplo de vida e de amor incondicional. Pelas vezes que renunciaram de seus sonhos para ajudar a realizar os meus.

AGRADECIMENTOS

Aos Homens, personagens principais desta monografia.

Aos que me ajudaram pela dedicação, paciência e por me auxiliar a trilhar este caminho.

Aos meus pais, irmãos e amigos, pelos momentos compartilhados, pelos abraços confortantes e pelas palavras amigas, dedicam a vocês a concretização deste sonho.

"Só nasce realmente muito quando nasce
algo de vós mesmos".

(K. Gibran)

RESUMO

For the last three decades, the concept of "campus" has been used to describe a specific area of land, usually enclosed by a fence or wall, where students and faculty live and work. This concept has been used to describe a variety of campus types, from the traditional "campus" to the "open campus" and the "distributed campus". The traditional "campus" is a large, enclosed area of land, usually with a central building or buildings, where students and faculty live and work. The "open campus" is a campus that is not enclosed by a fence or wall, but rather, it is a campus that is spread out over a large area of land. The "distributed campus" is a campus that is spread out over a large area of land, but it is not enclosed by a fence or wall, and it is not a single campus, but rather, it is a collection of campuses. The concept of "campus" has been used to describe a variety of campus types, from the traditional "campus" to the "open campus" and the "distributed campus". The traditional "campus" is a large, enclosed area of land, usually with a central building or buildings, where students and faculty live and work. The "open campus" is a campus that is not enclosed by a fence or wall, but rather, it is a campus that is spread out over a large area of land. The "distributed campus" is a campus that is spread out over a large area of land, but it is not enclosed by a fence or wall, and it is not a single campus, but rather, it is a collection of campuses.

"Só dareis realmente muito quando derdes
algo de vós mesmos".

(K. Gibran)

RESUMO

Ao longo das duas últimas décadas, pesquisadores de diferentes campos disciplinares buscam entender os riscos diferenciados de adoecimentos e mortes para homens e mulheres. O foco específico na relação homem e saúde vêm ocorrendo, nos últimos anos, tanto nos meios acadêmicos quanto no âmbito dos serviços de saúde. No entanto, incluir a participação do homem nas ações de saúde é, no mínimo, um desafio, por várias razões. A falta de cultura para tal, o comportamento alto suficiente desenvolvido ao longo dos anos, e de que homem não adoecce são variáveis que explica a pouca adesão dos homens a programas específicos de controle de patologias como Diabetes e Hipertensão nos serviços de saúde pública. Os estudos sobre homens, e saúde, apontam várias análises críticas desde a década de 70 em vários lugares do mundo e por diferentes autores, todos eles na busca pelo entendimento dos comportamentos masculinos. Por que discutir, especificamente, a saúde do homem? Um argumento que, de certa forma, podemos utilizar para responder a pergunta pode se voltar para o posicionamento de que os sujeitos homens e mulheres necessitam ser vistos ambos de forma singular. Nesse sentido, focar a singularidade do homem não nos leva, necessariamente, a perda da dimensão relacional. A saúde do homem; essa expressão, à primeira vista, pode vir de encontro a uma política que preconiza a superação do modelo de mulher e saúde para o de gênero e saúde, mas na verdade se trará de ampliar as ações de promoção em saúde de forma a equacionar a não adesão dos homens aos serviços de saúde pública, associada a índices cada vez mais altos de mortalidade entre homens cada vez mais jovens.

Palavras-chave: Promoção a Saúde. Saúde do Homem. Enfermagem.

SUMÁRIO

ABSTRACT

Over the last two decades, researchers from different disciplinary fields seek to understand the risks of different illnesses and deaths for men and women. The specific focus on the relationship between man and health come occurring, in recent years, as much in academia as in the context of health services. However, include the participation of man in health actions is the least, one challenge, for several reasons. The lack of culture for this, behavior high enough developed over the years, is that man is not sick are variables that explain the low accession of the men to specific programs to control pathology such as diabetes and hypertension in public health services. Studies about men and health indicate several critical analysis from the 70's in several places in the world and by different authors, all in the quest for understanding the behavior masculine. Discuss why, specifically, the health of man? An argument that somehow we can use to answer the question may turn to the positioning of the subjects women and men need to be viewed both in a unique way. In this sense, focusing on the uniqueness of man does not lead, necessarily, the loss of relational dimension. Man health; this expression, at first sight, it can come against a policy that calls for the overcoming of the model of health for women and the gender and health, but in fact it will increase the actions in health promotion in order to equate the lack of access of men to public health services, coupled with rates higher and higher of mortality among men younger.

Keywords: Health Promotion. Man Health. Nursing.

INTRODUÇÃO 20

2. METODOLOGIA 27

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO 33

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS 37

5. REFERÊNCIAS 40

6. GLOSSÁRIO 42

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	10
2-JUSTIFICATIVA.....	14
3-OBJETIVOS.....	15
3.1 GERAL.....	15
3.2 ESPECIFICOS.....	15
4 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
4.1 SAÚDE DO HOMEM.....	16
4.2 CONHECIMENTO DO ÓRGÃO.....	23
4.3 DIFICULDADES A PROMOÇÃO PREVENTIVAS.....	24
4.4 O PAPEL DA ENFERMAGEM VOLTADA PARA A POPULAÇÃO MASCULINA.....	25
4.5 PROCESSO DE INCLUSÃO.....	26
4.6 MORBI-MORTALIDADE.....	27
5 METODOLOGIA.....	35
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	39
GLOSSÁRIO.....	427

1 INTRODUÇÃO

Segundo Ramos (2000) a década de 70 foi considerada um marco dos estudos norte-americanos acerca da temática "homem e saúde". Esses estudos traduziam um pensamento exploratório tangenciado pela teoria e política feministas e conceitualmente pressupunham que a masculinidade tradicional produzia déficit de saúde.

O mesmo autor relata ainda, que a partir dos anos 90, a temática em questão começou a ser abordada sob uma perspectiva diferenciada. A discussão passou a refletir, dentre outros aspectos, a singularidade do ser saudável e do ser doente entre segmentos masculinos. Essa abordagem, sem perder a perspectiva relacional de gênero, veio focalizando, sobretudo, a ressignificação do masculino para buscar-se uma saúde integral do homem.

De acordo com Figueiredo (2005) a reivindicação de uma política de saúde mais integral voltada para a população masculina poderia, à primeira vista, ser tomada como um movimento contrário ao empenho de promover programas de gênero destinados à saúde da mulher. No entanto, é a partir da própria dimensão de gênero que se advoga uma abordagem também do masculino, uma vez que tanto homens quanto mulheres necessitam ser vistos em sua singularidade e em sua diversidade no âmbito das relações que estabelecem.

Nesse aspecto, o conhecimento das singularidades permite melhor aproximação da forma imediatamente relacional do par masculino-feminino, assegurando uma maior densidade de conhecimento das especificidades de cada pólo em interação.

Tomando-se em particular as questões da prevenção e da promoção, pode-se perceber que os efeitos do movimento de incluir o homem no debate sobre saúde não se restringem à saúde masculina. Por consequência, consegue ganhos para a saúde feminina em temas que só avançam na medida em que se consegue a participação masculina em seu enfrentamento (GOMES, 2003).

A participação do homem nas ações de saúde é, no mínimo, por diferentes razões, um desafio. Uma delas se refere ao fato em geral, do cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde, e outra no que se refere ao cuidar dos outros. Questões essas que não são colocadas na socialização dos homens.

Por outro lado, alguns, quando promovem o cuidado de seu corpo, apresentam um extremo fisiculturismo, quando o cuidado de si transforma-se em risco de adoecimentos. (RAMOS 2000).

O mesmo autor ressalta ainda, que se deve priorizar a atenção básica, com foco na estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado; e incluindo nas ações de promoção, proteção e recuperação; o homem no seu estado integral.

A participação da população masculina nos debates é de suma importância para sua saúde. Já que estudos demonstram que os homens cuidam pouco de si e só buscam ajuda quando os problemas se agravam. Quando assim o fazem, é visto como sinal de fraqueza até por profissionais, dificultando o convencimento do homem que a prevenção é o melhor caminho para se ter uma melhor qualidade de vida (NOLASCO, 1997).

Os homens têm dificuldades em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Ainda, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso. Tendo em vista que a doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. Muitos se julgam invulneráveis, o que acaba por contribuir para que se cuidem menos de si mesmos e se exponham mais às situações de risco (BRASIL, 2008).

Deve-se haver uma proposta inclusiva, através das ações de saúde, na qual os homens considerem os serviços também como espaços masculinos e que, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados. O campo da saúde reprodutiva é um dos que mais vem advogando a participação do homem, seja no sentido exclusivamente de informação e como apoio à saúde das mulheres, seja no sentido de reconhecer o homem como sujeito que tem necessidades, assim como direitos sexuais e reprodutivos (GOMES, 2003).

Novas políticas a serem implantadas na Unidade Básica de Saúde, devem ir além da prevenção do câncer de próstata. Alguns homens costumam alegar que não vão aos postos de saúde por que estes fecham cedo, enquanto ainda estão no trabalho. Outro ponto é a questão do acolhimento. Há profissionais que levam seus preconceitos de casa para o trabalho. Onde, então, deve-se existir uma capacitação

desses mesmos profissionais, principalmente agentes comunitários e integrantes da estratégia da saúde da família, para acolherem melhor esses homens.

É nesse aspecto que o governo federal lança um programa direcionado para a saúde do homem, no sentido de buscar os mesmos aos serviços públicos, os inserido em programas de promoção e prevenção a saúde. (BRASIL, 2008).

Assim, no sentido de ampliar os horizontes acerca do assunto, buscando transmitir maior conhecimento quanto a um tema ainda pouco esclarecido e pouco conhecido no meio da enfermagem, assim como no meio do senso comum dos homens. A busca por resposta acerca do tema, a dificuldade encontrada nas Unidades de Saúde em identificar programas direcionados á saúde do homem, assim como da constatação e poder visualizar a pouca adesão dos homens aos serviços de saúde pública motivaram essa pesquisa. Algumas questões, entretanto, valem esclarece para melhor compreensão desta. Uma delas se trata ao que se define como homem e mulher e suas diferenças. (BRASIL, 2008).

Durante algum tempo, os termos sexo e gênero eram utilizados indiscriminadamente. Na literatura mais recente, entretanto, o termo sexo reserva-se, preferentemente, às características biológicas predeterminadas, relativamente invariáveis, do homem e da mulher, enquanto que gênero é utilizado para assinalar as características socialmente construídas que constituem a definição do masculino e do feminino, em diferentes culturas (OPS, 1990).

A Política de Atenção Integral à Saúde do Homem deve considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. As masculinidades são construídas historicamente e sócio-culturalmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação. Essa consideração é fundamental para a promoção da equidade na atenção da população masculina, que deve ser considerada em suas diferenças por idade, condição socioeconômica, étnico-racial, por local de moradia urbano ou rural, pela situação carcerária, pela deficiência física ou mental e pelas orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas. É fundamental que ações em saúde resguardecem as diferenças nas necessidades de saúde da população dos homens no país, sem discriminação (BRASIL, 2008).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, portanto, além de evidenciar os principais fatores de morbi-mortalidade na saúde do homem explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da

população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade comprometem o acesso à atenção primária, bem como repercutem de modo crítico dessa população à situações de violência e de risco para a saúde.(KLEIN, MAXSON, E MILLER, 1997).

Diante disso, pretendemos nesse trabalho identificar as condições da saúde da população masculina do Brasil, através de uma revisão de literatura. Investigar as principais doenças que acometem a população masculina, observando o papel do enfermeiro nas ações de promoção, proteção e recuperação ao gênero masculino. E proporcionar um melhor esclarecimento e entendimento dos profissionais voltados para Unidade Básica de Saúde (UBS) para que haja um bom acolhimento.

2 JUSTIFICATIVA

Esse trabalho pretende abordar aspectos da sexualidade masculina que, se não devidamente discutidos, poderão comprometer a saúde do homem. Com a intenção inicialmente de trazer alguns estudos sobre as assistências de Enfermagem direcionadas a população masculina, tanto na crise da masculinidade quanto da sexualidade do homem em geral.

É necessário conhecer os trabalhos de enfermagem desenvolvidos em estabelecimentos públicos, procurando identificar possíveis deficiências voltadas para essa população masculina, para assim colaborar com equipe para um plano assistencial de acordo com a necessidade de assistência a saúde do homem.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL:

- Identificar as condições da saúde da população masculina de Natal, através de revisão de literatura.

3.2 ESPECIFICOS:

- Investigar as principais causas de morbidade e mortalidade na população masculina;
- Identificar as ações da Enfermagem na ótica da promoção à saúde ao gênero masculino;

4 REVISÃO DA LITERATURA:

Esta revisão será dividida nos seguintes tópicos: Homem e Saúde: percepção histórica; Orientações sobre o conhecimento do seu órgão; Dificuldades à Promoção de medidas preventivas; O Papel da Enfermagem Voltada para a População Masculina; Processo de Inclusão; Principais Doenças que Acometem o Homem: Morbi-Mortalidade.

4.1 HOMEM E SAÚDE: PERCEPÇÃO HISTÓRICA

O conceito de gênero, referindo-nos às múltiplas formas de construção social dos papéis do feminino e do masculino na sociedade, já vem sendo aplicado à promoção da saúde de mulheres adultas e adolescentes, buscando enfrentar a discriminação contra a mulher. Aplicar uma perspectiva de gênero a favor da mulher tem revelado as múltiplas formas com que a construção social de gênero prejudica a atenção à sua saúde; desde barreiras para o acesso aos serviços médicos, devido a esta discriminação, até a falta de uma abordagem sensível às necessidades da mulher por parte dos profissionais de saúde. Embora, falte muito no Brasil, e no mundo inteiro, para melhorar o status e as condições sociais das mulheres adultas e adolescentes, a aplicação de uma perspectiva de gênero, que tem se mostrado sumamente importante (NOLASCO, 1995).

Mesmo em regiões como o Brasil, onde a discriminação estrutural contra a mulher ainda é forte e onde os homens se beneficiam em geral de uma vantagem de gênero, a masculinidade para os homens representa tanto vantagens quanto desvantagens. Por exemplo: em muitas famílias brasileiras, os homens adolescentes talvez tenham mais status e privilégios nas suas casas. Mas, existem pesquisas indicando que os meninos relatam mais abusos físicos nas suas casas do que as meninas - à exceção do abuso sexual, que é mais relatado por meninas (ASSIS, 1997).

Cada vez mais, prestadores de serviços na área de saúde sexual e reprodutiva examinam o papel dos homens na perpetuação da discriminação e violência contra a mulher, que em alguns casos tentam envolver os homens na melhoria da condição feminina. Ao mesmo tempo estudam-se como os papéis

rígidos de gênero representam problemas e riscos para a saúde e bem-estar dos homens. (ASSIS, 1997)

Estas novas perspectivas de gênero e de masculinidade estão nos levando a entender que o patriarcado não é uma estrutura social monolítica que distribui igualitariamente as vantagens para todos os homens. Pesquisas de várias partes do mundo nos mostram como alguns grupos de homens, de baixa renda, homens fora dos sistemas tradicionais de poder, jovens, bissexuais ou homossexuais, também estão sujeitos à discriminação (NOLASCO, 1995).

Ao mesmo tempo, os últimos 20 anos trouxeram muitas mudanças para o status da mulher, algumas positivas, outras nem tanto. No Brasil, estas mudanças estão fazendo alguns homens adultos e adolescentes se perguntarem: O que significa ser um homem hoje em dia? Os papéis tradicionais dos homens estão sendo questionados e os novos papéis masculinos não estão claros. Muitas vezes o adolescente é cobrado para ser "macho", no sentido estabelecido pelo senso comum, e ao mesmo tempo devendo mostrar-se "sensível", carinhoso e que sabe cuidar dos filhos e/ou irmãos mais novos. Esta situação costuma gerar confusão para os homens (OPS, 1990).

Esse mesmo autor, ainda relata que na área da saúde do adolescente, muitas vezes tínhamos o pressuposto de que os meninos geralmente estavam bem se comparados às meninas; e de que os meninos tinham menos riscos no seu desenvolvimento psicossocial durante a adolescência.

Os meninos geralmente são socializados para ser auto-suficientes e independentes. Sem mostrar emoções, despreocupação com a saúde e nem procurar ajuda em momentos de estresse. Várias pesquisas mostram que tanto quanto as adolescentes, os homens adolescentes experimentam estresse ou confusão durante momentos específicos da adolescência. Por exemplo: quando têm a primeira ejaculação. Mas este estresse ou confusão pode passar despercebido pelos pais, porque os meninos geralmente reprimem suas emoções e não procuram informações nem ajuda. (LINHALES, 1994).

Os homens adolescentes enfrentam uma pressão social para se definirem como "homens de verdade" frente à família, aos grupos de amigos e à sociedade, o que muitas vezes implica em uma pressão para começar a trabalhar cedo demais.

Em pesquisa com homens adolescentes de baixa renda no Rio de Janeiro, ser "homem de verdade" significava: (1) ser ativo sexualmente; e (2) o mais

importante, ser um provedor para a família. Os homens relataram em particular a pressão que sentiram para conseguir um trabalho e serem provedores para suas famílias, mesmo ainda adolescentes. Relataram também, como sabemos através dos indicadores de desemprego, que conseguir um emprego estável e digno está cada vez mais difícil no Brasil (BARKER, LOEWENSTEIN, 1997).

Além do desgaste mental, esta pressão para trabalhar precocemente também gera implicações à saúde dos adolescentes. Quando o trabalho ocorre em situações perigosas, ou sem proteção adequada, pode trazer riscos significantes de doenças relacionadas à atividade laborativa e para acidentes de trabalho. Esta inserção precoce costuma acarretar a saída do processo de educação formal, o que dificulta a melhor qualificação destes jovens para o mercado profissional. Quando este trabalho ocorre na rua, o que é bastante comum para adolescentes de baixa renda, atrai riscos de violência, acidentes, e altos índices no uso de drogas, sob a justificativa de que é um escape para poder agüentar a situação vivida. Já é de conhecimento comum que muito mais meninos do que meninas encontram-se na rua, vivendo ou trabalhando. (ASSIS, 1997).

Os resultados de 90 estudos sobre crianças que vivem ou trabalham nas ruas na América Latina revelaram que os meninos (rapazes) representam mais de 80% do contingente desta população (LINHALES, 1994).

O grupo de pares masculinos exerce um papel importante na socialização de meninos. Desde uma idade precoce, estudos de várias partes do mundo mostram que os meninos geralmente passam mais tempo fora de casa, em contextos onde não há a supervisão de um adulto, do que as meninas. As pessoas de referência para a socialização de gênero para as meninas (mãe, tias, irmãs ou outras mulheres) costumam estar mais próximas e talvez apresentem parâmetros mais claros para a identidade de gênero, enquanto para os meninos, os homens de referência (pai, tios, irmãos) geralmente estão fisicamente e/ou psicologicamente mais distantes (por causa do trabalho fora da casa). Nestas circunstâncias, o grupo de amigos chega a ser o espaço onde muitos meninos aprendem a ser homens (KLEIN, MAXSON E MILLER 1997).

Embora as meninas que trabalham e moram nas ruas enfrentem riscos específicos pela condição feminina, abuso sexual, em particular, o fato de os meninos serem a maioria mostra a expectativa das famílias e da sociedade em

relação a estes menores, e expõe dinâmicas familiares que tendem a expulsar de casa mais os filhos do que as filhas (LINHALES, 1994).

Muitas famílias socializam os meninos para serem agressivos e competitivos e socializam as meninas para serem não-violentas e às vezes aceitar passivamente a violência masculina. Os meninos geralmente são criados para seguir códigos rígidos de honra ou de orgulho masculino, que os obrigam a competir, brigar e usar da violência, às vezes por motivos insignificantes. Algumas pesquisas recentes sobre a violência e os assassinatos no Brasil comprovam que um número alto de assassinatos, na maioria dos quais envolvendo exclusivamente homens, acontecem em bares e vizinhanças ou em clubes onde disputas de "honra" começam com brigas e acabam em morte (NARDI A, GLINA S, FAVORIT, 2008).

O problema é que os modelos masculinos apresentados no espaço da rua usualmente são modelos machistas em que as mulheres são vistas como objetos, e onde a conquista sexual é valorizada. Enquanto intimidade e respeito nos relacionamentos não costumam ser enfatizados (ASSIS, 1997).

Em áreas urbanas de baixa renda onde famílias chefiadas por mulheres são mais comuns, e a presença de homens adultos nas famílias é pouco percebida, direciona os meninos a buscarem e acharem suas referências masculinas nos grupos de amigos da rua. Embora não se deva identificar o grupo de amigos como a causa de violência ou agressão. (ASSIS, 1997)

Existem pesquisas mostrando que esta grupalização está correlacionada com uso excessivo de drogas, comportamento de risco em geral, delinquência e violência. E, quando praticada por homens adolescentes contra outros homens, a violência quase sempre acontece dentro de um contexto grupal e é valorizada como expressão da identidade masculina e/ou porque os adolescentes não percebem outras formas de resolver conflitos ou de adquirir bens de consumo. (LINHALES, 1994).

Até agora, todos os exemplos da socialização masculina apresentados foram negativos ou problemáticos. É importante lembrar que nem todos os homens adolescentes seguem modelos "machistas" ou tradicionais da masculinidade. Também é importante lembrar que nem todos os aspectos da socialização masculina são negativos (LINHALES, 1994).

Pesquisadores na área de prevenção da violência e na área da sexualidade estão examinando como alguns homens adolescentes, mesmo em

contextos onde a masculinidade tradicional/machista prevalece, encontram formas de “negociar” masculinidades não-sexistas e/ou não-violentas. Quando reclamamos muito de que os homens adolescentes não participam em questões de saúde reprodutiva, não mostram respeito nas suas relações com as adolescentes, são violentos e não participam quando têm filhos, é importante lembrarmos que existem homens adolescentes que participam do planejamento familiar, cuidam de filhos e mostram respeito pelas mulheres. O entendimento destes adolescentes não-sexistas e não-violentos pode nos oferecer idéias importantes de como promover formas alternativas de masculinidade (MIEDZIAN 1991).

Algumas pesquisas sugerem que existem diferenças natas entre meninos e meninas em termos de temperamento. Meninos mostram uma tendência maior para a falta de controle de impulsos, hiperatividade, déficit de atenção e irritabilidade, características que podem predispor os meninos a usar agressão e violência (GOMES, 2003).

Estes possíveis precursores da violência podem até predispor alguns homens adolescentes a ser mais violentos ou correrem riscos, mas em geral estes fatores não são suficientemente fortes para explicar as causas da violência masculina. Outros pesquisadores estudaram o papel do hormônio sexual masculino, a testosterona, como causa da agressão em seres humanos, mas a evidência atual sugere que os efeitos destes hormônios sobre agressão são indetermináveis ou mínimos. Aliás, fica confusa a relação de causa e efeito entre testosterona e agressão porque o comportamento violento pode causar a elevação dos níveis da testosterona sérica e vice-versa (MIEDZIAN, 1991).

De acordo com Miedzian (1991), a existência de alguma tendência biológica para a agressividade masculina, porém a maioria dos comportamentos violentos é mais bem explicada por fatores sociais durante a infância e adolescência, incluindo a socialização de gênero. Outras pesquisas mostram a função instrumental e de sobrevivência da violência.

Para alguns adolescentes, que se sentem despotencializados, sem valor, identidade ou status, a violência pode ser uma forma de manter ou adquirir status frente aos pares masculinos, e/ou uma forma de prevenir violência contra eles mesmos. Ao examinar os estudos sobre a violência cometida por adolescentes, é importante lembrar que os homens jovens são quase sempre estudados apenas como agressores. Destacando-se também, que é importante lembrar que os homens

também são vítimas de violência, e por passarem mais tempo fora de suas casas, são freqüentemente testemunhas de atos violentos. As conseqüências de testemunhar violência podem ser sérias e representam uma área para a atenção psicológica, que é geralmente ignorada quando se trata da saúde do homem adolescente. (SAMPSON, R.J, e LAUB 1993).

Na questão da violência doméstica e violência entre parceiros sexuais, é também importante considerar o papel do homem adolescente. Enquanto algumas pesquisas mostram que as mulheres adolescentes e meninas são mais freqüentemente vítimas de violência sexual e abuso sexual, outras pesquisas constataam que os homens adolescentes e meninos são vítimas de abuso físico ou maus tratos físicos em suas casas. Os homens adolescentes também têm problemas em falar sobre este mau trato e/ou procurar ajuda (ASSIS, 1997).

O mesmo autor ainda relata que o outro tema relacionado com violência e com comportamentos de risco associado à socialização masculina é o uso de drogas. Embora as estatísticas muitas vezes não sejam apresentadas por sexo, em muitas partes do mundo os meninos e homens adolescentes admitem usar e experimentar mais drogas que as meninas. O uso de drogas, incluindo o álcool, é parte de uma constelação de comportamentos de risco dos rapazes, incluindo violência, brigas e atividade sexual sem proteção.

Para Assis (1997) o uso de drogas e álcool pelos rapazes no Rio de Janeiro esta associado a conceitos como "ter coragem" para manter relações sexuais, e como, o uso de drogas pelos rapazes também interferia nas decisões sensatas sobre a atividade sexual.

É importante lembrar que as pesquisas sobre sexualidade dos homens adolescentes geralmente apresentam os lados negativos da sexualidade masculina. No entanto, vale considerar também os aspectos positivos e saudáveis da sexualidade masculina. Muitos homens adolescentes mostram respeito por suas parceiras e alguns reclamam da pressão que sentem de seus pares masculinos para provar que "são homens de verdade" por meio de conquistas sexuais (SAMPSON, R.J, E LAUB, 1993).

Muitos programas de saúde do adolescente ainda não exploraram adequadamente a importância das questões de gênero e a socialização masculina. Alguns investem em atividades para adolescentes, mas logo desistem quando os rapazes não aparecem - em vez de procurar entender por que isso ocorre. De certo

os obstáculos para engajar os homens adolescentes em discussões sobre a socialização masculina, a violência, as relações íntimas e a sexualidade são complicados. Os profissionais de saúde e educadores têm seus próprios preconceitos sobre adolescentes e gênero. Mesmo assim, os exemplos apresentados aqui mostram que é possível engajar rapazes quando estes são ouvidos com sensibilidade (SAMPSON, R.J, E LAUB, 1993).

Segundo Linhaes (1994), apontam como marco inicial acerca da temática saúde-homem, os estudos norte-americanos quanto à concepção sobre homens e saúde e as análises críticas da década de 1970 ao modelo biomédico. O pensamento produzido sobre a saúde dos homens nos anos 70 foi apenas exploratório, tangenciado pela teoria e política feministas e organizava-se conceitualmente em torno da premissa de que a masculinidade tradicional produzia déficit de saúde.

Nos anos 80, tal perspectiva avança de forma mais consistente, observando-se, inclusive, uma mudança de terminologia: de estudos dos homens para estudos de masculinidades em período mais recente, transita-se das teorias de papéis-sexuais para o enfoque de gênero, quando se assiste à expansão da perspectiva de gênero em domínios como a epidemiologia e a sociologia médica nos EUA (DAMATTA R, 1997).

Os anos 90 consolidam as noções de poder, desigualdade e iniquidade de gênero na maioria dos estudos sobre homens e saúde, articulando as outras, tais como raça/cor, etnia, orientação sexual, classe, geração, religião etc., a fim de se entender os processos de saúde e doença dos diferentes segmentos de homens.

Há na América Latina uma quantidade crescente de programas que se voltam para a experiência de homens em relação à sexualidade, reprodução, paternidade, violência ou a própria saúde. O autor considera que a inclusão da temática "homens e saúde" poderá ter como resultado a participação dos homens no alcance dos objetivos programáticos dessas organizações, deslocando-se da visão tradicional do homem apenas como parte dos problemas para concebê-lo também como parte da solução. (GOMES, 2003).

Os estudos latino-americanos e brasileiros sobre homens e saúde surgem no final dos anos 80 e seguem a tendência dos estudos produzidos na Europa e nos Estados Unidos. Os estudos sobre o perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas, por exemplo, destaca um diferencial entre os sexos,

especialmente quanto a uma maior mortalidade masculina em todas as idades, além da mortalidade neste sexo para a quase totalidade das causas. Por outro lado, segundo esse estudo, há, em geral, um predomínio do adoecimento feminino, constatado por indicadores de morbidade, medidos pelas demandas dos serviços e inquéritos populacionais (LAURENTI 1998).

De acordo com Laurenti, (1998) estudos demográficos, que antes só entrevistavam mulheres, começaram a incluir os homens como informantes. Os homens também vêm sendo convidados a participar na atenção à gravidez e ao parto, não sendo considerados responsáveis somente por provocar a gestação.

4.2 HOMEM E SAÚDE: CONHECIMENTO DO ÓRGÃO

A enfermagem deve orientar sobre o funcionamento do órgão genital masculino, assim como orienta a mulher sobre a fisiologia da vagina. O pênis é composto de três cilindros especialmente vascularizado, feitos de tecido esponjoso e erétil. Dois deles são denominados corpos carvenosos por que contem os sinusóides – os espaços preenchidos pelo sangue no processo de ereção. O terceiro cilindro, que da passagem ao canal da uretra, por onde escoia a urina e o sêmen é ejaculado, é denominado apenas de corpo esponjoso. Os cilindros são enervados por fibras conectadas ao sistema nervoso autônomo (simpático e parassimpático) e revestidos por musculaturas lisas. O suprimento de sangue para o pênis é regulado pelas células desse revestimento. Quando elas estão contraídas, por estímulos dos nervos simpáticos, o sangue entra no pênis e sai livremente dele, irrigando seus tecidos com nutrientes e oxigênio. Para ocorrer uma ereção, é preciso a interferência do sistema parassimpático, que estimula as fibras nervosas a liberarem acetilcolina e óxido nítrico. As duas substâncias relaxam as células da musculatura lisa que, dilatadas, comprimem as veias que drenam o sangue dos corpos carvenosos e ele fica retido nos sinusóides. Hormônios produzidos nas glândulas adrenais, como anoradrenalina, e pelos testículos, como a testosterona, regulam a liberação das substancias dilatadoras nas fibras nervosas durante o processo de relaxamento da musculatura lisa. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2007).

4.3 HOMEM E SAÚDE: DIFICULDADES À PROMOÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS.

Existem vários exemplos para problematizar a dificuldade de promover medidas preventivas que demandem a discussão da representação da sexualidade masculina. Entre eles, podemos focalizar a nossa atenção para a prevenção do câncer de próstata. No Brasil, o câncer de próstata é, sabidamente, um grave problema de saúde pública. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), as altas taxas de incidência e a mortalidade dessa neoplasia fazem com que o câncer de próstata seja o segundo mais comum entre a população masculina, sendo superado apenas pelo câncer de pele não-melanoma. Ainda segundo o INCA, a detecção precoce do câncer de próstata é de fundamental importância para que se aumentem as possibilidades de cura. Entre as medidas preventivas, ressalta-se o toque retal realizado por profissionais de medicina. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2007).

O toque retal é, relativamente, uma medida preventiva de baixo custo. No entanto, é um procedimento que mexe com o imaginário masculino, a ponto de afastar inúmeros homens da prevenção do câncer de próstata. Essa recusa não ocorre, necessariamente, por conta da falta de informações acerca da efetividade dessa medida preventiva. Quando arrebatados pelo senso comum, homens bem informados, no mínimo, resistem a se prevenirem dessa forma. Não precisamos raciocinar muito para descobrirmos que o toque retal mexe com características identitárias masculinas (DAMATTA, 1997).

O mesmo autor ainda relata que o toque retal mexe muito com o imaginário masculino, como, por exemplo, o medo da dor, tanto física como simbólica, podendo estar presente no imaginário masculino. O toque, que envolve penetração, pode ser lido como violação, e isso quase sempre se associam à dor. Mesmo que o homem não sinta a dor, no mínimo, experimenta o desconforto físico e psicológico de estar sendo tocado, numa parte interdita. Ter ereção frente ao toque é outro medo. Ter ereção, que é uma possibilidade, pode fazer com que o homem pense que quem toca pode interpretar o fato como indicador de prazer. Em seu imaginário, a ereção pode estar associada tão fortemente ao prazer que não se consegue imaginá-la apenas como uma reação fisiológica.

4.4 HOMEM E SAÚDE: O PAPEL DA ENFERMAGEM VOLTADA PARA A POPULAÇÃO MASCULINA.

A enfermagem, tendo o cuidado como núcleo de competência e responsabilidade, manifesta potência para transitar em diferentes campos de conhecimento para a prestação deste cuidado, tendo como foco a pessoa a quem cuidará. A enfermagem pode assim estabelecer mais intensivamente canais de interlocução com agentes de outras disciplinas e, em conjunto, buscar tecnologias necessárias à assistência, estabelecendo relações com a equipe e com a família, atuando no processo de transformação da realidade. Neste sentido, consideramos que esta prática social apresenta grande possibilidade de contribuir para a construção de um saber interdisciplinar na saúde coletiva (ALMEIDA, 1997).

Retomando a questão do projeto e das práticas que executamos e vivenciamos, produzindo enquanto homens reconhecendo e nos fazemos reconhecidos pela sociedade. Uma prática que, ao se constituir, passa pelo mundo interno do homem, o trabalhador de saúde - primordialmente, um ser humano no sentido de torná-lo consciente de si e, ao mesmo tempo, fazendo com que possa ajudar o outro, com o qual se relaciona, a tornar-se consciente de si também (ALMEIDA, 1997).

Neste momento, o SUS constitui uma das manifestações de um conjunto de "necessidades sociais" de saúde, as quais portam um caráter ético-moral que defende a saúde como direito de todo cidadão, propondo-se a garantir a ele, através de seus princípios de acesso, universalidade, equidade e integralidade. É neste conjunto de necessidades que precisamos apreender os problemas dos usuários que atendemos e traçar o projeto para a enfermagem. (MERHY, 1997).

A enfermagem tem o dever de trabalhar mais em cima da saúde do homem, incentivando ao usuário em forma de placas de comunicações, folhetos, de convites a UBS, estabelecer regras, rotinas, orientações, palestras e principalmente trabalhar a questão do colhimento para com esta população. É através desses recursos que vai haver um despertar para o cuidado e prevenção da saúde, e ver que eles também pertencem àquele espaço.

4.5 HOMEM E SAÚDE: PROCESSO DE INCLUSÃO.

Segundo Bozon (2004) os homens têm dificuldades em reconhecer suas necessidades cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Os estereótipos de gêneros enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco.

A isto se acresce o fato de que o indivíduo tem medo que o médico descubra que algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade. Em nossa sociedade, "cuidado" é papel considerado como sendo feminino e as mulheres são educadas desde muito cedo para desempenhar e se responsabilizar por este papel (LYRA J : MEDRADO B, LOPES F, 2007).

Outra condicionante que é bastante visto, se reporta a questão dos serviços que em sua maioria privilegiam as ações de saúde para as crianças, os adolescentes, as mulheres e os idosos (LYRA J : MEDRADO B, LOPES F, 2007).

Com respeito a pouca presença masculina nos serviços de atenção primária aonde vem à desvalorização do auto-cuidado e a preocupação incipiente com a saúde, os homens preferem utilizar outros serviços como farmácias ou pronto-socorros, onde nesses lugares eles seriam atendidos, mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade. Seja pelo tempo perdido na espera da assistência, ou seja por considerarem as UBS como um espaço feminilizado freqüentados principalmente por mulheres, composto por uma equipe de profissionais formadas em sua maioria, também por mulheres. Tal situação provocaria nos homens a sensação de não-pertencimento daquele espaço. Argumenta-se, ainda, que os homens não procuram as UBS por não existir nenhum programa ou atividades direcionadas exclusivamente para essa população masculina. Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente do que as mulheres (NARDI, GLINAS, FAVORIT, 2007).

Para Figueiredo (2005) Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária, adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde.

4.6 PRINCIPAIS DOENÇAS QUE ACOMETEM O HOMEM MORBI-MORTALIDADE.

O panorama atual no Brasil segue o padrão observado em outros países. Os coeficientes de mortalidade masculina são cerca de 50% maiores e, considerando as idades, a maior razão de sexo acontece no grupo etário de 20 a 39 anos (3 mortes masculinas para cada feminina). Na distribuição segundo causas, sobressaem mortes por doenças do aparelho circulatório seguidas por aquelas relativas a acidentes e violências. Na morbidade, medida pelas internações (excluídas aquelas por parto), há um equilíbrio entre o número de hospitalizações masculinas e femininas. As distribuições segundo os motivos de internação, para ambos os sexos, apresentam semelhanças, causas externas e aos transtornos mentais e comportamentais, respectivamente, com razões iguais a 2,3 e 1,9 internações masculinas para cada feminina. São estudados ainda a AIDS e o alcoolismo, como exemplos de importantes agravos na saúde masculina (LAURENTI, 1998).

Ainda que os indicadores de mortalidade evidenciem situações desfavoráveis para os homens, os referentes à morbidade, medidos pela demanda aos serviços e por inquéritos populacionais, destacam, de uma maneira geral, maior frequência para as mulheres. Não há dúvida de que existem alguns determinantes biológicos para as heterogeneidades encontradas, como por exemplo, a grande mortalidade - masculina por complicações da aterosclerose coronária; entretanto, nas idades mais velhas, após a menopausa, com a perda da proteção hormonal, há aumento acentuado da mortalidade feminina por essas causas, diminuindo a preponderância dos homens. De outra parte, há agravos à saúde, ligados a comportamentos específicos do homem e da mulher, que dependem do fator cultural e de uma maneira geral e social. (LAURENTI, 1998).

A maioria dos indicadores tradicionais de saúde mostra, com clareza, a existência desse diferencial, sendo maior a mortalidade masculina em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas; também as esperanças de vida ao nascer e em outras idades são sempre menores entre os homens. No Brasil, essas diferenças, que eram de aproximadamente cinco anos, durante as décadas anteriores a 1980, elevaram-se nas décadas seguintes, sendo que, para 2001, as mulheres tinham maior sobrevida de oito anos, em relação à esperança de vida masculina (respectivamente, 73 e 65 anos). Este fato é mais intenso na região Sudeste, especialmente no Rio de Janeiro, onde a diferença atinge 12 anos (respectivamente 74 e 62 anos). Em países desenvolvidos, a diferença é de aproximadamente cinco anos, como nos Estados Unidos e Canadá (OPS, 1990).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística o total da população residente do Brasil, em 2005, segundo sexo e grupos de idade é da ordem de 184.184.074, sendo 50,8% de população feminina: 93.513.055 e 49,2% de população masculina total: 90.671.019 (BRASIL, 2008).

Quadro:

Área Técnica	Grupo Etário	População	%
Infância	0 – 9	18.200.403	20
Adolescência	10 – 24	28.053.005	31
Idade Adulta	25 - 59	37.414.895	41
Idoso	60 ou +	7.002.716	8
Total	90.671.019	100%	
	9		

Quadro 1 – População Masculina de acordo com as diferentes fases da vida

Fonte: IBGE/PNAD/MS/SE/DATASUS, (2005).

O reconhecimento de que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis (BRASIL, 2008).

Segundo Figueiredo (2005), entre as principais causas de morte masculina, estão as doenças cardiovasculares, as neoplasias malignas e as causas por violências, sobressaindo os acidentes de veículos a motor e os homicídios. Muitas dessas causas podem ser prevenidas por meio de intervenções simples.

Os Principais problemas sexuais/reprodutores do homem adulto estão relacionados à: dor, hemospermia, corrimento uretral, infertilidade, disfunções sexuais, impotência sexual, ejaculação precoce, ausência de ejaculação, anorgasmia, e diminuição da libido, varicocele, entre outras doenças mais a frente.

Foi constatado que aproximadamente 75% das enfermidades e agravos da população adulta de homens está concentrada, sobretudo, em 5 (cinco) grandes áreas especializadas: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia. Outro tema a ser considerado diz respeito à violência, fenômeno difuso, complexo, multi-causal, com raízes em fatores socioculturais, políticos, econômicos e psico-biológicos (BRASIL, 2008).

De acordo Laurenti (2005), na temática da morbi-mortalidade dos indivíduos de sexo masculino, quando se considera o câncer de pulmão e o de próstata, ressaltam-se dois comportamentos culturalmente marcados pelas distinções de gênero: o hábito de fumar, fator de risco bem estabelecido para o câncer de pulmão e o padrão de uso dos serviços de saúde, no caso do câncer de próstata, denotando a forma de relacionar-se com ações preventivas para o cuidado de si. Este último comportamento contrasta com o adotado pelas mulheres na prevenção do câncer de colo de útero, lembrando-se que esses dois agravos sofrem alto impacto pela prevenção, quando bem executada. E ainda que estes comportamentos não se caracterizem como de imediato vinculáveis à dimensão diretamente relacional entre homens e mulheres, não resta dúvida que fumar ou não, realizar exames preventivos ou não, faz parte do imaginário e do simbólico que perpassam as concretas e particulares relações entre homens e mulheres.

O hábito de fumar é mais prevalente entre homens podendo explicar o diferencial entre as taxas de mortalidade. Nos últimos anos, entretanto, e com a incorporação crescente do hábito de fumar pelas mulheres, tem-se observado um incremento nas taxas de câncer de pulmão na população feminina, demonstrando que os aspectos comportamentais ditados pela cultura têm peso decisivo nos processos de morbi-mortalidade (SCHRAIBER, L. B, 2005, p 4).

Quanto ao câncer de próstata, os portadores sintomáticos apresentam jato de urina fraco, dificuldade para iniciar a micção, fluxo de urina interrompido e incapacidade de esvaziar completamente a bexiga. Os sintomas acabam incomodando o sono, ao exigir que o homem vá várias vezes ao banheiro durante a noite. A população masculina acredita que cuidar de si mesmo é vocação mais feminina. Mas reconhecem que o trabalho, a dificuldade de acesso aos serviços de atenção à saúde e a falta de unidades especificamente voltadas para a saúde do homem são os principais motivos do baixo interesse por cuidados. Sabendo-se, porém, que é um procedimento de baixo custo. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2007).

O enfoque de gênero quanto ao câncer de próstata que representaria uma contribuição importante no entendimento das barreiras culturais dos homens, ao mesmo tempo subsidiaria a formulação de programas e campanhas melhores. Uma das áreas em que o gênero ganha destaque é a saúde reprodutiva. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2007).

No ano de 2005, cerca de mil brasileiros tiveram o pênis amputado nos hospitais da rede pública de saúde, SUS em virtude do diagnóstico de câncer em estágio avançado. Muitos também perderam a perna em consequência da metástases que atingiram os vasos femorais. Estima-se que hoje mais de três mil brasileiros tenham a doença. O câncer de pênis é uma moléstia rara no mundo. Nos Estados Unidos e na Europa apresenta menos de 0,5% de todos os cânceres que atingem o homem. No Brasil a porcentagem é de 2,1%, mas chega a 16% no Maranhão, onde supera os casos de câncer de próstata. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2007).

A população masculina atingida é representada por pessoas excluídas do acesso à educação, à informação e a assistência médica. A falta de higiene é o principal fator para o desenvolvimento do câncer de pênis que esta associada à presença de prepúcio. Quando não há higiene adequada da região sob o prepúcio, com uso de água e sabonete. Não lavar o pênis diariamente pode causar muitas doenças. A mais importante é o câncer de pênis e não fazer a higienização pode causar um tumor maligno muito agressivo.

No Brasil, anualmente 1.000 homens perdem seu órgão sexual por causa disso. Lavar o pênis é muito simples e deve ser feito todos os dias. Lavar com água e sabão e não se esquecer de puxar a pele para trás para lavar a cabeça do pênis.

Se for descoberto no começo o câncer de pênis pode ser tratado e o paciente pode ser curado. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2007).

A disfunção erétil é a dificuldade em obter e manter a ereção suficiente para realização satisfatória do ato sexual. Falhas eventuais ocorrem por cansaço, preocupações ou falta de atração sexual e não significa doença. Mas se as falhas são regulares e repetitivas, merecem atenção e tratamento. Fatores psicológicos, uso de medicamentos e de drogas e doenças como a arteriosclerose e o diabetes, o qual destrói aos poucos as terminações nervosas e a microcirculação orgânica, são os principais vilões da falha masculina, o que é, sem dúvida, o medo que assombra o homem: a incapacidade de conseguir ter uma ereção. E são muitos os que sofrem com o problema. Cerca de 47% dos brasileiros apresentam algum grau de disfunção erétil - concluiu o estudo coordenado pelo projeto sexualidade da universidade de São Paulo (USP) e pelo instituto Oswaldo Cruz em sete estados do Brasil em 2000. Mas, quem está mais sujeita a ter o problema? (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2007).

Doenças cardiovasculares, como hipertensão, colesterol e infarto do miocárdio, são alguns dos fatores envolvidos na origem da disfunção erétil. Mas, acredita-se que os fatores psicológicos sejam o principal vilão. Eles estão sempre presentes, acompanhando ou agravando os casos de acordo com os especialistas. Estresse, ansiedade, depressão e medo do fracasso são fatores campeões de casos de disfunção erétil. Em segundo lugar vem o diabetes. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2007).

O homem pode ser responsável pela dificuldade da mulher não engravidar, mas o ser masculino é tão machista que acaba não acreditando que o causador pode ser ele mesmo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2007).

A varicocele é a principal causa de infertilidade entre os homens. Estima-se que 40% dos casos de parceiros que não conseguem engravidar sua mulher tenham o problema, mas nem todos os adultos são inférteis, apenas 15% a 20%.

Segundo dados da organização Mundial de Saúde, a doença atinge 15% da população masculina na fase reprodutiva, considerada entre os 15 e 65 anos de idade. Ou seja, um em cada seis homens teria formação de varizes nos testículos, principal característica da doença. O homem nada sente, embora alguns indivíduos reclamem de sensação de peso, dor intermitente ou aumento do volume escrotal. Em virtude da ausência de sintomas, o diagnóstico depende de exame físico

minucioso. Quais são as causas? As causas da varicocele são desconhecidas. Acredita-se que tenha origem genética. Sabe-se que o homem nasce com ela e que filhos de pais portadores da doença têm duas vezes mais chance de desenvolvê-la. A informação mais importante sobre a varicocele, porém, é que ela aumenta em 1 a 2 graus centígrados a temperatura dos testículos, que são justamente responsáveis pela produção do sêmen. O espermatozóide depende de um ambiente mais frio do que o nosso organismo para serem produzidos, por isso os testículos ficam fora do corpo. O exame que identifica a capacidade fértil do homem é o espermograma que se deve ser feito assim que houver suspeita de infertilidade. O seu tratamento é apenas cirúrgico não medicamentoso. Assim, é de suma importância o enfermeiro obter essas informações, para poder orientar a mulher ou até mesmo o homem que procura o planejamento familiar por motivos de prevenção e orientações sobre suas necessidades. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2007).

Segundo Artilha (2001), o reconhecimento e a valorização da necessidade de focar os homens na área da saúde reprodutiva deveram-se, em grande parte, à urgência imposta pela pandemia de HIV/AIDS, câncer de pênis entre outras doenças que acometem a população masculina.

Enquanto o foco inicial da noção de saúde reprodutiva e dos estudos produzidos na área da Saúde Coletiva voltava-se ao reconhecimento e proteção dos direitos reprodutivos das mulheres, a partir de meados dos anos 90 alguns pesquisadores e militantes do campo passaram a reconhecer a necessidade da inclusão dos homens, especialmente no que toca a comportamentos e valores que intervêm nos processos relacionais de saúde reprodutiva e sexualidade incluindo as questões dos indivíduos e seus direitos como parte da reprodução (HELMAN, 1987).

De acordo com Giddens (1993) observa que a sexualidade masculina tende a expressar mais inquietação do que a feminina, porque os homens separam a sua atividade sexual das outras atividades da vida, onde são capazes de encontrar um direcionamento estável e integral. Essas inquietações cada vez mais vêm deixando de ser encobertas.

Embora sabendo que há diferenças do que é ser homem e ser mulher no tempo, no espaço e, em específico, no interior das classes sociais, podemos observar que ainda há homens que utilizam padrões tradicionais de poder, agressividade, iniciativa e sexualidade incontrolada para construir a sua identidade sexual. As tensões que surgem entre a manutenção do poder do macho nas

relações íntimas entre os gêneros e a possibilidade de se viver novos modelos de masculinidade, em que se contemplam a associação entre sexo e afetividade e um relacionamento igualitário com a parceira amorosa, têm sido um dos motivos para se falar de uma crise masculina (NOLASCO, 1993).

De acordo com Ramos (2000) observa-se que, na década de 1980 nos EUA e nos últimos anos da década de 1990 no Brasil, surgiu uma discussão acerca da crise da masculinidade. Segundo o autor, com base em Trevisan, o masculino não está em crise, uma vez que ele, em si, é um gênero que vive em estado de crise permanente e endêmica na sociedade patriarcal. Nesse sentido, a masculinidade não é algo dado, mas algo que constantemente se procura conquistar. Para o autor, as conquistas do feminismo não determinaram a crise, mas a tornaram mais visível.

Segundo Ramos (2000) falar atualmente de um novo homem e de uma nova mulher significa ordenar o que parece confuso. Quando não se pode mais falar de um único modelo hegemônico de ser homem e de ser mulher, do qual uma simples classificação binária (masculino versus feminino) dava conta, o que parece ser uma boa "técnica" para "restaurar" a classificação de gênero, mesmo que às avessas. Embora esse mesmo autor não aborde especificamente a crise da masculinidade, mas nos fala das inseguranças do ser homem.

Para ele, num cenário em que se prega a sexualidade se efetiva pela atração pelos opostos, à construção da masculinidade é atravessada por pontos de insegurança traduzidos principalmente pelo medo do homossexualismo e da impotência. Assim, dentre outros aspectos, os comportamentos masculinos apontam para o fato de que para que uma pessoa pudesse ser um homem, deveria primeiro sentir-se ameaçada de virar mulher.

Junto a esses medos, o homem também pode concentrar a sua preocupação de, mesmo sendo equipado para funcionar como macho, falhar na hora das relações sexuais. Nesse sentido, mais do que ter um pênis é saber se relacionar. Relacionar consiste basicamente em descobrir que "ser homem" não é o mesmo que "sentir-se como homem". Ser homem [é] receber de uma mulher o atestado ou a prova de que se [é] verdadeiramente "homem". (DAMATTA, 1997).

De acordo com Nolasco (1997), em parte a crise está associada a valores sociais que transcendem a dimensão do indivíduo; caracteriza-se pela tentativa de homens se diferenciarem do padrão de masculinidade socialmente para eles estabelecido. Para o autor essa crise representa a quebra do cinismo a respeito da

existência de um homem de verdade em torno do qual todo menino é socializado. Por seu intermédio, temos acesso a uma reflexão em face da inclusão de seus sonhos e sentimentos como um valor pertencente ao cotidiano masculino.

Para ele, frente a esse cenário, abrem-se possibilidades relacionadas à transformação da intimidade, terreno tenso e confuso para o homem devido ao fato de os homens comumente pouco conhecerem as dimensões do contato, da proximidade, da troca, da solidariedade e da cumplicidade. (NOLASCO, 1997).

5 METODOLOGIA

O estudo foi realizado utilizando a metodologia descritiva de caráter exploratório. De acordo com Antonio Carlos Gil (2002), a pesquisa exploratória visa “proporcionar maior familiaridade com o problema, vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses”. Será realizada uma revisão de literatura. Onde de acordo com Boaventura, (2004), “A revisão de literatura objetiva demonstrar o que foi escrito sobre o tema. Consiste na análise e síntese das informações, visando definir as linhas de ação para abordar o assunto ou problema e gerar idéias novas e úteis”.

Destaca-se que a busca pelas referências foram a partir de livros, artigos científicos, sites acadêmicos, revistas científicas, monografias, teses e dissertações, enfatizando de forma fundamentada todos os objetivos. Foram coletadas informações que demonstram a evolução de conhecimentos sobre o assunto: saúde do homem: uma abordagem de aspectos culturais e legais relacionados à saúde pública.

Com isso, a pesquisa tem por finalidade conhecer as diferentes formas de contribuição científica que se realizam sobre determinados assuntos ou fenômenos (OLIVEIRA, 1997) que no caso refere-se à Saúde do Homem: Uma Abordagem dos Aspectos Culturais e Legais relacionados à Saúde Pública.

Os critérios de inclusão dos estudos foram: 1) estudos que fornecem informações sobre saúde do homem, 2) estudos sobre as políticas de saúde no Brasil, 3) estudos com dados publicados entre os anos (1990 á 2008).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os textos revisados observou-se uma grande relevância do tema, pois a saúde do homem ainda é vista com um grande tabu. Por um lado o machismo e por outro as políticas de saúde não beneficiam a população masculina. Os homens também necessitam de cuidados.

Segundo o SUS 2008, Observou-se a necessidade em orientar as ações de saúde para população masculina, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção. Quebrar paradigmas no que concerne á percepção da população masculina em relação ao cuidado com a saúde, haver uma capacitação de profissionais de saúde para um atendimento ao homem, além da ênfase nos aspectos educacionais, os serviços devem ser organizados de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se parte integrante deles. Implementar a política do homem de forma de integradas as demais política existentes, priorizando a atenção primaria de saúde universal, integral e equânime.

De acordo com Nardi, Glina, Favorit (2007), com respeito a pouca presença masculina nos serviços de atenção primaria aonde vem à desvalorização do auto cuidado e a preocupação incipiente com a saúde, os homens preferem utilizar outros serviços como farmácias ou pronto-socorros. Nesses lugares os mesmos seriam atendidos, mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade. O homem acredita perder tempo na espera da assistência e consideram a unidade de saúde como um espaço feminilizado, freqüentados principalmente por mulheres. Tal situação provocaria nos homens a sensação de não pertencerem àquele espaço. Faz-se necessário, portanto, buscar novas ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados. Alguns homens costumam alegar que não vão as UBS por falta de tempo.

Contudo, saliento que encontrei muitas dificuldades para realizar este estudo, tendo em vista que a saúde do homem é um assunto pouco abordado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi visto que existe pouca presença de homens nas unidades básicas de saúde, onde os mesmos precisam de cuidados e de uma prevenção qualificada. Sabe-se que eles morrem mais, por estarem expostos aos riscos, como acidentes de trânsito e nas ruas, consumo excessivo de gorduras, e bebidas. Acresce-se a isso a não procura por um serviço de saúde devido ao preconceito de ser o "homem", o provedor da casa, alegando que se forem a um atendimento de saúde vão perder tempo e até mesmo trabalho.

A nova política de saúde deve priorizar os atendimentos ao homem disponibilizando serviços específicos voltados a esta população e implantando nas UBS um horário de funcionamento que o homem pudesse ser atendido sem se preocupar com o tempo, no caso, fechando mais tarde, para que essa população tenha como ser atendida sem atrapalhar sua rotina. Devem existir também palestras nas escolas mostrando desde cedo, que o homem também adoece e necessita de cuidados, não sendo papel só da mulher. Para que desde crianças comecem a mudar seus pensamentos diante disso, e até mesmo levar essas informações para casa.

É um papel difícil a ser cumprido, mas acredita-se que as novas gerações já iriam vir com um pensamento diferente e aceitariam que os homens necessitam de atendimentos de saúde. A mulher paga com o seu papel social diante da sociedade e o homem paga com sua vida se prendendo ao socioeconômico, político e cultural.

Por outro lado há o papel crucial do enfermeiro, que é de suma importância na UBS. As novas políticas de saúde devem priorizar uma capacitação de profissionais para realizarem atendimentos, para não levar os preconceitos de casa, não criticando os mesmos ao sentirem dor ou se precisam chorar, deixando eles bem a vontade até mesmo para se sentirem pertencentes àquele espaço. Procurando realizar palestras educativas, sobre as doenças que mais os acometem, seja ela individual ou em grupo.

Os profissionais de saúde, em destaque o enfermeiro, devem incorporar na sua prática cotidiana essa visão ampliada sobre a saúde do homem.

Por fim, ainda se encontram bastantes dificuldades para se ter ou acesso às informações, pois pouco é abordado sobre esse tema. Trata-se de um assunto

pouco divulgado no Brasil, que necessita de um esforço coletivo para que se consiga vencer todo o preconceito em torno da saúde do homem.

- ARTALBA, M. Homens, saúde reprodutiva e gênero: direitos em perspectiva. São Paulo: Universidade (Mimeo), 2001 (projeto de doutorado).
- ALMEIDA, N. Tradicionalidade e saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 2, p. 1-20, 1997.
- ASSIS, S.G. Crescer sem violência: Um desafio para educadores. Brasília, p. 1-2, 1997.
- BARKER, LOENSCHEIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. *Rev. Antropologia Latinoamericana*, Vol. 2, n. 2, p. 493, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Apoio Programático Estratégico. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: (Princípios e Diretrizes), p. 1-40, Brasília, 2003.
- BUZONIA, Sociologia da sexualidade. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 19-21, 2004.
- DAMATTA, R. Tem pouco afeto. *Cadernos*, D (org.), SP, Paulo: senac São Paulo, p. 31-42, 1997.
- ELMAY, C. Cultura, Saúde e Gênero. *Rev. Arquivos Médicos*, edição 2, p. 5-7, Porto Alegre, 1994.
- FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Revista Científica Saúde Coletiva*, vol. 10, p. 105-107, Rio de Janeiro, 2005.
- GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Rev. Gênero e Saúde Coletiva*, São Paulo, p. 10-19, 2003.
- MODERN, A transmutação de intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. Unesp, P, 7-19, São Paulo, 1995.
- NEVIN, M. MAXSON, C. e MILLER, J. Defining gangs and gang behavior. In: *The nation gang reader*, Los Angeles: Roxbury Publishing Company, p. 4-23, 1997.

REFÊRENCIAS

- ARTILHA, M. **Homens, saúde reprodutiva e gênero: direitos em perspectiva**. São Paulo, universidade (Mimeo), 2001 (projeto de doutorado).
- ALMEIDA, N., Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.2, p. 5-20, 1997.
- ASSIS, S.G., **Crescer sem violência**: Um desafio para educadores. Brasília, p. 1-7, 1997.
- BARKER; LOENSLEIN, D. **Novas perspectivas de gênero em saúde**. Rev. Adolescência Latino-Americana. Vol. 2, n. 2, p. 6-23, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: (Princípios e Diretrizes), p. 5-40, Brasília, 2008.
- BOZON M. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV; p. 19-21 2004.
- DAMATTA R, **Tem pente aí?**, Caldas, D (org.). São Paulo; senac Senac, p. 31-49, 1997.
- ELMAN, C, Cultura, Saúde e Doença. **Rev. Artes Médicas**, edição 2, p. 5-7, Porto Alegre, 1994.
- FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Revista Ciências Saúde Coletiva**, vol. 10, p. 105-109, Rio de Janeiro, 2005.
- GOMES R. **Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão**. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, São Paulo, p. 10-19, 2003.
- GIDDENS, **A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. Unesp, P. 7-19, São Paulo, 1993.
- KLEIN M, MAXSON C, e MILLER J; **Defining gangs and gang behavior**. In: The modern gang reader, Los Angeles: Roxbury Publishing Company, p. 4-23, 1997.

LAURENTI, R. **Perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas: Uma contribuição para o enfoque de gênero.** São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, p. 18- 44, 1998.

LAURENTI Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n 1, p. 5-17, São Paulo, 2005.

LYRA J; MEDRADO B, LOPES F. **Homens também se cuidam**, Instituto Papai, Brasília, 2007.

LINHALES, **The disguised: A study on the production of subjectivity among low income adolescents in a favela in Rio de Janeiro.** Unpublished master's thesis, State University of, Brazil, p.11-19, 1994.

MERHY, Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: **Agir em Saúde: Um Desafio para o Público**, p. 71-112, São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MIEDZIANNI, **Boys will be boys: Breaking the link between masculinity and violence.** New York: Anchor Books, p. 9-12, 1991.

NOLASCO, **O mito da masculinidade.** Rio de Janeiro: Rocco, p. 13-29, 1993.

NARDI A, GLINA S, FAVORIT. **Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil**, International Braz J Urol, v. 34, no 5, Rio de Janeiro, 22-24, 2008.

NOLASCO, **Um "homem de verdade"**, In: Caldas D (org.). *Homens*. São Paulo: SENAC, p. 13-29, 1997.

OPS - Organização Panamericana de Saúde. **Perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la región de las Americas** --Washington, D.C. : Organización Panamericana de la **Salud**, p. 8-19, 1990.

RAMOS, M. S. **Um olhar sobre o masculino:** reflexões sobre os papéis e representações sociais do homem na atualidade, In M GOLDENBERG (org.). *Os novos desejos: das academias de musculação às agências de encontros*, Rio de Janeiro, p. 16-33, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA , Câncer de pênis, **Rev. Saúde & sexualidade**, edição 1, p. 1-11, São Paulo, 2007.

SOCIEDADE DE UROLOGIA, **Disfunção erétil quem corre mais risco?**, rev. Saúde & sexualidade, edição 2, p.2-12, São Paulo 2007.

SCHRAIBER¹ Lília Blima; GOMES Romeu, COUTO¹ Marcia Thereza, D. O estudo crítico das masculinidades. **Ciênc. saúde coletiva**, vol. 10 n, 1, p. 7-17, Rio Janeiro Jan./Mar. 2005. **Ciência & saúde coletiva** Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100002 > Acesso em: 17 mar 2009.

SAMPSON, R.J E LAUB, **Crime in the making**: Pathways and turning points through life. Cambridge: Harvard University Press, p. 10, 1993.

GLÓSSARIO

Hemospermia: Presença de sangue no esperma. Causas: tuberculose, esquistossomose, carcionoma, entre outros.

Corrimento uretral: Presença de secreção que sai pelo meato uretral. Causas: uretrite, prostatite, DSTs.

Infertilidade: Impossibilidade do homem de engravidar a parceira. 30% dos casos deve-se ao fator masculino. Causa: inflamações crônicas, exposição ao raio x, cirurgias urológicas.

Disfunções sexuais:

Impotência: disfunção erétil. Primária (o cliente sempre foi impotente) e secundária (tornou-se). Origem orgânica ou psicogênica.

Ejaculação precoce: incapacidade de controlar o processo ejaculatório. Em geral é de causa psíquica.

Ausência de ejaculação: falha na emissão do esperma por obstrução dos canalículos ejaculatórios.

Anorgasmia: incapacidade de atingir o orgasmo após o coito. Condição rara, causa psicogênica.

Diminuição da libido: causas: alcoolismo, doença de Parkinson, hipotireoidismo, IC, medicamentos, depressão, entre outros.