

# BIS

Boletim do Instituto de Saúde  
Volume 14 - Número 1 - Agosto de 2012  
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529



## Saúde do Homem no SUS

# Sumário

## Editorial

Renato Barboza, Suzana Kalckmann, Tereza Etsuko da Costa Rosa, Benedito Medrado, Márcio Derbli.....05

• **Homens e gênero: desafios na construção de uma agenda de política de saúde • Men and gender: challenges in the construction of a health policy agenda**

Jorge Lyra, Benedito Medrado, Alexandre Franca Barreto, Mariana Azevedo.....07

• **Masculinidades e prevenção do HIV • Masculinities and HIV prevention**

Iara Coelho Zito Guerriero.....17

• **Identidades de gênero: a diversidade de masculinidades e feminilidades em transformação • Gender identity: the diversity of masculinities and femininities in transformation**

Francisco Maciel Silveira Filho.....25

• **Mortalidade masculina no estado da Bahia, Região Nordeste e Sudeste do Brasil no período de 2000 a 2009 • Masculine mortality in the State of Bahia, Northeast and Southeast regions of Brazil during the period 2000 to 2009**

Edna Maria de Araújo, Nelson Fernandes Oliveira, Daniel Deivson Alves Portella, Dayse Rosa Mota Pinto, Eva Carneiro Silva Passos, Felipe Souza Nery.....33

• **Dia de Atenção Integral à Saúde do Homem • Day of comprehensive men's health care: strategic action of the Family Health Unit of the district of Rio Comprido, in the city of Jacareí (State of São Paulo)**

Márcia Cristina dos Santos Máximo de Oliveira, Tereza Etsuko da Costa Rosa.....41

• **Homens e camisinha: possibilidades e limites na construção da Saúde do Homem - Men and condoms: possibilities and limitations in the construction of Men's Health**

Thiago Félix Pinheiro, Márcia Thereza Couto.....49

• **Conhecimentos, atitudes e práticas sobre o câncer de próstata, em Juiz de Fora - MG • Knowledge, attitudes and practices related to prostate cancer in the city of Juiz de Fora, State of Minas Gerais**

Elenir Pereira de Paiva, Maria Catarina Salvador da Motta, Rosane Harter Griep, Flávia Terra Hauck, Etienne Reis Vieira, Ana Carolina Corrêa.....57

• **Promoção de Saúde Integral e Abordagem de Gênero como Estratégia de Ação em Saúde Sexual e Reprodutiva de Homens Heterossexuais • Comprehensive health care promotion and gender approach as an action strategy for heterosexual men's reproductive and sexual health**

Regina Figueiredo, Marta McBrito, Marcelo Peixoto.....65

• **Prevalência do consumo abusivo de álcool em homens no estado de São Paulo: apontamentos para uma abordagem do alcoolismo na Atenção Básica à Saúde • Prevalence of heavy alcohol consumption in men in the State of São Paulo: registers for an approach of the question of alcoholism in the Primary Attention to Health**

Maria de Lima Salum e Morais, Tereza Etsuko Costa Rosa, Celso Luís de Moraes.....73

• **Homens idosos e o HIV/Aids no campo da Saúde Coletiva: vulnerabilidades e desafios na quarta década da epidemia • Elderly men and the HIV in the field of Collective Health: vulnerabilities and challenges in the fourth decade of the epidemic**

Renato Barboza.....81

• **A população adulta em situação de rua da área central do Município de São Paulo e a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis e AIDS: Um estudo descritivo • Adult homeless people in the central area of the city of São Paulo and the vulnerability to sexually transmissible diseases and HIV: a descriptive study**

Christiane Herold de Jesus, Carla Gianna Luppi.....91

• **Disfunção erétil: da medicalização à integralidade do cuidado na atenção básica • Erectile dysfunction: from medicalization to the comprehensive care in Primary Attention**

Silvia Helena Bastos de Paula, Juliane Daniee Almeida, José Ruben de Alcântara Bonfim.....101

• **Câncer de pênis, aspectos epidemiológicos e fatores de risco: tecendo considerações sobre a promoção e prevenção na atenção básica • Penile cancer, epidemiologic aspects and risk factors: making considerations about the promotion and prevention in the Primary Attention**

Silvia Helena Bastos de Paula, Maria José Leonardo Souza, Juliane Daniee Almeida.....111

• **A experiência bem sucedida do Centro de Referência da Saúde do Homem no tratamento da hiperplasia benigna da próstata • The well succeeded experience of the Reference Center for Men's Health (Centro de Referência da Saúde do Homem) on the treatment of benign prostatic hyperplasia**

Joaquim de Almeida Claro.....119

## Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista  
São Paulo-SP – CEP: 01314-000  
Tel.(11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772  
Instituto de Saúde – [www.isaude.sp.gov.br](http://www.isaude.sp.gov.br)  
e-mail: [boletim@isaude.sp.gov.br](mailto:boletim@isaude.sp.gov.br)

## Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo  
Giovanni Guido Cerrí

## Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde  
Luiza Sterman Heimann

Diretora Adjunta do Instituto de Saúde  
Sônia I. Venâncio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o  
SUS-SP  
Sílvia Regina Dias Médici Saldiva

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP  
Sônia I. Venâncio

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico  
Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo  
Bianca de Mattos Santos

Editor  
Márcio Derbli

## Boletim do Instituto de Saúde – BIS

**Volume 14 – Nº 1 – Agosto de 2012**  
**ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529**

Publicação quadrimestral do Instituto de Saúde  
Tiragem: 2000 exemplares  
Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>

Editores convidados  
Renato Barboza  
Tereza Etsuko da Costa Rosa  
Suzana Kalckmann  
Benedito Medrado

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica  
Camila Garcia Tosetti Pejão

Administração  
Bianca de Mattos Santos

Biblioteca  
Carmen Campos Arias Paulenas

Capa  
Fernanda Kalckmann Danelli

Ilustrações  
Danyel Moya

Versão para o inglês  
José Cavalli Júnior

Revisão  
Jorge Moutinho

Projeto gráfico e editoração  
AIPY Comunicação – [www.aipy.com.br](http://www.aipy.com.br) – (11) 3487 2092

## Conselho editorial

Alberto Pellegrini Filho – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil  
Alexandre Kalache – The New York Academy of Medicine – Nova York – EUA  
Áurea Eleutério Pascalicchio – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Ausonia F. Donato – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Benedito Medrado – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife-PE – Brasil  
Camila Garcia Tosetti Pejão – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Carmen Campos Arias Paulenas – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Carlos Tato Cortizo – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Ernesto Báscolo – Instituto de la Salud Juan Lazarte - Universidad Nacional de Rosario - Rosario - Argentina  
Fernando Szklo – Instituto Ciência Hoje (ICH) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil  
Francisco de Assis Accurcio – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte-MG – Brasil  
Ingo Sarlet – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) – Porto Alegre-RS – Brasil  
José da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ – Brasil  
Katia Cibelle Machado Pirota – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Luiza S. Heimann – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Márcio Derbli - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Marco Meneguzzo – Università di Roma Tor Vergata – Roma – Itália  
Maria de Lima Salum e Moraes - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Marina Ruiz de Matos - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Maria Lúcia Magalhães Bosi – Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza-CE – Brasil  
Nelson Rodrigues dos Santos – Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo-SP – Brasil  
Raul Borges Guimarães – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Presidente Prudente-SP – Brasil  
Samuel Antenor – Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo - Unicamp - Campinas -SP – Brasil  
Sônia I. Venâncio – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Suzana Kalckmann – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

\* É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições.

\*\* Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.



**SECRETARIA  
DA SAÚDE**



## Editorial

Apresentamos aos leitores um número do BIS dedicado à “Saúde do Homem no SUS”, convidando-os a refletirem sobre as especificidades das necessidades de saúde dos homens na contemporaneidade e os desafios prementes para ampliar o acesso da população masculina à atenção oferecida pela rede pública. Abordam-se um conjunto de temas, objetos e experiências, ainda pouco discutidos ou incorporados às práticas de saúde, ou seja, nas ações de promoção, prevenção e cuidados à saúde dos homens.

Convém ressaltar que a “Saúde do Homem” ainda não foi suficientemente abordada quanto à sua relevância e especificidades. No cenário internacional, as pesquisas evidenciam que a inserção e um olhar atento à especificidade dos homens no campo da saúde, data da década de 1980, impulsionada pelo advento do HIV/Aids, inicialmente entre homens gays e que fazem sexo com homens e, posteriormente, na década de 1990, associada à tendência de feminização da epidemia entre mulheres heterossexuais.

No Brasil, podemos considerar a “Saúde do Homem” como um tema emergente no campo da Saúde Coletiva e no Sistema Único de Saúde (SUS). De um lado, a produção acadêmica brasileira ainda é incipiente nessa temática, haja vista o pequeno número de pesquisadores vinculados a grupos e linhas de pesquisa certificados na base do CNPQ<sup>1</sup>. De outro, a incorporação de achados de estudos realizados para a melhoria da organização do processo de trabalho e às tecnologias de cuidado desenvolvidas pelas equipes de saúde, ainda não foi suficientemente implementada pelas políticas vigentes no contexto do Pacto pela Saúde.

No que tange às políticas editadas pelo Ministério da Saúde, o tema ganhou destaque, em 2009, após a edição da *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*, com vistas a reduzir o perfil de morbimortalidade da população masculina, bem como para ampliar o acesso dos homens aos serviços, priorizando-se as ações no locus da Atenção Básica e a sua interface com os níveis mais complexos do sistema.

Nas últimas décadas, pesquisadores, profissionais e ativistas, que transitam no campo da Saúde Coletiva, têm adotado a categoria gênero para caracterizar e explicar os padrões de morbimortalidade da população masculina, bem como os contextos de (in)vulnerabilidade, materializados cotidianamente nas práticas, nas atitudes e nos comportamentos assumidos pelos homens em suas relações sociais.

No contexto acadêmico, Robert Connell é um dos grandes teóricos que estudaram a construção social das masculinidades, amplamente discutida no livro *“Masculinities”*, publicado em língua inglesa em 1995<sup>2</sup>. No campo das ciências sociais e humanas e mais recentemente no campo biomédico, sua produção desponta como uma das principais referências sobre o tema.

Para Connell, essa construção reproduz um determinado modelo de “masculinidade hegemônica”, orientado por práticas e relações de gênero, apoiadas em valores patriarcais que sustentam os processos de dominação dos homens sobre outros homens e a subordinação das mulheres. Contudo, esse modelo não é monolítico e opera em um contexto de relações dinâmicas, plurais e culturalmente diversas.

No contexto brasileiro, Costa<sup>3</sup> (2003) destaca que o modelo hegemônico de masculinidade está circunscrito à demonstração de força; disputa e virilidade; ao exercício do papel de provedor dos filhos; à autonomia e à autoridade sobre a mulher; à iniciativa sexual orientada por práticas heterossexuais; e à esfera pública das relações sociais. Problematizar e (des)construir esse mosaico de situações e posições assumidas pelos homens, torna-se uma tarefa ainda mais complexa, quando as masculinidades são analisadas em sua diversidade e associadas a



outras categorias analíticas, como, por exemplo, a classe social, a raça/cor, a orientação sexual e a geração, abordadas numa perspectiva transversal e interdisciplinar pelos autores dessa edição.

No campo da saúde, a “masculinidade hegemônica” contribui para uma baixa percepção de risco e invulnerabilidade dos homens frente aos agravos e às situações e comportamentos de risco vivenciados no seu cotidiano. Esse processo de exposição contínua aos riscos torna os homens mais vulneráveis, como se fossem “duas faces da mesma moeda” (Gomes, 2008)<sup>iv</sup>. Entre os homens, a falta de uma cultura preventiva que valorize o autocuidado, o medo da descoberta de uma doença e a possibilidade de ter que se submeter a um tratamento, a vergonha em realizar procedimentos clínicos, como o toque retal entre outros e de se expor a um profissional da saúde homem ou mulher, e a não identificação com os programas oferecidos pelos serviços de saúde são alguns elementos que tornam os homens mais vulneráveis e devem ser observados pelos profissionais no planejamento e na execução das ações de promoção e prevenção (Gomes, 2008).

Neste número, as discussões apresentadas pelos autores estão ancoradas no eixo “gênero e masculinidades”, identificando os avanços, as lacunas e as potencialidades do processo de definição, implantação, implementação e avaliação da *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem* no SUS. A partir da perspectiva relacional de gênero, as problemáticas e os objetos investigados pelos autores nos permitem conhecer, aprofundar e desvendar a complexidade das necessidades de saúde dos homens, vislumbrando cenários e caminhos, nem sempre simples e óbvios para promover e assegurar uma atenção universal, equânime e integral como preconizado pela política em questão.

No conjunto, os 14 artigos dessa edição, produto das avaliações, experiências e reflexões de atores engajados no desenvolvimento de projetos de pesquisa e de intervenções voltadas à população masculina, apresentam recomendações úteis aos gestores para o aprimoramento da *Política de Atenção Integral à Saúde do Homem* nos municípios, às equipes de saúde na condução das ações programáticas em curso no SUS, aos conselheiros e demais representantes da sociedade civil engajados no desenvolvimento de estratégias de *advocacy* e ativismo e à academia na proposição e na realização de estudos, potencializando assim, as interfaces em prol de uma maior visibilidade e resolubilidade às demandas e às necessidades do processo saúde-doença vocalizadas pelos homens no exercício das masculinidades.

Boa leitura!

Renato Barboza

Suzana Kalckmann

Tereza Etsuko da Costa Rosa

Benedito Medrado

Márcio Derbli

<sup>i</sup> Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

<sup>ii</sup> Connell, RW. Masculinities. Berkeley: University of California Press, 1995

<sup>iii</sup> Costa, RG. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. Revista Brasileira de Estudos de População, 20(1), 2003

<sup>iv</sup> Gomes, R. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008

# Homens e gênero: desafios na construção de uma agenda de política de saúde

## Men and gender: challenges in the construction of a health policy agenda

Jorge Lyra<sup>I</sup>, Benedito Medrado<sup>II</sup>, Alexandre Franca Barreto<sup>III</sup>, Mariana Azevedo<sup>IV</sup>

### Resumo

Este artigo é fruto das reflexões desenvolvidas no contexto da pesquisa mais ampla intitulada *Homens nos serviços públicos de saúde: rompendo barreiras culturais, institucionais e individuais*, realizada em três capitais brasileiras de regiões distintas (Recife/PE, São Paulo/SP e Florianópolis/SC). Neste artigo, apresentamos as análises de entrevistas realizadas com gestores e profissionais de saúde que atuam na Região Metropolitana de Recife. Tomando por base a perspectiva feminista de gênero, procuramos discutir os homens e as masculinidades no contexto dos serviços públicos de saúde, construindo um percurso histórico e político no campo, mediante a articulação entre gênero, feminismo, homens, masculinidades e políticas de saúde. Em seguida, situamos metodologicamente este trabalho, adotando um recorte de uma pesquisa mais ampla, por meio da análise dos discursos de profissionais da saúde. Na análise dos resultados, refletimos sobre sentidos e práticas que estruturam teórica e politicamente os homens e as masculinidades nos serviços públicos, em geral inscritos como secundários ou estratégia intermediária à saúde das mulheres. Por fim, atentamos que ainda é preciso avançar nos sentidos e práticas na saúde para modificar as configurações e relações de gênero rumo à transformação social, inspirados pela perspectiva feminista de gênero.

**Palavras-chave:** Homens, Masculinidades, Gênero, Feminismo, Políticas de saúde

### Abstract

This article results from the reflections developed in the context of a broader research entitled "Men in Health Public Services: Breaking Cultural, Institutional and Individual Barriers" (*Homens nos serviços públicos de saúde: rompendo barreiras culturais, institucionais e individuais*), carried out in three Brazilian capitals of different areas (Recife/PE, São Paulo/SP and Florianópolis/SC). In this article we present the analysis of interviews conducted with health managers and professionals who work at the metropolitan area of Recife. Taking as an initial point the female gender perspective, we tried to discuss men and masculinity in the context of health public services, building a historical and political track based on the articulation between gender, feminism, masculinities and health policies. Afterwards, we situated methodologically this study, adopting an angle of a broader research, through the analysis of health professionals' speeches. Analysing the findings, we considered the senses and practices that structure theoretically and politically men and masculinities in public services, usually taken as less important and an intermediate strategy for women health. Eventually, we highlight that it is still necessary to advance in senses and practices related to health in order to change the configurations and relations of gender towards the social transformation, inspired by the female gender perspective.

**Keywords:** Men, Masculinities, Gender, Feminism, Health policies

<sup>I</sup> Jorge Lyra (jorglyra@gmail.com) é mestre em Psicologia Social (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUC/SP), doutor em Saúde Pública (Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz), professor de graduação e pós-graduação em Psicologia (Universidade Federal de Pernambuco-UFPE) e um dos fundadores do Instituto Papai

<sup>II</sup> Benedito Medrado (beneditomedrado@gmail.com) é mestre e doutor em Psicologia Social (PUC/SP), professor de graduação e pós-graduação em Psicologia

(UFPE) e um dos fundadores do Instituto Papai

<sup>III</sup> Alexandre Franca Barreto (votegisso@yahoo.com.br) é psicólogo, especialista em Psicologia Clínica (Libertas), mestre em Antropologia (UFPE) e professor de graduação e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (Universidade Federal do Vale do São Francisco-Univasf)

<sup>IV</sup> Mariana Azevedo (mariana@papai.org.br) é mestranda em Sociologia (UFPE) e coordenadora de projetos do Instituto Papa



## Introdução

**E**ste artigo é fruto das reflexões desenvolvidas no contexto da pesquisa mais ampla intitulada Homens nos serviços públicos de saúde: rompendo barreiras culturais, institucionais e individuais, realizada em três capitais brasileiras de regiões distintas (Recife/PE, São Paulo/SP e Florianópolis/SC). Neste texto, focamos os diálogos com os profissionais realizados na Região Metropolitana de Recife.

Partimos do pressuposto de que para facilitar o acesso dos homens nos serviços de saúde e para que suas demandas sejam visibilizadas e acolhidas é fundamental discutir com os profissionais essas questões. Nesse sentido, foram realizadas entrevistas com nove interlocutores privilegiados, com os objetivos de conhecer por meio do discurso de profissionais “se” e “como” os homens são incorporados nos serviços oferecidos pela instituição; identificar como os profissionais (homens e mulheres) percebem a participação dos homens; conhecer os significados de masculinidade e de “ser homem” construídos por esses(as) profissionais; e saber como tais percepções interferem na incorporação dos homens nos serviços voltados para a sexualidade e a saúde reprodutiva.

Neste artigo, nosso objetivo foi discutir aspectos culturais, institucionais e individuais das relações de gênero que operam simultaneamente dificultando o cuidado

à saúde, com base nos significados construídos sobre homens e masculinidades pelos profissionais de saúde.

## Incursões pelos caminhos do feminismo, gênero e políticas de saúde

Em estudos recentes que temos desenvolvido <sup>v25,26,27,28</sup> sobre os homens e sobre o campo das políticas públicas de direitos reprodutivos no Brasil, ao analisarmos o processo da política, em particular os momentos de formulação e implementação, encontramos um debate crítico sobre os caminhos da própria construção da legitimidade de uma agenda que contemple o lugar dos homens e das masculinidades nessas propostas, sejam elas oriundas do governo, sejam do movimento social.

A escolha da política de direitos reprodutivos como lócus de investigação se deu em função de ser um espaço de discussão teórica e política que tem uma trajetória histórica de pelo menos trinta anos no campo da saúde<sup>1,10</sup>. Quando focamos o contexto no qual ela foi constituída, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), observamos ser uma política protagonizada por diferentes atores e inserida em um campo de conhecimento e práticas ancorado em elementos considerados masculinos: a área biomédica e a de formulação das políticas<sup>19</sup>.

No entanto, as discussões oriundas desse campo

não problematizam os homens e as masculinidades<sup>V9,13,18,17,21,23</sup> como objeto nem como sujeito, mesmo quando adotada a perspectiva feminista e de gênero, a não ser como contraponto ao debate sobre a autonomia e sobre os corpos das mulheres<sup>14</sup>. Efetivamente, nos últimos trinta anos, em que os estudos de gênero se consolidaram na produção acadêmica ocidental, foram produzidos trabalhos, especialmente no campo das Ciências Humanas e Sociais, que discutem os homens e o masculino como faces malditas<sup>VII</sup> das relações que geram desigualdades sociais e subordinam as mulheres<sup>4,13</sup>.

No campo dos direitos reprodutivos, no entanto, as produções sobre as masculinidades, como objeto de estudo propriamente dito, têm início no final da década de 1980<sup>6,9,15,16</sup>, com base em trabalhos elaborados de maneira ainda pouco sistemática, com concentração em autores específicos e sem necessariamente se desdobrar em uma discussão teórica, epistemológica, política e ética ampla e consistente sobre o tema<sup>14,23</sup>.

Vale salientar que foi na Plataforma de Ação da Conferência sobre População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994, que encontramos claramente expressa a recomendação para se trabalhar com os homens. O diferencial dessa conferência é que os homens aparecem em diversos lugares do relatório desse evento. Além do argumento comum de estar em contraponto à condição de autonomia e liberdade das mulheres em função das relações desiguais de poder e de dominação (em geral no texto introdutório dos documentos, de certa forma quase como um pressuposto), os homens são colocados no corpo do texto, na parte das propostas e recomendações. Veja-se bem, não são ainda reivindicações! Ou seja, como adequadamente analisado em alguns estudos<sup>4,5</sup>, os homens aparecem na perspectiva utilitarista em benefício da condição de vida das mulheres e das crianças, imersos em um discurso da responsabilidade e da obrigação. Estamos longe ainda de poder pensá-los como sujeito de direitos ou objeto das políticas.

Na literatura analisada com a finalidade de formular o marco referencial deste artigo, recortamos os estudos que adotam uma concepção feminista de gênero – cons-

trução social engendrando e legitimando o poder masculino – para investigar o lugar dos homens no campo das políticas de direitos reprodutivos<sup>3,4,5,11,12,18,19,21,22,32,33</sup>. O ponto de partida é que não há uma única masculinidade, apesar de existirem formas hegemônicas e subordinadas a ela. Tais formas baseiam-se nas posições de poder social dos homens, mas são assumidas de modo complexo por homens particulares, que também desenvolvem relações diversas com outras masculinidades.

Essa busca de clareza nos argumentos não é fruto apenas de um exercício retórico, mas, principalmente, de acreditar e defender a ideia de que as discussões sobre os homens e as masculinidades, de forma crítica, são resultados dos desafios e avanços dos debates científicos e políticos originalmente produzidos pelo movimento feminista e pelo movimento em defesa da diversidade sexual<sup>21,29,30,33</sup>. Quando se pretende (re)fazer perguntas ao campo do conhecimento, ainda fortemente sexista e androcêntrico, tanto como (res)significar relações sociais de poder e desconstruir o machismo institucionalizado, que se expressa cotidianamente em nossa sociedade, é necessário adotar essa matriz analítica e de compreensão ético-conceitual, que também orientou nossa entrada em campo e nosso processo analítico que descrevemos a seguir.

### Procedimentos metodológicos

O trabalho de campo ocorreu no Serviço do Ambulatório e no Hospital Escola de referência em saúde sexual e reprodutiva, vinculado à Universidade Estadual de Pernambuco, e com gestores de saúde municipal e estadual. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (Cisam) (CAAE), número 1805.0.000.250-07, em 14 de setembro de 2005. Todo o trabalho de campo seguiu as orientações éticas de pesquisa com seres humanos.

As entrevistas ocorreram durante o primeiro semestre de 2006. Privilegiamos a realização delas no próprio ambiente de trabalho dos profissionais, contudo com agendamento prévio para que o tempo disponibilizado

<sup>V</sup> Esse período corresponde à primeira gestão do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, sobre a qual desenvolvemos nossas análises, circunscritas principalmente às propostas sobre direitos reprodutivos, em nível nacional, formuladas pela Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM), setor do Ministério da Saúde

<sup>VII</sup> Emprega-se a expressão “masculinidades” tanto para referência ao que se vem convencionando nomear como campo quanto para indicar uma compreensão de que o “masculino” e o “feminino” não são características naturais, fixas e

correspondentes a homens e a mulheres, respectivamente. São expressões plurais que variam de uma cultura para outra, numa mesma cultura, ao longo do tempo, no curso da vida de cada indivíduo e na relação entre os diferentes grupos de homens e de mulheres de acordo com sua classe, raça, grupo étnico e etário

<sup>VII</sup> “Maldito” especialmente no sentido daquele que “traz infelicidade, incomoda, aborrece; funesto, detestável, infeliz, enfadonho”, segundo o Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa de 2001



para a entrevista fosse suficiente para o diálogo com o pesquisador. As entrevistas duraram em média cinquenta minutos e foram todas transcritas para posterior análise. O Quadro 1 caracteriza o público entrevistado.

Com o objetivo de facilitar a análise dos dados, foi realizada uma organização do conteúdo, de modo preliminar, agrupando-se aspectos presentes nas falas dos entrevistados, criando uma espécie de “falas coletivas” (síntese de várias falas), organizadas em eixos temáticos que consideramos significativos para refletir sobre desafios no processo de inclusão dos homens no cuidado à saúde dentro dos serviços públicos.

Os discursos foram, então, agrupados e analisados de acordo com sete grandes categorias temáticas: 1) frequência/presença dos homens nos serviços; 2) es-

paços e serviços nos quais o homem participa; 3) dificuldades para a participação dos homens; 4) políticas públicas; 5) profissionais e os homens; 6) significados de “ser homem”; 7) homem: utilitarismo versus direito.

Vale destacar que este projeto ocorreu ao longo de dois anos, e que o grupo envolvido neste trabalho já tinha familiaridade com o campo pesquisado, na medida em que realizava ações de intervenção, em parceria anterior com a instituição. Com isso, tivemos uma carga horária significativa no campo, por meio de observações participantes no cotidiano do serviço, bem como na facilitação de atividades destinadas aos profissionais de educação em saúde relacionadas ao tema desta pesquisa, ofertando o retorno dos dados coletados e a construção de um plano

**Quadro 1** – Profissionais entrevistados

Quantidade de profissionais	Função	
09	Trabalho assistencial	8 mulheres e 1 homem
03	Gestores	2 mulheres e 1 homem
Setores pesquisados		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatórios</li> <li>Ambulatório da MulherPuericultura</li> <li>Uroginecologia - Vasectomia</li> <li>Serviço de Atendimento Especializado em Saúde Sexual</li> <li>Teste do Pezinho</li> <li>Programa de Saúde do Adolescente</li> <li>• Maternidade</li> <li>Gerencia da Maternidade</li> <li>Departamento de Organizações de Serviços</li> <li>Humanização do Parto</li> <li>Programa de Aleitamento Materno</li> <li>Programa Mãe Canguru</li> <li>Programa de Atenção a Mulher Vítima de Violência – AMVV</li> <li>Gestão Estadual de Saúde</li> <li>Gestão Municipal de Saúde</li> </ul>		
Formação básica das/os profissionais		N
Medicina		9
Enfermagem		2
Serviço social		1
Tempo de experiência		
Mínimo: 8 anos que atuam em serviços públicos de saúde		
Máximo: Há profissionais que atuam há mais de 30 anos		
Tempo de inserção no setor		
Mínimo: 2 anos de atuação no mesmo Setor		

de trabalho a partir deles. Dessa forma, ressaltamos que, apesar de o material primordial de análise neste artigo serem os discursos produzidos com base nas entrevistas, podemos ressaltar que a presença em campo favoreceu uma sensibilização analítica para a reflexão que se segue.

### Alguns resultados

Iniciamos a descrição e a discussão dos dados de acordo com cada uma das categorias elencadas.

### Frequência/presença dos homens nos serviços

Nas entrevistas, as(os) entrevistadas(os) ressaltam que os homens estão presentes nos serviços, mas ainda timidamente. Em alguns espaços, essa presença é mais fácil e acessível, enquanto em outros programas configura-se de modo mais distante e difícil, conforme ilustrado nos trechos a seguir:

[...] perceber os homens dentro do nosso serviço é uma coisa que a gente, apesar de fazer há algum tempo, apesar de ser pioneiro, tem conseguido devagar.

[...] nosso ambulatório tem tanto homem por causa da vasectomia [...] tem muitos pais com os meninos, vão muito para o berçário, passam no canguru, a psicóloga conversa com eles...

Além disso, os profissionais relatam a impressão de que há uma crescente participação, contudo não se têm informações dentro do próprio serviço sobre isso. O trecho a seguir ilustra essa compreensão:

[..] o movimento de homens acompanhando as companheiras no pré-natal não é grande, mas é crescente, principalmente entre os casais mais jovens e adolescentes [...] a presença masculina é crescente e interessante [...] na medida do possível, eles estão voltando. Eu não tenho esse levantamento estatístico pra te dizer agora, quanto em termos percentuais, mas dentro em breve a gente vai ter condições de dar essas informações.

### Espaços e serviços nos quais o homem participa

Segundo os(as) profissionais, a presença dos homens nos setores é não apenas pequena mas difusa, pela inexistência de serviços dirigidos a eles, como podemos observar a seguir: “Com relação à mulher, existem programas voltados para isso, e a gente não vê isso com relação aos homens. Eles vão muito no geralzão...”

Assim, a maior presença dos homens é exatamente no serviço destinado à vasectomia, supostamen-

te, segundo os(as) entrevistados(as), o único serviço voltado aos homens.

De acordo com as(os) profissionais, alguns setores têm começado a abrir espaço para os homens naqueles serviços descritos como materno-infantis que, em princípio, não foram destinados a eles, porém os serviços deixam claro que o foco é a mulher e a criança. Nesses serviços, o homem ocupa na maioria das vezes o papel de acompanhante, apoio visitante, aparecendo sempre como coadjuvante do processo. Um dos entrevistados diz que

[...] pré-natal e planejamento [...] Agora eu diria que ainda o foco é na mulher [...] Eu diria que o acompanhamento dele na consulta psicológica, por exemplo, é pra que ele dê apoio emocional pra mulher e não pra que esse apoio seja dado a ele.

As(os) entrevistadas(os) relatam ainda certa contradição sobre em que espaços são oferecidos e onde é permitida a presença de homens, conforme ilustrado no seguinte trecho:

O único serviço que tem o homem como foco é no SAE; ele também entra no processo para prevenir as DSTs.

[...] no SAE a porta principal é voltada mais pra mulher [...] o companheiro é convidado e às vezes vem espontaneamente, aí aproveita a presença deles.

### Dificuldades para a participação dos homens

Nas falas dos(as) profissionais, destacam-se quatro principais pontos que dificultam a participação masculina: 1) a resistência de algumas(uns) profissionais; 2) a rejeição dos próprios homens; 3) a estrutura inadequada; e os 4) horários dos serviços. Os trechos a seguir ilustram essas avaliações:

[...] o problema que a gente encontra aqui são dois: um é a resistência profissional e o segundo é a questão da estrutura física [...] acho que uns 40% dos profissionais talvez tenham uma certa rejeição dos homens nos serviços [...] os médicos têm essa rejeição.

A gente encontra dificuldade de várias instâncias por causa da própria desinformação dos pais, que não estão preparados para isso.

[...] ele pode assistir ao parto, ele não tem horário [...] a gente tem que estar de olho o tempo inteiro [...] supervisionando algumas ações para que elas aconteçam [...] o homem não pode ficar acompanhante porque vai tirar a privacidade das outras mulheres, não é? É uma enfermaria aberta [...] se as enfermarias são coletivas, complica-se a participação dos homens.

[...] nós não temos um horário muito rígido para visitas, principalmente para o pai [...] aí vem o confronto com a estrutura física que não é voltada para ter um homem como acompanhante [...] mas não há nenhum local em que o pai não possa entrar, ele só não pode permanecer por causa disso...

Ele vem à primeira consulta e diz: “Oh, doutora eu não posso vir mais não porque eu estou trabalhando, não tenho como sair do trabalho, não sou dispensado” [...] os que trabalham já têm mais medo de perder o emprego [...] o horário, principalmente pro homem, é inadequado.

### Políticas públicas

Os(as) profissionais destacaram também a inexistência ou insuficiência de políticas públicas de saúde para homens, como ilustrado a seguir:

[...] existe uma coisa mais fundamentada com relação à mulher, existem programas voltados para isso, e a gente não vê isso com relação ao homem [...] não existe um programa de assistência integral à saúde do homem [...] falta programas voltados para o homem [...] não há uma política pública voltada para o homem.

[...] poucos serviços em nível de saúde pública o homem está contemplado.

### Relação entre os(as) profissionais e os homens

Existe certa contradição quando se trata da relação entre os(as) profissionais e os homens nos serviços, na medida em que há uma dificuldade de incorporação pelos(as) próprios(as) profissionais, mas também há uma necessidade de incluí-los nesses espaços. Os trechos a seguir evidenciam essa contradição:

[...] eu acho que os homens deviam participar mais de todas as consultas e todos os serviços [...] Mas isso é uma questão de educação, não acho que exista alguma coisa em que o homem não deveria participar, não. Eu acho que ele deveria participar mesmo, de tudo [...] eu sempre estimo é pra vir o pai e a mãe [...] tem que ter os dois.

[...] os profissionais não gostam da presença dos homens em determinadas situações [...] talvez receio de estarem sendo julgados e possivelmente processados [...] receio, medo e falta de conhecimento de como lidar [...] a participação do homem tem que ser vista com algumas cautelas.

### Significados de “ser homem”

Os(as) entrevistados(as) apontam o machismo como questão cultural existente e que deve ser combatida. Os significados “tradicionais” de ser homem são reafirmados por valores que o distanciam dos espaços de cuidado. A incompreensão, a impaciência e outras caracterís-

ticas são consideradas inerentes ao modelo de homem que estariam opostas aos espaços e ações produzidas nas instituições de saúde. Os trechos a seguir evidenciam esse padrão moral:

O homem é mais relapso, ele procura deixar sempre pra última hora, ou quando a coisa realmente está intolerável. Só aí ele vai procurar um auxílio médico [...] o homem é o provedor, então ele está mais preocupado em prover a família, os recursos para sustentá-la [...] é difícil se ver homens procurando o serviço de saúde como uma prevenção, fazer um check-up [...] parece que o homem se cuida menos...

[...] acho que a maioria dos homens acha que não precisa fazer testes e exames [...] eles têm medo ou alguma coisa assim, tenho a impressão que eles se sentem, o homem não adocece [...] eles arrumam uma desculpa, é a do trabalho e a de que o problema foi da mãe [...] o trabalho é uma desculpa [...] homem parece que não gosta de ir ao médico, nunca vi nenhum que gostasse [...] tem que dar um toque pra abrir a cabeça um pouquinho.

[...] eu acho que a mulher amadurece mais rápido que o homem, aí geralmente eles não se envolvem muito, não [...] não quer se envolver muito nessa história de internato. Ele quer a mulher em casa cuidando dele.

Em contrapartida a esse discurso, existem comentários que reforçam a necessidade de se acolher e receber os homens, apontando para um compartilhamento, mesmo que incipiente, dos cuidados na saúde reprodutiva e sexual, como ilustram os trechos a seguir:

[...] aquele tabu masculino, aquela coisa do machismo, na prática nós não temos visto aqui, mas talvez isso seja uma amostra viciada porque as pessoas que chegam aqui são aquelas pessoas que já têm uma cabeça diferente.

[...] eu acho que existe uma questão cultural aí de que o homem não participa dessas coisas, que é a mulher quem cuida, é a mulher que tem que ir ao médico, que levar ao médico [...] cuidar de todos. Ela tem que parir sozinha, tem que gestar sozinha, amamentar sozinha [...] eu acho que é importante, que a gente tem um papel fundamental nessa mudança de passar experiência, de mudar esses conceitos.

No entanto, os depoimentos nem sempre apresentam posturas ideológicas condizentes com a fala, indicando certa contradição sobre como trabalhar para reformular o modelo machista implantado na “cultura” da saúde, em quais lugares o homem pode transitar, conforme ilustram os trechos que se seguem:

[...] eu acho que, pelo que eu vejo culturalmente, o homem

passou essa responsabilidade de reprodução, de engravidar ou não, de tomar conta da gravidez, como uma coisa exclusiva da mulher. Tanto é que “engravida, a culpa é da mulher!” Como se a mulher engravidasse sozinha [...] infelizmente nós temos homens que vêm com perfil de curiosidade. Está lá, mas de olho na mulher dos outros.

[...] para o pai, a importância é o estado do corpo da mulher voltar mais rápido e evitar gastos com leite e com medicação.

### Homem: utilitarismo x direito

Em linhas gerais, chamou-nos a atenção o fato de a maior parte das falas valorizar a participação masculina na medida em que geraria maior segurança e conforto para a mulher e, em certos casos, para a criança. Neste tipo de concepção, o homem serviria como um instrumento para a melhor atenção à mulher e à criança, sem pensar no homem como um sujeito de necessidade, sentimentos e direitos. Poucas, dentre as pessoas entrevistadas, utilizam a expressão “direito do homem” ou se valem da posição política presente nesse termo. Os trechos a seguir ilustram essa tensão:

[...] a participação do homem pode evitar que a mãe tenha hemorragia pós-parto, o emocional da mãe bem resolvido, para a mulher não se sentir só, sentir-se protegida nessa coisa difícil que é ter um filho.

[...] pra mulher é um conforto poder ter seu companheiro ao lado, se realmente for tranquilizador pra ela, e é muito importante pro pai esse vínculo, criar esse vínculo no primeiro momento do reconhecimento do seu filho [...] eu acho que desde que a mulher queira, desde que ele queira e que os dois estejam preparados, não vejo nenhuma dificuldade.

[...] a participação do homem é mais voltada pro apoio, conhecimento de facilitar o processo, mas em relação aos dois, mais da mulher [...] o importante da participação no parto é o homem ficar junto da mulher, passar confiança, presença, e não na emoção dele ser pai.

### Algumas considerações

Nossas análises evidenciam que, nessa política, a masculinidade é pensada, em geral, como dispositivo de dominação, e os homens como instrumentais ou sujeitos secundários, diante da trajetória histórica ainda incipiente de reflexões sobre os homens e masculinidades no campo dos direitos reprodutivos, com base no enfoque feminista e de gênero.

É importante reconhecer que o feminismo foi responsável por uma revolução em nossa sociedade, tanto no campo da ciência como na vida cotidiana das pessoas. Ao discutir e tentar transformar a condição de subor-

dinação das mulheres, discutiu em contraponto o lugar de dominação dos homens. Reconhecemos como uma questão relevante de pesquisa a forma como se dão a legitimação e a permanência em nossa sociedade de uma ideologia machista e sexista que atribui às mulheres o lugar da vida privada, da vida reprodutiva. Vivemos em uma cultura machista, que coloca a reprodução como uma questão exclusivamente das mulheres.

Como um efeito perverso dos processos de manutenção do status quo vigente, identificamos essa mesma ideologia sexista na formulação de políticas, nos documentos de domínio público e também no próprio movimento feminista ou de parte dele, quando foca só mulheres em seus planos de ação, na tentativa de pôr um fim à histórica desigualdade das mulheres, mesmo considerando que as mulheres são objeto de discussão visando a se tornarem sujeitos de direitos.

Não há como negar que, em nossa sociedade, as desigualdades sociais na vida das mulheres são uma constante histórica, mas o que ouvimos correntemente é que um dia, em outro momento, poderemos vir a trabalhar com os homens ou conseguir trabalhar adotando o aspecto relacional, em função da desigualdade que é muito presente. O nosso entendimento é que o foco nas mulheres no campo da saúde reprodutiva, dos direitos reprodutivos, é fruto exatamente dessa cultura sexista, machista, que perpetua as desigualdades sociais baseadas em gênero. Esse é o marco analítico do discurso das políticas<sup>24</sup>.

Destacamos ainda a necessidade e a importância de um posicionamento analítico e crítico a respeito do “discurso sobre/dos homens”, tendo em vista o avanço do conhecimento nesse campo formulado pelas feministas (e alguns homens, feministas ou não!). O que temos percebido nos trabalhos sobre homens e masculinidades é uma tendência a realizar investigações com caráter meramente descritivo e desconsiderar que a trajetória histórica das reflexões nesse campo vem do movimento de mulheres e feminista e também do movimento gay e lésbico. O gênero como categoria de análise é uma ferramenta dos estudos científicos/acadêmicos para questionar relações de poder e questionar o que é dito, seja pelos nossos “interlocutores”, seja pela literatura<sup>2,34</sup>. Esta contribuição epistemológica, teórica e metodológica tem uma história própria e uma autoria que não é possível desconsiderar; não se resolve esta questão apenas adotando o conceito de gênero, é ne-

cessário reconhecer e nomear essa contribuição, pois muitas vezes gênero é entendido como mais um conceito das ciências humanas, sem se reconhecer que foi formulado inicialmente pelo movimento feminista com um caráter teórico e político<sup>30</sup>.

Em suma, estas considerações fundamentam a crença de que podemos construir outros “roteiros” mais críticos e ousados sobre os homens e as masculinidades quando cremos na radicalidade que a perspectiva feminista pode nos oferecer ao acreditar que é possível a utopia da transformação social.

#### Referências bibliográficas

1. Aquino EM. A questão do gênero em políticas públicas de saúde: situação atual e perspectivas. In: Silva A, Lago MCS, Ramos TRO, organizadores. Falas de gênero: teoria, análises, leituras. Florianópolis: Mulheres; 1999. p.161-172.
2. Aquino EM. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. Rev Saúde Pública. 2006; 40 (n.esp):121-132.
3. Aquino EML. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade?. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005; 10(1). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100004&lng=pt&nrm=iso). [acesso em 26 set. 2012].
4. Arilha M, Unbehaum S, Medrado B, organizadores. Homens e masculinidades: outras palavras. São Paulo: Ed. 34; 1998.
5. Arilha M. Masculinidades e gênero: discursos sobre responsabilidade na reprodução. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1999.
6. Arilha M. O masculino em conferências e programas das

- Nações Unidas: para uma crítica do discurso de gênero. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005.
7. Cáceres C. Afterword: the production of knowledge on sexuality in the aids era: some issues, opportunities and challenges. In: Parker R, Barbosa R, Aggleton P, editores. Framing the sexual subject: the politics of gender, sexuality, and power. Berkeley: University of California; 2000. p.241-260.
  8. Carrigan T, Connell R, Lee J. Toward a new sociology of masculinity. *Theory Soc.* 1985;14(5):551-604.
  9. Connell R W. Masculinities. Berkeley: University of California; 1995.
  10. Corrêa S. Gênero e saúde: campo em transição. In: Bruschini C, Unbehaum S, organizadores. Gênero, democracia e sociedade brasileira. São Paulo: Editora 34; 2002. p. 357-388.
  11. Costa RP, Gaiarsa JA, Costa M, Petri V, Gabeira F, Botas PCL et al. Macho, masculino, homem: a sexualidade, o machismo e a crise de identidade do homem brasileiro. Porto Alegre: L&PM; 1986.
  12. Figueroa-Perea JG. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. *Cad Saúde Pública.* 1998; 14(1 Supl 1): 87-96.
  13. Gomáriz E. Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas: periodización y perspectivas. In: Rodríguez R, editor. Fin de siglo: genero y cambio civilizatorio. Santiago: Isis International; 1992. p.83-110. (Ediciones de las mujeres, 17)
  14. Gomes R, Schraiber LB, Couto MT. O homem como foco da Saúde Pública. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10(1):4.
  15. Kaufman M. Beyond patriarchy: essays by men on pleasure, power and patriarchy. Toronto: Oxford University; 1987.
  16. Kimmel M. Changing men: new directions in research on men and masculinities. Newbury Park: Sage; 1987.
  17. Kimmel M. La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes. In: Rodríguez R, editor. Fin de siglo: genero y cambio civilizatorio. Santiago: Isis International; 1992. p. 129-138. (Ediciones de las mujeres, 17).
  18. Leal OF, organizador. Corpo e significado: ensaios de antropologia social. Porto Alegre: UFRGS; 1995.
  19. Lyra J. Paternidade adolescente: uma proposta de intervenção. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1997.
  20. Lyra J. Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006) [tese doutorado]. Recife: Departamento de Saúde Coletiva da Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
  21. Medrado B. O masculino na mídia [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1997.
  22. Medrado B, Lyra J, Galvão K, Nascimento, P. Homens por quê? Uma leitura da masculinidade a partir de um enfoque de gênero. *Perspec Saúde Direitos Repr.* 2000; 3:12-16.
  23. Medrado B, Lyra J. Produzindo sentidos sobre o masculino: da hegemonia à ética da diversidade. In: Adelman M, Silvestrin C, organizadores. Coletânea gênero plural. Curitiba: UFPR; 2002. p.63-76.
  24. Medrado B, Lyra J. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Rev Estudos Feministas* [periódico na internet]. 2008 [acesso em 24 março 2010];16: 20-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v16n3/05.pdf>.
  25. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília; 2004.
  26. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília; 2004.
  27. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília; 2005.
  28. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: relatório de gestão 2003 a 2006. Brasília; 2007.
  29. Parker RG, Gagnon JH. Conceiving sexuality: approaches to sex research in a postmodern world. London: Routledge; 1995.
  30. Stolcke V. La mujer es puro cuento: la cultura del género. *Rev Estudos Feministas.* [periódico na internet]. 2004 [acesso em 22 maio 2011];12(2): 77-105. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n2/23961.pdf>.
  31. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2005 Mar [citado 2012 Set 26]; 10(1): 7-17. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000100002&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100002&lng=pt).
  32. Vale de Almeida M. Gênero, masculinidade e poder: revendo um caso do Sul de Portugal. *Anuário Antropológico.* 1996;(95):161-189.
  33. Vale de Almeida, M. Senhores de si: uma interpretação antropológica da masculinidade. Lisboa: Fim de Século; 1995.
  34. Vance CS. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis - Revista de Saúde Coletiva.* 1995; 5(1):7-31.
  35. Villela W, Monteiro S, Vargas E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2009 [acesso em 22 maio 2011];14(4):997-1006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a02v14n4.pdf>.

# Masculinidades e prevenção do HIV

## Masculinities and HIV prevention

Iara Coelho Zito Guerriero<sup>1</sup>

### Resumo

Este artigo discute concepções de masculinidade e sua influência na vulnerabilidade ao HIV. Os homens participantes deste estudo consideram como característica masculina ser um bom provedor financeiro, sexual e afetivo. A sexualidade masculina é considerada intensa e requerente de satisfação imediata. Segundo esse paradigma, um homem deve ter uma resposta sexual imediata e estar sempre pronto para uma mulher que se coloque disponível. A decisão do número de filhos cabe à mulher, assim como a contracepção. Ser homem é não ser homossexual – entendido como aquele que é o passivo na relação sexual. O uso da camisinha é inconcebível numa relação estável, e as razões que motivam o uso são apenas a curiosidade e a necessidade de evitar uma gravidez. Nenhum dos participantes afirmou ter utilizado a camisinha para prevenir DST/Aids. Os homens que usam camisinha em todas as relações sexuais assumiram para si a responsabilidade de evitar uma gravidez, o que poderia resultar em pagar pensão. Assim, apresenta-se como uma boa opção associar prevenção das DST/Aids e anticoncepção. Os dados analisados reforçam a necessidade de se considerarem as concepções sobre masculinidade existentes na sociedade para o desenvolvimento de ações eficazes destinadas à saúde dos homens.

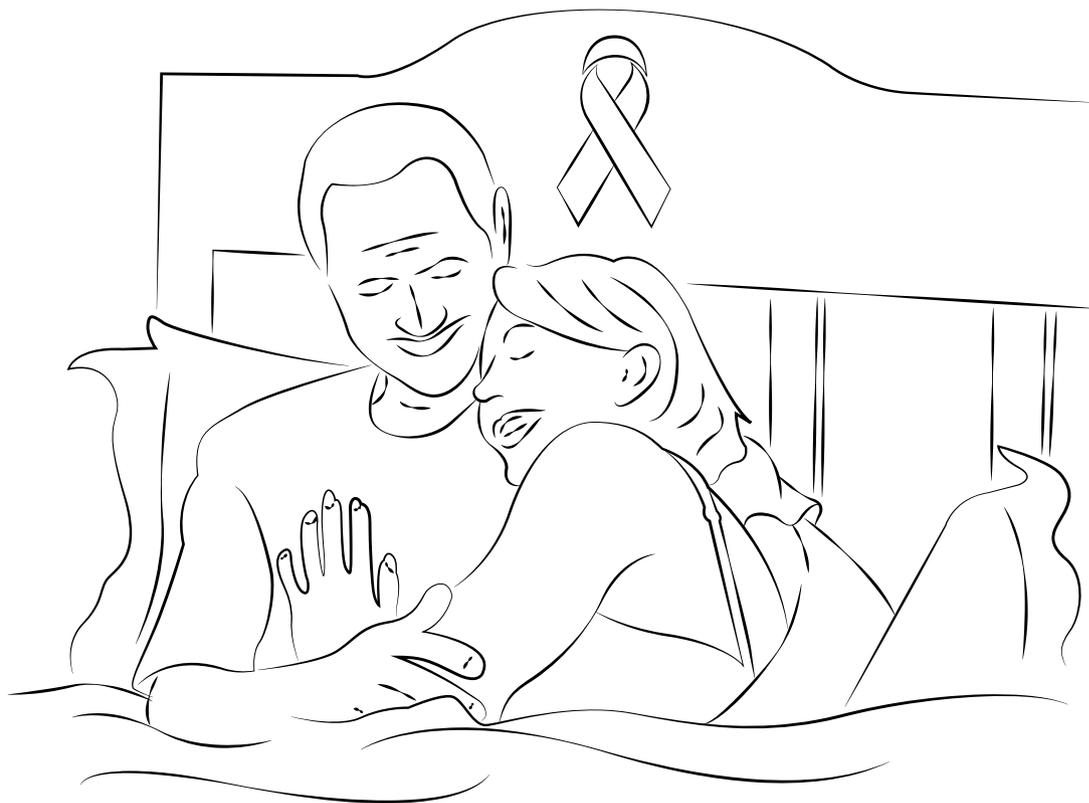
**Palavras-chave:** Homens e saúde, Masculinidades, Gênero

### Abstract

This article discusses the conceptions of masculinity and its influence on the vulnerability to the HIV. The participants of this research consider as a male characteristic to be a good financial, sexual and affective provider. Men sexuality is considered intense and claims an immediate satisfaction. According to this paradigm, a man has to have an immediate sexual response and be always ready for a woman who makes herself available. The woman is responsible for the decision regarding the number of children of the couple, as well as about contraception. To be a man is not to be an homosexual – understood as the one who takes the passive role in the sexual act. The use of condom is unthinkable in a stable relationship, and the only reasons that motivate its use are curiosity and the need to avoid pregnancy. No one of the participants said to have worn condoms to prevent themselves from STD/HIV. Those who worn condom in every sexual relation took to themselves the responsibility of avoiding pregnancy because they were afraid of being responsible for the payment of pension. Thus, it is a good option to associate STD/HIV prevention and contraception. The analysed data reassures the need of taking into consideration the male conceptions of masculinity in our society for the development of effective actions aimed to men's health.

**Keywords:** Men and health, Masculinities, Gender

<sup>1</sup>Iara Coelho Zito Guerriero (iara.guerriero1@gmail.com) é psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP)



## Introdução

**E**ste texto baseia-se em uma dissertação de mestrado<sup>8</sup>, defendida em 2001, na qual foram investigadas as concepções de masculinidade de motoristas de ônibus e outros funcionários de uma empresa de ônibus municipal em São Paulo, relacionando-as com a vulnerabilidade ao HIV. Muito já se vinha discutindo sobre a centralidade das questões de gênero para a prevenção do HIV e das doenças sexualmente transmissíveis (DST) em geral. Entretanto, em 2001 havia poucos trabalhos que focavam homens com práticas heterossexuais. A ênfase era no aumento da incidência do HIV entre as mulheres e a discussão de sua vulnerabilidade, que era e ainda é muito associada às questões de gênero. A preocupação que norteou este estudo relaciona-se ao outro lado da moeda: de que maneira as questões de gênero colaboravam para aumentar ou diminuir a vulnerabilidade ao HIV dos homens com práticas heterossexuais.

## Sexo e gênero

É comum escutar em sala de aula ou mesmo em eventos científicos a palavra gênero sendo utilizada como sinônimo de sexo. Entretanto, elas não são sinônimos, e é muito importante defini-las adequadamente.

O conceito de gênero foi desenvolvido por autoras feministas para compreender como uma diferença biológica (sexo) – homens e mulheres – apoiava a constru-

ção social das características definidas como femininas ou masculinas, e desvelar o processo que leva à valorização das características consideradas masculinas em detrimento das femininas numa dada sociedade, num dado momento histórico. Esse processo resulta no acesso diferenciado a oportunidades de desenvolvimento e de inserção social. Existe vasta literatura sobre gênero; cito aqui a definição de De Barbieri:

os sistemas de gênero/sexualidade são o conjunto de práticas, símbolos, representações, normas e valores sociais que as sociedades elaboram a partir de uma diferença anátomo-fisiológica e que dão sentido à satisfação dos impulsos sexuais, à reprodução humana e em geral ao relacionamento entre as pessoas. (...) Os sistemas de sexo/gênero são, portanto, o objeto de estudo mais amplo para compreender e explicar o par subordinação feminina – dominação masculina<sup>6</sup> (p. 30).

O conceito de gênero é relacional; a definição do que é ser homem implica uma definição do que é ser mulher<sup>4,13</sup>. Para que essa relação de poder do homem sobre a mulher seja mantida, é necessária a participação de diversos atores, em diferentes contextos; ela não “emana” apenas de um ponto específico. É o que Foucault chama de “técnicas polimorfas de poder”<sup>7</sup> (p. 28), sendo que uma dessas técnicas foi estimular constantemente as pessoas a falarem de sexo, para possibilitar o seu controle no âmbito do discurso social. Esse autor

refere-se a polícia do sexo, que está relacionada “à necessidade de regular o sexo por meio de discursos úteis e públicos e não pelo rigor de uma proibição”<sup>7</sup> (p. 28). Tal regulação se efetiva por meio da elaboração de determinadas normas de gênero.

Essa “regulação do sexo” influencia a todos, homens e mulheres. É importante observar que “eles partem de diferentes pontos da sociedade, são expressos de diferentes maneiras e estão relacionados entre si. Eles perpassam todas as relações em seus mais diversos âmbitos, inclusive a do indivíduo consigo mesmo”<sup>8</sup> (p. 50). Por isso mesmo, é preciso uma reflexão constante para perceber que essas normas estão agindo, porque num primeiro momento as pessoas tendem a achar que agir de uma dada maneira é natural, é próprio do fato de ser mulher ou de ser homem.

Embora a definição do que significa ser homem e ser mulher seja construída e compartilhada na sociedade, nenhum indivíduo se encaixa perfeitamente nessa definição. Existem muitas feminilidades e masculinidades, que variam conforme o grupo de pertencimento de cada indivíduo, sua situação socioeconômica e sua fase do ciclo vital. Cada pessoa, diante das normas sociais, faz sua síntese individual que as mantém ou as questiona. Para desenvolver atividades de prevenção do HIV e das DST dirigidas a homens, é preciso identificar com que homens se pretende trabalhar.

Na pesquisa realizada durante o mestrado, foram entrevistados 22 homens. Esses sujeitos eram motoristas de ônibus e integrantes da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (Cipa), entre 20 e 49 anos e que estudaram de 4 a 12 anos. As entrevistas foram realizadas após a aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido e versavam sobre as concepções de masculinidade. Com base nisso, discuti como essas concepções influenciavam a vulnerabilidade ao HIV. O pressuposto que embasa esta discussão é o de que para manter a identidade masculina, tal como definida pelos homens entrevistados, há um custo pessoal, que frequentemente não é abordado quando se discutem as questões de gênero. Embora este estudo tenha sido concluído em 2001, creio que seus resultados se mantêm atuais até hoje.

### Concepção de masculinidade

a) *Ser um bom provedor: financeiro, sexual e afetivo*

Ser homem está associado a ser um bom provedor financeiro, sexual e afetivo. Frequentemente conside-

ramos que os homens são responsáveis pelo sustento financeiro do lar, e mesmo quando a esposa trabalha, ainda é usual que a mulher se considere “ajudando” o marido. Nesta pesquisa, observamos que há também a preocupação de ser um bom provedor sexual. Todos os entrevistados consideram que a mulher tem desejos sexuais que devem ser satisfeitos pelo marido. O conflito interno a cada um deles é como dar conta de trabalhar tantas horas, para ser um bom provedor financeiro e simultaneamente ser um bom parceiro sexual. Como afirma um participante dos grupos:

Muda o ritmo daquilo que eu tô falando. Se eu trabalho até tarde, tô cansado. Se eu fazia 2 relacionamentos [sexual], não vai dar. Vou conseguir fazer um. Agora se naquele dia, se for sábado ou domingo, se no domingo eu descansei, na segunda eu tô inteiro. Vou continuar. Agora, cheguei, trabalho à noite, comecei às 7 da manhã, fui parar às 8, 10 horas da noite, chego em casa, talvez nem acontece (participante de grupo8, p. 105).

Um dos entrevistados, Roberto salienta ainda a importância de estar presente, de ser um “provedor afetivo”. Considera esse companheirismo muito importante para o casamento e aponta a dificuldade de conciliá-lo com uma jornada tão longa de trabalho. Vale a pena citar o trecho do nosso diálogo:

Roberto: Em geral o cara não tem tempo.  
Pesquisadora: Hum, trabalha muito?

Roberto: Trabalha muito. Aqui, aqui nessa [empresa] tem 2.000 e tantos funcionários. Tem muitos aí que as mulher foram embora com outro, e eu acredito, pela falta dele, porque o cara, ele chega aqui de madrugada, e chega de madrugada em casa. Às vezes a mulher trabalha durante o dia, ele trabalha a noite toda, ou vice-versa. Se veem de vez em quando. Ele já vive cansado. Cansado de natureza, ele não sai, não passeia, a mulher fica..., se trabalha ou se não trabalha, ela fica mais ou menos isolada, é quase uma vida separada... (entrevistado, 46 anos, motorista<sup>8</sup>, p. 106).

Essa organização do trabalho e do gênero imprime-se e expressa-se no indivíduo como um todo: no corpo e na “mente”. Corpo cansado após trabalhar tantas horas em condições tão duras, para que o homem se confirme como um trabalhador responsável e digno, que cumpre sua função de provedor financeiro. Corpo cansado, que não está disposto para uma relação sexual, o que impede o homem de atuar como um bom parceiro sexual.

Mente cansada, que não está disponível para a esposa, o que, associado ao pouco tempo de convivência,

não permite que o homem seja um bom companheiro. Assim, gênero influencia e é influenciado pela organização de trabalho, numa interação que não é linear, mas que se ramifica, ora potencializando-se, ora contradizendo-se – constituindo assim uma complexidade que inclui contradições. O trabalho realizado por esse homem, ao mesmo tempo em que confirma alguns aspectos de masculinidade, questiona outros, o que coloca cada homem diante de um conflito, pois quanto mais se esforça para atingir seus ideais, mais deles se distancia<sup>8</sup>.

*b) Sexualidade masculina é intensa e incontrolável*

A expressão da sexualidade masculina é vista como mais intensa que a da mulher e é considerada incontrolável, necessitando de satisfação imediata, o que coincide com os achados de vários autores<sup>1,11,12,14,17,20</sup>. A crença de que a sexualidade masculina é incontrolável dificulta o uso da camisinha, pois é preciso que a pessoa se perceba no controle da situação mesmo quando está excitada, para que coloque o preservativo<sup>12</sup>.

A fala de Edevaldo III evidencia essa ideia:

Edevaldo: É, a gente é bobo, né? Isso é, sei lá, homem é bobo mesmo.

Pesquisadora: Por que homem é bobo?

Edevaldo: É o entusiasmo, sei lá. A pessoa fica todo, no entusiasmo, na hora de... esquece tudo... (entrevistado, 40 anos, motorista<sup>8</sup>, p. 112).

Assim, o uso do preservativo masculino em todas as relações sexuais pode ser incompatível com essa concepção de sexualidade masculina como sendo “um impulso irrefreável, derivado do corpo, de difícil controle e contenção”<sup>20</sup> (p. 134).

*c) Sempre disponível*

Entre os participantes deste estudo, existe a ideia de que os homens devem ter uma resposta sexual imediata (ereção) e jamais recusar uma mulher que se coloque disponível para relacionamento sexual. “Se uma mulher já ficou ouriçada, encosta no cara, o cara não ficou armado, ela já sai falando para as outras: é viado.” (participante de grupo, 46 anos, motorista<sup>8</sup>, p. 119).

O temor de não ter ou de não conseguir manter uma ereção é grande, pois está associado a um questionamento sobre a própria identidade masculina. Portanto, a associação entre o uso de camisinha com o risco ou a possibilidade da perda de ereção acaba sendo mais uma razão para sua não utilização.

*d) Homofobia*

Outra maneira de definir o que é ser homem é: não ser mulher nem homossexual<sup>9</sup>. Tanto nas entrevistas quanto nos grupos, era expressa a rejeição da homossexualidade. Entretanto, a frequência à referência aos homossexuais – ainda que pejorativa – e a familiaridade que alguns demonstravam ter sugerem a possibilidade, ainda que não revelada, de que alguns desses homens também manteriam relações sexuais com outros homens.

Eles podem definir homossexualidade não pelo sexo do parceiro, mas associá-la àquele que é o passivo numa relação sexual, ao que é penetrado. Parker<sup>15,16,17</sup> relata que é comum considerar que o homossexual é o passivo. Essa definição permite que um homem que mantenha relacionamento sexual com outro homem, desde que seja o ativo, não se considere homossexual e mantenha sua identidade masculina. Um estudo de Stokes e colaboradores<sup>19</sup> discute que os bissexuais, quando comparados com os homossexuais, são mais auto-homofóbicos e consideram que os outros também o são. Por isso, é mais difícil para eles assumir publicamente que também têm práticas homossexuais. Quanto mais os homens são homofóbicos, menor a percepção de sua vulnerabilidade ao HIV<sup>18</sup>.

A aceitação (ou não) da própria sexualidade interfere na percepção de risco e afeta os comportamentos preventivos ao HIV<sup>3,21</sup>. A identificação e a discussão dos desejos e práticas sexuais podem tornar esses sentimentos mais aceitáveis e mais manejáveis<sup>12</sup>.

Com relação às mulheres, um estudo de Kalichman e colaboradores<sup>10</sup> aponta que 75% dos homens bissexuais não revelam suas práticas homossexuais a suas parceiras mulheres e 64% não modificam seu comportamento para protegê-las.

*e) Casamento e número de filhos*

O casamento é valorizado e parece constituir-se num rito de passagem da adolescência para a vida adulta. Um dos pressupostos do casamento é a fidelidade da mulher. A fidelidade do homem pode não ser considerada necessária, mas nesse caso o homem deve “respeitar” a esposa e não permitir que ela perceba quando ele saiu com outra mulher.

As mulheres decidem o número de filhos que o casal terá e são consideradas responsáveis por evitar uma gravidez indesejada. Entretanto, alguns homens assumem esse papel; entre eles, incluem-se os que

optam pela vasectomia e os que usam preservativo em todas as relações sexuais.

*f) Uso da camisinha*

f.1) O uso da camisinha no casamento ou numa parceria estável pode não ser considerado adequado.

É um negócio que não dá pra entender. O cara dizer não, já pensou se com a mulher tem que usar preservativo... Tudo bem para evitar filho, se ela não toma remédio, eu concordo. Ou então a mulher ficar com cisma do marido. É errado isso aí, pô! (participante de grupo, 46 anos, motorista<sup>8</sup>, p. 136).

f.2) Ainda está presente para alguns homens a separação entre a mulher de família e a mulher da rua. Assim, ter caso com uma mulher casada é considerado seguro, pois sendo uma mulher de família, ela não se encaixa no estereótipo de uma pessoa que pode ter e transmitir Aids.

f.3) Entre os 22 homens que participaram desta pesquisa, dois nunca tinham usado camisinha. Entre os que usaram, o fizeram por curiosidade ou para evitar gravidez. Nenhum dos participantes usou camisinha para evitar a transmissão de DST. Eles afirmam que sabem com quem andam e, portanto, não se sentem vulneráveis à infecção pelo HIV.

f.4) Quem compra a camisinha é o homem, que pode se sentir envergonhado por isso. O preço é considerado alto. Assim, a possibilidade de pegar camisinhas gratuitamente, num serviço que funcione para além do horário comercial, e que sejam entregues numa situação de privacidade e de acolhimento, faz toda a diferença. Outra opção é que eles possam retirar o preservativo sem ter que falar com ninguém.

f.5) Um entrevistado negro considera que usar camisinha torna seu pênis feio, nas palavras dele: “Esse tom dela vai ficando branco... no sexo oral, se a menina vê um troço assim, ela já não faz mais” (entrevistado, 34 anos, meio-oficial de mecânico e Cipeiro<sup>8</sup>, p. 149).

f.6) O uso do preservativo é associado à diminuição do prazer da mulher, como relata este entrevistado:

O atrito. No começo ela é oleosa, mas no atrito constante essa vaselina vai saindo, ela começa a irritar, principalmente a mulher. (...) a mulher não sente o tesão que ela queria sentir. Quer dizer, na realidade, pra sentir, eu tive que trabalhar muito mais... (34 anos, meio-oficial de mecânico e Cipeiro<sup>8</sup>, p. 148).

Assim, o uso do preservativo masculino é visto como um desafio para que o homem seja um bom parceiro sexual.

Além disso, ele é relacionado à diminuição do prazer do homem: “É como chupar bala com papel”; e associado à perda de ereção: “Ele pensa que é toquinha e dorme.”

f.7) Um dos entrevistados relata sua dificuldade ao colocar o preservativo:

O maior problema é se na hora ela não conseguir vestir. O cara enquanto ele vai pegar e rasgar, aí entorta tudo [perde a ereção]. Aí não usa mesmo. Abriu, ela já não serve mais, já não serve mais, se ela já desenrolou já não serve mais. Aí, até voltar a regular de novo [nova ereção], ah... quanta onda. Aí o cara vai lá, e enrola tudo de novo, mas o bicho tá em ponto de combate, aí na hora acontece, com quem já não aconteceu? (...) O ruim é o cara ir lá rasgar, tem um lado que não desenrola mesmo, ih, rapaz, é uma confusão danada (participante de grupo, 46 anos, motorista<sup>8</sup>, p. 150).

Perder a ereção é um grande temor, pois para esses homens isso coloca em questão sua possibilidade de ser um bom parceiro sexual, o que é um dos pilares da sua identidade masculina. Assim, para desenvolver ações preventivas que de fato funcionem, é fundamental considerar as concepções de masculinidade dos homens para quem essas ações se dirigem. Conhecê-las, colocá-las em discussão, explicitar os temores e trabalhar com eles.

### Implicações para a prática

Ao conduzir oficinas de sexo seguro, um dos assuntos que podem ser destacados nas discussões foi a possibilidade de a ereção não acontecer ou não ser sustentada em um encontro sexual. A primeira reação dos homens nessas situações, em geral, era dizer que isso nunca acontecera com eles, embora sempre se lembrassem de situações em que isso havia acontecido com um “amigo”. Como estratégia para aprofundar o debate e acessar os sentimentos e as percepções desses homens, era solicitado às mulheres que contassem sua opinião sobre isso. Quando isso ocorria, os homens ficavam mudos. Quando uma mulher tomava coragem e contava que já tinha vivido isso, o silêncio era total. A expectativa era ouvir o que a mulher iria falar sobre essa situação. Quando elas associavam a falta de ereção ao cansaço do parceiro e relatavam sua proposta de deixar a relação sexual para “amanhã”, demonstran-

do entender o companheiro, havia uma sensação de alívio. Essa postura acolhedora das mulheres parecia ser muito importante para os homens.

Começar a discutir a associação entre ereção e prova de masculinidade colocava a perda da ereção no âmbito do humano, e não como uma eterna prova de fogo. Afinal, por que os homens sentem que devem provar sua masculinidade a cada relação sexual? Isso revela uma consequência aprisionadora de assumir uma posição dominante na relação, que retira a vivência do contexto presente e faz com que esses homens precisem repetidamente provar que são homens para se manterem numa situação de poder. Discutir a possibilidade de ter e de não ter uma ereção contribui para que o homem possa viver sua sexualidade de maneira mais livre, no aqui e no agora, tal como está se sentindo naquele momento. Nesse sentido, o aproxima do seu corpo e do corpo da sua parceira. Evitando-se padrões a serem seguidos, pode-se experimentar a novidade de cada momento, inclusive o uso do preservativo.

Os homens que almejam serem bons provedores financeiros ficam muito incomodados em ter que pagar pensão após a separação. Isso foi um dos motivos que levou dois homens desta pesquisa a usarem camisinha, pois decidiram assumir para si a responsabilidade de evitar uma gravidez. No momento em que o homem associa o uso do preservativo ao exercício do poder de evitar uma gravidez que não deseja, ele passa a utilizar o preservativo em todas as relações sexuais. Não usa porque o profissional de saúde recomendou, não porque a mulher desconfia, nem porque teme adoecer. Usa porque essa é a melhor solução que encontrou para equacionar sua busca por ser um bom provedor financeiro, sexual e afetivo. Vale citar as palavras de um dos entrevistados:

Para evitar Aids e outras doenças, principalmente a gravidez, que a doença da gravidez é a pensão, né? Isso é para o resto da vida também. Ela não mata, mas acaba com a vida da pessoa (entrevistado, 34 anos, Cipeiro<sup>8</sup>, p. 153).

Afinal, o temor de engravidar uma mulher e arcar com as consequências financeiras prolongadas de um filho é bem mais próximo da realidade desses homens do que se infectar pelo HIV. Todos os participantes deste estudo têm filhos, e, portanto, sabem que se já aconteceu uma vez, pode acontecer de novo. Já a Aids não é realidade confirmada para nenhum deles. Assim, evitar

a gravidez é a principal razão para o uso do preservativo entre os homens desta pesquisa. Além disso, é o único argumento aceitável para que uma mulher proponha o uso da camisinha.

### Considerações finais

Gênero é muito importante no cotidiano dos indivíduos porque é um componente central da identidade das pessoas – em especial numa sociedade em que é a opção sexual que define as pessoas, e não mais seus laços sanguíneos<sup>7</sup>. Diante da instabilidade que é própria a qualquer sistema de poder, os homens, por temer perdê-lo, podem sentir-se muito inseguros e buscar a afirmação da sua masculinidade constantemente.

Tanta exigência para provar-se homem acaba evidenciando que “a essência” da masculinidade é inexistente. Para ser considerado um homem, é necessário demonstrar que tem as características masculinas. É preciso pagar um preço. Um dos preços da masculinidade é manter as emoções, os gestos e o corpo sob vigilância constante<sup>5</sup>. É preciso agir como é esperado que um homem o faça. Assim, o comportamento dos homens é determinado em grande parte pelo que se considera como masculino – percepções compartilhadas por homens e mulheres.

Embora os homens exerçam maior poder nas suas relações com as mulheres, isto não os protege da infecção pelo HIV. Pelo contrário, o número de homens infectados continua maior do que o de mulheres<sup>2</sup>. Isso nos remete à questão de que no relacionamento homem e mulher ambos estão dialogando com as normas de gênero que informam como cada um deve ser e agir. Uma vez que essas normas são naturalizadas, e não percebidas como construções sociais, as pessoas podem se submeter a elas, sem perceber que isso está acontecendo. Nas ações de saúde, é importante considerar a influência dessas normas na constituição das identidades de homens e de mulheres, explicitá-las e criar espaços de discussão para que, ao se dar conta das razões que motivam um determinado comportamento, cada um tenha mais liberdade para tomar suas decisões.

Um homem andava por uma estrada, quando vê passar outro homem montado num cavalo, que corria muito. O homem pergunta: onde você vai com tanta pressa? O outro responde: “Não sei, é o cavalo que me leva” (parábola zen-budista).

### Referências bibliográficas

1. Arilha M. Homens: entre a “zoeira” e a “responsabilidade”. In: Arilha M, Medrado B, Ridenti S, organizadores. Homens e masculinidades. São Paulo: Editora 34; 1998. p.51-77.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Aids e DST 2011; 8(1):1-159.
3. Bryan AD, Aiken W. Young women’s condom use: the influence of acceptance of sexuality, control over the sexual encounter, and perceived susceptibility to common STDs. *Health Psychol.* 1997;16(5):468-479.
4. Costa RG. De clonagens e de paternidades: as encruzilhadas do gênero. *Cadernos Pagu.* 1998;11:157-99.
5. Da Matta R. “Tem pente aí?” Reflexões sobre a identidade masculina. In: Caldas D, organizador. Homens: comportamento, sexualidade, mudança. São Paulo: SENAC; 1997. p.33- 49.
6. De Barbieri T. Sobre la categoría género: una introducción teórico- metodológica. In: Azeredo S, Stolcke V. Direitos reprodutivos. São Paulo: Fundação Carlos Chagas; 1993. p.25-45.
7. Foucault M. História da sexualidade. I: A vontade de saber. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1985. 152 p.
8. Guerriero ICZ. Gênero e vulnerabilidade ao HIV: um estudo com homens na cidade de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001.
9. Herek GM. On heterosexual masculinity: some psychical consequences of the social construction of gender and sexuality. In: Kimmel MS, editor. *Changing men: new directions in research on men and masculinity.* Califórnia: SAGE; 1987. p.68- 82.
10. Kalichman SC, Roffman RA, Picciano JF, Bolan M. Risk for HIV infection among bisexual men seeking HIV: prevention services and risks posed to their female partners. *Health Psychol.* 1998;17(4):320-327.
11. Machado LZ. Masculinidade, sexualidade e estupro. *Cad Pagu.* 1998;11:231- 273.
12. Marin BV, Tschann JM, Gomez CA, Gregorich SE. Condon use in unmarried latino men: a test of cultural constructs. *Health Psychol.* 1997;16(5):458-67.
13. Moraes MLQ. Usos e limites da categoria gênero. *Cad Pagu.* 1998;11:99-105.
14. Nieto-Andrade B, Izazola JA. Uso del condón en hombres com parejas no estables en la Ciudad de México. *Salud Públ México.* 1999;41(2):85-94.
15. Parker R. A construção social e cultural do risco sexual, ou como fazer pesquisa (em sexualidade) em uma epidemia. *Physis Rev Saúde Col.* 1995;5(1):85-98.
16. Parker R, Herdt G, Carballo M. Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre a AIDS. In: Czeresnia D, Santos EM, Barbosa RHS, Monteiro S, organizadores. *Aids. Pesquisa social e educação.* São Paulo: Hucitec; 1995. p. 17-45.
17. Parker R. Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Best Seller; 1991. 295p.
18. Schieman S. Gender and AIDS, related psychosocial processes: a study of perceived susceptibility, social distance, and homophobia. *AIDS Educ Prev.* 1998;10(3):264-77.
19. Stokes JP, Vanable P, McKirnan DJ. Comparing gay and bisexual men on sexual behavior, condom use, and psychosocial variables related to HIV/AIDS. *Arch Sexual Behav.* 1997;26(4):383-397.
20. Villela WV. Homem que é homem também pega Aids? In: Arilha M, Unbehau, SG, Medrado B, organizadores. Homens e masculinidades: outras palavras. São Paulo: Ecos/Editora 34, 1998. p.129-142.
21. Whitehead TL. Urban low- income African American men, HIV/AIDS, and gender identity. *Medical Anthropol Quarterly.* 1997;11(4):411-46.

# Identidades de gênero: a diversidade de masculinidades e feminilidades em transformação

## Gender identity: the diversity of masculinities and femininities in transformation

Francisco Maciel Silveira Filho<sup>1</sup>

### Resumo

O objetivo deste artigo é analisar como as identidades de gênero têm se desatrelado cada vez mais da dimensão sexual, puramente anátomo-fisiológica, passando a ser configuradas de uma forma muito mais fluida e livre do que se poderia supor até alguns anos atrás. Para tanto, analisa-se o filme *Tomboy*, correlacionando-o com as mudanças cotidianas cada vez mais presentes no que tange à diversidade identitária na atualidade.

Em cenários em que sexo, gênero, desejo e prática sexual não são mais marcos regulatórios que têm de estar vinculados e atrelados como amálgamas indissolúveis, novos cenários começam a ser construídos, necessitando ser conhecidos principalmente pelos profissionais da área da saúde.

**Palavras-chave:** Gênero, Identidade, Masculinidade

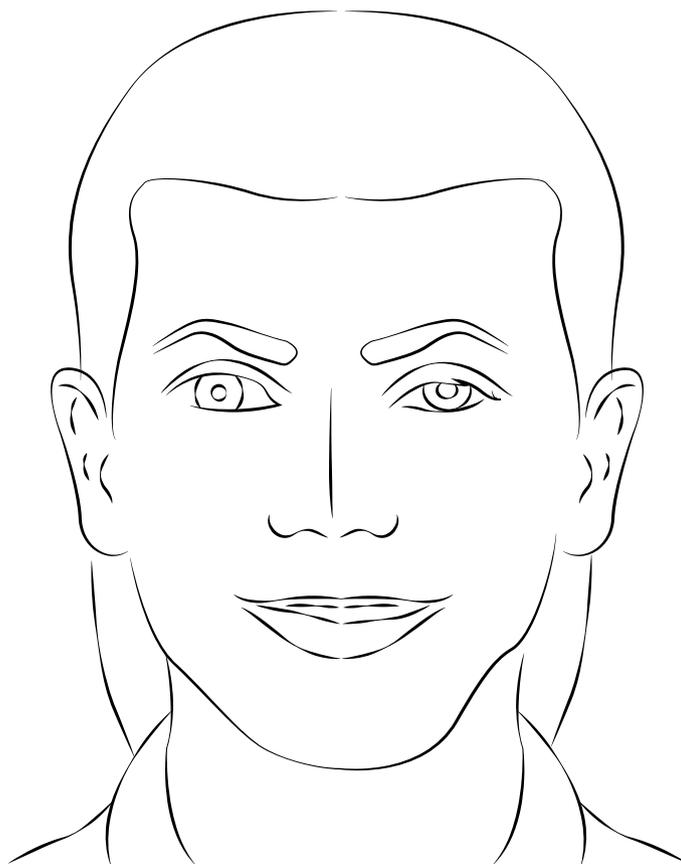
### Abstract

The aim of this paper is to analyze how gender identities has unleashed more of the sexual dimension, purely anatomical and physiological, going to be configured in a way much more fluid and free than would be expected until a few years ago. For this purpose, we analyze the film *Tomboy*, correlating it with the daily changes. In scenarios in which sex, gender, desire and sexual practice are no longer regulatory frameworks that must be bound and tied as indissoluble amalgam, new scenarios are beginning built, needing to be known mainly for health professionals.

**Keywords:** Gender, Masculinity, Identity

<sup>1</sup> Francisco Maciel Silveira Filho (macielsf@uol.com.br) é psicólogo clínico, mestre em Letras Clássicas pela Universidade de São Paulo (USP) e professor-assistente da Universidade Presbiteriana Mackenzie





O estudo relativo às identidades de gênero é algo relativamente novo, data aproximadamente de forma concomitante ao fenômeno relativo aos estudos *queer* nos anos 1990, e embora academia e sociedade já tenham avançado bastante quanto à sua compreensão, ainda se trata de assunto de difícil assimilação e incorporação nas esferas psíquica, emocional, estética e comportamental.

O ineditismo do tema atrelado à sua importância para o incremento da saúde física e da saúde mental, tão preponderantes à qualidade de vida e dos relacionamentos sociais, é que faz tão necessária sua introdução e absorção pelos universos que de alguma forma se entrelacem à questão da saúde e do bem-estar. Já se faz distante o tempo em que a medicina e as práticas promotoras da saúde desconsideravam o bem-estar afetivo, psíquico e moral dos seres humanos. Nessa medida, a questão da identidade de gênero precisa ser cada vez mais entendida, debatida e incorporada às rodadas de diálogo que se efetuam na atualidade, principalmente quando relacionadas ao universo masculino ainda tão carente de um maior aprofundamento quanto à densidade de uma subjetividade que ainda roga por atenção.

Ao longo deste artigo, discutiremos o motivo pelo qual essa questão ainda se apresenta tão carente de atenção e cuidado e como se faz mister que os profis-

sionais de saúde, independentemente de suas áreas, prestem atenção a essa temática, incluindo-se e sendo incluídos constantemente na pauta dos debates relativos às questões que tangenciam a masculinidade contemporânea.

Embora alguns autores venham se dedicando ao seu estudo, muitos deles ligados ao feminismo e ao movimento *queer*, grande responsável por muitas das evoluções relacionadas às identidades sexuais e de gênero, pouco material teórico consistente tem sido apresentado, embora congressos e mídia venham se responsabilizando por ventilar o assunto. No momento em que se considera que a ventilação desse assunto ainda se concentra em grande medida nos campos ligados à sexualidade, quando deveríamos apreendê-lo em áreas muito mais amplas como as esferas políticas, culturais e organizacionais, é que percebemos quanto ainda temos que avançar. Filmes também têm contribuído em grande maneira para que o gênero deixe de ser considerado um apêndice do sexo biológico como muitos ainda teimam em considerar. Mas a vida, sempre ela rica e pródiga em nos escancarar aquilo que urge em se mostrar, tem feito sua parte, contribuindo com farto material de análise, demonstrando que por mais que se descuide da questão do gênero no âmbito acadêmico, o cotidiano das ruas, da vida como ela é, como sempre

pregou o grande mestre Nelson Rodrigues, segue em mão contrária<sup>12</sup>.

É, entretanto, das amarras que engessam a construção das identidades, a maioria delas com origem no exercício regulatório do poder, que se abrem os caminhos para o surgimento de identidades sexuais diferenciadas, fato que nos alerta para a possibilidade cada vez mais gritante da nossa própria possibilidade de escolha identitária, concretizando um processo de escolha que é na grande maioria das vezes também um movimento político de exercício perene de autonomia. Nesse caminho novo e rico em múltiplas possibilidades, as discussões, descobertas e reflexões entabuladas pela teoria *queer* tem contribuído em grande medida com os avanços conquistados<sup>6</sup>.

A teoria *queer*, apossando-se de um termo pejorativo americano usado nas primeiras décadas do século passado para se referir aos *gays* de forma ofensiva, deriva dos estudos culturais americanos e do pós-estruturalismo francês. Capitaneado por autoras do quilate de Vance, Butler, Sedgwick, dentre outras, as discussões *queer* ganham corpo e forma no final dos anos 80 nos EUA, com o objetivo de criticar as posições que as teorias sociológicas mantêm sobre as minorias sociais e de gênero, tendo por objetivo primordial estudar tudo sobre o processo de estruturação das sociedades sexualizadas<sup>12</sup>.

A heterossexualidade, estruturada como a hierarquia do pensamento a ser seguido e respeitado, encontra na teoria *queer* seu contraponto reflexivo. Na contramão do pensamento sexual vigente, os primeiros pensadores *queer* vão criticar a hierarquia da heteronormia e a força de tal regra responsável pela implementação de uma normatividade heterossexual, valendo-se de um termo que até então sempre teve um caráter negativo. O movimento *queer* rompe com o pensamento cartesiano, o que permite que uma nova forma de pensar o sujeito se materialize: um sujeito que é cindido, provisório e circunstanciado. Sujeito que não precisa, necessariamente, ser entendido e definido pela oposição àquilo que não se é, regulado pela oposição binária que tanto tem contribuído para a manutenção da entronização da heterossexualidade compulsória. Depois dos estudos de Foucault, Warner desenvolve o conceito de heteronormatividade como sendo o responsável pela constituição da estrutura social, responsável pela regulação de todas as relações sociosexuais. Esta heteronormia busca formar todos

os seres humanos para serem heterossexuais ou para se organizarem ao redor da heterossexualidade como se este estado fosse algo da ordem da natureza, conseqüentemente algo impossível de ser mudado<sup>3</sup>.

Dois exemplos recentes, um vindo das telas e outro da cena brasileira, servem de exemplo para que possamos contextualizar o que pretendemos expor. Das telas francesas vem o maravilhoso relato da cineasta Céline Sciamma em seu segundo filme, *Tomboy* (2011). Neste trabalho, mais maduro e menos tendencioso e panfletário que seu filme de estreia, *Lírios de água* (2007), a cineasta relata a história da pequena Laure, uma menina de 10 anos, loira e diáfana, que a despeito de sua aparente frágil figura nada tem de feminina ou subjugada. Alta, magra, cabelos loiros e muito curtos, sempre vestida de shorts e camisetas, sem vaidades externas aparentes como o uso de adornos (brincos, correntes, pulseiras, esmalte e outros objetos que pudessem revelar uma identidade feminina), a menina, que acabou de se mudar para um novo bairro suburbano em Paris com os pais e a irmã mais nova, é confundida por uma vizinha com quem entabula uma interessante amizade. Lisa, a vizinha amigável e atenta na figura um tanto andrógena da nova pessoa que se lhe apresenta, toma Laure por menino, dúvida que a loirinha não faz nenhuma questão de desfazer. Dizendo se chamar Mickael, Laure é apresentada para todas as crianças do novo condomínio como se fosse menino, o que não causa nenhuma dúvida ou suspeita por parte de ninguém. Muito pelo contrário, Laure/Mickael envolve-se em todas as brincadeiras, sempre com muita energia e disposição, vencendo batalhas e disputas, muitas delas corporais, envolvendo força física em que compete com meninos maiores e algumas vezes aparentemente mais fortes que ela. Numa emblemática cena do filme, quase que um rito de passagem para a personagem de Laure, a menina decide tirar a camiseta para jogar futebol. Se até aquele momento Laure/menina parecesse demonstrar algum pudor quanto à ascensão de sua persona masculina/Mickael, a exposição do torso nu, ainda magro e sem nenhum sinal aparente da feminilidade que ainda submergirá, Mickael parece tomar conta da cena, fazendo gols e levando seu time, que sempre jogara sem camisa para se diferenciar do opositor (embora Laure nunca houvesse tirado a camisa até aquele momento), à vitória. Nesse dia, Lisa, parecendo antever a chave de uma identidade que não se esgota ou se exaure em um



molde que se convencionou enxergar como masculino ou feminino, diz para Laure que ela é muito diferente dos outros meninos.

Em outra cena fundamental, Lisa e Mickael estão brincando sozinhas, no que Mickael é surpreendida por um desejo de Lisa em maquiá-lo “o amigo” como se ele fosse menina. Um pouco resistente no início, Laure permite a brincadeira e é surpreendida pela constatação de Lisa que revela que Mickael fica muito bem de mulher. Confusa com essa descoberta, que parece aos seus olhos ser muito mais perturbadora do que o fato de ser tomada constantemente por menino, Laure vai para sua casa com um agasalho de capuz na cabeça, como se precisasse esconder dos outros a verdade biológica que tanto zela por embotar. Quando chega em casa também é surpreendida pela mãe, que fica encantada diante da aparência da menina, a qual está acostumada a sempre ver de forma despojada e informal.

Com base no que o filme nos apresenta, podemos depreender que corpos, tal qual os gêneros (construções sociais sobre as quais se acrescem significados quanto ao que se espera de homens e mulheres em virtude do seu sexo biológico), e por que não os sexos (determinados pela biologia), são construções sociais sobre as quais se aderem distintivos e especificações em decorrência da cultura, dos valores, das sociedades e dos espaços de tempo nos quais são moldados. Em sendo construções, são sempre provisórios, estruturados, entendidos, consumidos e decodificados de acordo com o somatório dos fatores apresentados aqui, devendo ser compreendidos e estudados mais pelos significados culturais e sociais que apresentam e menos pelo caráter biológico tão utilizado como referência para analisá-los. E como já dito, não podemos perder de vista o elo a conectar o processo construtivo de corpos, gêneros e sexos, quase como irmãos de uma mesma linhagem submetida à força e ao exercício do poder que teima em regulá-los. Torna-se impossível falar dessa construção sem recorrer ao minucioso trabalho da linguagem, ferramenta que cria e reflete o que existe, num processo de determinação daquilo que é normal ou anormal em se tratando das categorias mencionadas<sup>10,11</sup>.

Desse modo, cada vez mais se diminui a importância da biologia nas discussões atinentes ao corpo, para se valorizar um processo de construção que é cultural, social e histórico, sem negar, entretanto, a materialidade dos corpos, dado inquestionável, mas não único

nem determinante nas nossas formas de compreender e assimilar os questionamentos e discussões atinentes à corporalidade. Tanto é assim que Foucault, em seus trabalhos, nunca se cansou de apregoar que o controle da sociedade sobre os indivíduos começava por, com e através do corpo apropriado e manipulado como massa de manobra política e social.

Conceber o corpo como um constructo cultural é admiti-lo construído pela e na cultura, além de alterado por ela, acatando as infinitas formas de significá-lo e ressignificá-lo, aceitando que tal estruturação implica, em sua trama, elementos como o sexo, o gênero, a raça, a geração, a classe social. Aprendemos a tratar o corpo em nossa sociedade como algo a ser modelado em função da época e dos modismos de cada período. Na contemporaneidade, desempenho, vigor, *status*, perfeição e padronização nos criam escravos de modelos inatingíveis, tanto mais fortes e presentes quanto mais buscados<sup>7</sup>.

Como os gêneros, construções sócio-históricas-culturais em constante mutação, os corpos também se configuram cada vez mais no mundo contemporâneo como algo que está sempre por vir a se configurar, um projeto inacabado que expressa muito da nossa identidade no atual momento em que nos apresentamos e expomos à apreciação pública e privada. Falar em identidade de gênero é necessariamente discutir a questão da corporalidade e do quanto essa materialização do que as pessoas gostariam de ser interfere na saúde física e psíquica de cada um de nós. Saúde que vai além da ausência de doenças classificadas ou catalogadas por manuais ou diretrizes médicas. Saúde entendida como uma consequência da felicidade de poder ser aquilo que se quer, e não necessariamente aquilo que a natureza ditou, pelos grilhões do sexo, um pênis ou uma vagina determinando possibilidades, caminhos e potencialidades de cada ser humano. Afinal, embora haja muitos que ainda duvidem, somos muito mais do que a nossa dimensão anátomo-fisiológica. Dela, inexoravelmente, não escapamos, mas podemos reformulá-la, revisitá-la de modo a torná-la mais condizente com o projeto de vir a ser ao qual nos dedicamos diariamente desde o momento em que passamos a nos entender por seres humanos, agentes sociais em constante mutação<sup>13</sup>.

Aliás, sem maniqueísmo, é bastante interessante a forma como a cineasta retrata o posicionamento dos pais de Laure diante da realidade apresentada pela menina. Embora não saibam que a filha se passe por

menino, o que, quando ocorrer, modificará todo o rumo da história, antecipando catarses imprevistas e indesejadas, não parecem, de modo algum, estranhar a figura andrógena e masculina de primogênita. O mesmo se dá com a doce e esperta irmã mais nova, com a qual Laure tem uma relação de carinho, docilidade e proteção. Fugindo e passando ao largo do estereótipo da “menina Macho”, durona, insensível e pouco afetuosa, nossa protagonista expressa a riqueza humana de apresentar traços e características humanas – que, para além de masculinas ou femininas, são humanas. Alguns patrulheiros mais empedernidos e ciosos da presença familiar constante na rotina dos filhos poderão dizer que essa “confusão” pela qual passa a menina é resultado das ausências materna e paterna. A mãe enfrenta a terceira gestão que parece ser de risco e exigir alguns cuidados especiais, o que talvez a faça não estar tão presente no dia a dia da menina. O pai, por sua vez, tem que trabalhar dobrado, o que torna sua presença também não tão assídua. Entretanto, a menina se dá muito bem com os pais, em cenas que sempre expressam carinho, atenção e cuidados mútuos.

Cenas que revelam também um respeito imenso pela individualidade na construção de identidades que extrapolem limites estabelecidos pelos ditames sociais vigentes. Em momento algum, até que a confusão gerada pela descoberta da “farsa” (?) apresentada pela menina, vemos os pais de Laure se debatendo, questionando ou penitenciando pelo fato de terem uma filha que embaralha com seu aspecto, gostos, aparência ou preferências o que se espera em decorrência do seu sexo biológico. A serenidade com que lidam com a filha que tem é talvez a base na qual repouse a ousadia da menina em viver uma história diferente daquela que se esperava que vivesse. Ousadia que chega ao ponto de Mickael ser beijado sem esperar por uma cada vez mais interessada Lisa, talvez atraída que esteja por aquela pessoa que se apresenta tão complexa e diferente, tão intensa e em ebulição. E aquele beijo roubado se repete uma vez mais, materializando um interesse pré-adolescente que o cinema poucas vezes se responsabilizou por mostrar.

Haverá aqueles que dirão: loucura, uma menina se fazer passar por menino, sustentar essa situação sem que ela desperte nenhuma desconfiança! Nise da Silveira, psiquiatra brasileira, revolucionária no tratamento da arte como forma de aprofundamento e acesso

ao inconsistente dos ditos “loucos”, sempre combateu essa expressão, alegando que não se atrevia a definir a loucura. Loucura aos olhos de quem, pergunto, baseado em que parâmetros ou referenciais? Loucura como conceito que aprisiona e engessa, atormenta e apavora. Loucura como mecanismo a exercício de um poder que pretende estigmatizar de forma diretiva o que pode ou não em função de uma genitália que se faz cada vez menos reveladora e determinante.

Certa vez, minha filha, que na época tinha por volta de seis anos, lançou-me a seguinte pergunta: “Papai, menino usa batom?” Pego de surpresa, ativei meus sensores, e na rapidez que me foi possível disse a ela: “DEPENDE!” E realmente depende, pois há meninos que usam porque gostam, outros que precisam como necessidade de sua profissão (artistas, jornalistas na TV, palhaços de circo etc.) e outros tantos que o fazem ocasionalmente. Sempre que cito esse exemplo em sala de aula, pois sou professor, ainda há aqueles que dizem: “Mas como assim, menino não PODE usar batom!” Ao que retorno: “De que menino estamos falando?” Há uma única categoria de meninos, um gesso, um molde, uma mortalha que dê conta de representar todos os meninos do mundo? Há esse padrão único para todas as mulheres ou homens? Por favor, NÃO! E discussões nesse sentido se fazem cada vez mais necessárias, pois as singularidades são cada vez mais prementes e importantes.

Quando a irmã mais nova de Laure descobre o segredo da irmã, justamente porque Lisa vai à casa das garotas para chamar Mickael para brincar, um respingo do peso da realidade parece recair sobre a garota. A irmã mais nova, ciente da “inadequação” daquilo que a irmã mais velha parece fazer, dispara a pergunta: “Mas por que você está fazendo isso?” Pergunta sem resposta, e quantas não são as perguntas para as quais não temos respostas prontas, elaboradas, escoradas naquilo que os sinais externos nos apresentam. Laure coopta a irmã mais nova, trazendo-a para seu lado com a proposta de recompensar seu silêncio, levando-a diariamente para brincar com o grupo de amigos mais velhos, coisa que vinha evitando desde que haviam se mudado para o bairro. E a partir desse momento, passamos nós, espectadores e cúmplices de Laure em sua encarnação masculina, a esperar o momento em que a revelação dessa ousadia exigirá de todos um posicionamento, reconfigurando um tabuleiro e constante transição. Várias

são as vezes em que Laure pede à sua irmã mais nova que tome cuidado e seja discreta. Muitos são os momentos em que quase temos certeza de que o segredo escapará da boca da [esperada] menina. Mas isso não ocorre, e o segredo não vem à tona dessa forma.

É a ousadia de Laure, sua segurança no exercício do seu papel masculino, que acaba por revelá-la. Em uma manhã de brincadeira, um dos garotos do grupo briga com a irmã de Laure. Tomando as dores da irmã, Mickael parte para cima do garoto e o machuca. A irmã mais nova não se cabe de contentamento pelo fato de Laure tê-la defendido com tanta ênfase, chega a dizer na mesa do almoço em casa que adora um novo amigo chamado Mickael, tão corajoso e legal.

Mas as implicações dessa briga não pararão no contexto infantil das brincadeiras das crianças. A mãe da criança agredida por Mickael vai à sua casa pedir explicações aos pais do “menino”. Quando a mãe de Laure atende a mãe da vítima é que toda a história vem à tona. Confrontada por uma realidade para a qual não tem respostas ou soluções (cada vez mais nos deparamos com essas ciladas para as quais não há formatações já usadas que sejam eficazes), a mãe da menina não vê saída que não seja a de revelar a todos a verdade biológica que tanto Laure tentou esconder. Desvela-se de forma crua, sob todos os protestos da menina, um existir identitário que buscava a possibilidade de se apresentar para além e independentemente do sexo biológico e do quanto este pode ser aprisionador.

Arrastada, literalmente, pela mãe pelos corredores do condomínio em que vive, Laure vai à casa do garoto em que bateu e da amiga Lisa para que se revele o que até ali não apresentava nenhuma desconfiança. A mãe inclusive pede a Laure que não a leve a mal, mas diz que essa revelação é fundamental, que a menina não pode continuar vivendo essa farsa. FARSA?

Não precisamos exercer de forma intensa nossa imaginação para depreender o que se segue. As crianças, não acreditando no que havia se passado até então, expõem Laure à humilhação de ter que revelar seu sexo biológico para que comprovem a farsa. Lisa se mostra confusa diante de uma pessoa que talvez seja outra e que de certa forma e em sua perspectiva traiu sua confiança (o que é fato). Laure se afasta do grupo, envergonhada e sem saber como contornar a situação que parecia tão agradável e prazerosa até aquela briga. E se talvez não houvesse tanto da ousadia e do destemor

associados ao universo masculino! Teria Laure/Mickael destino diferente?

O filme, de modo esperançoso, termina com a imagem de Laure junto aos pais, irmã e ao novo irmão, em paz e harmonia, sem demonização ou execração em virtude dos desencontros vividos pela menina. Logo depois disso vemos Laure e Lisa voltando a se encontrar nos jardins do condomínio, diante da seguinte pergunta de Lisa para Laure: “Quem é você?” E há resposta para essa pergunta? Sabemos nós quem somos? À queima-roupa? Sabemos quem somos ou sabemos daquilo que precisamos apresentar aos outros na tentativa desesperada de dar aos outros aquilo com que estão acostumados a se contentar.

Nesse ponto da nossa narrativa nos deparamos com o cartunista brasileiro Laerte Coutinho, que agora começa a se apresentar em toda e qualquer situação vestido de mulher, embora sem tentativa de mudar de nome ou sexo biológico. Aquilo que Laerte começara a fazer poucos anos atrás, vestindo-se esporadicamente de mulher em algumas situações, passa a se constituir a rotina do cartunista, trazendo mais uma vez à baila a tão confusa questão da identidade de gênero. Não a identidade sexual, que se viabiliza (será?) pela mudança de sexo, não a orientação sexual (a dimensão do desejo que nos impulsiona) nem a prática sexual (a materialização do sexo de forma harmônica ou não ao desejo). Falamos aqui eminentemente da questão da identidade de gênero, conceito novo como vimos, que embora carente de mais esclarecimentos e explicações, não pode ser adequadamente compreendido sem que se entabulem suas relações com dimensões tão preponderantes como o sexo, o desejo, o poder e a prática sexual.

Se sexo é a dimensão anátomo-fisiológica, pênis ou vagina, ou ainda ambos os sexos conjuntamente, gênero é uma construção sócio-histórica atrelada às ideias do que concebemos como masculino ou feminino. Ambos os conceitos são bastante diferentes da questão da orientação sexual e da prática sexual, com as quais constantemente é confundido.

Ao nos depararmos com casos como o de Laerte, como o de garota(o) de *Tomboy*, como não ampliar fronteiras e reflexões?

Quando assimilamos a existência de homens cada vez mais vaidosos, enfeitados, com pulseiras, brincos, roupas coloridas, cortes de cabelo inovadores, corpos transmutados, adornos mil a enfeitar existências que

durante tanto tempo foram monocórdias por imposição sociocultural; quando vemos mulheres fugindo do padrão *girly* ao qual foram engessadas por uma cultura que sempre as vinculou à necessidade de uma estética vistosa, arrumada e vaidosa; quando vemos meninas fazendo judô, futebol, cortando o cabelo ao estilo “Joãozinho”, mas pintando as unhas, cada qual de uma cor, aparecendo com namorados em casa, garotos aos quais elas mesmas pediram em namoro, como vivenciei com minha filha de nove anos trinta dias atrás, é que nos damos conta de como as questões atreladas à identidade de gênero estão avançando, mesmo que não nos demos conta disso. Lufadas de modernidade que nos fazem avançar e respirar aliviados diante de algemas que se quebram ante a possibilidade de existir tal e qual se é, com todas as suas dores e delícias, como já cantaram muitos músicos e compositores de forma muito mais poética e pertinente que a minha. Que nos juntemos à delícia que é ser o que se é, diverso e mutante, independentemente do sexo que se tenha.

Por mais que avancemos, por maiores as modificações sociais vivenciadas, há ainda uma tendência enorme em tentar adequar sexo biológico, gênero, desejo (orientação sexual) e prática sexual (materialização do ato sexual) como se essa equação tivesse que seguir a lógica da heterossexualidade normativa: sexo masculino, gênero talhado como masculino (valentia, força, vigor, agressividade, intolerância, ausência de dúvidas etc.), desejo por mulheres e prática sexual com mulheres. Essa equação seria o êxtase para a sexualidade heteronormativa. Mas ela não é uma possibilidade para todos de forma igual e indistinta. Em muitas das vezes, nosso desejo segue caminhos aos quais não conseguimos deliberar; o mesmo dizemos em relação ao nosso sexo biológico, o qual não escolhemos<sup>2,3</sup>.

Laerte, o cartunista, Laure/Mickael, personagem do filme discutido, minha filha, eu, quem sabe todos nós, estejamos somente à procura de um lugar ao sol no qual possamos existir para além das regras e moldes durante tanto tempo impostos como única forma possível de ser e se apresentar em sociedade. Ser o que se é! Simples e complexo assim. Se este artigo ajudou na reflexão do que seja identidade de gênero, da importância da desconexão naturalizada do sexo x gênero x desejo x prática sexual e da importância da construção dos corpos como forma de expressão das identidades de gênero, um bom caminho já teremos percorrido.

#### Referências bibliográficas

1. Arilha M, Unbehaum SG, Medrado B, organizadores. Homens e masculinidades: outras palavras. São Paulo: Ecos 34; 1998.
2. Butler J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo. In: Louro, GL, organizador. O corpo educado: pedagogias da sexualidade. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2001.p. 151 - 172.
3. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
4. Butler J. O parentesco é sempre tido como heterossexual. Cad. Pagu. 2003;21:219-260.
5. Bruschini C, Unbehaum, SG, organizadores. Gênero, democracia e sociedade brasileira. São Paulo: FCC; 2002.
6. Ciampa AC. A estória do Severino e a história da Severina. São Paulo: Brasiliense; 1987.
7. Furlani J. Mitos e tabus da sexualidade humana. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2003.
8. Furlani J. Educação sexual: possibilidades didáticas. In: Louro GL, Neckel JF, Goellner SV, organizadores. Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 66 - 81.
9. Garcia SM. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: Arrilha M, Unbehaum SG, Medrado B, organizadores. Homens e masculinidades: outras palavras. São Paulo: Ecos 34; 1998.p. 31 - 50.
10. Louro GL. Corpo, escola e identidade. Educação e realidade 2000; 25:59-76.
11. Louro GL, organizador. O corpo educado: pedagogias da sexualidade. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2001.



# Mortalidade masculina no estado da Bahia, regiões Nordeste e Sudeste do Brasil no período de 2000 a 2009

*Masculine mortality in the State of Bahia, Northeast and Southeast regions of Brazil during the period 2000 to 2009*

Edna Maria de Araújo<sup>I</sup>, Nelson Fernandes Oliveira<sup>II</sup>, Daniel Deivson Alves Portella<sup>III</sup>, Dayse Rosa Mota Pinto<sup>IV</sup>, Eva Carneiro Silva Passos<sup>V</sup>, Felipe Souza Nery<sup>VI</sup>

## Resumo

Estudos de tendência apontam a maior vulnerabilidade masculina frente a distintos agravos, expressa pela maior mortalidade por câncer, doenças cardiovasculares e causas externas. Esse artigo objetiva avaliar a tendência da mortalidade de homens no estado da Bahia, região Nordeste e Sudeste do Brasil, no período de 2000 a 2009. É um estudo ecológico, exploratório, do tipo Série Temporal, no qual se avaliou a tendência das taxas de mortalidade de homens com quinze anos de idade ou mais, segundo raça/cor da pele. As causas de morte foram agrupadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10). Foram utilizados dados secundários do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). No estado da Bahia os homens negros morrem mais por causas externas enquanto os homens brancos morrem mais por doenças do aparelho circulatório. Os estados do Nordeste tenderam a apresentar crescimento linear das taxas de mortalidade por homicídio, para todos os segmentos de raça/cor, enquanto os estados do Sudeste apresentaram decréscimo para todos os segmentos. Observou-se que no Espírito Santo a taxa média de mortalidade por homicídio cresceu 27 vezes mais para a população negra em relação à população branca. Os resultados observados poderão subsidiar a Política de Saúde do Homem e também a formulação e implementação de políticas públicas que visem a redução da mortalidade por homicídio nas áreas estudadas.

**Palavras-chave:** Mortalidade masculina, Tendência temporal, Saúde do homem, Raça/Cor

<sup>I</sup> Enfermeira, Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (ISCUFBA) e Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS. Email: ednakam@gmail.com

<sup>II</sup> Bioestatístico, PhD em Bioestatística pela Universidade da Carolina do Norte – EUA. Professor Visitante do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC-UEFS) Email: oliveira.nf@gmail.com

<sup>III</sup> Fisioterapeuta, Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de

## Abstract

In trend studies carried out in different countries, the incidence or prevalence rates of diseases and health problems that raise the mortality among men, such as cancer, heart diseases and external causes, indicate a higher vulnerability of men when compared with the women population. In some cases there is even the inversion of the pattern along the years, worsening the men's health profile, widening, in this way, the historical differences in mortality among men and women. The aim of this article is to evaluate the men's mortality trend in the State of Bahia, in the Northeast and Southeast regions of Brazil, in the period 2000 to 2009. It is an ecologic study, descriptive, temporal series type, in which was evaluated the trend of mortality rates of men of fifteen years or older, according to race/skin color. The death causes were grouped according to the International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10). Secondary data of the Mortality Information System (Sistema de Informação de Mortalidade - SIM). The black men died mainly by external causes, whereas the white men died mainly because of diseases of the circulatory system. Throughout the studied historical series, the States of the Northeast tended to show a linear growth of the homicide mortality rates, predominantly, to all the race/color segments, while the States of the Southeast showed a decrease to all these segments. It was observed that in the State of Espírito Santo the average homicide mortality rate grew 27 times more to the black masculine population in relation to the white masculine population. The observed findings may subsidy the Men's Health Policy as well as the formulation and implementation of public policies aimed to the reduction of the masculine mortality in the studied areas.

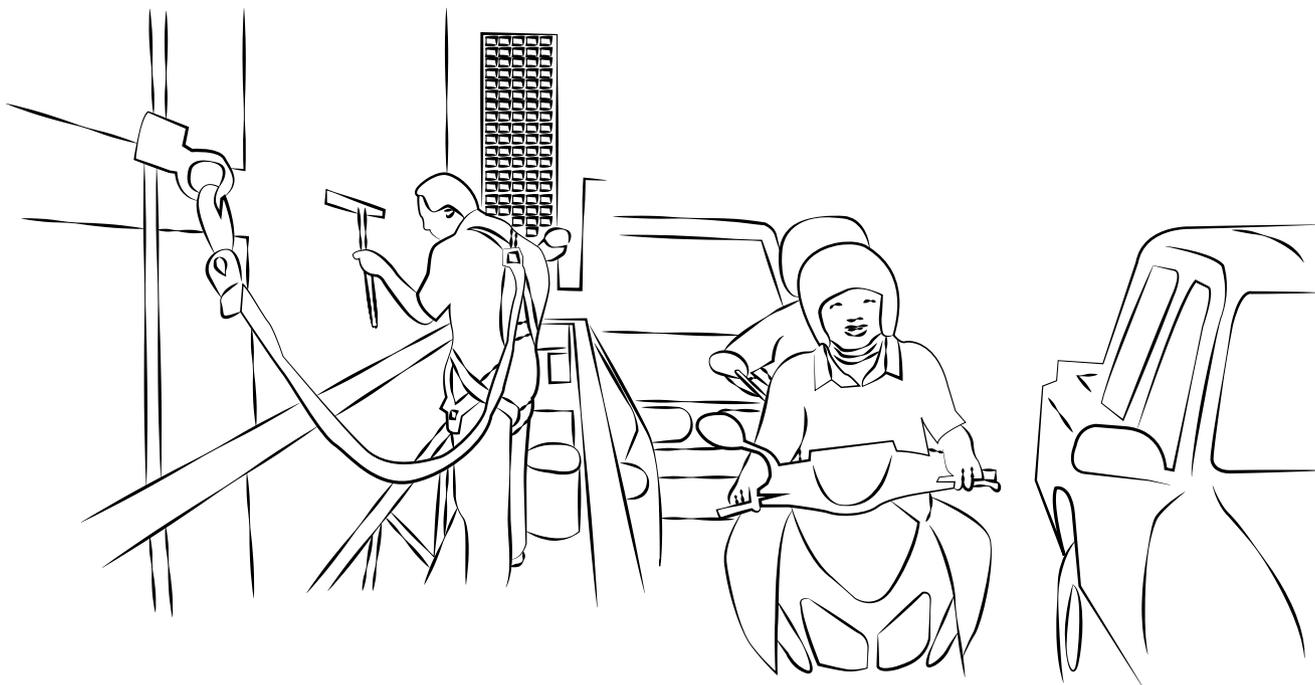
**Keywords:** Masculine mortality, Temporal trend, Men's health, Race/Color

Feira de Santana (PPGSC-UEFS). Email: danportella@hotmail.com

<sup>IV</sup> Enfermeira, Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC-UEFS). Email: daysemrosa@hotmail.com

<sup>V</sup> Enfermeira, Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC-UEFS). Email: enfermeiraevapassos@yahoo.com.br

<sup>VI</sup> Enfermeiro, Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC-UEFS). Email: felipesouzanery@yahoo.com.br



### Introdução

As ações e os programas de saúde voltados para a população masculina brasileira ainda se apresentam de forma tímida e escassa de acordo com o que tem sido observado por estudos que mostram as diferenças existentes entre as condições de saúde da população brasileira segundo o sexo. Essa realidade retrata a existência de maior vulnerabilidade dos homens especialmente às doenças crônicas e graves, alcoolismo, tabagismo, violência e, conseqüentemente, mortalidade precoce deste grupo<sup>4,6,10</sup>. Nesse contexto, considera-se a baixa procura da população masculina pelos serviços de saúde um desafio a ser superado, ora justificado pela ausência de tempo para esperar nas longas filas dos serviços, por ocupar milenarmente a posição de provedor, ora pelo mito da invulnerabilidade masculina, que é refletido na ideia de que homens fortes, viris e imponentes não necessitariam de cuidados<sup>10</sup>.

Assim, se por um lado o medo ou o preconceito, além das condições citadas, resultam na baixa procura dos serviços de saúde pelos homens, especialmente os serviços de atenção básica que incorporam atividades ligadas à prevenção de doenças e promoção da saúde, por outro é gerado aumento de gastos com serviços de

média e alta complexidades (que por sua vez funcionam em períodos que não coincidem com o turno de trabalho da maioria dos homens)<sup>4,8</sup>. Vale destacar, ainda, a produção de iniquidades sociais alicerçadas no preconceito e no racismo, que fazem com que homens negros morram mais e precocemente por causas que são preveníveis e evitáveis.

Exemplificando, em estudos de tendência realizados em diversos países, as razões de taxas de incidência ou prevalência de doenças e agravos que elevam a mortalidade entre homens como câncer<sup>2,14,19</sup>, doenças cardiovasculares<sup>9,12</sup> e causas externas<sup>18,5</sup> apontam para maior vulnerabilidade masculina comparada à população feminina. Há, em alguns casos, inclusive inversão do padrão no decorrer dos anos, piorando o perfil da saúde masculina, ampliando assim as diferenças históricas entre homens e mulheres.

Tantos agravos à saúde do homem lançaram luz sobre a necessidade da criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) em 2008, que, por sua vez, visa contemplar as necessidades e singularidades da população masculina. A finalidade desta política é a redução da morbimortalidade por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco mediante a facilitação ao acesso, a fim

de resguardar a prevenção e a promoção da saúde deste grupo<sup>6,10</sup>.

### Metodologia

Trata-se de estudo ecológico, exploratório do tipo série temporal, para o qual foram utilizados dados secundários, com base nos registros do Sistema de Informação Nacional sobre Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde (MS). Os dados foram coletados segundo a organização do Capítulo de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª edição (CID-10) e raça/cor da pele. O período analisado foi de 2000 a 2009.

O DATASUS é fundamental para a democratização da saúde e o aprimoramento de sua gestão. A informatização das atividades do Sistema Único de Saúde (SUS) proporciona o desenvolvimento de pesquisas, a incorporação de serviços e tecnologias da informação que possibilitam a implementação do sistema e a disseminação de informações necessárias às ações de saúde, em consonância com a Política Nacional de Saúde<sup>5</sup>.

Para obtenção do quantitativo de população masculina da Bahia com idade de quinze anos ou mais por raça/cor no período de 2001 a 2009, foi utilizado o cálculo da estimativa geométrica tendo como base esta mesma população referente ao censo de 2000. Taxas

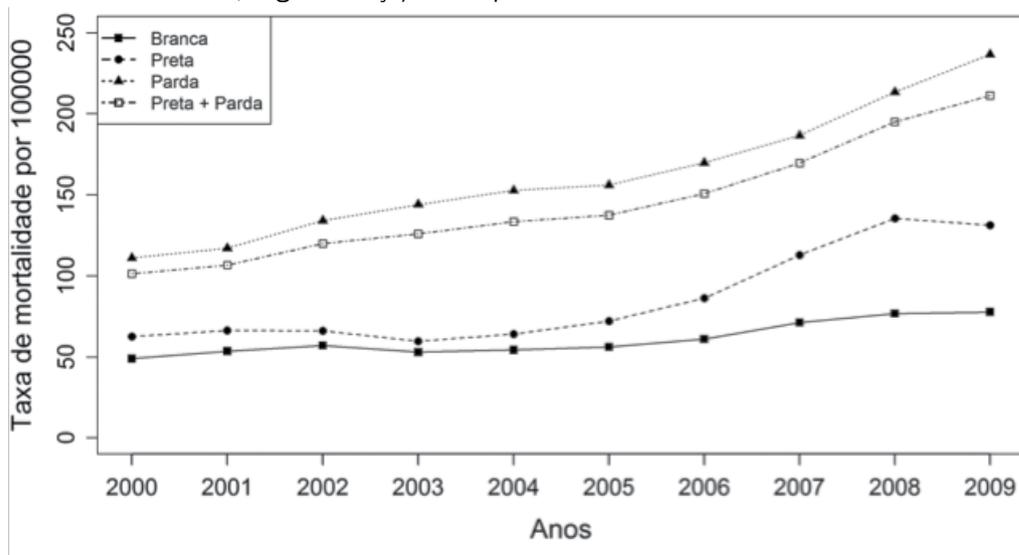
de mortalidade e respectivos intervalos de confiança foram calculados usando essas estimativas. As razões de taxas foram calculadas comparando-se a população preta e parda conjuntamente com a população branca para os estados onde se observou tendência de crescimento em todos os segmentos de raça/cor.

Os dados foram organizados com auxílio do programa Microsoft Office Excel 2007 para Windows. O software R<sup>17</sup> – pacote estatístico de domínio público – foi utilizado para a construção dos gráficos e análises estatísticas. Para explorar a tendência da série foi usado o modelo de regressão linear com correção de Prais-Winsten<sup>16</sup>.

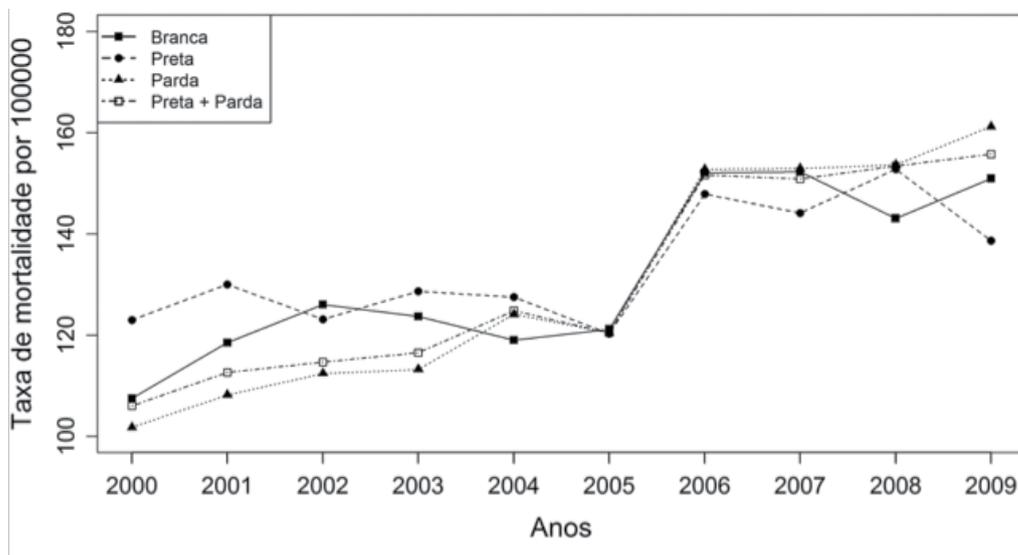
### Resultados e discussão

O estudo evidenciou que de 2000 a 2005 as principais causas de morte da população masculina do estado da Bahia foram, pela ordem, doenças do aparelho circulatório (DAC), causas externas e neoplasias, semelhante ao que foi observado para o Brasil por Laurenti e colaboradores<sup>12</sup>. No ano de 2009, houve inversão nesse *ranking* na Bahia. As causas externas se tornaram a primeira causa de morte para a população masculina, seguidas pelas DAC e neoplasias. Entretanto, para a população negra essa inversão ocorreu desde 2006. A tendência das taxas de mortalidade para o período estudado foi crescente para todas as causas, mas obser-

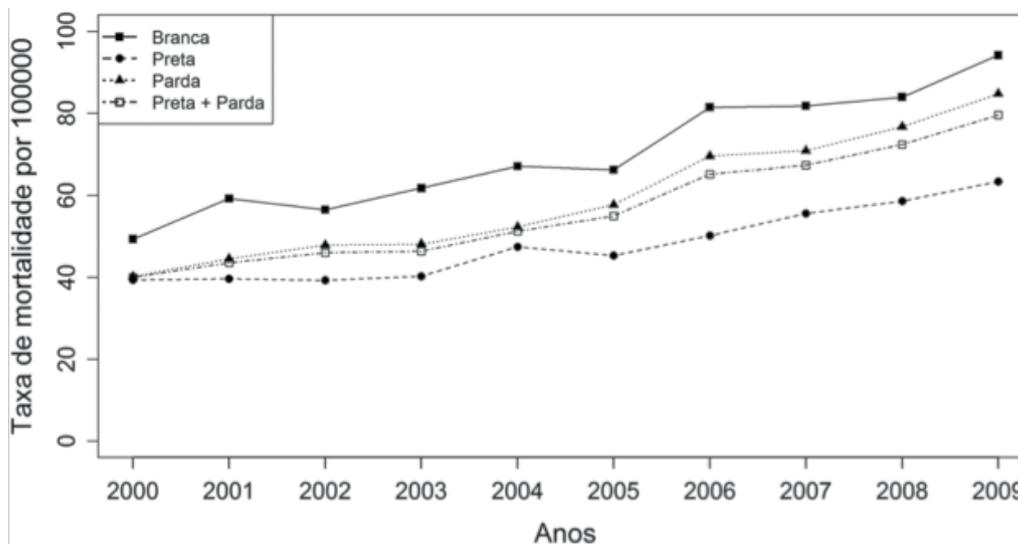
**Gráfico 1** - Taxa de mortalidade por causas externas, sexo masculino, Bahia, 2000 - 2009, segundo raça/cor da pele



**Gráfico 2** - Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, sexo masculino, Bahia, 2000 - 2009, segundo raça/cor da pele



**Gráfico 3** - Taxa de mortalidade por neoplasias (tumores), sexo masculino, Bahia, 2000 - 2009, segundo raça/cor da pele



va-se maior mortalidade da população masculina negra por causas externas, o que corrobora o que vem sendo constatado por vários estudos<sup>1,3,15,18,13</sup>.

As taxas de mortalidade por DAC segundo raça/cor são crescentes entre os homens negros e brancos, principalmente a partir de 2005, com decréscimo importante para os homens brancos em 2007, voltando a subir em 2008 e mantendo a tendência de decréscimo entre os homens pretos em 2008 e 2009.

No tocante às neoplasias, é possível observar taxas com crescimento linear na série histórica estudada para

todos os segmentos de cor, mas com destaque para homens brancos e pardos. Esse resultado se aproxima dos achados apresentados por Paixão<sup>15</sup> no *Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil 2007-2008*, que mostra as doenças do aparelho circulatório e neoplasias como primeira e segunda causas de morte para homens brancos e as causas externas como a primeira causa de óbito para os homens negros, sendo que as neoplasias aparecem somente em quarto lugar.

Ao se analisar a distribuição das taxas médias de mortalidade por homicídio nos estados do Nordeste,

**Tabela 1** - Estimativa da taxa média de variação linear da mortalidade por causas externas (por cem mil) de homens com idade superior a 15 anos, no período 2000 a 2009, segundo raça/cor da pele, para os estados do Nordeste, além de Espírito Santo, São Paulo e Rio de Janeiro

ESTADO	TAXA	IC (95%)	ESTADO	TAXA	IC (95%)
<b>Bahia</b>			<b>Piauí</b>		
Branco	3,17	1,85; 4,49	Branco	3,83	2,69 - 4,98
Preto	8,08	3,96; 12,20	Preto	4,61	1,56 - 7,66
Pardo	13,36	10,85; 15,88	Pardo	8,75	7,68 - 9,83
Preto & Pardo	11,95	9,40; 14,50	Preto & Pardo	8,18	6,91; 9,44
<b>Alagoas</b>			<b>Rio Grande do Norte</b>		
Branco	-5,46	-7,55; -3,36	Branco	-0,44	-1,54; 0,66
Preto	-1,41	-2,58; -0,25	Preto	10,33	2,04; 18,61
Pardo	20,73	13,44; 28,01	Pardo	7,35	3,67; 11,04
Preto & Pardo	17,79	11,46; 24,13	Preto & Pardo	7,44	3,91; 10,98
<b>Ceará</b>			<b>Sergipe</b>		
Branco	0,03	-1,72; 1,77	Branco	0,50	-2,48; 3,48
Preto	-5,00	-6,35; -3,64	Preto	-5,90	-12,07; 0,27
Pardo	6,98	2,40; 11,56	Pardo	7,96	4,95; 10,96
Preto & Pardo	6,03	1,83; 10,24	Preto & Pardo	6,06	3,02; 9,10
<b>Maranhão</b>			<b>Espírito Santo</b>		
Branco	3,73	2,86; 4,59	Branco	0,35	-1,48; 2,18
Preto	5,00	4,13; 5,88	Preto	-6,61	-11,66; -1,57
Pardo	9,75	8,69; 10,82	Pardo	12,49	10,17; 14,81
Preto & Pardo	9,03	8,07; 9,99	Preto & Pardo	9,46	8,07; 10,85
<b>Paraíba</b>			<b>São Paulo</b>		
Branco	-0,89	-1,48; -0,30	Branco	-8,37	-10,40; -6,35
Preto	-0,73	-3,85; 2,40	Preto	-24,15	-33,37; -14,94
Pardo	19,12	16,81; 21,43	Pardo	-15,67	-18,82; -12,53
Preto & Pardo	16,80	14,61; 18,99	Preto & Pardo	-17,13	-19,79; -14,46
<b>Pernambuco</b>			<b>Rio de Janeiro</b>		
Branco	3,01	1,67; 4,36	Branco	-3,73	-5,24; -2,22
Preto	30,12	13,63; 46,61	Preto	-9,59	-12,16; -7,02
Pardo	21,52	17,37; 25,68	Pardo	-5,95	-9,40; -2,50
Preto & Pardo	22,89	17,90; 27,89	Preto & Pardo	-7,09	-9,65; -4,54

observou-se que Pernambuco, Alagoas, Paraíba e Bahia são, pela ordem apresentada, os estados com maior crescimento linear de óbitos por esse tipo de causa. Entretanto, ao se analisar a razão de crescimento entre os estados segundo raça/cor de 2000 a 2009, observou-se que no Espírito Santo a taxa média de mortalidade por homicídio cresceu 27,0 vezes mais para a população negra em relação à população branca; Ceará 20,1; Sergipe, 12,1; Pernambuco, 7,6; Bahia, 3,8; Maranhão

2,4; e Piauí, 2,1. Alagoas, Paraíba e Rio Grande do Norte apresentaram decréscimo nas taxas referentes à população branca, enquanto apresentaram acentuado crescimento nas taxas referentes à população preta e parda. Por sua vez, em São Paulo e Rio de Janeiro se observou decréscimo aproximadamente duas vezes maior na taxa de mortalidade de pretos e pardos comparada com brancos. Enquanto nestes estados do Sudeste as taxas médias de morte por homicídio decresceram para

todos os segmentos de cor, nos estados do Nordeste somente em Alagoas, Ceará, Paraíba e Rio Grande do Norte houve decréscimo das taxas de morte apenas para homens pretos e brancos; mesmo assim, com exceção do Ceará, os decréscimos nas taxas foram mais pronunciados para a população branca.

Todos os resultados observados foram estatisticamente significantes, exceto para as populações brancas dos estados do Ceará, Rio Grande do Norte, Sergipe, Espírito Santo e a população preta da Paraíba. Esse resultado pode sugerir que as medidas de enfrentamento da violência nos estados do Sudeste tiveram impacto para todos os segmentos, enquanto nos outros estados as medidas foram impactantes, principalmente para a população branca.

### Conclusões

O presente estudo evidenciou que de 2000 a 2009 houve inversão das causas de mortalidade masculina no estado da Bahia. De 2000 a 2005, as doenças do aparelho circulatório, as causas externas e as neoplasias se constituíram, nessa ordem, as principais causas de óbito de homens. A partir de 2006, observou-se que as causas de mortalidade de homens apresentaram perfis diferenciados. Os homens negros passaram a morrer mais por causas externas, enquanto as doenças do aparelho circulatório predominaram entre os homens brancos.

Ao longo da série histórica estudada, os estados do Nordeste tenderam a apresentar crescimento linear das taxas de mortalidade por homicídio, predominantemente para todos os segmentos de raça/cor, enquanto os estados do Sudeste apresentaram decréscimo para todos esses segmentos. As maiores razões de taxa de mortalidade por homicídio entre homens negros e brancos foram observadas nos estados do Espírito Santo, Ceará, Sergipe e Pernambuco.

A despeito de este ser um estudo apenas descritivo – portanto, que não mediu relação de causalidade entre um desfecho e variáveis preditoras –, os resultados obtidos sinalizam algum grau de desigualdade na mortalidade da população masculina baiana, assim como nas medidas de redução dos óbitos por homicídio no estado da Bahia, nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. Com base na utilização de dados de sistemas oficiais de registro do Ministério da Saúde, foi possível evidenciar o perfil da mortalidade masculina na Bahia e a tendência da mortalidade por homicídio para esse segmento no

Nordeste e no Sudeste do Brasil segundo raça/cor. Os resultados observados poderão subsidiar a Política de Saúde do Homem e também a formulação e a implementação de políticas públicas que visem à redução da mortalidade masculina por todas as causas e, principalmente, por aquelas que são preveníveis e evitáveis.

- homem em Unidades Básicas de Saúde da Família, em Uberlândia, MG. Rev Em Extensão. 2010; 9 (1):163-172.
5. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS/DATASUS [ homepage na internet]. Brasília; 2012. [acesso em 7 março 2012] . Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>
  6. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília (DF); 2008.
  7. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Diagnóstico completo da saúde do homem [monografia na internet]. Brasília(DF); 2010. [ acesso em 18 março 2012]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33353](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33353)
  8. Braz M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre a justiça distributiva. Ciên Saúde Coletiva. 2005; 10(1):97-104.
  9. Gauri EM, Klein CH, Oliveira GMM. Mortality due to heart failure: extended analysis and temporal trend in three states of Brazil. Arq Bras Cardiol. 2010; 94(1):55-61.
  10. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento ES, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber, LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. Ciên Saúde Coletiva. 2011 Supl 1;6: 983-92.
  11. Gomes R, Nascimento EF, Araújo, FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saúde Pública. 2007; 23(3): 565-574.
  12. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. Ciên Saúde Coletiva. 2005; 10(1):35-46.
  13. Lopes F. Para além da barreira dos números. Cad. Saúde Pública. 2005;21(5):1595-601.
  14. Nakashima JP, Koifman S, Koifman RJ. Tendência da mortalidade por neoplasias malignas selecionadas em Rio Branco, Acre, Brasil, 1980-2006. Cad Saúde Pública. 2011;27(6): 1165-74.
  15. Paixão M, Carvano L, organizadores . Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil, 2007-2008. Rio de Janeiro: Garamont; 2008.
  16. Prais SJ, Winsten CB. Trend estimators and serial correlation. Chicago; 1954. (Cowles Commission Discussion Paper, 383).
  17. R Foundation for Statistical Computing R Development Core Team. R: A language and environment for statistical computing. Viena; 2012.
  18. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2011: os jovens no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; 2011.
  19. World Health Organization. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2008. Geneva:WHO; 2008.

### Referências bibliográficas

1. Araujo EM. Spatial distribution of mortality by homicide and social inequalities according to race/ skin color in an intra-urban Brazilian space. Rev Bras Epidemiol. 2010; 13(4): 549-60.
2. Ardanaz E, Moreno-Iribas C, Pérez de Rada ME, Ezponda C, Flóristan Y, Navaridas N, et al. Incidencia y mortalidad por cáncer en Navarra, 1998-2002: evolución en los últimos 30 años. An Sist Sanit Navar. 2007; 30: 245-70.
3. Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. Ciên Saúde Coletiva. 2005; 10(1):71-80.
4. Bonito, RF, Landó, L, Costa, DSR. Discutindo saúde do

# Dia de Atenção Integral à Saúde do Homem: ação estratégica da Unidade Médica de Saúde da Família do Rio Comprido, Jacareí, SP<sup>I</sup>

*Day of comprehensive men's health care: strategic action of the Family Health Unit of the district of Rio Comprido, in the city of Jacareí (State of São Paulo)*

Márcia Cristina dos Santos Máximo de Oliveira<sup>II</sup>, Tereza Etsuko da Costa Rosa<sup>III</sup>

## Resumo

Este artigo objetiva analisar e discutir as informações obtidas da população masculina atendida durante as campanhas de atenção à saúde do homem, em relação aos procedimentos realizados e às morbidades, principalmente as doenças sexualmente transmissíveis (DST), bem como o impacto que tiveram sobre o acesso dos usuários masculinos a este serviço. O trabalho também descreve as atividades das campanhas na Unidade de Saúde da Família do bairro Rio Comprido (Jacareí, São Paulo), implantadas, no período de 2007 a 2011, exceto 2009, como estratégia de promoção de saúde do homem. As informações sobre os procedimentos realizados após as campanhas e sobre as DST foram obtidas, respectivamente, por meio de consulta aos prontuários médicos e aos formulários de notificação de DST. Os resultados da ação serviram de subsídios para o planejamento organizacional da referida Unidade de Saúde da Família, compreendendo as necessidades de saúde e de cuidados da população masculina, melhorando, conseqüentemente, o seu acesso à atenção primária de saúde.

**Palavras-chave:** Promoção de saúde, Saúde do homem, Saúde da família

## Abstract

This article aims to analyze and discuss the findings obtained from the male population served by the men's health attention campaigns, in relation with the procedures performed and morbidities, especially regarding the sexually transmissible diseases (STD), as well as their impact on the access of the male users to this service. The study also describes the campaigns in the Family Health Unit of the district of Rio Comprido, in the city of Jacareí (State of São Paulo), introduced in the period of 2007 to 2011, except in 2009, as a strategy for men's health promotion. The data about the procedures performed after the campaigns and about the STD were obtained, respectively, through the consultation of medical records and of STD notification forms. The findings were used as subsidies for the organizational planning of the mentioned Family Health Unit, involving the health needs and the male population cares, improving, as a consequence, the access to the primary health attention.

**Keywords:** Health promotion, Men's health, Family health

<sup>I</sup> Estudo elaborado para conclusão do curso de Especialização em Gestão em Saúde promovido pela Universidade Aberta do Brasil/Universidade Federal de São Paulo (UAB/Unifesp) na modalidade à distância

<sup>II</sup> Márcia Cristina dos Santos Máximo de Oliveira (crismax2008@hotmail.com) é médica, clínica generalista e coordenadora do Dia de Atenção à Saúde do Homem, é pós-graduada em Cardiologia e especialista em Geriatria e em Gestão em Saúde

pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), mestranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

<sup>III</sup> Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo



Os indicadores de morbimortalidade do nosso país têm traçado um perfil, que se mantém há anos, no qual as mulheres são mais acometidas por problemas de saúde, buscam mais consultas médicas, consomem mais medicamentos e se submetem a mais exames do que os homens<sup>9</sup>.

No entanto, entre os homens, há maior procura por serviços de emergência, maior número de internados em situações graves, além de eles apresentarem maiores taxas de mortalidade causadas por patologias graves<sup>9</sup>. A grande diferença parece relacionada com os comportamentos de prevenção, uma prática pouco adotada pelos homens e que é mais observada na maioria das mulheres.

Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira de 15 a 64 anos de idade (PCAP-DST, 2008) reafirma comportamentos negativos dos homens em relação ao autocuidado com a saúde. Pouco mais de 10% das mulheres que tiveram algum sinal ou sintoma de doenças sexualmente transmissíveis deixaram de procurar qualquer tipo de tratamento, enquanto a proporção praticamente dobra (18%) entre os homens nessa situação. Outro dado alarmante, constatado pela pesquisa, é que entre os homens que procuram tratamento predomina a automedicação, ao contrário das mulheres, que em 99% dos casos que procuram tratamento recorrem ao médico<sup>2</sup>.

Da mesma forma, a identidade masculina relacio-

nada ao seu processo de socialização, que tem como consequência determinadas atitudes, e a ausência de um programa específico para o homem têm sido apontadas como fatores importantes que contribuem para os indicadores de saúde masculina negativos no tocante à mortalidade causada por doenças cardiovasculares e pelas neoplasias malignas<sup>9</sup>. Nesses agravos, a probabilidade de um tratamento eficaz é aumentada com um diagnóstico precoce, o que exige a realização de exames periódicos.

No Brasil, notamos que as unidades básicas de saúde, rotineiramente, são frequentadas por número maior de mulheres, crianças e idosos em comparação aos homens em determinadas faixas etárias. A ausência dos homens, de 20 a 59 anos, na Atenção Primária em Saúde (APS) talvez se justifique por algumas razões de ordem sociocultural e organizacional dos serviços de saúde.

Os estereótipos de gênero, a invulnerabilidade e a posição de provedor contribuem para que o autocuidado seja considerado pelos homens como irrelevante diante das questões do dia a dia como o trabalho<sup>1,5,7</sup>.

Na maioria dos municípios, as unidades de saúde funcionam em horário administrativo, período em que a maioria dos homens está no trabalho, determinando que eles recorram mais a prontos-socorros e farmácias pela rapidez no atendimento e pela flexibilidade de horários (noturno, fins de semana)<sup>1,4,5,7</sup>.

As práticas sociais, em geral, são norteadas por

um imaginário social que, no caso dos homens, reafirma ideias de invulnerabilidade e impaciência, e ao mesmo tempo leva-nos a um autocuidado deficitário e de baixa adesão às práticas de saúde, reforçando o estereótipo dos serviços de saúde como espaços voltados às mulheres, às crianças e aos idosos. Essa situação dificulta a atenção às necessidades e demandas do segmento masculino e acaba por configurar uma desigualdade nos espaços de atenção à saúde em relação aos homens<sup>5</sup>.

A configuração discutida tem como consequência a população masculina, geralmente, ser acometida por condições severas e crônicas de saúde em razão da busca tardia pelos serviços de saúde. Para mudar esse quadro, é necessária a criação de programas específicos de saúde do homem visando à prevenção e à promoção da saúde, reduzindo a incidência de patologias preveníveis e controláveis e os danos desses agravos<sup>1,5</sup>.

O pouco acesso do homem aos serviços de saúde tornou-se um fator preponderante para os diagnósticos tardios de doenças crônicas não transmissíveis, DST e neoplasias que acometem um número cada vez mais crescente de homens. Tal situação aponta para a urgência da implantação de ações de promoção à saúde do homem em todos os serviços de Atenção Básica dos municípios<sup>8</sup>.

Em 2008, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, norteando as ações preventivas, de promoção e de assistência à saúde como fator atenuante dos determinantes sociais que impactam a saúde do homem<sup>3</sup>.

Pouco antes da implantação do referido Programa, a equipe terapêutica da Unidade de Saúde da Família do bairro do Rio Comprido, região sul da cidade de Jacareí, localizado no Vale do Paraíba Paulista, São Paulo, percebendo a problemática da ausência dos homens na unidade da rede básica de saúde, decidiu adotar a campanha como uma medida de atrair a atenção dos homens e de estimulá-los ao autocuidado. O denominado “Dia do Homem” foi instituído a partir de 2005, quando a equipe sugeriu uma ação pontual para facilitar o acesso dos homens à unidade. A ideia surgiu, também, com a constatação do expressivo número de casos de DST entre as mulheres atendidas e com a ausência dos respectivos parceiros para receber os cuidados necessários.

Este artigo visa analisar e discutir as informações obtidas da população masculina atendida durante as

campanhas de atenção à saúde do homem, em relação aos procedimentos realizados e às morbidades, principalmente as doenças sexualmente transmissíveis (DST), bem como discutir a influência que teve sobre o acesso do usuário masculino a este serviço no período de 2007 a 2011.

### Metodologia

Trata-se da análise das informações sobre os homens atendidos em campanha anual de atenção integral à saúde do homem, com duração de cinco horas cada uma, realizada aos sábados, no período de 2007 a 2011, exceto 2009. Neste ano, devido às eleições, não houve a campanha, obedecendo à legislação eleitoral que restringe a realização de determinadas ações que podem ter caráter de propaganda institucional. Para evitar essa restrição, nos demais anos eleitorais a data da campanha foi alterada para o mês de novembro.

A divulgação da campanha tem sido feita, anualmente, por meio do *marketing* boca a boca, de cartazes em bares, igrejas e escolas e pelos agentes de saúde, como porta-vozes da unidade de saúde, convidando diretamente a população nos domicílios visitados. Excepcionalmente, em 2010, a campanha foi veiculada por uma reportagem na TV Vanguarda (retransmissora local da TV Globo), em jornais locais e no site da Prefeitura.

Nos dias da campanha, a unidade é preparada com diversos boxes que ofertam cuidados nas modalidades educativas e assistenciais, e os participantes são orientados a passar por todos eles. Na modalidade assistencial, no dia da campanha são realizadas medidas da pressão arterial, da glicemia capilar, exame de acuidade visual, além de coleta de exames laboratoriais (colesterol, triglicerídeos, ureia, creatinina, DST, prova do antígeno prostático – PSA). Quando foram constatadas alterações entre os que aceitaram realizar o toque retal, durante a consulta médica no dia da campanha, os homens foram encaminhados para a realização dos exames de ultrassonografia transretal.

No tocante à modalidade educativa, orientações sobre o controle da dengue, da tuberculose e das hepatites são dadas pelos agentes de saúde, rotineiramente treinados para esse trabalho, além de orientações individuais sobre o câncer peniano e de próstata, dadas por um profissional médico. Em algumas campanhas, outras atividades foram desenvolvidas, respectivamente, por ginecologista e por psicóloga, tais como grupo de

orientações sobre DST e câncer peniano e planejamento familiar. Nas duas últimas campanhas foi um realizado um trabalho de esclarecimento sobre a transmissão das DST, desenvolvido de forma lúdica e divertida, chamada “labirinto de emoções”.

Alguns participantes com o diagnóstico de condiloma, após sensibilização durante a atividade, agendavam consulta com o ginecologista para cauterização e retirada das lesões na própria unidade.

As informações analisadas sobre a atenção prestada aos homens que compareceram às campanhas foram obtidas mediante consulta aos prontuários médicos e com base nos formulários de notificações epidemiológicas de DST. Foram incluídos somente homens acima de 20 anos de idade, assistidos pela campanha, e que retornaram à unidade para dar continuidade ao atendimento, sendo excluídas as crianças e as mulheres.

Os dados foram tabulados e analisados – essencialmente frequências e proporções – por meio do Programa Microsoft Excel.

A pesquisa foi realizada após a autorização da supervisora da unidade de saúde para a consulta dos prontuários e dos formulários de notificações epidemiológicas de DST. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Unifesp.

### Resultados e discussão

Infelizmente, não foi possível recuperar as informações relativas aos procedimentos realizados para os ho-

mens que compareceram à unidade de saúde na campanha de 2008. Para os demais anos as informações estão apresentadas na Tabela 1, e nela podemos notar que, nas campanhas, o número de homens que compareceu à unidade de saúde variou no decorrer dos anos. Na primeira campanha o número foi expressivo (70 homens) em comparação aos anos subsequentes, quando, em média, compareceram em torno de 46 homens.

No tocante aos procedimentos realizados, vale lembrar que em todas as campanhas a aferição de pressão arterial e o exame de sangue para medir o nível de glicose (dextro) foram realizados em todos os homens, com exceção de 2010, quando aproximadamente 20% dos homens acabaram não realizando os exames por problemas na estratégia que não garantiu que todos os participantes passassem em todos os boxes.

Em mais de 95% dos casos, consultas médicas foram geradas após o comparecimento no Dia do Homem, iniciando-se o processo de atendimento aos demais procedimentos. Houve incremento, nas campanhas subsequentes, das demandas identificadas na maioria dos procedimentos, desde exames laboratoriais (32,8% para 75%) até a coleta de escarro (1,4% para 9,8%). No entanto, houve uma redução, entre as duas últimas campanhas, no número de exames de toque retal para o diagnóstico precoce de câncer de próstata (31,3% para 17,5%).

Na primeira campanha, em 2007, foram detectadas diversas doenças sexualmente transmissíveis em mais

Tabela 1 - Número de atendimentos e de ações realizadas no Dia de Atenção à Saúde Integral do Homem no período de 2007 a 2011, Unidade Médica de Saúde da Família do Rio Comprido, Jacareí, SP

	2007		2010		2011	
	n	%	n	%	n	%
Total de atendimentos	70		51		40	
Aferição de PA/dextro	70	100	42	82,3	40	100
Consultas médicas geradas após a campanha	69	98,5	43	84,3	38	95
Vacinação VHB/DT	2	2,8	14	27,4	10	25
Coleta de exames laboratoriais	23	32,8	39	76,4	30	75
Coleta de escarro	1	1,4	5	9,8	-	-
Toque retal	-	-	16	31,3	7	17,5
Teste de acuidade visual	-	-	22	43,1	15	37,5

de um terço dos homens, sendo que a distribuição dos casos foi relativamente semelhante entre a sífilis, a hepatite B e a C (Tabela 2). Nas campanhas dos anos subsequentes, as proporções apresentaram tendência ao declínio, com súbito aumento em um deles, 12,5%, 23,5% e 7,5%, respectivamente, nos anos de 2008, 2010 e 2011. É digno de nota os casos de hepatite B e C, 7,8% e 11,8%, respectivamente, que tiveram grande peso no cômputo total de DST diagnosticadas em 2010. Além disso, vale a pena chamar a atenção para os numerosos casos de sífilis diagnosticados, uma vez que esta DST aumenta o risco de exposição ao vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Embora a informação não tenha sido tabulada, é importante salientar a ocorrência de dois casos de condiloma acuminado entre os participantes da campanha de 2010, DST associada ao câncer de colo de útero em mulheres.

Em relação ao número de participantes nas campanhas, observou-se uma queda da primeira campanha para as demais. No entanto, observou-se também que um número significativo de novas consultas foi gerado após o Dia de Atenção Integral ao Homem e que nos anos subsequentes mais homens passaram a procurar a unidade de saúde. Dessa forma, pode-se supor que a ação serviu para aproximar a Unidade de Saúde da Família da população masculina, sensibilizando-a ao cuidado com a sua saúde, assim como para estimular a ida de novos usuários ao serviço de atenção primária à saúde.

A estratégia do Dia do Homem serviu também como método de busca de casos de hipertensão, diabetes, tuberculose, déficit visual e câncer de próstata e pênis, bem como para facilitar o acesso da população dos ho-

mens à Unidade Básica de Saúde. Além disso, uma vez quebrada a resistência masculina à atenção primária, novas ações de autocuidado puderam ser desencadeadas, desde uma simples orientação sobre as DST até ações de prevenção de diversas enfermidades e agravos muito frequentes nesse segmento populacional.

Tendo em vista a grande proporção de casos positivos de DST no primeiro ano da campanha, tomou-se como medida ofertar a todos os usuários da unidade a realização de sorologias para as DST. Tal oferta passou a ser feita durante as consultas de rotina (primeira consulta ou retornos), durante os exames de prevenção de câncer de colo uterino (após orientação grupal sobre essas doenças), às profissionais do sexo e aos adolescentes que buscam a unidade para retirar preservativos ou outro meio contraceptivo, bem como para receber orientações sobre o seu uso.

É possível que o número decrescente de participantes da campanha e da ocorrência de casos de DST nos anos seguintes seja reflexo de tais medidas tomadas na unidade de saúde – não obstante chame a atenção o aparecimento de novos casos de DST, a cada ano, durante as campanhas, principalmente de hepatites virais, notadamente em 2010. Fato que pode estar relacionado com o aumento da adesão às ofertas de medidas de investigação diagnóstica de DST aos usuários em geral, que por sua vez pode estar relacionado a dois fatores: maior sensibilização da população masculina impulsionada pelas campanhas anteriores; e mudanças de postura dos profissionais da unidade de saúde, que contribuíram para a redução de algumas barreiras de acesso. Somam-se a isso, ainda, as campanhas massivas do Ministério da Saúde, nos últimos anos, para alertar a população em geral sobre as hepatites virais.

**Tabela 2** - Número de casos positivos de DST e notificados após o Dia de Atenção à Saúde Integral do Homem, no período de 2007 a 2011, Unidade Médica de Saúde da Família do Rio Comprido, Jacareí, SP

	2007		2008		2010		2011	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total de atendimentos	70		48		51		40	
Sífilis	8	11,4	3	06,3	2	03,9	1	2,5
Hepatite B	8	11,4	2	04,2	4	07,8	1	2,5
Hepatite C	7	10,0	1	02,1	6	11,8	1	2,5
Total de DST	23	32,8	6	12,5	12	23,5	3	7,5

Esses resultados confirmaram a importância desse tipo de campanha, em que o serviço de saúde pode sensibilizar a população masculina e, conseqüentemente, a feminina sobre as DST, bem como pode informá-las sobre as morbidades correlacionadas, como câncer de colo de útero, pênis e próstata<sup>8</sup>. As ações pontuais de assistência à saúde, em dias e horários não convencionais ou não correlacionados com horários comerciais, podem facilitar o acesso dos homens para o primeiro contato com a atenção primária à saúde e, conseqüentemente, para o estabelecimento do vínculo com a equipe de saúde<sup>3,5</sup>.

Essa estratégia de atenção à saúde do homem acabou salientando para os profissionais de saúde envolvidos a importância de um olhar mais atento e ampliado, para além do gênero masculino, com suas particularidades biológicas e psicossociais que interferem no seu comportamento de autocuidado. Por exemplo, entre os homens diagnosticados com DST, além dos aspectos da assistência específica biológica e psicológica individual, o profissional de saúde percebeu a necessidade de ampliar a sua atuação considerando a parceira e, eventualmente, o filho envolvidos na problemática. Assim, a estratégia pode ser considerada uma ação de grande impacto sobre a promoção e prevenção de saúde, independentemente do sexo<sup>5,8</sup>.

As explicações para a ausência do homem nas unidades de atenção primária à saúde parecem se confirmar diante dos resultados dessa experiência. Quando as ações da atenção primária à saúde levam em consideração as características da identidade masculina de desvalorização do autocuidado e da própria saúde, os homens respondem mostrando seu interesse e suas necessidades de saúde.

Da mesma forma, quando a instituição de saúde compreende as necessidades de saúde de uma população que era ausente e invisível e se dispõe a mudar suas estratégias de abordagem dessa população, possibilita-se uma interação entre elas, e o vínculo efetivo pode ser estabelecido.

No entanto, ainda fica como um desafio a ser enfrentado, cotidianamente, na prática de profissionais de saúde da atenção primária a desconstrução das concepções hegemônicas de masculinidade, concepções essas compartilhadas não só entre os homens, mas também, e talvez principalmente, entre as mulheres. Em outros termos, para uma mudança efetiva da pos-

tura e das práticas dos profissionais de saúde, devem ser levados em conta os modos como estão estabelecidos esses valores sociais a respeito da masculinidade, também considerando-se a visão das mulheres – lembrando que esses valores são expressos pelas mulheres quando exercem o papel de profissional de saúde, de esposas/parceiras ou de mães, nas suas respectivas interações com os homens.





### Referências bibliográficas

1. Albano BR, Basílio MC, Neves JB. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde. *Rev Enf Integrada*. 2010; 3(2): 554-63.
2. Brasil. Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. DST atinge 10,3 milhões de brasileiros. Brasília; 2009. [acesso em 30 maio 2012]. Disponível em <http://www.aids.gov.br/noticia/dst-atinge-103-milhoes-de-brasileiros>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Princípios e Diretrizes. Brasília (DF); 2008.
4. Brito RS, Santos DLA, Maciel PSO. Olhar masculino acerca do atendimento na estratégia da saúde da família. *Rev Rene*. 2010; 11(4): 135-142.
5. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Schraiber LB, Figueiredo WS. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface*. 2010; 14(33): 315-27.
6. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 105-109.
7. Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. Por que buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(3): 565-574.
8. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 35-46.
9. Lima Jr. EA, Lima HS. Promoção de saúde masculina na atenção básica. *Pesquisa em Foco*. 2009; 17(2): 32-41.

# Homens e camisinha: possibilidades e limites na construção da Saúde do Homem

## Men and condoms: possibilities and limitations in the construction of Men's Health

Thiago Félix Pinheiro<sup>I</sup>, Márcia Thereza Couto<sup>II</sup>

### Resumo

O presente artigo analisa a dispensação da camisinha no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) e, com base nesta análise, discute a relação entre masculinidades e saúde. Utiliza metodologia de abordagem qualitativa e apresenta pesquisa etnográfica realizada em quatro serviços de saúde (dois em Pernambuco e dois no Rio Grande do Norte). Aponta limites e potencialidades dos serviços de APS para a realização da prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST)/aids e para a promoção da saúde sexual e reprodutiva. Nesse contexto, a dispensação de camisinha se configura como uma possível ponte entre os homens e os serviços. A análise dos dados aponta para a necessidade de reflexão, com base na perspectiva relacional de gênero, a respeito da inserção dos homens no contexto dos serviços de saúde, e da abordagem das masculinidades, sobretudo no atual cenário da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

**Palavras-chave:** Saúde do homem, Preservativos/Camisinhas, Atenção primária à saúde

### Abstract

This article analyzes the dispensation of condoms in the context of Primary Health Care (PHC) and, based on this analysis, discusses the relationship between masculinities and health. It uses a qualitative methodology approach and presents ethnographic research conducted in four health services (two in the state of Pernambuco and two in the state of Rio Grande do Norte, Brazil). It points out limitations and potentialities of the facilities of PHC for the realization of the prevention of sexually transmitted infections (STI)/AIDS and the promotion of sexual and reproductive health. In this context, the dispensation of condoms configures itself as a possible bridge between men and services. The analysis of data points to the need for reflection, based on gender perspective, about the inclusion of men in the context of health services, and for approach of masculinities, especially in the current scenario of the implementation of the "Brazilian National Men's Health Policy (PNAISH)".

**Keywords:** Men's health, Condoms, Primary health care

<sup>I</sup> Thiago Félix Pinheiro (thiagopinheiro@hotmail.com) é psicólogo, mestre em Ciências/Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP), doutorando do Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva (FM-USP)

<sup>II</sup> Márcia Thereza Couto (marthet@usp.br) é cientista social, mestre em Antropologia e doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco, professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP)





Os estudos acerca da relação masculinidades e saúde têm apontado para o caráter “feminilizado” dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), tributo de seu tradicional foco na assistência materno-infantil, assim como para o pouco espaço oferecido aos homens nas políticas públicas de saúde e na agenda de ações de tais serviços<sup>8,12</sup>. Embora esses sejam apontados como os serviços da rede pública de saúde mais procurados por homens e mulheres<sup>19</sup>, é notável uma discrepância entre a presença de usuários e usuárias, tendo as mulheres se destacado sempre tanto em termos de frequência quanto de familiaridade com o espaço e com a lógica de organização da APS<sup>7</sup>.

Além de menor atenção ser dada historicamente na APS aos usuários homens adultos, se comparados às mulheres, às crianças e aos idosos, é possível identificar, no cotidiano dos serviços, práticas que “invisibilizam” as necessidades de saúde dos homens, assim como sua busca por assistência e suas práticas de cuidado<sup>7</sup>. Com base nas crenças e nos valores culturais atrelados às masculinidades, sobretudo na prevalência de um modelo hegemônico, vigora, entre os(as) profissionais da APS, a concepção de que o corpo masculino equivale a um lócus de não cuidado<sup>14</sup>.

A elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), em 2008, surge como resposta política e governamental à desigualda-

de, então evidente nos estudos epidemiológicos, em termos de taxas de expectativa de vida e padrões de morbimortalidade entre homens e mulheres, bem como à necessidade, tal como apontada nos estudos socioantropológicos, de promover a inserção dos homens nos serviços e nas ações programáticas da APS<sup>16</sup>. Em que pesem as diferenças em termos de participação social no processo de construção da PNAISH se comparada a outras políticas, como a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), não há dúvidas de que a publicação e os passos iniciais de implantação da PNAISH legitimam e ampliam o debate acadêmico em torno da relação homens-saúde-cuidado e, como consequência, abrem espaço para a reflexão e a proposição, no contexto assistencial, a respeito das necessidades de saúde dos homens e das formas de lhes prestar assistência.

Ao mesmo tempo, a PNAISH acentua a preocupação em relação à abordagem do masculino no campo da saúde. Carrara *et al.*<sup>5</sup> avaliam que as campanhas que apresentaram a política ao público referiam-se a uma masculinidade insalubre, que precisaria ser combatida de modo a enfraquecer a resistência dos homens à medicina – isto é, o objetivo da política poderia ser lido como uma tentativa de medicalização do corpo e da vida sexual dos homens, tal como ocorreu com as mulheres desde o desenvolvimento da medicina moderna. Nesse sentido, o foco da campanha de lançamento,

na disfunção erétil, abordada nos parâmetros da sexologia clássica, representa uma evidência desse risco. Tal preocupação já vinha sendo tema de reflexão, antes mesmo da política, tomando-se como objeto a abordagem da sexualidade masculina, realizada sobretudo na assistência às disfunções sexuais e na prevenção ao câncer de próstata<sup>1,20</sup>.

A pretensão de educação e controle dos homens, sobretudo de sua sexualidade, pode ser identificada já nas primeiras tentativas de abordar os homens nas discussões de gênero no campo da saúde, como pode mostrar o trabalho de Arilha<sup>2</sup> com documentos de conferências da Organização das Nações Unidas. Segundo Portella *et al.*<sup>21</sup>, foi a epidemia da aids que motivou a inserção dos homens nos debates sobre saúde sexual, ao se apresentar como uma infecção sexualmente transmissível (IST) incurável. O problema foi considerado, originalmente, no âmbito da prevenção e exigiu, nesse sentido, um método comportamental a ser adotado durante a relação sexual, o que demandou a participação (decisão, negociação, execução) das pessoas envolvidas.

Os estudos que se detêm sobre a construção social das masculinidades têm reforçado o papel fundante da sexualidade. Nesse sentido, com base em um modelo hegemônico de masculinidade, a prática sexual é fator fundamental no reconhecimento do ser homem, legitimando a concepção naturalizada de uma sexualidade masculina acentuada, instintiva e, por vezes, incontrolável. No campo da saúde sexual, isso se traduz em comportamentos de risco<sup>11,23</sup>.

Os dados epidemiológicos das IST corroboram essa associação. No caso da aids, desde o início da epidemia no Brasil, a infecção acomete mais a população masculina do que a feminina. Em 1985, o número de casos de aids atingia uma proporção de 26 homens para uma mulher. Embora a discrepância entre sexos tenha diminuído ao longo do tempo, chegando à razão de 1,7/1 em 2010, a incidência ainda prevalece entre os homens<sup>17</sup>.

Em relação ao uso de camisinhas, amplamente divulgado como o método de prevenção de IST/aids mais eficaz desde o início da resposta brasileira à epidemia de aids, sua inserção consistente nas práticas sexuais da população ainda apresenta desafios ao controle das IST/aids. Segundo a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos de idade (PCAP), realizada em 2008, apenas 25,5% dos pesquisados referiram usar cami-

sinha “em todas as relações sexuais” nos 12 meses que antecederam a pesquisa. Essa porcentagem aumentou para 45,7% quando se referia apenas às relações com parcerias casuais. Nas duas situações, os homens referiram o uso da camisinha mais do que as mulheres – respectivamente, 28,3% e 22,5% no primeiro caso; 51% e 34,6% no segundo<sup>18</sup>.

Uma comparação entre duas aplicações da Pesquisa Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/Aids, realizadas em 1998 e 2005, aponta o aumento substantivo no uso de camisinha nos 12 meses anteriores à pesquisa, independentemente do tipo de parceria analisado. Para o caso de parceria estável, o uso de camisinha não se associou ao sexo do entrevistado. Entretanto, para o caso de parcerias eventuais, o uso de camisinha foi de 81,6% entre os homens e de 66% entre as mulheres. Considerando o uso consistente de camisinha, isto é, uso em todas as relações sexuais nos últimos 12 meses, numa estratificação das pessoas solteiras, essa tendência se repete: 70,6% dos homens e 46,3% das mulheres<sup>4</sup>.

Ao mesmo tempo, são referidas dificuldades que as mulheres enfrentam na negociação do sexo protegido com seus parceiros<sup>13,22</sup>. Além da associação entre a proposição de inserção da camisinha e a desconfiança de infidelidade entre os parceiros de uma relação, alguns homens têm expressado que a camisinha é incômoda, implica uma interrupção do desenrolar da cena sexual, reduz o prazer e gera o temor de perda de ereção ou de mau desempenho sexual<sup>15</sup>.

O presente artigo se detém sobre os serviços de APS, como espaços privilegiados e estratégicos para a realização da prevenção de IST/aids e do enfrentamento das questões que se impõem à adoção de práticas sexuais mais seguras, na direção da promoção de saúde sexual e reprodutiva. Toma como objeto de análise a dispensação de camisinhas realizada em tais espaços e o modo como tal atividade configura parte significativa da assistência prestada à população masculina. Dessa forma, pretende contribuir para a reflexão a respeito da inserção dos homens no contexto dos serviços de saúde e da abordagem das masculinidades, sobretudo no atual cenário da PNAISH.

### Aspectos metodológicos

A discussão apresentada é um recorte de pesquisa multicêntrica, de natureza etnográfica, voltada à inves-

tigação da relação entre homens e serviços da APS em cidades de quatro estados brasileiros: Rio Grande do Norte, Pernambuco, São Paulo e Rio de Janeiro, realizada de 2007 a 2008<sup>6</sup>. O projeto foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa e pelos respectivos comitês das instituições acadêmicas parceiras em cada estado, bem como pelas secretarias de saúde dos municípios participantes (CEP n. 0032/07).

Neste artigo, são analisados os relatos etnográficos provenientes de diários de campo de quatro dos oito serviços investigados, aqueles cuja estrutura e organização da assistência são estabelecidas nos moldes da Estratégia Saúde da Família (ESF): dois em Natal (RN-1 e RN-2), um em Recife (PE-1) e um em Olinda (PE-2).

A investigação foi fundamentada pela perspectiva etnográfica, tomando-se como pressuposto fundante a interpretação dos aspectos simbólicos e culturais nos contextos sociais investigados<sup>10</sup>. Foram analisados os diários de campo produzidos em observações participantes, realizadas por pesquisadoras(es) ao longo de três meses em cada um dos serviços selecionados, respeitando o funcionamento semanal deles. As observações etnográficas compreenderam o mapeamento do cotidiano dos serviços, no qual se buscou identificar a organização e o funcionamento, assim como observações do fluxo assistencial e dos processos decisórios na produção da atenção e do cuidado nas diferentes atividades assistenciais internas e externas aos serviços.

O trajeto analítico-interpretativo foi orientado pela hermenêutica filosófica, segundo a qual o compreender e o interpretar, como qualquer construção discursiva, consistem sempre em participar de um diálogo em que os horizontes se fundem<sup>3</sup>. O tratamento dos dados seguiu o seguinte percurso: leitura primária do material proveniente dos diários de campo; seleção e recorte de trechos com questões relacionadas à temática da camisinha; leitura exaustiva dos trechos, identificação de assuntos e sentidos; interpretação e construção de síntese; articulação com a literatura referente e a perspectiva teórica de gênero.

### Construções de gênero e desarticulações na dispensação de camisinhas

Ainda que a distribuição de camisinhas nos serviços pesquisados esteja disponível a homens e mulhe-

res, a maneira como esse produto é disponibilizado e os propósitos que essa atividade adquire mostram diferenças significativas em relação aos usuários e às usuárias, caracterizando uma assistência diferenciada em função de gênero.

De forma geral, ocorre a dispensação livre e gratuita de camisinhas na farmácia desses serviços. A entrega é feita a partir da busca espontânea e, em alguns casos, estimulada por profissionais. Eventualmente, são também realizadas atividades externas, nas quais as camisinhas são dispensadas às pessoas, independentemente de serem usuários(as) dos serviços. Em ambas as situações, destaca-se a presença dos homens como público predominante ou preferencial. A dispensação de camisinhas também integra as ações programáticas de planejamento familiar, destinadas tradicionalmente (ou exclusivamente) às mulheres. Na prática, delineiam-se duas vias distintas para a dispensação de camisinhas: os homens costumam solicitá-las na farmácia ou recebê-las em atividades externas; as mulheres basicamente se limitam a recebê-las como método contraceptivo no planejamento familiar.

Na farmácia, a entrega é formalizada por um cadastro específico (livro de registro ou confecção de carteirinhas), não sendo realizada a abertura de prontuário para os usuários. Tampouco é prestada alguma orientação ou criado espaço para discussão. Parece vigorar, no formato dessa atividade, a suposição de um esclarecimento a respeito do uso de camisinha por parte dos homens, integrante de um saber sobre o sexo, naturalizado na construção do masculino.

A única atividade que concentra a presença dos homens é a distribuição de preservativos, atividade que é realizada sem maiores discussões com os mesmos sobre a temática em questão. A assistente social (profissional responsável por tal serviço) relata que os usuários não apresentam questões/dúvidas sobre o tema (RN-2)<sup>11</sup>.

No planejamento familiar, a distribuição é realizada de forma sistemática e atrelada à participação das usuárias nas reuniões regulares. O vínculo entre as usuárias e os serviços é mais bem estabelecido e reforçado pelos(as) profissionais, se comparado aos usuários, o que ilustra o tradicional foco da APS na assistência materno-infantil, em função do qual os homens têm per-

<sup>11</sup> Os trechos apresentados ao longo do artigo são provenientes dos diários de campo da etnografia realizada

manecido distantes do cotidiano dos serviços. Todavia, também nesse caso, falta aprofundamento no trabalho de orientação e discussão.

Chamou-me a atenção os relatos de que as caixas de preservativos masculinos são levadas em sua grande maioria pelas mulheres, no contexto do planejamento familiar (PE-2).

Após a saída da usuária, o estagiário de enfermagem comentou: “O planejamento familiar é uma entrega de contraceptivos, sem muita conversa. Tentei fazer diferente, mas fui pressionado a ser mais rápido” (RN-1).

Como parte do que se intitula como assistência à saúde da mulher, a distribuição de camisinha no planejamento familiar funciona como método contraceptivo, em torno do qual a discussão, em geral, está desarticulada de outras questões da saúde sexual. A inserção da figura do homem, quando ocorre, limita-se a um papel instrumental (como aquele que apoia ou dificulta as decisões de suas parceiras), não lhes atribuindo a possibilidade de um lugar concreto e como sujeito que se reproduz e pode regular sua fecundidade<sup>9</sup>.

As dificuldades relacionadas às decisões reprodutivas e à negociação do uso da camisinha são reconhecidas pelos(as) profissionais, cujos depoimentos resgatam diferentes situações conflituosas, entre as quais se destaca a associação entre prevenção de IST/aids e fidelidade, que leva homens e mulheres a encararem a proposição do uso de camisinha em uma relação estável como a assunção de um risco proveniente de práticas sexuais extrarrelação. Entretanto, não se produzem nos serviços discursos nem atuações integradoras que promovam a participação de homens e mulheres na discussão a favor da promoção da saúde sexual e reprodutiva.

[Num grupo de planejamento familiar] chega uma mulher apressada e entra na frente das outras, elas parecem não se importar. [A mulher] fala que não trouxe o cartão e que estava muito ocupada. A enfermeira lhe entrega o comprimido e as 10 camisinhas, como de praxe, mas a mulher devolve os preservativos dizendo que não vai levar porque o marido pode estranhar e achar que ela está colocando “gaia” nele, pois ele fala que em casa não precisa disso. A enfermeira olha em minha direção e comenta: “Tá vendo aquilo que lhe falei hoje pela manhã? Acontece muito! As mulheres não pegam preservativo com medo do marido.” Notei nas outras sessões do grupo de planejamento familiar que este assunto não é abordado (PE-2).

## Homens e camisinhas: uma relação de aproximação com a saúde e com os serviços

Perante os homens, a dispensação de camisinhas adquire um sentido que parece estar vinculado à configuração de uma sexualidade masculina naturalizada<sup>11,23</sup>. Nesse sentido, a camisinha aparece preferencialmente como método de prevenção de IST/aids e, em algumas situações, com um potencial de redução de danos causados pelo comportamento sexual de risco.

A auxiliar de farmácia nos contou que um dia percebeu que vários homens haviam se mudado para uma casa perto da sua, na região. Eles estavam trabalhando próximo à unidade. Imediatamente, ela solicitou a liberação de camisinhas para lhes entregar. “Eles fizeram a festa quando cheguei lá com um monte de camisinha. Imagina, um monte de homens numa casa!” (RN-1).

A despeito de discursos de usuários(as) e profissionais que atribuem aos homens maior resistência à prática sexual protegida, no cenário dos serviços, a camisinha acaba por ser mais associada a eles do que às mulheres. Ademais, como mencionado, a dispensação de camisinha nas farmácias torna-se um dos poucos espaços que efetiva a presença dos homens nos serviços.

[No planejamento familiar] a enfermeira, ao entregar os anticoncepcionais e as camisinhas para o aglomerado de mulheres presentes, pergunta: “Cadê o namorado de vocês que não vem pro PSF? Também, só vou dar camisinha pros homens!” E elas acham graça. Uma diz: “Aí é que as doenças vão se agravar mesmo!”, dando a entender que o papel de se cuidar é jogado para a mulher (PE-2).

Ao longo das atividades observadas, existe uma presença significativa de homens procurando a farmácia, tanto para pegar preservativos, quanto para pegar outros medicamentos (PE-1).

A associação homens-sexualidade-camisinha, embora seja tributária de crenças e valores culturais de gênero<sup>11</sup>, o que leva à reprodução de estereótipos e abordagens reducionistas, por um lado, pode, por outro, abrir possibilidades no enfrentamento das dificuldades apontadas na inserção dos homens nos serviços e na promoção de sua saúde sexual e reprodutiva. Sendo o sexo um aspecto caro aos homens e o uso da camisinha uma forma de cuidado reconhecida por eles (embora nem sempre adotada), a dispensação de camisinhas pode significar uma ponte entre usuários e serviços e que os(as) profissionais

de saúde se aproximem da relação que os homens estabelecem com a saúde.

O potencial de tal possibilidade repousa, inclusive, na elaboração de intervenções que não coloquem, como tem sido comum na atuação profissional em saúde, o homem em posição de passividade, de submissão à autoridade médica; intervenções que, ao contrário, dialoguem com representações comuns das masculinidades. Dessa forma, ao se adentrar o campo das construções de gênero do contexto em questão, por um lado se torna possível fazer a crítica a tais modelos e, por outro, utilizá-los em benefício da promoção de saúde, como mostra a atividade descrita a seguir, na qual a associação homens-sexualidade-camisinha adquire uma leitura favorável e oportuna.

O Carnatal [carnaval fora de época realizado em Natal (RN)] levou uma ACS e uma auxiliar de enfermagem a fazerem uma distribuição de preservativos em um posto de gasolina perto da unidade. A auxiliar já começou a distribuição com os próprios frentistas, que ficaram muito entusiasmados e, rindo, ao receberem os preservativos, muitos disseram que a quantidade recebida era muito pequena – nove preservativos por pessoa. Quando a ACS voltou [do escritório do gerente do posto], disse que estava tudo certo e começou a distribuição entre as pessoas dos carros que paravam para abastecer e também entre os transeuntes. Ao entregarem o preservativo, ambas desejavam um feliz e seguro Carnatal, e as pessoas que recebiam agradeciam quase sempre sorrindo. Observei que os homens ficavam muito empolgados quando recebiam os preservativos e que a maioria reclamava, em tom de brincadeira, da quantidade. A frase “Essas aqui só vão dar pra hoje!” foi muito ouvida durante a distribuição. As mulheres que receberam o preservativo também sorriam, mas não demonstravam grande entusiasmo (RN-1).

Nessa situação, a camisinha foi adotada como símbolo da prática sexual e recebeu, sobretudo dos homens, a valoração positiva, característica da atividade sexual, se convertendo em um instrumento de afirmação da masculinidade hegemônica. As profissionais, inseridas no mesmo contexto de representações e valores de gênero e sexualidade, compartilharam com facilidade a linguagem estabelecida.

### Considerações finais

O compartilhamento de linguagens e símbolos culturais entre sujeitos – profissionais e usuários(as) – situados no contexto dos serviços de saúde atesta a possibilidade

de diálogos que possam, de um lado, positivar a relação que os homens têm com a sua saúde e, de outro, tornar mais efetivo o trabalho assistencial produzido na APS, de modo que a promoção de saúde possa ser feita de forma mais contextualizada e menos normatizadora.

Nesse sentido, a análise empreendida aponta para a necessidade de reconhecimento de valores e crenças presentes no encontro de profissionais e usuários, que tornam possível pensar criticamente a atuação e as estratégias na assistência, visando ao enfrentamento das desigualdades (no caso, de gênero) produzidas no campo da saúde.

A implantação da PNAISH, que parece ser pautada nos agravos à saúde epidemiologicamente identificados, deve considerar, para além do que seriam demandas compreendidas como masculinas, o contexto da interação cotidiana dos(as) usuários(as) com os serviços da APS, na qual se configuram limites que cerceiam a relação masculinidades-saúde. Da mesma forma, devem ser exploradas as potencialidades de atuação neste contexto – dentre as quais a dispensação de camisinha pode ser encarada como exemplo de espaço fértil na construção de uma atenção integral à saúde sexual e reprodutiva de homens (e de mulheres) em uma perspectiva relacional de gênero pautada na noção de direito e equidade em saúde.

# Conhecimentos, atitudes e práticas sobre o câncer de próstata em Juiz de Fora (MG)

## Knowledge, attitudes and practices related to prostate cancer in the city of Juiz de Fora, State of Minas Gerais

Elenir Pereira de Paiva<sup>I</sup>, Maria Catarina Salvador da Motta<sup>II</sup>, Rosane Harter Griep<sup>III</sup>,  
Flávia Terra Hauck<sup>IV</sup>, Etiene Reis Vieira<sup>V</sup>, Ana Carolina Corrêa<sup>VI</sup>

### Resumo

Apesar dos esforços do Instituto Nacional de Câncer (Inca) para definir a incidência do câncer de próstata no Brasil, os números produzidos provavelmente situam-se abaixo da realidade. Os homens historicamente buscam menos os cuidados de saúde do que as mulheres.

A adesão às práticas de rastreamento do câncer de próstata pode se constituir em um importante marcador do autocuidado masculino em saúde. O estudo objetivou analisar a associação entre conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata.

Foi realizado inquérito domiciliar em amostra de 160 homens com idade entre 50 e 80 anos residentes em uma área adscrita da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Juiz de Fora (MG). Entre os homens classificados com conhecimento adequado, encontrou-se prevalência 7,6 vezes (IC95%=2,4-23,6) mais elevada de serem classificados com prática adequada do que entre aqueles classificados com conhecimento inadequado.

Além disso, aqueles classificados com atitudes adequadas tiveram prevalência quase duas vezes mais elevada (RP=1,8; IC=1,1-3,0) de serem classificados com práticas adequadas quando comparados com aqueles com atitudes inadequadas. Evidenciou-se a relevância de se abordar e compreender o conhecimento dos entrevistados sobre câncer de próstata. Desse modo, sensibilizados pela temática, os profissionais da saúde poderão contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem aos homens em geral.

**Palavras-chave:** Próstata, Conhecimentos, Atitudes e práticas, Saúde do homem

### Abstract

In spite of all the efforts of the National Cancer Institute (Instituto Nacional de Câncer - Inca) to define the incidence of prostate cancer in Brazil, the figures obtained are probably below the reality. Men, historically, seek for health services less than women. The adherence to the practices of screening for prostate cancer may constitute an important male self-care marker in health.

This study aimed to analyze the connection between knowledge, attitudes and practices about prostate cancer detection. It was carried out through household inquiries in a sample of 160 men between 50 and 80 years old residing in an area vinculated to the Family Health Strategy (Estratégia Saúde da Família - ESF) in the city of Juiz de Fora, State of Minas Gerais. Among the men classified with appropriate knowledge, it was found a prevalence of 7.6 times (CI95%=2.4-23.6) higher of them being classified with appropriated practices than those classified with appropriate knowledge. Moreover, those who were classified with appropriate attitudes had a prevalence almost twice higher (PR=1.8; CI=1.1-3.0) of being classified with appropriated practices when compared with those with inappropriate attitudes. It was highlighted the relevance of taking into consideration and understanding the knowledge of the interviewees about prostate cancer. So, touched by the question, health professionals will be able to contribute to the improvement of nursing assistance for men in general.

**Keywords:** Prostate, Knowledge, Attitudes and practices, Men's health

<sup>I</sup> Elenir Pereira de Paiva (elenirbolpato@yahoo.com.br) é doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro e docente do Departamento de Enfermagem Básica da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

<sup>II</sup> Maria Catarina Salvador da Motta (ma.catarina@gmail.com) é doutora em Enfermagem e docente na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

<sup>III</sup> Rosane Harter Griep (rohgriep@ioc.fiocruz.br) é doutora em Ciências e pesquisadora do Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde do Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz

<sup>IV</sup> Flávia Terra Hauck (flaviahauck@hotmail.com) é acadêmica de Enfermagem da UFJF

<sup>V</sup> Etiene Reis Vieira (etiennereis@hotmail.com) é acadêmica de Enfermagem da UFJF

<sup>VI</sup> Ana Carolina Corrêa (carol.rodrigues.correia@gmail.com) é acadêmica de Enfermagem da UFJF



### Introdução

O enfrentamento dos problemas de saúde no SUS exige a organização de ações relacionadas às práticas de atenção à saúde e de gestão do sistema. Estas são compartilhadas por gestores municipais, estaduais e federal, que têm suas atribuições e competências definidas e pactuadas, nos termos da legislação em vigor.

Apesar dos esforços do Instituto Nacional de Câncer (Inca) para definir a incidência do câncer de próstata no Brasil, os números produzidos provavelmente situam-se abaixo da realidade<sup>4</sup>, em razão da precariedade do sistema de registro e notificação em nosso país. Além disso, ocorre a falta de identificação da doença em grande número de brasileiros que não têm nenhum acesso aos serviços de saúde<sup>14</sup>.

No caso específico do câncer de próstata, outros fatores complexos são fundamentais quando se pensa em ações de prevenção, tais como os preconceitos e medos que envolvem a realização do toque retal. Além destes, é conhecido o fato de que os homens historicamente buscam menos os cuidados de saúde do que as mulheres<sup>10</sup>. Portanto, a adesão às práticas de rastreamento do câncer de próstata pode se constituir em um importante marcador do autocuidado masculino em saúde. O ato de realização do toque retal é delicado para o homem, pois nesse momento sua visão de mas-

culinidade torna-se ameaçada. Geralmente, o imaginário machista dos homens traz consigo a ideia de que seu corpo não foi feito para ser penetrado e sim para penetrar. A abordagem dos aspectos sexuais nos remete à questão da força da cultura e sua determinação sobre os padrões de comportamento dos indivíduos.

Um trabalho clássico sobre o assunto mostra que a cultura é extremamente marcante e, tanto quanto a vida biológica, interfere na formação da personalidade do ser humano. Para o autor, “se quisermos entender o homem, qualquer que seja sua idade, sexo, cultura, tempo ou país em que vive, teremos que estudá-lo no seu grupo sociocultural”<sup>5</sup> (p.45). O exame retal digital expõe o homem ao toque genital que o remete à questão da homossexualidade, que é um comportamento considerado desviante na sociedade, principalmente para a Igreja, que defende a procriação como a finalidade principal da vida sexual<sup>5</sup>. Assim, os homens são educados para exercer a heterossexualidade e repelir qualquer atitude que os aproxime da homossexualidade.

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer<sup>4</sup> recomenda que o controle do câncer da próstata seja baseado em ações educativas voltadas em primeiro lugar à população masculina, alertando sobre os sinais e sintomas iniciais do câncer da próstata, estimulando-os a procurar uma unidade de saúde tão logo sejam notados; em seguida, aos profissionais de saúde, atualizando-os

sobre os sinais de alerta para suspeição do câncer da próstata e os procedimentos de encaminhamento para o diagnóstico precoce dos possíveis casos. Sabe-se, no entanto, que o câncer de próstata sintomático, na maioria das vezes, encontra-se tardiamente diagnosticado, já que as glândulas periféricas é que são mais propensas à degeneração maligna gerando sintomas tardios<sup>14</sup>.

O próprio conceito de prevenção remete a uma ação orientada para que o sujeito não adoça e que possa desfrutar de melhor qualidade de vida; entretanto, para que isso se efetive, é necessário sensibilizar os homens com informações relevantes e significativas para que eles se envolvam ativamente e possam incorporar hábitos preventivos<sup>7</sup>. No entanto, reconhece-se que apenas a transmissão de informação é insuficiente para atingir essas propostas<sup>1</sup>. É necessário observar as ações de saúde em um contexto ou modelo comportamental que identifique fatores que predisponham e que reforcem a realização do exame. Esse conhecimento poderia subsidiar de maneira mais efetiva as estratégias educativas voltadas para a população masculina.

O modelo de conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) parte do pressuposto de que um comportamento em saúde é resultado de um processo sequencial, em que o conhecimento correto levará a uma atitude e assim à eleição de uma prática<sup>2,8</sup> pelo indivíduo. O modelo CAP baseia-se na teoria de que as pessoas atuam por seus valores e crenças<sup>12</sup>. O objetivo deste estudo foi verificar a associação entre conhecimentos, atitudes e práticas acerca do câncer de próstata nos homens na faixa etária entre 50 e 80 anos do município de Juiz de Fora (MG).

## Métodos

Trata-se de um estudo transversal constituído por amostra aleatória simples de 160 homens com idade entre 50 e 80 anos do total de 457 homens de uma área adscrita à Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Juiz de Fora (MG). O cálculo do tamanho da amostra foi feito de acordo com a seguinte fórmula: , em que N= população total de homens na faixa etária considerada na área adscrita (457); z= valor correspondente ao nível de confiança ao quadrado (1,962=3,84); d= precisão absoluta ao quadrado (0,062=0,0036); p= proporção da população com a característica em estudo (0,5).

Adotou-se como critério de inclusão: homens resi-

dentos na comunidade com idade entre 50 anos e 80 anos, independentemente da existência de história anterior de câncer de próstata.

Foram excluídos os homens com menos de 50 anos, pois não se constituem grupos prioritários para a detecção precoce para este câncer<sup>4,14</sup>, e com idade superior a 80 anos, uma vez que, entre eles, problemas urológicos e o próprio câncer já são muito frequentes, minimizando chances de detecção precoce<sup>4</sup>. Utilizou-se como instrumento de pesquisa um questionário composto de perguntas abertas e fechadas, baseadas e adaptadas de questionários adotados em estudos internacionais<sup>13</sup> e nacionais<sup>6</sup> sobre o tema.

Os dados foram digitados utilizando-se o programa Epi-info 2005 e submetidos às técnicas estatísticas exploratórias: média, desvio padrão (DP) e distribuição de frequências. Associações estatísticas de análises bivariadas foram feitas por meio do teste de qui-quadrado com níveis de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery, com o número 007/07.

As definições de conhecimentos, atitudes e práticas adequadas consideradas no presente estudo foram: homens que conheciam algum dos métodos de rastreamento de câncer de próstata; para atitude, homens que considerassem muito importante a realização anual dos exames de rastreamento para o câncer de próstata; e para prática, homens que realizaram os exames de toque retal e/ou PSA há menos de um ano.

## Resultados

A população da amostra do estudo compôs-se de 160 homens de 50 a 80 anos de idade, com idade média 61,5 anos e desvio padrão +8,0 anos. Em relação à raça/cor, 40,6% se autodeclararam brancos; 20,0%, de cor preta; e 39,4%, de cor parda. A grande maioria era casada (69,4%). Identificou-se baixa escolaridade entre os entrevistados, sendo que 66,9% informaram possuir apenas o ensino fundamental incompleto e 16,8% não ter frequentado escola. A respeito da renda familiar per capita, a média de salário do mês anterior foi de 308,00 reais (DP=276,4 reais). A grande maioria (76,9%) declarou não ter plano de saúde, e 88,8% dos entrevistados informaram ter filhos. Em relação à religião, 76,9% dos homens afirmaram ser católicos; 21,3% de outras religiões; e 1,9% informou não ter religião (Tabela 1).

**Tabela 1** - Descrição sociodemográfica da amostra (n=160)

Variáveis sociodemográficas	N	%
Idade	Média=61,5	DP=8,0
<b>Raça/cor</b>		
Branca	65	40,6
Preta	32	20,0
Parda	63	39,4
<b>Situação conjugal</b>		
Casados	111	69,4
Não casados	49	30,6
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental incompleto	107	66,9
Fundamental completo ou mais	26	16,3
Não frequentaram escola	27	16,8
Renda familiar	Média R\$=308,0	DP R\$=276,4
<b>Tem plano de saúde</b>		
Não	123	76,9
<b>Tem filhos</b>		
Sim	142	88,8
<b>Religião</b>		
Católicos	123	76,9
Outras	34	21,2
Não têm religião	3	1,9

**Tabela 2** - Associação entre conhecimentos, atitudes e práticas entre os entrevistados (n=160)

Variáveis	Práticas				RP* (IC95%)
	Adequadas		Inadequadas		
	n	%	n	%	
<b>Conhecimentos</b>					
Adequados	41	40,2	61	59,8	7,6 (2,4-23,6)
Inadequados	3	5,3	54	94,7	1,0
<b>Atitudes</b>					
Adequados	25	38,5	40	61,5	1,8 (1,1-3,0)
Inadequados	20	21,1	75	78,9	1,0

\*razão de prevalências

Encontraram-se no estudo associações significativas entre conhecimentos, atitudes e práticas dos entrevistados em relação ao rastreamento do câncer de próstata. Entre aqueles classificados como com “conhecimento adequado”, encontrou-se prevalência 7,6 vezes (IC95%=2,4-23,6) mais elevada de ser classificado como “prática adequada” do que entre aqueles classificados como “conhecimento inadequado”. Além disso, aqueles classificados como “atitudes adequadas” tiveram prevalência quase duas vezes mais elevada (RP=1,8; IC=1,1-3,0) de serem classificados como “práticas adequadas” quando comparados com aqueles com atitudes inadequadas (Tabela 2).

Na Tabela 3 observa-se que a associação entre conhecimentos e atitudes também foi significativa. Aquelas classificados como “apresentar conhecimentos adequados” tiveram prevalência duas vezes mais elevada (IC95%=1,2-3,3) de serem classificados como “apresentar atitude adequada”.

há pessoas em condições socioeconômicas nada favoráveis elas têm maior dificuldade de acesso ao sistema de saúde e, conseqüentemente, estão mais expostas aos agravos, podendo o câncer ser um deles. Os exames de rastreamento para o câncer de próstata são, com certeza, a etapa mais importante do seu tratamento, principalmente em países em desenvolvimento, pois é nesse momento que se tem a oportunidade de oferecer aos homens um método de tratamento eficaz e mais barato, contribuindo para a manutenção da qualidade de vida. Desse modo, não é possível dissociar o papel dos responsáveis pela adoção de políticas públicas e dos profissionais da saúde no que se refere ao planejamento e desenvolvimento de ações que visem oferecer recursos para melhorar a saúde da população.

Na amostra, percebeu-se associação entre não ter conhecimentos e práticas inadequadas, considerando-se que 94,7% dos homens com conhecimento inadequado tiveram prática inadequada. Por sua vez,

**Tabela 3** - Associação entre conhecimentos e atitudes entre os entrevistados (n=160)

Variáveis	Atitudes				RP* (IC95%)
	Adequadas		Inadequadas		
	n	%	n	%	
Conhecimentos					
Adequados	50	49,0	52	51,0	2,0 (1,2-3,3)
Inadequados	14	24,6	43	75,4	1,0

### Discussão dos resultados

O estudo abrangeu amostra masculina de condição socioeconômica baixa, refletida pelas baixas escolaridade e renda. A proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF) ressalta a necessidade de uma nova concepção de assistência à saúde, por meio de ações preventivas, intervenção sobre os fatores de risco e desenvolvimento da promoção da qualidade de vida. Portanto, as ações a serem desenvolvidas na comunidade deverão ser realizadas com ênfase em atividades educativas, prevenção de riscos e agravos específicos, além de ações básicas de atenção à saúde aos grupos prioritários, em um determinado território<sup>6</sup>.

Ainda em relação à baixa renda familiar mensal específica (média de 308 reais), ela reflete-se sobre outras questões. Há autores<sup>15</sup> que consideram que onde

a associação de conhecimento e práticas adequadas não ocorreu. Mesmo com conhecimento adequado, 59,8% dos homens demonstraram práticas inadequadas (Tabela 2).

Para que se adote uma prática adequada em saúde, pressupõe-se uma atitude adequada, e esta, por sua vez está relacionada a um conhecimento prévio<sup>11</sup>. Em estudo realizado na Flórida (EUA), observou-se que a falta de conhecimento foi apontada como fator determinante para o exame do câncer de próstata<sup>9</sup>. Esta afirmação suporta-se na análise bivariada, que mostrou que um homem com conhecimento adequado tem duas vezes mais chances de desenvolver atitude adequada e 7,6 vezes mais chances de ter uma prática adequada em relação aos com conhecimento inadequado (Tabela 2).

Também observou-se que aqueles homens que

apresentaram conhecimentos adequados tiveram prevalência duas vezes mais elevada (IC95%=1,2-3,3) (Tabela 3) de serem classificados como terem atitude adequada. Baseando-se neste achado, deve-se investir em ações de saúde pública que visem à inclusão dos homens em ações educativas. Percebe-se que a realidade atual vai contra os princípios e diretrizes defendidos pelo SUS, que se estabelecem na universalidade, garantindo atenção à saúde a todo e qualquer cidadão; equidade, em razão da qual todo cidadão é igual e, portanto, sem privilégios e barreiras aos olhos do SUS; e na integralidade, que abrange ações de promoção, proteção e recuperação de saúde de forma indissociável. Mais ainda, deve-se destacar que entre os princípios organizacionais do SUS encontra-se o da resolutividade, ou seja, quando surge um agravo à saúde do indivíduo o serviço de saúde correspondente deve estar capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência<sup>17</sup>.

A proposta da Estratégia Saúde da Família é trabalhar com a promoção da saúde e prevenção de doenças, portanto se faz necessário desenvolver estratégias para atender esse grupo, considerando que “a ausência de sintomas referentes ao câncer de próstata é barreira que pode ser tomada como indicador de desconhecimento das ações preventivas nesses homens, já que eles acham que, para realizar o exame, é preciso estar doente”<sup>16</sup> (p.7).

Cabe ressaltar que essa área é de responsabilidade da ESF, portanto os profissionais devem dar mais atenção à saúde preventiva dos homens, pois ainda percebe-se que há uma lacuna em relação às práticas preventivas masculinas na atenção primária à saúde.

Observou-se que os homens têm opiniões coerentes a respeito do câncer de próstata, porém grande parte deles ainda não incluiu a prática do exame como rotina de prevenção anual, conforme é recomendado pelo Ministério da Saúde<sup>4</sup>; assim, faz-se necessário priorizar esse grupo em ações preventivas.

Com base no exposto, deve-se oportunizar experiências educativas com grupos de homens nos serviços de saúde e centros comunitários de modo a favorecer a divulgação de informações, esclarecimento de dúvidas sobre o câncer de próstata e outros assuntos correlacionados à saúde masculina, mesmo considerando a especificidade da população do estudo.

### Considerações finais

Esses achados permitiram concluir que as dificuldades enfrentadas pelos homens evidenciam o quanto o sistema de saúde é deficitário em relação à atenção à saúde no que diz respeito a esse gênero. Diante dessas evidências, julga-se indispensável a criação ou incorporação de serviços de Atenção Primária a Saúde que promovam um ambiente de apoio para esses homens, mediante estratégias destinadas a ajudá-los no enfrentamento da realidade que o câncer de próstata representa. Provavelmente permanecerão indagações ao final desta investigação, já que o estudo não teve a intenção de esgotar o assunto, mas sim de produzir questionamentos acerca dele.

- de Engenharia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.
2. Araújo TME. Vacinação Infantil: Conhecimentos, atitudes e práticas da população da Área Norte/Centro de Teresina/PI. [Tese de Doutorado], Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2005.
  3. Arraoll B, Pandit S, Buetow S. Prostate câncer screening: knowledge, experiences and attitudes of men aged 40-79 years. *The New Zealand Medical Journal*. 2003; 116:1176.
  4. Brasil. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de prevenção e vigilância- Câncer de próstata: consenso . Rio de Janeiro: INCA; 2012.
  5. Cavalcante RC. Sexualidade do homem na terceira idade. *Rev Bras Sexual*. 1990; 15(2):39-49
  6. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on mens well-being: a teory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000; 50(2):1385-401.
  7. Czresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
  8. Gamarra CJ. Conhecimentos, atitudes e práticas do exame Papanicolau em mulheres de Puerto Leoni, Argentina: uma contribuição para a enfermagem de saúde pública. [Dissertação de Mestrado], Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2004.
  9. Gillet JD. The behavior Homo sapiens, the forgotten factor in the transmision of tropical disease. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine Hygiene*. 1985, 79(4):12-20.
  10. Gomes R, Rebello LEFS, Araújo F, Nascimento EF. A prevenção do câncer de próstata. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 12(1): 235-46.
  11. Hegart YV, Burchett BM,Gold DT, Cohnr HJ. Racial differences in use of cancer prevention services among older americans. *J Am Geriatr Soc*. 2000, 48(3):735-40.
  12. Marinho L, Costa-Gurgel,Cecatti JG, Osis MJD. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2003, 37(3): 576-82.
  13. Mccoy CB, Anuyl RS; Metsch LR; Inciardi JA; Smith SA; Correa R. Prostate cancer in Florida: Knowledge, attitudes, practices, and beliefs. *Câncer Practice*. 1995,3(2).
  14. Srougi M. Próstata: isso é com você. *Publifolha*. 2003.
  15. Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no SUS: desafios e perspectivas. In: Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL,organizadores. *Promoção e vigilância da saúde*. Salvador: COPTEC-ISC, 2002, 128(2):102-125.
  16. Paiva EP, Motta MCS, Griep RH. Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer de próstata. *RevLatino Am Enfermagem*. 2011, 19(1):73-80.
  17. Pinheiro R. Integralidade e prática social. LAPPIS – Integralidade em Saúde. *Boletim especial. Caderno de entrevistas*, 2004.

### Referências bibliográficas

1. Abreu MP. Um estudo classificatório das ferramentas tecnológicas desenvolvidas em um processo de gestão do conhecimento. 2002, 186f. [Dissertação Mestrado em Engenharia]. Escola

# Promoção de saúde integral e abordagem de gênero como estratégia de ação em saúde sexual e reprodutiva de homens heterossexuais

*Comprehensive health care promotion and gender approach as an action strategy for heterosexual men's reproductive and sexual health*

Regina Figueiredo<sup>I</sup>, Marta McBritton<sup>II</sup>, Marcelo Peixoto<sup>III</sup>

## Resumo

O artigo relata a experiência de atuação em saúde do homem desenvolvida pelo Instituto Cultural Barong. A metodologia adotada partiu de indicadores de morbidade e mortalidade masculinas e de referenciais da construção de gênero do padrão de masculinidade heterossexual atual, para criar um discurso de promoção à saúde sexual e reprodutiva e prevenção de DST/Aids e hepatites para homens. Como estratégia de trabalho foram realizadas ações de rua e em empresas com grande concentração masculina, desenvolvimento e distribuição de materiais educativos e informativos para este público, incorporando temas gerais de saúde, por meio de uma abordagem lúdica dos padrões de masculinidade, visando à reconstrução destes, com base na percepção das vulnerabilidades masculinas, e apontando a necessidade de adoção de comportamentos de autocuidado e prevenção, incluindo a busca de serviços públicos de saúde. Diante da inexistência de protocolos e fluxos definidos quanto à realização de consultas, exames e informação de serviços quanto à saúde de homens no Brasil, foram criados parâmetros práticos de orientação ao público masculino no cuidado de sua saúde em geral e qualidade de vida, incluindo foco em saúde sexual e prevenção, além da criação de folhetos e cartilhas específicos para este público, que teve grande aceitação, demonstrando o sucesso da abordagem.

**Palavras-chave:** Saúde do homem, Prevenção de DST/Aids, Promoção da saúde

## Abstract

This article describes the experience on men's health promotion developed by the Barong Cultural Institute (Instituto Cultural Barong). The adopted methodology was based on men's morbidity and mortality indicators and on references of the construction of gender of the current heterosexual masculinity pattern. This methodology intends to create a discourse for the promotion of sexual and reproductive health and for the prevention of STD/HIV and hepatitis for men. The used strategy for the study was grounded on actions carried out on streets and in companies with high concentration of men. Moreover, reports and educational material were developed and distributed for this public, incorporating general health themes, through an unique playful approach of masculine patterns, aiming to the reconstruction of these patterns on the basis of the perception of men's vulnerability. Another objective of this process was to point out the need to adopt the self-care and prevention behavior, including the search for health public services. In face of the inexistence of defined flows and protocols related to appointments, exams and information services that involves men's health in Brazil, practical parameters were created to guide men in general health care and quality of life, including the focus on sexual health and prevention, as well as the creation of leaflets and brochures for this public, who very well received the initiative. It demonstrates how successful the approach was.

**Keywords:** Man's health, Prevention of STD/AIDS, Health promotion

<sup>I</sup> Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é socióloga, mestre em Antropologia da Saúde e doutoranda em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e assessora técnica de produção de materiais do Instituto Cultural Barong

<sup>II</sup> Marta McBritton (martamcbrifton@gmail.com) é assistente social, presidente e

coordenadora-geral de projetos do Instituto Cultural Barong e membro do Fórum de ONGs Aids de São Paulo

<sup>III</sup> Marcelo Peixoto (marcelopeixoto1950@hotmail.com) é ator e diretor de teatro pela Escola de Arte Dramática da Universidade de São Paulo (EAD/USP), arte educador e coordenador de projetos do Instituto Cultural Barong



## Introdução

### A saúde do homem no Brasil

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem do Ministério da Saúde<sup>8</sup>, elaborada em 2008, aponta que os principais fatores de morbimortalidade masculina no Brasil poderiam ser evitados caso ações de prevenção fossem adotadas com relação aos homens, tanto como medidas primárias tomadas por gestores e serviços de saúde, quanto com relação à realização de consultas e exames preventivos com regularidade pela população masculina, que tem pouca frequência aos serviços básicos de saúde.

Diversas questões afetam o acesso do homem à saúde, entre elas a visualização tardia da saúde do homem como um campo importante de prevenção em nosso país, que impossibilitou a mobilização de atenção, recursos e estratégias de atenção a esse público, mas também fatores relacionados à construção cultural dos gêneros, que incentiva atitudes de risco entre os homens e não orienta a percepção das vulnerabilidades a que estão sujeitos, induzindo-os a se verem como grupo inatingível e distante das doenças<sup>2</sup>.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>3</sup> revelam que, no Brasil, embora a expectativa de vida dos homens tenha aumentado proporcionalmente bem mais do que a das mulheres, ainda se encontra em 3,28 anos mais baixa do que a feminina.

**Tabela 1** - Esperança de vida ao nascer

Sexo	1991 (em anos)	2009 (em anos)
Ambos os sexos	67	81,27
Homens	63,2	79,55
Mulheres	70,9	82,83

Fonte: IBGE

A Política Nacional de Saúde do Homem aponta que os homens são 52,9% do público internado em hospitais do país ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS), cerca de 2,7 milhões de casos atuais<sup>8</sup>.

De acordo com o Ministério da Saúde<sup>6</sup>, a primeira causa de morte masculina são as doenças do coração, seguida pelas cerebrovasculares, depois por homicídios, acidentes de transporte, pneumonia, doenças do fígado, diabetes, hipertensão, cânceres (principalmente de pulmão, próstata e estômago), outras doenças circulatórias e a Aids.

Fazendo um corte por faixa etária, até os 40 anos, as causas externas (violência, agressões e acidentes de trânsito/trabalho) predominam; depois dos 40 anos, doenças ligadas ao envelhecimento, mas também doenças respiratórias, câncer de próstata e doenças cardiovasculares ligadas ao consumo de tabaco<sup>8</sup>.

**Tabela 2** - Taxa padronizada de mortalidade (por 100 mil hab.) no sexo masculino, segundo principais causas específicas. Brasil, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 e 2005

		1980	1985	1990	1995	2000	2005	variação %
1º	Doença isquêmica do coração	73,1	71,5	65,2	61,5	54,3	54,7	25,2
2º	Doença cerebrovascular	76,2	74,7	68,6	64,9	51,6	50,3	34
3º	Homicídios	23,4	29,3	41,7	44,1	48,6	47,2	101,4
4º	Outras doenças cardíacas	59,4	53,3	48,9	48,6	35,9	34,2	42,5
5º	Acidentes de transporte	29,7	32,1	33,2	35,4	28,4	32,7	9,8
6º	Pneumonia	31,8	29,1	29,1	28,8	23,4	23,4	26,6
7º	Outras violências	41,6	43,7	33,9	33,3	28,9	22,8	45,3
8º	Doença crônica fígado/cirrose	15,7	15,8	15,4	16,7	19,1	19,5	24,1
9º	Diabetes mellitus	9,6	10,4	12,2	14,7	17,8	19,5	103,6
10º	Doença hipertensiva	14,1	14	12,4	12,6	13,2	17,6	24,9
11º	Neopl traquéia, brônquios e pulmão	10,9	11,7	12,3	13,4	12,1	13,4	22,3
12º	Neoplasia da próstata	5,9	6,1	6,9	8,9	9	11,4	95,1
13º	Neoplasia do estômago	13,2	11,8	10,6	10,3	8,6	9	31,5
14º	Outras doença aparelho circulatório	13,3	9,9	9,4	9,1	8	8,1	38,8
15º	Doença por HIV				15,6	9	8,1	48,1

Fonte: SVS/MS

Com relação à mortalidade em acidentes de trânsito brasileiros, 82% ocorrem entre homens<sup>8</sup>, sendo que há forte associação entre o consumo de bebidas alcoólicas, que em 53% estão presentes nesses eventos<sup>5</sup>. O consumo de álcool é masculino em 89,1% dos óbitos, sendo provocadores, também, de quedas em trabalho e acidentes como afogamentos<sup>9</sup>. Esse consumo encontra base em 19,5% de dependência química entre homens, comparado a 6,9% entre as mulheres, segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid)<sup>1</sup>.

Com relação a doenças sexuais, o Instituto Nacional de Câncer (Inca)<sup>4</sup> registra que o câncer de próstata, na maioria das vezes associado à presença do vírus HPV transmitido sexualmente, é o segundo carcinoma mais

comum, atrás apenas do de pele. Em 2009, foram registrados no país 12.274 mortes relacionadas a esse mal, que tem estimativa de mais de 60.000 casos para 2012<sup>8</sup>.

Além do câncer de próstata, provocado pelo vírus HPV transmitido sexualmente, o câncer de pênis provocou, apenas em 2007, 295 mortes no Brasil, e atinge quase 5.000 homens anualmente<sup>8</sup>.

No país, 17% dos homens sexualmente ativos já tiveram alguma DST, que atinge 6,6 milhões, 18% sem busca de nenhum tipo de apoio para tratamento<sup>7</sup>. Com relação à Aids, para cada dois casos em mulheres há três entre homens, totalizando, apenas em 2011, 9.035 casos masculinos registrados no país, sendo 22,4% por transmissão heterossexual e 76,7% na faixa etária entre 20 e 49 anos.

Como não há dados específicos registrando casos

**Tabela 3** - Casos de Aids entre homens no Brasil por faixa etária e categoria de exposição em 2011

Categoria de Exposição	<5 anos	05-12	13-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-49	50-59	60 e +	ignorado	Total
TOTAL	83	68	110	726	1.310	1.610	1.399	2.277	1.080	369	3	9.035
Homossexual	0	0	22	159	225	210	169	214	55	14	0	1.068
Bissexual	0	0	8	48	58	64	57	94	33	16	1	379
Heterossexual	0	0	20	111	253	310	325	551	333	119	0	2.022

Fonte: DATASUS/MS.

de sífilis sexualmente adquirida em homens, se for considerado que os casos de sífilis congênita revelam parte da parcela de mulheres que engravidou após adquiri-la em heterossexuais, é possível registrar pelos dados de 2010<sup>6</sup> que, no mínimo, 3.844 homens heterossexuais parceiros dessas mulheres tiveram sífilis no país. Com relação a doenças transmitidas sexualmente, foram também registrados, por essa via de infecção, 2.603 casos de hepatites virais em 2010<sup>6</sup>.

Além das DST/HIV/Aids, outros problemas sexuais e reprodutivos vêm afetando cada vez mais a população masculina: a impotência sexual e a ejaculação precoce. Segundo cálculo da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), de 45% a 50% dos homens acima de 18 anos apresentam alguma grau de disfunção sexual, mesmo que moderado<sup>10</sup>.

A impotência sexual pode estar relacionada a distúrbios psicológicos, mas também a problemas físicos, diabetes, problemas hormonais, vasculares e neurológicos e, ainda, a comportamentos de risco que a geram, como o consumo excessivo de medicamentos, de bebidas alcoólicas, cigarros ou outras drogas. Com relação à ejaculação precoce, fatores psicológicos e relacionais com a parceira são as principais razões desse mal. Assim, na saúde sexual e reprodutiva dos homens, estão cada vez mais explícitos casos que envolvem a qualidade de vida e a saúde mental desse público que ainda precisa ser relevada.

### **Promoção de saúde sexual e reprodutiva e prevenção entre homens heterossexuais**

Com o objetivo de introduzir no campo das ações a problemática da saúde sexual e reprodutiva do homem heterossexual, o Instituto Cultural Barong, organização não-governamental (ONG) localizada em São Paulo, iniciou uma série de levantamentos, de forma a constituir um diagnóstico para embasar as discussões da equipe técnica da instituição na construção de uma metodologia de abordagem da prevenção de DST/Aids com homens heterossexuais.

Partindo do panorama de saúde masculina geral, no qual a saúde sexual e reprodutiva se insere, e buscando integrar as demandas dos homens comuns e anônimos contatados nas diversas ações de rua desenvolvidas pela ONG desde a sua fundação, em 1995, a metodologia para atuação com homens heterossexuais foi definida preconizando a integração de elementos que

constroem o padrão do gênero masculino hegemônico. Nestes, estão definidos o jeito de ser e o comportamento esperados socialmente dos homens: racional, emocionalmente frio, prático, resolutivo, forte, ativo, hipersexualizado, invulnerável, independente; ou seja, o perfil daquele que “deve dar conta” estruturalmente da vida e da família com responsabilidade econômica e prática, ser ativo e disposto sexualmente e não ceder às consideradas fraquezas ligadas à emocionalidade, à falta de disposição física e ao medo ou receio dos vários riscos que a vida impõe.

Esse olhar coincide com resultados observados na pesquisa que subsidiou a implementação pelo SUS da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem<sup>8</sup>, que mostraram que a falta de frequência dos homens ao sistema de saúde deriva de barreiras culturais, por meio das quais o homem é levado a crer que ações profiláticas e doenças estão ligadas à fragilidade. Ao mesmo tempo, o estudo aponta barreiras institucionais, nas quais os serviços de saúde não se mostram aptos a ouvir/atender homens, e barreiras relacionais (médicas), uma vez que a maior parte dos profissionais da atenção básica é formada por mulheres, o que impõe restrição para que falem de temas constrangedores, como, por exemplo, sua vida sexual.

Dessa forma, procurando provocar mudanças de comportamento com base em reflexões de padrões culturais, o Barong optou, nas suas intervenções com o público masculino, partir dos modelos de masculinidade hegemônicos, procurando proporcionar reestruturações destes com a difusão de informações de vulnerabilidade, promoção do autocuidado entre homens heterossexuais e o estímulo à adoção de opções a comportamentos preventivos com relação à saúde sexual e reprodutiva, à saúde e à qualidade de vida em geral, bem como à procura de serviços de saúde para realização de acompanhamento, exames e busca de atenção em saúde.

### **Estratégias de atuação**

Como estratégias de trabalho visando à promoção da saúde, foram planejadas intervenções “corpo a corpo” com plantões de orientação de prevenção de DST/Aids e de promoção da saúde sexual e reprodutiva, incluindo a prevenção de DST/HIV/Aids utilizando a unidade móvel da instituição e sua equipe multidisciplinar, instaladas em locais de grande concentração masculi-

na para a realização de plantões de orientação de dúvidas em saúde sexual e reprodutiva e distribuição de materiais educativos:

- na rua no “Dia Internacional do Homem” (15 de julho);
- em bares e locais onde foram dispostos telões para a transmissão dos jogos da Copa do Mundo de 2011;
- em pátios de estacionamentos rodoviários e caminhoneiros, incluindo a data do “Dia do Caminhoneiro” (30 de junho);
- em empresas privadas com efetivo de funcionários predominantemente masculino.

Observada a ausência de materiais específicos para o público masculino heterossexual – uma vez que historicamente homens homossexuais têm sido o maior alvo de ações de prevenção de DST/Aids –, nas estratégias de ação foram também incluídos o desenvolvimento e a distribuição de materiais educativos específicos para esse público e esses contextos, de forma a servir não apenas como apoio para disseminação de informações, mas como “disparador temático” de diálogo com o público-alvo. O conteúdo desses materiais procurou, com base em discussão multiprofissional, disseminar consensos de orientação prática de condutas de prevenção e atenção em saúde do homem, em formato e linguagem facilitadores de comunicação:

- folhetos de prevenção de DST/Aids com formato de tabelas de jogos da Copa do Mundo de 2011;
- cartilha de bolso “Cuidando deles! Guia de saúde sexual e reprodutiva do homem e outros cuidados”<sup>IV</sup>.

## Resultados

A experiência de atuação em promoção à saúde sexual e reprodutiva do homem desenvolvida pelo Barong gerou, entre meados de 2010 e abril de 2012:

- um levantamento informal dos serviços e especialidades disponíveis no âmbito da cidade de São Paulo para atenção à saúde do homem, em especial à saúde sexual e reprodutiva;
- a discussão interna da equipe com membros da Coordenação Municipal de DST/Aids de São Paulo e da Coordenação Estadual DST/Aids de São Paulo sobre os principais fatores de risco e agravos que acometem a saúde masculina e quais orientações de condutas e tratamentos deveriam ser preconizadas;

- oito ações de rua na Copa do Mundo de 2010, com duração média de seis horas cada, atingindo cerca de 24.000 pessoas;
- distribuição de 25.000 folhetos de prevenção, no formato de tabelas de jogos da Copa do Mundo de 2010, nessas ações em bares;



- três ações para caminhoneiros em estradas no Dia do Caminhoneiro – 31 de junho de 2009, 2010 e 2011;
- 24 eventos em empresas privadas com perfil de trabalho masculino braçal (mineiros e construção civil), atingindo cerca de 72.000 trabalhadores;
- produção e distribuição de 20.000 cartilhas de saúde do homem nessas ações;
- distribuição de cerca de 120.000 preservativos em

<sup>IV</sup> Ver a íntegra do material, que pode ser baixado em PDF no site <<http://www.barong.org.br>>.

todas essas ações, além de 10 mil camisinhas verdes e amarelas, distribuídas durante a Copa do Mundo de 2010;

- realização de pelo menos 3.000 orientações individuais em plantões das unidades móveis.

A cartilha “Cuidando deles...” aborda temas que circundam as principais causas de morbimortalidade masculina: saúde sexual e reprodutiva, qualidade de vida, saúde mental, estresse, violência, leis e direitos de paternidade, entre outros cuidados. O material inclui dados epidemiológicos, orientações de prevenção e disseminação de locais e serviços de saúde de apoio aos homens, inseridos na abordagem de temas de saúde mais gerais que afetam a sua saúde, utilizando adequação de linguagem e formatos para serem de fácil compreensão, lúdicos, buscando facilitar não apenas a transmissão de conteúdos, mas reflexões sobre os mais diversos temas que interessam ou acometem os brasileiros:

**Quadro 1** - Conteúdos da cartilha “Cuidando Deles! Guia de saúde sexual e reprodutiva do homem e outros cuidados”

<ul style="list-style-type: none"> <li>• corpo sexual e reprodutivo</li> <li>• higiene pessoal e educação</li> <li>• problemas e disfunções sexuais</li> <li>• fertilidade e prevenção de gravidez</li> <li>• pré-natal do homem, com diagnóstico e levantamento de doenças transmissíveis antes e durante a gravidez</li> <li>• legislações de direito à paternidade, visitas, licenças e obrigações financeiras e afetivas com filhos desde a gestação</li> <li>• prevenção de DST/aids e uso de preservativo</li> <li>• divulgação de diferentes tipos de preservativos</li> <li>• desejo sexual e aumento de prazer masculino</li> <li>• desejo sexual e promoção do prazer de parceiras</li> <li>• exposição à violência entre pares, violência de rua e de trânsito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• males e doenças que afetam o desejo e o exercício sexual:               <ul style="list-style-type: none"> <li>. saúde mental, stress, abuso de álcool, drogas e cigarros;</li> <li>. problemas circulatórios e cardíacos;</li> <li>. problemas renais e biliares;</li> <li>. indisposições e problemas estomacais e bucais</li> <li>. redução de tabaco e cuidados com órgãos ligados à respiração, incluindo tuberculose</li> <li>. importância de prática de atividades físicas</li> <li>. práticas de alimentação saudável</li> </ul> </li> <li>• violência física contra parceiras, envolvimento em situações de prostituição infanto-juvenil e violência</li> </ul>
--	--

Com relação a orientações de fluxos em serviços, foi definido pela equipe, juntamente com especialistas da área dos programas estadual de DST/Aids de São Paulo e municipal de DST/Aids da capital, o incentivo da divulgação das unidades básicas de saúde (UBS) como “portas de entrada” para acesso ao SUS, o Centro de Referência do Homem (“Hospital do Homem”), de âmbito estadual, localizado na capital de São Paulo, além de telefones de apoio como Disque-Saúde, Disque-Aids e Disque-Tuberculose.

## Discussão

Além das dificuldades iniciais de lidar com um tema pouco explorado em ações preventivas brasileiras, que exigiu esforços de pesquisa e discussões sobre a melhor forma de abordagem do público masculino pela equipe, o grande problema na orientação de saúde do homem consiste na falta de normatizações técnicas orientando práticas para a efetivação de ações. A própria Política Nacional de Saúde do Homem e a instalação de uma área técnica de Saúde do Homem no Ministério da Saúde<sup>8</sup>, apesar de representarem um grande avanço como sensibilizadoras e mobilizadoras de atenção para um panorama de morbimortalidades masculinas, na maior parte gerada por causas evitáveis, ainda não definiram protocolos quanto ao papel dos diferentes serviços, categorias profissionais, bem como os tipos de condutas, faixa

etária beneficiada ou características do público ao qual devem ser orientados procedimentos.

Em São Paulo, a “descoberta” de atuação do Centro de Referência do Homem (“Hospital do Homem”) foi uma surpresa apresentada pelo projeto à equipe, juntamente com a percepção de que este local estava, na época, ainda sem papel definido na estrutura local ou regional de saúde, atuando de forma paralela e fora de qualquer sistema de fluxo ou orientação de busca de

**Tabela 2** - Orientações de saúde para homens adotados nos materiais e ações

Problema/Demanda	Local de Apoio	Faixa Etária	Quando?
consulta médica de acompanhamento de saúde	UBS	qualquer idade	anualmente
Problemas de fimose	UBS	qualquer idade	em caso de detecção
Busca de contracepção/prevenção de DST/aids/preservativo	UBS (informando alternativa de compra em farmácias)	quem iniciou prática sexual e/ou pré-adolescentes ou adolescentes que queiram experimentar/treinar preservativos	quando quiserem
Busca de esterilização cirúrgica	UBS	acima de 25 anos e/ou com 2 filhos	quando desejarem
Vacinação de Hepatite B	UBS	até 26 anos	o quanto antes (quem não foi vacinado)
Exames de HIV, Sífilis e Hepatite C	CTAs	qualquer idade	quando desejarem ou se expuserem a risco
Sintomas de DST	UBS	qualquer idade	em casos de sintomas
Prevenção da Próstata	UBS	após 40 anos	anualmente
Prevenção de Hipertensão, Problemas Circulatórios e Cardíacos	UBS (além de mudanças alimentares e físicas)	com histórico familiar e/ou acima de 50 anos	pelo menos 1 vez por ano
Problemas com Álcool, Drogas, incluindo cigarro	UBS e CAPs – centros de atendimento psicossocial	qualquer idade	em situações de uso com desejo de parar
Depressão e Ansiedade	UBS e CAPs – centros de atendimento psicossocial (além de adoção de atividades físicas)	qualquer idade	em casos de sintomas
Problemas de Fígado e Hepatites em geral	UBS	qualquer idade	em caso de sintomas
Saúde Bucal	UBS	qualquer idade	anualmente
Obesidade e Avaliação de Colesterol	UBS (além de mudanças alimentares e físicas)	a partir dos 40 anos	anualmente
Problemas Pulmonares e Tuberculose	UBS	qualquer idade	em caso de sintomas
Problemas Renais	UBS	qualquer idade	em caso de sintomas

serviços ou especialidades por outras áreas da saúde, vinculando apenas pacientes por livre demanda ou por envio de algum profissional de outro serviço público que tivesse contato com sua equipe.

Quanto à confecção de materiais educativos, tanto o folheto-tabela de jogos da Copa do Mundo de Futebol de 2010 como a cartilha “Cuidando deles...” tiveram uma grande procura masculina, mostrando que associar temas de interesse dos homens com informações preven-

tivas potencializa a adesão deste público às ações e aos materiais educativos.

Especificamente a cartilha “Cuidando deles...” mostrou-se como um material fundamental na medida em preencheu a lacuna de comunicação na área dos cuidados da saúde e sexualidade, fortalecendo a ação de prevenção de DST/Aids dirigida a homens heterossexuais. Por isso e por sua boa aceitação, está em processo de reimpressão pelo Programa Estadual de DST/Aids de

São Paulo para distribuição em vários serviços do estado; o material também foi solicitado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Essa recepção positiva levou à produção pelo Barong do DVD educativo de curta-metragem “Cuidando deles! Saúde sexual e reprodutiva do homem”, em fase de finalização, que estará incorporando a problemática da saúde sexual e reprodutiva dos homens heterossexuais na mesma ótica de utilização e desconstrução das características hegemônicas de masculinidade por meio de uma ficção lúdica, complementada por diversos depoimentos masculinos.

### Considerações finais

A inserção do cuidado em saúde sexual e reprodutiva do homem dentro de uma ótica de cuidado mais geral de promoção de saúde e qualidade de vida, incluindo temas de interesse estimulados pela atual construção do gênero masculino, se mostrou eficaz como estratégia mobilizadora do tema e da aceitação das ações e materiais por esse público.

Brechas importantes são importantes para sensibilizar a população masculina, levando-a a questionar e adotar mudanças de atitude ao utilizar seus próprios referenciais de construção masculina como ponto de partida e contrapondo-os a situações reais, incluindo dados que apontam as vulnerabilidades e consequências dessas posturas em sua própria saúde, o que automaticamente reformula, aos poucos, o próprio conceito de masculinidade. Isso inclui, obviamente, a exploração de espaços masculinos (ou identificados como masculinos) para ações de intervenção, como os espaços de sociabilidade natural do homem (bares, locais ligados a esportes, principalmente futebol, jogos “masculinos” como sinuca etc.) e também o mundo do trabalho principalmente braçal, que é majoritariamente ocupado por esse público.

Nesse sentido, parcerias realizadas com empresas com grande parte de mão de obra composta por homens se mostram efetivas, como foi observado na iniciativa do Instituto Barong, favorecendo a promoção da saúde neste público e a busca dos serviços de saúde públicos disponíveis no SUS.

### Referências bibliográficas

1. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Secretaria Nacional Antidrogas. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil [monografia na internet]. São Paulo; 2006 [acesso em 23 maio 2012]. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br/index.php>
2. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, Schraiber LB, Figueiredo WS. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero Interface[periódico na internet]. 2010 [acesso em 23 maio 2012];14(33):257-270. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci_arttext)
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comunicação Social. Brasília; 1/12/2010 [acesso em 23 maio 2012]. Disponível em: [http://www1.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1767&id\\_pagina=1](http://www1.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1767&id_pagina=1)
4. Instituto Nacional de Câncer. Tipos de Câncer [portal na internet]. Brasília(DF); s/d [acesso em 23 maio 2012]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home>
5. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas [monografia na internet]. Brasília(DF); 2004 [acesso em 23 maio 2012]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/Destaques/textos/relatorio.pdf>
6. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Dados Epidemiológicos [base de dados na internet]. Brasília(DF); 2012 [acesso 23 maio 2012]. Disponível em: <http://www.datasus.org.br>
7. Ministério da Saúde. Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira de 15 a 64 anos de idade (PCAP - DST, 2008) [monografia na internet]. Brasília(DF); 2011 [acesso em 23 maio 2012]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/pcap-2008>
8. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília; 2008a. [acesso em 23 maio 2012]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>
9. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2007. Brasília(DF); 2008.
10. Sociedade Brasileira de Urologia. Apoio de parceira é fundamental no tratamento da impotência sexual masculina. Acrítica.com.Vida [periódico na internet]. 2012 março 5 [acesso em 23 maio 2012]. Disponível em: [http://acritica.uol.com.br/vida/parceira-fundamental-tratamento-impotencia-masculina\\_0\\_658134223.html](http://acritica.uol.com.br/vida/parceira-fundamental-tratamento-impotencia-masculina_0_658134223.html)

# Prevalência do consumo abusivo de álcool em homens no estado de São Paulo: apontamentos para uma abordagem do alcoolismo na Atenção Básica à Saúde

Prevalence of heavy alcohol consumption in men in the State of São Paulo: registers for an approach of the question of alcoholism in the Primary Attention to Health

Maria de Lima Salum Moraes<sup>I</sup>, Tereza Etsuko Costa Rosa<sup>II</sup>, Celso Luís de Moraes<sup>III</sup>

## Resumo

O consumo abusivo de álcool - grave problema da saúde pública, tanto por sua alta incidência quanto pelas consequências psicossociais e danos à saúde física e mental do usuário - acomete principalmente a população masculina. O presente estudo teve por objetivos verificar a prevalência de morbidade e mortalidade decorrentes do abuso de álcool no estado de São Paulo, com foco na população masculina, e realizar alguns apontamentos para uma abordagem do alcoolismo na Atenção Básica à Saúde. Foram consolidadas informações do SIH/SUS sobre a prevalência de internações por agravos associados ao abuso de álcool em 2011 e dados do SIM de 2010 sobre a mortalidade pelo mesmo motivo. Constatou-se predomínio de internações masculinas por agravos associados direta ou indiretamente à ingestão abusiva de álcool em todas as regiões do estado de São Paulo (no total, 89,72% de homens, versus 10,28% de mulheres). Encontrou-se maior prevalência de internações em homens com idade entre 30 e 59 anos. Dados de mortalidade confirmaram maior prevalência em homens de doenças relacionadas com o consumo excessivo de álcool. Apesar de os dados apontarem para a necessidade da prevenção do consumo abusivo de álcool, raramente os serviços básicos de saúde detectam precocemente o hábito de beber excessivamente. Sugere-se que as estratégias de prevenção e tratamento do alcoolismo partam da ampliação dos conhecimentos sobre a complexidade da questão, inclusive sobre prováveis determinantes socioculturais e da dimensão psíquica dos sujeitos envolvidos.

**Palavras-Chave:** Consumo abusivo de álcool, Saúde do homem, Prevenção e detecção precoce

## Abstract

Heavy alcohol consumption - a serious public health problem, not only due to its high incidence, but also because of the psychosocial consequences and damages to the physical and mental health of the user - mainly affects the male population. This study aims to verify the prevalence of morbidity and mortality caused by the alcohol abuse in the State of São Paulo, focusing on the male population, and to make some registers for an approach of the question of alcoholism in the Primary Attention to Health. Data were consolidated from the Brazilian public health system (SIH/SUS) about the prevalence of hospitalizations for health problems associated with heavy alcohol consumption, in 2011, and from the Mortality Information System (Sistema de Informação de Mortalidade - SIM), in 2010, about mortality for the same reason. The results showed the prevalence of male hospitalizations caused by health problems directly or indirectly associated with heavy ingestion of alcohol in all the regions of the State of São Paulo (in the total, 89.72% of men, versus 10.28% of women). A higher prevalence of male hospitalizations was detected among men aged 30 to 59. Data of mortality confirmed higher prevalence in men of diseases related to heavy alcohol consumption. In spite of the data indicate the need of prevention of the abusive alcohol consumption, rarely the health basic services early detect heavy drinking habit. It is suggested that the prevention strategies and alcoholism treatment should begin from the increase of the knowledge about the complexity of the question, including the probable sociocultural references and the psychic dimension of the individuals involved.

**Keywords:** Heavy alcohol consumption, Men's health, Prevention and early detection

<sup>I</sup> Maria de Lima Salum Moraes (salum@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP), pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

<sup>II</sup> Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, doutora em Saúde Pública pela USP, pesquisadora científica do Instituto de

Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

<sup>III</sup> Celso Luís de Moraes (socorrouni@gmail.com) é enfermeiro da Atenção Básica do município de Campinas (SP), aluno do mestrado profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo



Segundo o Relatório do Status Mundial de Álcool e Saúde da World Health Organization (Organização Mundial da Saúde - OMS)<sup>23</sup> de 2011, o consumo de álcool é o terceiro maior fator de risco para doenças e incapacidade no mundo e o maior deles em países de renda média. É a causa de 60 tipos de enfermidades e danos à saúde e componente de 200 outros. Quase 4% das mortes no mundo são atribuídas ao álcool, número maior do que aquelas causadas por HIV/Aids, violência e tuberculose. O Relatório Brasileiro sobre Drogas<sup>8</sup> indica que os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool são os responsáveis pelo maior número de mortes associadas ao uso de drogas, correspondendo a cerca de 90% dos casos.

O consumo abusivo do álcool é agravado por sua associação com diversas consequências sociais. O relatório da OMS<sup>23</sup> aponta, dentre outras: efeitos negativos sobre a produtividade no trabalho, gerando uma carga excessiva para os familiares; consequências adversas para crianças sob os cuidados de usuários; efeitos adversos sobre as relações com familiares e amigos. Há, ainda, consequências prejudiciais para pessoas estranhas, ocasionadas por acidentes de carro, violência e crimes, incluindo agressões físicas e sexuais, assassinatos e assaltos.

Além dessas consequências deletérias do alcoolismo, o que chama a atenção é que o número de homens em relação ao de mulheres que fazem uso abusivo do

álcool é muito maior. Então, vejamos os relatórios e estudos populacionais realizados.

O relatório da OMS<sup>23</sup> aponta que o uso prejudicial de álcool é o primeiro fator de risco para a morte de homens na faixa de 15 a 59 anos de idade. Globalmente, 6,2% de todas as mortes masculinas são atribuíveis ao álcool, sendo que a carga total atribuída ao álcool é consideravelmente maior entre homens (7,4%) do que entre mulheres (1,4%). Baixo nível socioeconômico e educacional está relacionado com os problemas advindos do consumo de álcool – um determinante social mais expressivo também no caso dos homens.

Diversos estudos realizados em diferentes regiões do Brasil em condições variadas e com diferentes instrumentos<sup>1,5,6,9,10,18</sup> confirmam a maior prevalência de uso de álcool por homens.

De acordo com o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2001)<sup>9</sup>, 28% dos homens *versus* 11% das mulheres relataram uso frequente de álcool, e 11% dos homens *versus* 2% das mulheres declararam fazer uso muito frequente de bebida alcoólica. Tendo por base o critério SAMHSA<sup>IV</sup>, o I Levantamento constatou, em 2001, que 17,1% de homens e 5,7% de mulheres apresentaram possível dependência do álcool em 2001, e no II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas no Brasil, estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país (2005)<sup>10</sup>, verificou-se um aumento consistente desses índices para 19,5% de homens e 6,9% de mulheres.

O I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras<sup>1</sup> revelou que o beber pesado episódico nos últimos 30 dias foi relatado por 31,3 dos homens e 20,3% das mulheres – dado bastante alarmante. Foi ainda considerado uso de álcool de alto risco, de acordo com o Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), instrumento validado para o Brasil por Henrique e colaboradores<sup>14</sup>, em 4,6% de homens *versus* 1,1% de mulheres.

Inquéritos domiciliares continuam confirmando a preponderância masculina na adição ao álcool; no entanto, estudos recentes mostram o uso preocupante de álcool e outras drogas entre universitários, de modo indiferenciado entre homens e mulheres. Em estudo de Silva e colaboradores<sup>20</sup>, a variável sexo não mostrou diferença quanto ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, apontando que cada vez mais mulheres vêm assumindo estilos de vida semelhantes aos do sexo oposto.

Botega e colaboradores<sup>6</sup>, estudando pacientes internados nos diversos setores de um hospital de Campinas (SP), verificaram que 15% dos pacientes considerados com transtornos ligados ao álcool eram do sexo masculino, enquanto 2,8% com o mesmo diagnóstico eram mulheres. É importante notar que esta relação se inverte nos casos da depressão, em que 10,2% eram homens e 18,8%, mulheres. Andrade e colaboradores<sup>2</sup>, baseados em vários estudos epidemiológicos, também relatam que, enquanto mulheres apresentam maior prevalência de transtornos de ansiedade e do humor que homens, constata-se nestes maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, nelas incluídas o álcool. Contudo, um exame mais detalhado das evidências indica que, embora os sintomas possam ser diferentes, há algo em comum na raiz dos transtornos masculinos e femininos, e estudos também apontam associação entre uso problemático de álcool e níveis altos de ansiedade e outras comorbidades psiquiátricas<sup>16,19</sup>.

As consequências do uso abusivo de álcool estão relacionadas tanto com morbidades por causas externas quanto com agravos de caráter somático. Greve<sup>13</sup>, por exemplo, verificou que 70% dos leitos do setor de tra-

matologia em hospitais públicos de todo o país eram ocupados por acidentados no trânsito, sendo que 96% destes tinham presença de álcool no corpo no momento da internação. O estudo de Botega e colaboradores<sup>6</sup> com pacientes internados em hospital geral revelou associação de uso de álcool e, entre outros fatores, internações por causas externas e tentativas prévias de suicídio. Stipp e colaboradores<sup>22</sup> relacionam como doenças para as quais o consumo abusivo de álcool pode contribuir: hipertensão arterial, hipertrigliceridemia, diabetes não-insulinodependente, câncer, hepatopatia, encefalopatia e pancreatite.

Embora esteja comprovada a gravidade do consumo abusivo de álcool, pouca atenção tem sido dada ao problema nos serviços básicos de saúde. Dos pacientes tratados na rede primária de saúde no Brasil, 20% consomem bebidas alcoólicas (principal substância tóxica consumida) em nível considerado de alto risco<sup>7</sup>. Essas pessoas costumam ter seu primeiro contato com o serviço público de saúde por meio do clínico geral. No entanto, os casos são pouco e assistematicamente acompanhados e encaminhados pelos profissionais de saúde, o que impede o diagnóstico e o tratamento adequados do problema, deixando passar o foco geral para o atendimento a doenças clínicas decorrentes da dependência e não para o uso subjacente do álcool. Constata-se, em geral, um intervalo de cinco anos entre a primeira detecção do problema e a realização da primeira intervenção em saúde<sup>7</sup>.

Souza<sup>21</sup> apresenta um cenário desolador ao tratar da detecção de uso problemático de álcool por parte da Atenção Primária. O autor, relacionando a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) com a identificação de pessoas dependentes de álcool de 1998 a 2004, constatou, por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), um decréscimo de pessoas de 15 anos ou mais com “alcoolicismo” cadastradas no Programa Saúde da Família de 1,40% em 1998 para 0,82% em 2004 – índices muito abaixo das prevalências encontradas em estudos populacionais.

Assim, além dos estudos sobre a frequência do alcoolismo na população, ainda em número e extensão insuficientes para uma generalização ampla, um

<sup>14</sup> SAMHSA – Questionário criado pelo Substance Abuse and Mental Health Services Administration, dos EUA, e adaptado para o Brasil. Segundo o próprio Relatório Brasileiro sobre Drogas (Brasil, 2009), o critério SAMHSA pode ter inflacionado as estimativas, pois é menos rigoroso do que o DSM-III-R e o CID-10



importante indicador para se avaliar o problema é a medida do efeito do alcoolismo sobre a saúde, por meio da frequência das psicoses alcoólicas e da síndrome da dependência do álcool, que são causas de internações hospitalares<sup>15</sup>.

Dada a importância da temática no que diz respeito à saúde do homem, o presente estudo teve por objetivo demonstrar a importância de transtornos ligados ao abuso de álcool com foco em sua prevalência na população masculina do estado de São Paulo, bem como realizar alguns apontamentos para uma abordagem do alcoolismo na Atenção Básica à Saúde.

### Método

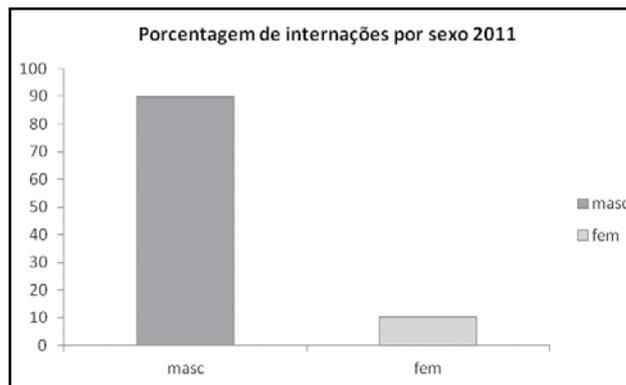
Com base em dados do Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) extraídos do DATASUS, foram consolidadas informações sobre a prevalência de internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e por agravos associados ao abuso de álcool, por local de residência e por Departamento Regional de Saúde (DRS) no estado de São Paulo no ano de 2011. Foram também computadas informações de 2010 do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), obtidas pelo DATASUS, a respeito de mortalidade por agravos para os quais o consumo abusivo de álcool pode contribuir.

### Resultados

A Figura 1 e a Tabela 1 mostram as porcentagens de internações por local de residência, segundo sexo, no estado de São Paulo em 2011. Evidencia-se a maior prevalência de casos do sexo masculino. Embora haja ligeira variação dos índices entre as Regionais de Saúde, o predomínio de internações masculinas se dá em todas as regiões do estado. No tocante à variação dos índices entre as Regionais de Saúde, vale salientar uma certa tendência a que as maiores proporções de internações entre as mulheres ocorram em regionais onde, sabidamente, existem áreas urbanas mais desenvolvidas. Por exemplo: Bauru (18,91%) e São José do Rio Preto (20,78%), com elevado número de internações de mulheres, contrastam com Marília (6,76%) e Registro (2,63%), com as menores proporções de internações nesse sexo.

Pela Figura 2, observa-se que a maior parte das internações se dá entre 30 e 59 anos de idade, com predomínio da faixa etária de 40 a 49 anos e declínio aos 60 anos e mais.

**Figura 1** - Porcentagem de internações por transtornos mentais e comportamentais devidos ao álcool no estado de São Paulo em 2011, segundo sexo.



Fontes: SIH/SUS

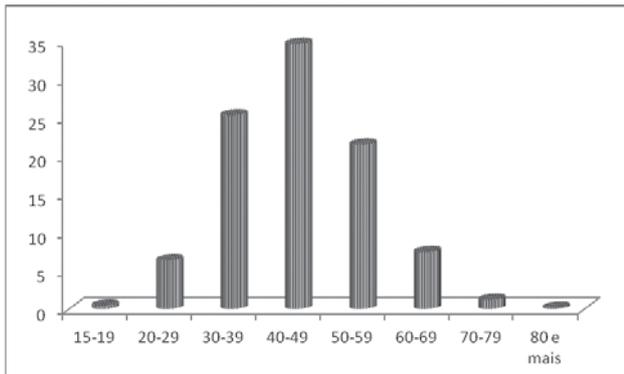
**Tabela 1** - Internações por transtornos mentais e comportamentais por local de residência, devido ao uso de álcool por DRS em 2011, segundo sexo.

DRS	Total	% Masc	% Fem
Grande São Paulo	5046	88,55	11,45
Araçatuba	1158	91,62	8,38
Araraquara	471	87,05	12,95
Baixada Santista	110	89,09	10,91
Barretos	11	90,91	9,09
Bauru	497	81,09	18,91
Campinas	1605	88,85	11,15
Franca	122	86,07	13,93
Marília	2130	93,24	6,76
Piracicaba	427	91,57	8,43
Presidente Prudente	1201	91,92	8,08
Registro	38	97,37	2,63
Ribeirão Preto	275	86,91	13,09
S.João da Boa Vista	1015	90,15	9,85
S.José do Rio Preto	409	79,22	20,78
Sorocaba	990	92,63	7,37
Taubaté	563	92,90	7,10
<b>Total</b>	<b>16068</b>	<b>89,72</b>	<b>10,28</b>

Fontes: SIH/SUS

Na Tabela 2, encontram-se dados relativos à morbidade e à mortalidade por alguns agravos aos quais, direta ou indiretamente, o abuso de álcool está associado. Dentre as patologias pesquisadas, as maiores proporções

**Figura 2** - Porcentagem de internações masculinas por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool por faixa etária em 2011.



Fontes: SIH/SUS

tanto de internações quanto de óbitos masculinos se devem diretamente ao consumo excessivo de álcool, seja por transtornos psiquiátricos, seja por doenças do fígado. Constata-se, ainda, predomínio de agravos e óbitos masculinos por outras doenças do aparelho digestivo.

### Discussão

Os resultados, que denotam maiores índices de morbidade e mortalidade masculina em decorrência do abuso de álcool, estão em conformidade com a quase totalidade dos trabalhos sobre o tema<sup>5,6,9,10,18</sup>.

**Tabela 2** - Internações em 2011 e óbitos em 2010 por agravos em que há contribuição do consumo abusivo de álcool no estado de São Paulo

	Causa	Porcentagem de homens
<b>Internações</b>	Doenças alcoólicas do fígado	86,04
	Outras doenças do fígado	65,38
	Úlcera gástrica e duodenal	62,50
	Pancreatite e outras doenças do pâncreas	58,73
<b>Mortalidade</b>	Transtornos mentais e comp. dev. álcool	81,44
	Doenças do fígado	79,23
	Neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe	82,56
	Neoplasias malignas do estômago	64,83
	Neoplasias malignas do fígado e vias biliares	60,64

Fontes: SIH/SUS e SIM

Quanto à frequência de idade das internações masculinas, verificou-se que a maior parte delas concentra-se entre 30 e 59 anos, idade em que os homens estariam em idade produtiva, evidenciando o prejuízo social do problema. Barros e colaboradores<sup>5</sup>, tendo

apresentado faixas de idade diferentes das que empregamos neste estudo, relatam maior prevalência de abuso de álcool entre 14 e 39 anos, com decréscimo a partir dos 60 anos. Segundo o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, realizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) e pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e relatado no Relatório Brasileiro sobre Drogas<sup>8</sup>, as maiores porcentagens de bebedores frequentes encontram-se entre 18 e 59 anos. Observe-se, contudo, que, com o passar dos anos, as consequências do abuso de álcool para aqueles que permanecem com o hábito de beber vão-se acumulando e agravando.

Em relação a taxas de morbidade e mortalidade decorrentes do uso de álcool, a maior parte da literatura refere causas externas<sup>6,12</sup>, evidenciando a importância do consumo de bebida alcoólica na causação de acidentes com transportes, atropelamentos, violência, suicídios e tentativas de suicídio. Os trabalhos que procuram e discutem a associação do abuso de álcool a doenças orgânicas são em menor número. Contudo, a maior parte deles revela associação de consumo abusivo de álcool com doenças hepáticas, câncer e outras doenças do aparelho digestivo. Embora os dados de morbidade e mortalidade analisados no presente estu-

do não possam expressar diretamente a relação entre doenças do fígado, álcool e sexo masculino, a maior incidência de doenças do fígado e outras do aparelho digestivo em homens pode ser sugestiva de uma ligação com o consumo abusivo de álcool.

### Considerações finais

Os resultados deste estudo alertam para o alto risco para a saúde do hábito abusivo de beber, especialmente em homens, e ressaltam a importância de os serviços de saúde se voltarem para a detecção precoce e para a prevenção do consumo habitual de álcool.

Nesse âmbito, no entanto, na prática diária, o uso problemático do álcool é um dos agravos de difícil detecção, pois raramente aparece espontaneamente nos atendimentos e, quando surge, na grande maioria dos casos, já se trata de dependência instalada, com comprometimento de diversos aspectos da vida da pessoa. Um exemplo da dificuldade de se detectar precocemente os casos de uso nocivo do álcool foi a experiência de uma unidade de saúde de Campinas, onde são atendidas mais de 300 pessoas por semana e na qual foi aberta uma agenda de enfermagem específica para atendimento a pessoas com queixas relacionadas a álcool, com três vagas por semana.

Na ocasião, foram realizadas conversas com a equipe do serviço apresentando a proposta, além da realização de capacitação para o acolhimento a dependentes químicos. Porém, seis meses após a abertura da agenda, apenas oito pessoas haviam sido agendadas, sendo que quatro delas já apresentavam características de dependência química. Esse fato, vivido por um dos autores deste artigo em seu cotidiano de trabalho, evidencia a dificuldade na capacidade do serviço de responder a esse tema no nível da prevenção.

Concordamos com Laurenti e colaboradores<sup>15</sup> no sentido de que “prevenir o alcoolismo, e com isso suas graves consequências, é um desafio, particularmente em regiões mais pobres, onde o uso excessivo de bebidas alcoólicas parece fazer parte do comportamento masculino. Para programas que visem reduzir o alcoolismo, o conhecimento do problema deve englobar aspectos culturais e comportamentais que se associam ao agravo, donde a necessidade de se avaliar a questão sob enfoque de gênero.

O que esses autores querem sublinhar é o aspecto comportamental do alcoolismo como um estilo de vida eminentemente masculino e que a mudança de comportamento tem que ser considerada do ponto de vista de gênero, quando do planejamento da estratégia de prevenção e promoção da saúde relativa ao hábito do consumo do álcool.

A explicação dada pelo psicanalista Melman<sup>17</sup> ao alcoolismo, atualmente assumido predominantemente pelos

homens, talvez possa auxiliar na compreensão e no manejo do problema. Para esse autor, as condições sociais econômicas e culturais a que estão submetidas grandes quantidades da massa de trabalhadores são o fator principal do alcoolismo como uma questão epidêmica. As condições gerais de trabalho e de salário no modo capitalista submetem grandes quantidades de indivíduos ao que ele denomina de situação de minoridade social, ou seja, condições precárias de empregabilidade, de trabalho, sobretudo de remuneração, impedem que o indivíduo exerça as funções sociais e simbólicas que a sociedade e a família esperam dele. Em outros termos, a referida condição de minoridade dificultaria – ou mesmo impediria – que certos indivíduos em particular fossem capazes de assumir valores como provedores familiares e suporte de ideais sociais, como bom pai, cidadão honrado e trabalhador, implicando graves ônus psíquicos, além dos demais. Esses indivíduos, cedo ou tarde, descobrem a função de passaporte que o álcool adquire para lhes permitir o alcance imaginário do *status* subjetivo que a realidade não permite. Mais recentemente tem-se observado que, na atualidade, não é apenas o álcool, mas também as outras drogas ilícitas que desempenham esse papel de passaporte<sup>11</sup>.

Por sua vez, indícios em diversos estudos têm mostrado aumentos significativos na quantidade de mulheres alcoolistas. É possível levantar a hipótese de que isso se deve a que cada vez mais mulheres deixaram de estar dedicadas exclusivamente às tarefas domésticas e passaram a se integrar ativamente em setores sociais e econômicos, ocupando cargos, desenvolvendo profissões e, conseqüentemente, assumindo estilos de vida culturais e psíquicos antes restritos ao âmbito masculino, em que pesem várias indicações, sobretudo da Psicanálise<sup>4</sup>, que demonstram que a função do álcool e dos seus efeitos no psiquismo feminino não é idêntica àquela desempenhada nos homens.

Levando em conta todos esses aspectos, podemos sugerir que quaisquer estratégias de prevenção ou tratamento do problema do alcoolismo devem partir da ampliação dos conhecimentos sobre a complexidade da questão, inclusive sobre prováveis determinantes estruturais da organização sociocultural e da dimensão psíquica dos sujeitos envolvidos. Além disso, considerando as práticas do âmbito da Atenção Básica, é importante esclarecer que o mais indicado é que esses conhecimentos sejam adquiridos na própria prática cotidiana discutida em ações realizadas pelas equipes de apoio matricial em Saúde Mental.

### Referências bibliográficas

1. Andrade AG, Duarte PCAV, Oliveira LG, organizadores. I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. Brasília(DF): SENAD; 2010.
2. Andrade LHS, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiquiatr Clín.* 2006;33(2): 43-54.
3. Andrade ZA. As relações entre álcool e fibrose hepática. *Arq Méd ABC.* 2006 Supl 2; 17-8.
4. Aquino MTC. A mulher e a droga: motivação para o uso, efeitos diferenciados, tratamento e possibilidades de prevenção. In: Baptista M, Inem C, organizadores. *Toxicomanias: uma abordagem multidisciplinar.* Rio de Janeiro: NEPAD/UERJ, Sete Letras; 1997.
5. Barros MBA, Botega NJ, Dalgallarrondo P, Marín-Leon L, Oliveira HB. Prevalência da dependência de álcool e fatores associados em estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública.* 2007;41:502-509.
6. Botega NJ, Mitsuushi GN, Azevedo RC, Lima DD, Fanger PC, Mauro ML, Gaspar KC, Silva VF. Depression, alcohol use disorders and nicotine dependence among patients at a general hospital. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(3):250-6.
7. Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas [monografia na internet]. 2.ed. Brasília; 2004. [acesso em 5 abr 2012] . Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>
8. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas [monografia na internet]. Brasília; 2009 [acesso em 25 maio 2012]. Disponível em: [portal.mj.gov.br/services](http://portal.mj.gov.br/services)
9. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo AS. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil – 2001. Brasília(DF): SENAD; 2002.
10. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo AS. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. Brasília(DF):SENAD; 2007.
11. Costa-Rosa A. Subjetividade e uso de drogas. In: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. *Álcool e outras drogas.* São Paulo; 2011. p.75-90.
12. Gazal-Carvalho C, Carlini-Cotrim B, Silva AO, Sauaia N. Prevalência de alcoolemia em vítimas de causas externas admitidas em centro urbano de atenção ao trauma. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(1):47-54.
13. Greve, JMA. *Álcool e vítimas de acidentes de trânsito no pronto-socorro central do HC-FMUSP.* São Paulo: Divisão de Reabilitação do Instituto de Ortopedia do Hospital das Clínicas; 1999.
14. Henrique IFC, Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigon, MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (AS-SIST). *Rev Assoc Med Bras.* 2004;50(2):199-206
15. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10(1):35-46.
16. Lotufo-Neto F, Gentile V. Alcoholism and phobic anxiety: a clinical-demographic comparison. *Addiction.* 1994;89(4):447-53.
17. Melman CH. *Alcoolismo, delinqüência, toxicomania: uma outra forma de gozar.* São Paulo:Escuta; 1992.
18. Mombelli MA, Marcon SS, Costa JB. Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(5):735-40.
19. Paiva DP, Araújo LF, Pereira SM, Ronzani TM, Lourenço LM. O estudo da comorbidade entre fobia social e álcool. *Psicol Pesquisa.* 2008;2(1): 40-45.
20. Silva LVER, Malbegier A, Stempliuk VA, Andrade AG. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(2):280-8.
21. Souza M L P. Expansão do PSF e identificação dos problemas relacionados ao abuso de álcool no Brasil. *Rev Brasil Psiquiatr.* 2005;27(4):342-3.
22. Stipp MDC, Leite JL, Cunha NM, Assis LS, Andrade MP, Simões RD. Álcool, doenças cardiovasculares e a enfermagem. *Nery Rev Enferm.* 2007;11(4):581-5.
23. World Health Organization. Global status report on alcohol and health [monografia na internet]. Geneva; 2011[acesso em 13 maio 2012]. Disponível em: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsruprofiles.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf)

# Homens idosos e o HIV/Aids no campo da Saúde Coletiva: vulnerabilidades e desafios na quarta década da epidemia

## Elderly men and the HIV in the field of Collective Health: vulnerabilities and challenges in the fourth decade of the epidemic

Renato Barboza<sup>1</sup>

### Resumo

O artigo analisa as vulnerabilidades às DST/Aids dos homens idosos, na perspectiva de gênero/geração, identificando lacunas e caminhos para o fortalecimento das ações programáticas de prevenção primária e secundária no Sistema Único de Saúde (SUS). Realizou-se um estudo descritivo e exploratório baseado em uma revisão não sistemática dos artigos publicados na base SciELO após 2005 e na consulta às políticas, portarias e documentos de gestão publicados pelo governo federal após 2006. Os resultados evidenciaram o papel indutor do tema HIV/Aids na produção científica nacional e internacional no campo da Saúde Pública/Coletiva; o aumento da incidência dos casos de Aids notificados no país na população com 50 anos ou mais, em especial nos homens; a importância do reconhecimento das vulnerabilidades dos idosos na infecção pelo HIV/Aids associadas a uma baixa percepção de risco, ao desconhecimento e uso limitado dos métodos de prevenção, ao diagnóstico e tratamento tardio dos soropositivos e a processos de estigmatização, ancorados no duplo preconceito, envelhecimento e soropositividade para o HIV. Concluiu-se que os gestores da saúde, em parceria com a sociedade civil e a Academia, devem envidar esforços para desmistificar a invisibilidade e as vulnerabilidades da população idosa, aperfeiçoando as ações programáticas na perspectiva do envelhecimento ativo.

**Palavras-chave:** Saúde do homem, Vulnerabilidade em saúde, Envelhecimento

### Abstract

This article analyzes the vulnerabilities to STD/HIV in elderly men, in the perspective of gender/generation, identifying lacks and ways to strengthen the programmatic actions for primary and secondary preventions of the Brazilian public health system (Sistema Único de Saúde - SUS). A descriptive and exploratory study was carried out, based on a not systematic review of the published articles of the SCIELO basis, after 2005, and on the consultation to the published policies, management documents and acts of the federal government after 2006. The findings showed the inductive role of the theme HIV in the domestic and international scientific production of the Public/Collective Health; the increase of the incidence of notified cases in the country of HIV in the population of 50 years or more, especially in men; the importance of the recognition of vulnerabilities of the elderly in the infection of HIV associated with the low perception of risk, with the unfamiliarity and limited use of preventive methods, with the late diagnosis and treatment of seropositives and with the processes of stigmatization, anchored on the double prejudice: aging and seropositivity to HIV. The conclusion of the study was that the health managers, in partnership with civil society and universities, should improve their efforts to demystify the invisibility and the vulnerabilities of the elderly population, improving the programmatic actions in the perspective of an active aging.

**Keywords:** Men's health, Vulnerability in health, Aging

<sup>1</sup> Renato Barboza (renato@isaude.sp.gov.br) é cientista social, mestre em Saúde Coletiva, pesquisador científico IV do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e pesquisador do Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids da Universidade de São Paulo (NEPAIDS/USP)



## Introdução

No Brasil, desde a década de 1960, os estudos populacionais evidenciam um intenso processo de urbanização e transição demográfica. Dentre os fatores determinantes desse processo destacam-se: a queda da fecundidade, o aumento da longevidade e a redução da mortalidade infantil<sup>25</sup>.

As pessoas com 60 anos ou mais representavam, no início do século XX, somente 3,3% da população; em 1970 chegaram a 5,1%; em 1990 atingiram 7,4%. No último censo demográfico, realizado em 2010, os idosos corresponderam a 10,8% dos brasileiros<sup>21</sup>. Projeções indicam que, em 2050, a população idosa brasileira acima de 60 anos representará um contingente populacional maior do que os menores de 15 anos de idade<sup>25</sup>.

O envelhecimento é um fenômeno heterogêneo, condicionado e determinado por processos sociais, econômicos, culturais, regionais, étnicos e de gênero<sup>14</sup>. No caso brasileiro, do ponto de vista demográfico, observa-se no último censo uma tendência de feminização da velhice, sobretudo em contextos urbanos<sup>14</sup>. Esse fato está associado à menor mortalidade da população feminina comparada à masculina.

Em 2010, as mulheres corresponderam a 57,1% da

população idosa. Já nas áreas rurais, o maior contingente, 52,8%, foi constituído por homens idosos<sup>14</sup>. Esses diferenciais na distribuição da população nos territórios urbanos e rurais são fundamentais para a compreensão das vulnerabilidades nos planos individual, social e programático, associadas ao recorte de gênero e geração no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses contextos de vulnerabilidade<sup>3</sup> são multideterminados e podem facilitar ou dificultar a percepção de risco dos idosos sobre os agravos à saúde; o acesso e o uso dos serviços; as necessidades e especificidades incorporadas ou não pelos gestores e pelos profissionais da saúde na oferta e na organização das linhas de cuidado geriátrico e gerontológico, desde a atenção primária até a alta complexidade.

Nessa perspectiva, o aumento da prevalência das doenças crônicas no país, como a hipertensão e o *diabetes mellitus*, entre outras, e mais recentemente a infecção pelo HIV/Aids<sup>11</sup>, reforça a necessidade urgente da implementação de ações contínuas e contextualizadas para a promoção, a prevenção e a atenção à saúde dos idosos nos municípios.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, publicada pelo Ministério da Saúde em 2006, atualizou a Po-

<sup>1</sup> Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids)

<sup>11</sup> Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), também chamadas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

lítica Nacional de Saúde do Idoso de 1999 e definiu um marco legal, assegurando direitos sociais – entre eles, o direito à saúde. Posteriormente, em 2003, foi editado o Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.741), determinando que o SUS deve assegurar e priorizar a integralidade da atenção e o acesso dos idosos à rede de saúde e de assistência social nos municípios<sup>22</sup>.

Cabe registrar que, em 2006, a Saúde do Idoso foi contemplada como uma das seis prioridades elencadas no Pacto pela Saúde<sup>13</sup>, que inclui o Pacto pela Vida. Contudo, o Pacto não definiu metas para a gestão municipal ou estadual, atendo-se apenas à proposição de um conjunto de diretrizes e recomendações técnicas<sup>9</sup>.

No Ministério da Saúde, desde 2008, as áreas técnicas responsáveis pela Saúde do Idoso e das DST/Aids<sup>III</sup> atuam em interface para implementar políticas baseadas no conceito do envelhecimento ativo e saudável e no reconhecimento da vivência da sexualidade do idoso, passo fundamental para a adoção de práticas e atitudes preventivas, elegendo como público prioritário as pessoas com 50 anos ou mais<sup>9</sup>.

No período mais recente, em 2009, a partir da publicação da Portaria Ministerial nº. 1.944, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no SUS, que visa reduzir o perfil de morbimortalidade da população masculina, circunscrito à cardiologia, à urologia, à saúde mental, à gastroenterologia e à pneumologia, bem como ampliar o acesso dos homens aos serviços de saúde, priorizando a atenção primária à saúde<sup>12</sup>.

A população-alvo da PNAISH compreende os homens adultos na faixa de 25 a 59 anos<sup>12</sup>. Os homens com 60 anos ou mais, considerados idosos pelo estatuto legal, não constituem um grupo prioritário para as estratégias e ações definidas nessa política. Eles são mencionados apenas como “sujeitos de direitos sexuais” ou como um grupo que gera demandas aos serviços de saúde por não ter adotado práticas de prevenção aos agravos ao longo da vida.

No que se refere às DST/Aids, a PNAISH enfatiza a atenção à saúde sexual e reprodutiva; a prevenção das DST, em especial a infecção pelo HIV, por meio da interface com a área técnica das DST/Aids; e a oferta do preservativo masculino como uma estratégia para ampliar a dupla proteção da gravidez não programada e das DST/Aids.

O presente artigo tem como objetivo analisar as vulnerabilidades às DST/Aids dos homens idosos, na perspectiva de gênero e geração, identificando lacunas e possibilidades para o fortalecimento das ações programáticas de prevenção e atenção implementadas no SUS.

### Método

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório desenvolvido por meio de uma revisão da literatura não sistemática dos artigos publicados em periódicos disponibilizados na base SciELO<sup>IV</sup> após 2005. O levantamento utilizou os descritores: gênero e saúde, saúde do homem, AIDS e HIV. A seleção final dos artigos foi intencional, priorizando-se aqueles que abordavam a saúde dos homens na perspectiva de gênero e geração. Também foram consultadas e discutidas as principais políticas, portarias e outros documentos de gestão publicados pelo governo federal após 2006 que versam sobre a interface entre a saúde da população idosa e as DST/Aids.

### Resultados e discussão

Os resultados e a discussão estão organizados nas seções: a) Homens e Aids na produção científica na Saúde Coletiva; b) Perfil epidemiológico da Aids entre idosos no Brasil; c) Vulnerabilidades dos idosos ao HIV/Aids.

#### *Homens e Aids na produção científica na Saúde Coletiva*

No campo da Saúde Pública, a denominação “saúde do homem” é um fato recente. A referência bibliográfica mais antiga, segundo o descritor *men's health* na base Medline<sup>V</sup>, é de 1984. Segundo Aquino<sup>2</sup>, a totalidade da produção científica até 1994 versava sobre a infecção pelo HIV/Aids, sobretudo entre homens *gays*, fato que pode demonstrar a relevância da epidemia associada à visibilidade da população masculina no quadro sanitário internacional. O levantamento da autora<sup>2</sup> destaca ainda, no final da década de 1990, a publicação de artigos abordando a questão da disfunção erétil e dos tratamentos com drogas hormonais.

Corroborando esse cenário, Villela, Monteiro e Vargas<sup>31</sup> demonstraram o protagonismo do tema HIV/Aids associado ao tema da saúde sexual e reprodutiva ao conduzirem um amplo levantamento bibliográfico, entre 1991 e 2008, dos artigos indexados na base SciELO,

<sup>IV</sup> Scientific Electronic Library

<sup>V</sup> Medical Literature Analysis and Retrieval System Online



baseado nos descritores gênero e saúde. Dentre 307 artigos, 30,3% referem-se ao tema, o que pode refletir uma indução das agências internacionais a partir do reconhecimento das desigualdades sociais de gênero entre homens e mulheres, como produtoras de vulnerabilidades relacionadas ao HIV/Aids. Discutem, ainda, a complexidade de gênero como categoria analítica da Saúde Coletiva e a sua operacionalização em estudos quantitativos que, ao investigarem os agravos à saúde, reduzem a abordagem dessa categoria ao sexo biológico. Também ressaltam a pouca produção acadêmica sobre os processos de envelhecimento, da juventude e da saúde mental, segundo as desigualdades de gênero.

Na mesma perspectiva, o estudo conduzido por Gomes e Nascimento<sup>20</sup> sobre o estado da arte da saúde do homem no país, entre 1998 e 2004, encontrou 36 artigos, classificados nos temas: “sexualidade masculina”, “masculinidade e reprodução” e “masculinidade e poder”. As DST/Aids são destacadas como uma “sexualidade infectante, heterossexualidade e sexualidade não-monogâmica” (p. 904). Em síntese, os autores<sup>20</sup> demonstram o quanto os “modelos hegemônicos de masculinidade” dificultam a adoção de práticas e estilos de vida protetores entre os homens; e as “ideologias hegemônicas de gênero” aumentam a vulnerabilidade das mulheres e do próprio homem. Apontam<sup>20</sup> ainda a necessidade de novos estudos para aprofundar a compreensão da homo e da heterossexualidade no campo da sexualidade masculina.

A inserção dos homens nas pesquisas nacionais também está relacionada a algumas problemáticas que envolvem uma abordagem relacional de gênero, elencadas por Schraiber, Gomes e Couto<sup>28</sup>, como a violência, a anticoncepção, as DST e o HIV/Aids, ancoradas nas masculinidades como eixo estruturador para maior compreensão das necessidades de saúde dos homens.

Em síntese, os estudos evidenciam o quanto a produção científica sobre os homens no campo da Saúde Coletiva foi fortemente marcada pela emergência da epidemia do HIV/Aids e, posteriormente, fomentada pelos efeitos da discussão do tratamento das disfunções sexuais e da prevenção do câncer de próstata. Esse fato reforça a tese de um processo de medicalização dos corpos masculinos<sup>15</sup>, influenciando inclusive a definição da atual PNAISH.

### *Perfil epidemiológico da Aids entre idosos no Brasil*

O Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde notificou, no período de 1980 até junho de 2011, um total de 608.230 casos de Aids<sup>VI</sup>. Em 2010, a taxa de incidência no país foi de 17,9 casos por 100 mil habitantes, apresentando uma razão de sexo de 1,7 novos casos em homens para cada caso em mulheres. Estima-se que 630.000 pessoas sejam portadoras do HIV no Brasil<sup>10</sup>.

Entre os homens adultos, com 13 anos ou mais, de 1980 a junho de 2011 a principal categoria de exposição foi a sexual, alcançando 64,1% das notificações. A maior prevalência foi verificada entre heterossexuais (31,9%), seguido dos homossexuais (20,7%) e bissexuais (11,5%); e na categoria de exposição sanguínea, o uso de drogas injetáveis, com 16,8%<sup>10</sup>. Cabe destacar que, entre as mulheres adultas, a categoria heterossexual representou 87,6% dos casos informados, evidenciando uma tendência de feminização e de heterossexualização da epidemia desde a década de 1990<sup>10</sup>. Os dados também indicam uma tendência da heterossexualização entre os homens. Contudo, a categoria de homens que fazem sexo com homens (HSH), que agrega os homens homossexuais e os bissexuais, correspondeu a 32,2% das notificações no período<sup>10</sup>, apontando para a relevância desse grupo populacional, pouco priorizado pelos gestores nas ações programáticas de prevenção.

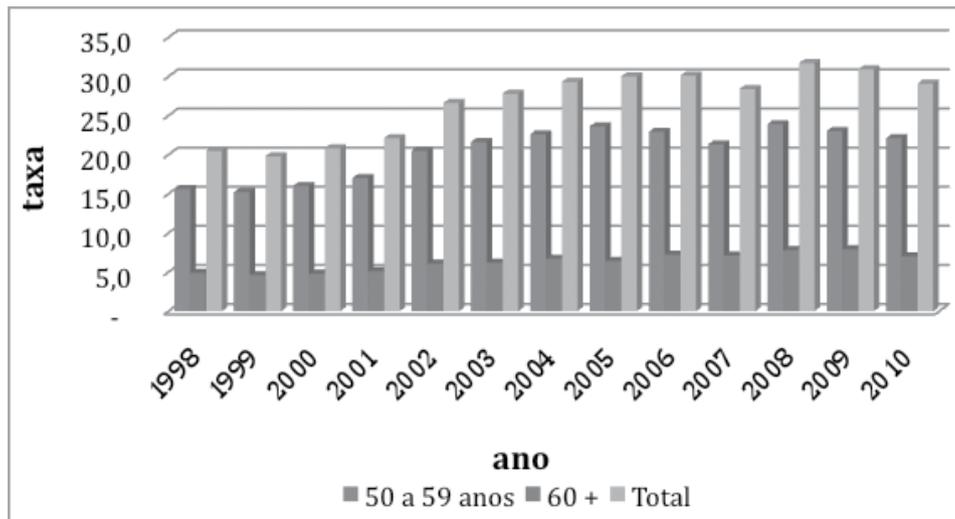
Como podemos observar no Gráfico 1, na população brasileira mais velha, com 50 anos ou mais, a análise da série histórica dos casos de Aids até 2010 indica uma taxa de incidência por 100 mil habitantes crescente. No país, desde os anos 2000, essa taxa se mantém acima do patamar de 20,0 casos por 100 mil habitantes tendo alcançado 30,0 no biênio 2005-2006, fechando a década com 29,1 dos casos notificados. Nos idosos na faixa entre 50 e 59 anos, desde 2002 a taxa de incidência se manteve acima de 20,0 casos por 100 mil habitantes e entre aqueles com 60 anos ou mais, houve um aumento dos casos novos desde 1998 (4,9) até 2009 (7,9).

Entre os homens idosos, o pico da taxa de incidência foi registrado em 2008, atingindo 41,2 casos de Aids por 100 mil habitantes. Pode-se observar no Gráfico 2 que essa taxa apresentou uma tendência crescente

<sup>VI</sup> Para o cálculo dos casos de Aids, o Ministério da Saúde considera o total de casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Saúde (Sinan) - 524.547 acumulados no período -, relacionando também as

informações disponíveis nos bancos de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), registradas no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom)

**Gráfico 1** - Taxa de incidência por 100.000 habitantes de casos de Aids notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom, segundo faixas etárias selecionadas por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2010



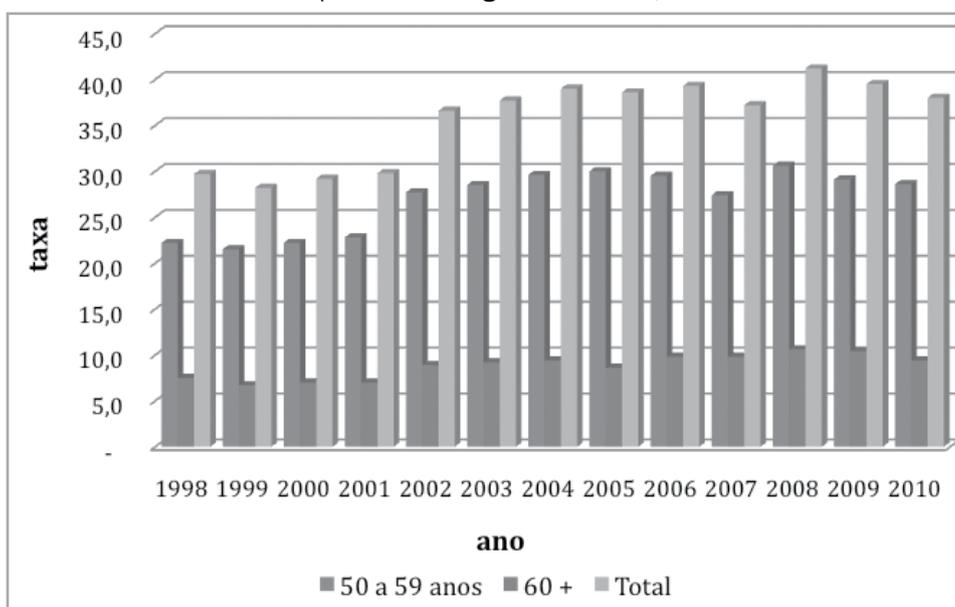
Fontes: Ministério da Saúde, Boletim Epidemiológico AIDS, 2011

desde 1998 (29,7), chegando a 37,7 em 2003 e encerrando a década com 38,0 em 2010. Contudo, deve-se observar para o período mais recente da série histórica um possível atraso das notificações. Esse pico foi maior no grupo etário entre 50 e 59 anos, alcançando 30,6 dos casos reportados, contra 10,6 entre aqueles com 60 anos ou mais.

No cenário epidemiológico brasileiro, ainda são pou-

cos os estudos que investigaram a dinâmica do HIV/Aids na população idosa. Dentre esses, destaca-se a pesquisa realizada por Matsushita e Santana<sup>23</sup>, que verificaram um incremento na incidência dos casos de Aids entre 1981 e 1994, observando que o contingente na faixa etária entre 50 e 59 anos foi maior do que o dos adultos na faixa de 30 a 39 anos. Os autores<sup>23</sup> enfatizam, ainda, que a partir de 1995 houve um aumento

**Gráfico 2** - Taxa de incidência por 100.000 habitantes de casos de Aids notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom, segundo sexo masculino e faixas etárias selecionadas por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2010



Fontes: Ministério da Saúde, Boletim Epidemiológico AIDS, 2011

na incidência dos idosos entre 60 e 69 anos, conferindo no período o quarto lugar no ranking nacional.

Corroborando essa tendência, Sousa<sup>30</sup> também concluiu que houve um aumento dos casos de Aids nas pessoas com 50 anos ou mais em todas as macrorregiões brasileiras, entre 1990 e 2003, em especial nas regiões mais desenvolvidas – Sudeste e Sul, respectivamente com 10,5 e 8,3 casos por 100 mil habitantes. A pesquisa também demonstrou essa tendência, mesmo que em menor velocidade, após a introdução no Brasil, em 1998, dos medicamentos para o tratamento da disfunção erétil<sup>30</sup>.

Em síntese, a análise do perfil epidemiológico do HIV/Aids na população idosa, sobretudo entre os homens, evidencia a relevância desse grupo no cenário nacional, bem como a necessidade de envidar esforços do poder público na implementação e avaliação de políticas e ações de prevenção primária e secundária, dada a tendência de incremento da longevidade da população. Os gestores e as equipes de saúde devem prestar atenção às vulnerabilidades dos idosos brasileiros, especialmente no que se refere à exposição e à infecção pelo HIV e as outras DST, como a sífilis e as hepatites B e C, via relações sexuais desprotegidas.

#### *Vulnerabilidades dos idosos ao HIV/Aids*

Assim como os estudos epidemiológicos, aqueles que abordam a sexualidade dos idosos ainda são raros em nossa realidade. Em uma pesquisa<sup>6</sup> realizada em Porto Alegre com 938 idosos, entre 60 e 95 anos, para 16,6% dos homens e 7,0% das mulheres, o sexo foi avaliado como “muito importante”, somando-se 57,8% as respostas “muito importante” e “importante”. Entre os idosos que atribuíram maior importância para o sexo em suas vidas, constatou-se melhor autopercepção da saúde<sup>6</sup>.

Um inquérito nacional<sup>11</sup>, em 2008, também verificou que 66,3% da população entre 50 e 64 anos foi sexualmente ativa no último ano. Desses informantes, 21,5% declararam relações sexuais com mais de dez parceiros na vida; 4,2% com mais de cinco parceiros ocasionais no último ano; e 5,6%, relações homossexuais<sup>11</sup>. Quanto às práticas de prevenção, o uso do preservativo na última relação sexual com parceiro casual foi de 37,9% e com qualquer parceiro, incluindo o fixo, foi de 20,5%<sup>11</sup>. Esses dados corroboram os achados do estudo de Porto Alegre e evidenciam que os idosos brasileiros são sexualmente

ativos; contudo, demonstram como é limitada a adoção das práticas de prevenção nesse segmento.

A vulnerabilidade dos homens idosos às DST/Aids está associada ao desconhecimento dos métodos de prevenção e à resistência ao uso do preservativo masculino e sua negociação com as parcerias sexuais, mesmo entre casais sorodiscordantes. No entanto, observam-se mudanças positivas no comportamento sexual e na percepção de risco dos idosos soropositivos aderentes aos serviços de saúde<sup>8,16</sup>.

No país, a população adulta testada para o HIV aumentou de 20% em 1998 para 32,9% em 2005, mas a proporção de pessoas testadas, em ambos os sexos, diminuiu com o aumento da faixa etária<sup>7</sup>. Nesse período, a prevalência de homens testados na faixa de 56 a 65 anos passou de 3,4% para 21,8%, e nas mulheres, na mesma faixa etária, de 1,0% para 12,2%<sup>7</sup>. Outro estudo em São Paulo revelou que a sorologia foi mais solicitada pelos médicos (73,3%) do que por iniciativa do idoso (26,7%) e sem o aconselhamento prévio (85,1%)<sup>16</sup> preconizado pelo Ministério da Saúde.

Apesar da iniciativa favorável dos profissionais médicos aqui apontada, a baixa prevalência do teste anti-HIV na população idosa evidencia uma vulnerabilidade programática importante que se traduz em barreiras no acesso ao diagnóstico precoce, em razão da pouca qualificação das equipes de saúde para lidar com as especificidades desse grupo. A investigação das situações de risco, em especial as práticas sexuais desprotegidas, não tem sido objeto das ações de acolhimento e aconselhamento nos serviços, sobretudo na atenção primária, lócus de maior frequência dessa população no SUS. O não reconhecimento dos idosos como sujeitos de direitos sexuais também aumenta a sua vulnerabilidade às DST/Aids, reduzindo as chances de oferta de sorologias com o aconselhamento adequado para o HIV, a sífilis e as hepatites virais, e conseqüentemente o encaminhamento precoce e oportuno para o tratamento em serviços especializados. Um estudo<sup>16</sup> aferiu que o tempo do diagnóstico do HIV nos idosos é muito alto e variou entre 18 meses e 17 anos, com média de oito anos.

Assim, qualificar o acesso às ações de prevenção secundária é essencial para o aumento da sobrevivência dos idosos soropositivos. Atualmente, um dos grandes desafios na quarta década de enfrentamento da epidemia refere-se à adesão ao tratamento antirretroviral; no

entanto, ainda são poucos os estudos nacionais que investigam essa problemática entre os mais velhos.

Barbosa<sup>4</sup> conduziu uma pesquisa de corte transversal com 118 pacientes soropositivos, 73 homens e 45 mulheres, na faixa de 60 anos ou mais em 15 serviços municipais para DST/Aids em São Paulo, obtendo uma taxa de adesão ao tratamento de 80,5%. No perfil etário analisado, a maioria dos homens, 82,2%, tinha entre 60 e 69 anos; 41,1% até três anos de escolaridade; e a categoria de exposição predominante foi a heterossexual (58,9%), seguida da bissexual (21,9%) e da homossexual (4,1%). A pesquisa demonstrou que o maior risco de não adesão ocorreu entre os homens com 70 anos ou mais, os menos escolarizados, os não aposentados e aqueles que tomavam seis ou mais comprimidos/dia. A associação entre adesão ao tratamento e a escolaridade foi proporcional ao aumento do número de anos de estudo. Vale frisar que este estudo não encontrou diferença estatisticamente significativa na adesão ao tratamento, segundo o gênero, entre outras variáveis.

Desde os anos 1980, o estigma associado ao HIV/Aids é um importante fator de vulnerabilidade social, devendo ser enfrentado ativamente pela sociedade civil e pelo poder público, por meio de políticas intersetoriais e de ações inclusivas e de combate à discriminação em todos os setores, sobretudo na saúde, na educação, no trabalho, na segurança pública, entre outros<sup>5</sup>. Na contemporaneidade, os idosos também são estigmatizados em nossa sociedade e tratados como seres “descartáveis”<sup>24</sup>. Essa posição contribui negativamente para alimantar mitos e preconceitos, como a perda dos espaços e dos papéis sociais e econômicos conquistados e desempenhados pelos idosos na sua trajetória de vida. Em que pese, nos últimos anos, o pequeno avanço das políticas públicas, ancoradas em concepções mais plurais e inclusivas, cabe ainda, na atualidade, posicionar e reconhecer o envelhecimento como algo positivo para o desenvolvimento social, um desafio premente no campo da gestão pública<sup>24</sup>.

Nessa ótica, o duplo preconceito que amalgama o envelhecimento e a soropositividade para o HIV deve ser considerado pelas equipes de saúde na definição e no desenvolvimento das ações programáticas e dos cuidados ofertados aos idosos, pois são dois fatores que aumentam as vulnerabilidades e podem se constituir em barreiras na procura e na adesão aos serviços de saúde. O “velho” e o “aidético” são rótulos que corporifi-

cam esses processos de estigmatização produzidos socialmente e relacionados à geração/idade e à infecção pelo HIV em nossa sociedade. Nesse sentido, Crochík<sup>17</sup> adverte que

*não vemos a pessoa que é objeto do preconceito a partir dos diversos predicados que possui, mas reduzimos esses diversos predicados ao nome que não permite a nomeação: judeu, negro, louco etc. Uma pessoa que é portadora do vírus da Aids, no entanto, não é somente portadora do vírus, mas é, também, homem ou mulher, adulto ou criança, branca ou negra, pobre ou rica (...) o que se quer dar ênfase é que, independentemente das inúmeras características que a pessoa vítima do preconceito possuía, a que passa a caracterizá-la é o termo que designa o preconceito (Crochík, 2006, p. 20, grifo nosso).*

Outra questão a ser enfrentada nos contextos de vulnerabilidade do HIV/Aids nos idosos refere-se à desmistificação dos padrões heteronormativos da sexualidade, abordagem ainda pouco valorizada pelas equipes nas ações de educação em saúde. Não obstante a tendência da heterossexualização da Aids no Brasil, a categoria de HSH abordada anteriormente também é relevante no segmento dos idosos, devendo ser observada no planejamento das ações de prevenção primária e secundária. O estudo etnográfico realizado por Simões<sup>29</sup> com homens gays entre 59 e 79 anos em São Paulo evidenciou essa questão, destacando que há uma grande preocupação desses homens direcionada aos cuidados com o corpo e com a própria saúde, relacionada não só às tecnologias cosméticas vigentes, mas também à associação entre homossexualidade e doença vocalizada pelo advento da Aids na contemporaneidade.

### Considerações finais

No âmbito do SUS, a oferta de ações programáticas que incorporem as necessidades de saúde dos idosos demandará do poder público um aporte crescente de recursos financeiros e humanos para programar as linhas de cuidado geriátrico e gerontológico. Recomenda-se que as especificidades das DST/HIV/Aids discutidas neste artigo sejam incorporadas no desenho, na implementação e na avaliação das políticas, ações e tecnologias de saúde desenvolvidas nesse contexto.

Não obstante os avanços científicos e tecnológicos alcançados nas últimas décadas no controle e tratamento do HIV/Aids no Brasil, diversos grupos populacionais ainda apresentam uma alta vulnerabilidade e

estão suscetíveis à infecção pelo HIV e o adoecimento pela Aids, como é o caso dos idosos. No cenário internacional, alguns autores chamam a atenção para um processo de “fadiga da prevenção”<sup>27</sup>, orientada por ações, discursos e estratégias ancorados na oferta e no uso sistemático de preservativos, às vezes defendendo posições conservadoras e descontextualizadas, observadas em alguns atores que veiculam a abstinência sexual como uma prática de “sexo seguro”<sup>18</sup>.

No contexto nacional, estudos sobre o monitoramento das políticas públicas e das metas para a prevenção do HIV/Aids assumidas pelo Brasil na Organização das Nações Unidas também ressaltam esse esgotamento e a necessidade premente de novas estratégias e de referenciais teóricos no campo da educação preventiva na ótica dos direitos humanos<sup>26</sup>.

É mister que os gestores e as equipes de saúde desmistifiquem a invisibilidade e as vulnerabilidades nos planos individual, programático e social da população idosa às DST/Aids, aperfeiçoando ações, agendas e processos de trabalho em interface com a Academia, com os conselhos afins e com as organizações da sociedade civil que atuam na perspectiva da defesa e da promoção do envelhecimento ativo no campo da Saúde Coletiva<sup>5</sup>.

Cabe ainda ressaltar que a baixa densidade tecnológica das ações programáticas de prevenção às DST/Aids em vigência no SUS<sup>19</sup>, sobretudo na atenção primária à saúde, dificulta o avanço das ações e das práticas dos profissionais, norteados equivocadamente pelo senso comum e por juízos de valores sobre a sexualidade dos idosos.

Por fim, no que tange à implementação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, cabe ressaltar a relevância dos processos de monitoramento e avaliação dessa estratégia, nem sempre realizada a contento pelos gestores, com vistas ao aprimoramento das ações programáticas no SUS e à redução dos contextos de vulnerabilidade da população masculina, inclusive dos idosos, pouco contemplados nessa política.

#### Referências bibliográficas

1. Alencar TMD, Nemes MIB, Velloso MA. Transformações da “aids aguda” para a “aids crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(6):1841-1849.
2. Aquino EML. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):19-22.
3. Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 375-417.
4. Barbosa ASM. Adesão ao tratamento anti-retroviral entre

- idosos vivendo com Aids na Grande São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.
5. Barboza R. Aids, envelhecimento e vulnerabilidades: uma nova agenda no campo da Saúde Coletiva. In: Belkis T, Rosa TEC, organizadores. Nós e o Outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa. São Paulo: Instituto de Saúde; 2011. p. 297-320.
  6. Bastos CB, Closs VE, Pereira AMVB, Batista C, Idalêncio FA, Carli GA, et al. Importância atribuída ao sexo por idosos do município de Porto Alegre e associação com a autopercepção de saúde e o sentimento de felicidade. *Rev Bra Geriatr Gerontol.* 2012; 15(1):87-95.
  7. Berquó E, Koyama MAH. Notas preliminares sobre o teste do HIV e seus diferenciais por sexo, idade, escolaridade, raça e região: análise comparativa entre 1998 e 2005. São Paulo: CEBRAP; 2005.
  8. Bertoncini B, Moraes K, Kulkamp I. Comportamento sexual em adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV. *DST J Bras Doenças Sex Transm.* 2007; 19(2):75-79.
  9. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília(DF); 2010. (Pactos pela saúde, 12).
  10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Bol Epidemiol Aids DST.* 2012;8(1).
  11. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira de 15 a 64 anos. Brasília (DF); 2011.
  12. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes) [monografia na internet]. Brasília(DF); 2008 [acesso em 10 de maio de 2012]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>
  13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006, consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. [acesso em 18 de abril de 2012]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>
  14. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: continuação de uma tendência. *Coletiva.* 2011; 5(3).
  15. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis.* 2009; 19(3):659-78.
  16. Castro MP. O viver com HIV/aids na perspectiva de pessoas idosas atendidas em ambulatório especializado na cidade de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2007.
  17. Crochík JL. Preconceito, indivíduo e cultura. 3.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
  18. Dourado I, Bastos FI. HIV/AIDS como modelo de doença emergente. In: Almeida Filho N, Barreto ML. *Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p.452-457.
  19. Ferraz DAS, Nemes MIB. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(2 Supl): 240-250.
  20. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22:901-911.
  21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro; 2011.
  22. Keinert TMM, Rosa TEC. Direitos humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional. *Bol Instituto de Saúde.* 2009; 47(1):4-8.
  23. Matsushita RY, Santana RS. Uma análise da incidência dos casos de aids por faixa etária. *Bol Epidemiol Aids.* 2001(2):1-6.
  24. Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA, organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
  25. Rede Interagencial de Informações para Saúde. *Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências.* Brasília(DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2009. (Série G. Estatística e informação em saúde. Série informe de situação e tendências)
  26. Paiva V, Pupo LR, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(1Supl): 109-119.
  27. Rowniak S. Safe sex fatigue, treatment optimism, and serosorting: new challenges to HIV prevention among men who have sex with men. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2009; 20(1):31-8.
  28. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(1):7-17.
  29. Simões JA. Corpo e sexualidade nas experiências de envelhecimento de homens gays em São Paulo. In: Belkis T, Rosa TEC, organizadores. Nós e o Outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa. São Paulo: Instituto de Saúde; 2011. p.119-138.
  30. Sousa JL, Silva MDP, Montarroyos UR. Tendência de Aids no grupo etário de 50 anos e mais no período anterior e posterior à introdução de medicamentos para disfunção erétil: Brasil, 1990 a 2003. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2007; 10(2):203-216.
  31. Villela W, Monteiro S, Vargas E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009; 14(4):997-1006.

# A população adulta em situação de rua da área central do município de São Paulo e a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis e Aids: um estudo descritivo<sup>1</sup>

*Adult homeless people in the central area of the city of São Paulo and the vulnerability to sexually transmissible diseases and HIV: a descriptive study*

Christiane Herold de Jesus<sup>I</sup>, Carla Gianna Luppi<sup>II</sup>

## Resumo

O cuidado com a saúde da população de rua tem sido um desafio, em especial na região central de áreas metropolitanas no Brasil. O Centro de Saúde Escola Barra Funda, unidade de Atenção Primária à Saúde da região central de São Paulo, elaborou estudo para verificar as condições que elevam a vulnerabilidade dessa população às infecções sexualmente transmissíveis. O objetivo foi investigar os conhecimentos, atitudes e práticas em relação às IST e ao HIV da população em situação de rua que frequenta o CSEBF-AV. Trata-se de um estudo transversal realizado durante o atendimento dos usuários no serviço. Do total de entrevistados, 31,9% relataram não utilizar preservativo nos últimos seis meses. Observou-se que os indivíduos com menor escolaridade, os mais velhos, aqueles que relataram menor número de parceiros nos últimos seis meses e os que acreditavam que nas relações sexuais com pessoas aparentemente saudáveis não seria possível a transmissão do HIV foram os que apresentaram as menores frequências de uso do preservativo. A vulnerabilidade social foi percebida, pois quanto menor a escolaridade, menos frequente foi o uso do preservativo. O acesso ao serviço de saúde, o uso do preservativo e o percentual de realização do exame anti-HIV refletiram possivelmente uma baixa vulnerabilidade programática. Permanecem ainda algumas crenças, como a proteção ao HIV por meio de relações sexuais com pessoas de boa aparência ou aparentemente saudáveis.

**Palavras-chave:** População em situação de rua, Vulnerabilidade, Infecções sexualmente transmissíveis, Atenção primária à saúde

## Abstract

Health care for homeless people has been a challenge, especially in the central areas of the metropolitan regions of Brazil. The Health Center School Barra Funda (Centro de Saúde Escola Barra Funda – CSEBF-AV), Primary Attention Health unit of the central area of São Paulo, prepared a study to verify the conditions that raise the vulnerability to sexually transmissible diseases of this population. The aim was to investigate the knowledge, attitudes and practices related to the STD/HIV of the homeless people who attend the CSEBF-AV. This is a transversal study verified during the stay of the users at the services. From the total of the interviewees, 31.9% reported not having used condoms for the last six months. It was identified that individuals with less years of study, the oldest, those who reported a lower number of partners in the last six months and those who believed that HIV could not be transmitted by sexual relations with apparently healthy people were the ones that showed less frequency in the use of condoms. The social vulnerability was identified, because those who had less years of study were the ones to whom the use of condoms was less frequent. The access to health services, the use of condoms and the percentage of those who underwent HIV testing possibly reflected a low programmatic vulnerability. Some beliefs remain, such as the protection against HIV could be possible when sexual relations are with good appeared or apparently good healthy people.

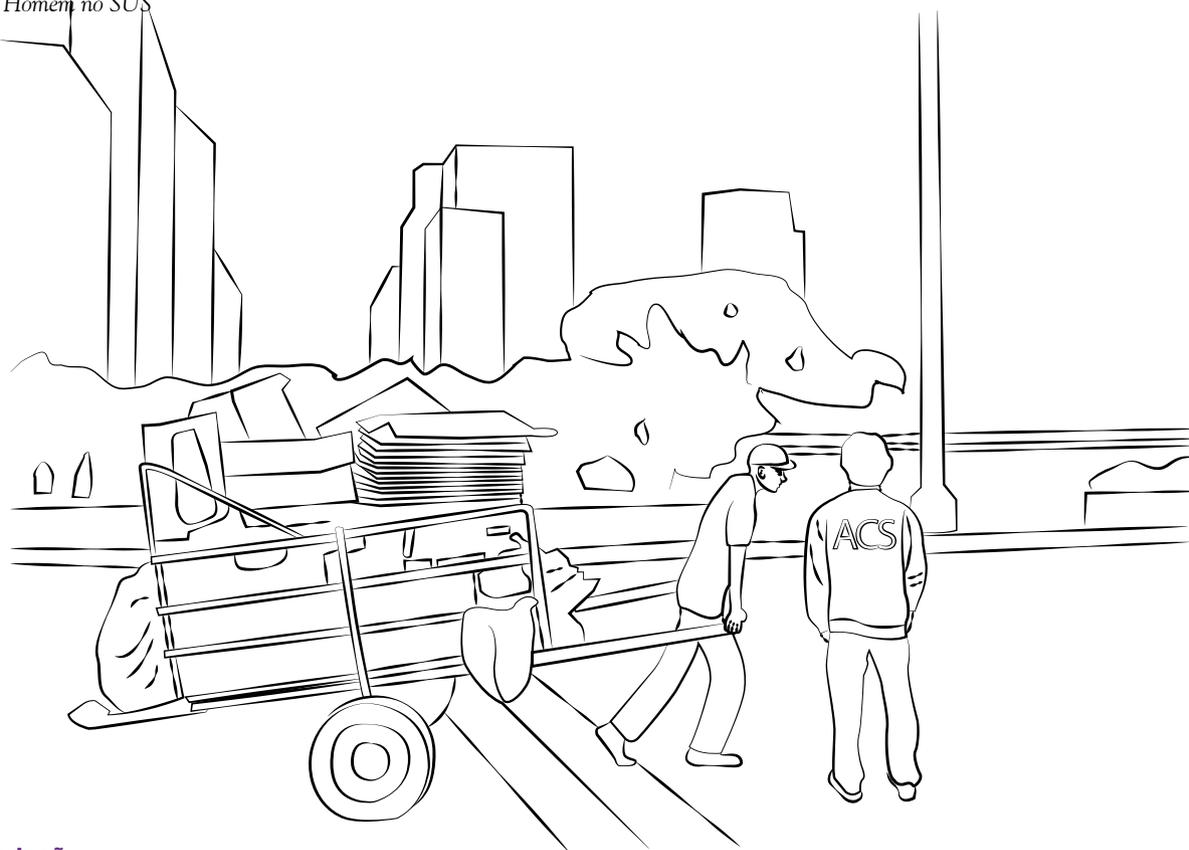
**Keywords:** Homeless people, Vulnerability, sexually Transmissible diseases, Primary attention to health

<sup>I</sup> O presente artigo é parte da dissertação de mestrado defendida por Christiane Herold de Jesus, em 2006, no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

<sup>II</sup> Christiane Herold de Jesus (chrisherold@uol.com.br) é enfermeira sanitária, mestre em Saúde Coletiva, chefe de enfermagem do Centro de Saúde Escola Barra

Funda Dr. Alexandre Vranjac, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

<sup>III</sup> Carla Gianna Luppi (cgluppi@yahoo.com.br) é médica sanitária, doutora em Medicina Preventiva, diretora técnica do Centro de Saúde Escola Barra Funda e professora-assistente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo



### Introdução

No Brasil, a população em situação de rua é um fenômeno característico de regiões centrais de metrópoles. Nas últimas décadas, tem se apresentado como fenômeno social qualitativamente diferente, passando de grupos constituídos de migrantes para cada vez mais grupos de indivíduos originários da própria região Sudeste, principalmente do estado de São Paulo, com níveis mais elevados de escolaridade e histórico de vida que inclui atividades de trabalho<sup>5</sup>.

No município de São Paulo, de acordo com o último censo de moradores de rua, o número de pessoas em situação de rua era de 13.666, sendo que 6.587 viviam na rua e os demais moravam em albergues. A grande maioria circula no centro da cidade, por conseguir lá maiores possibilidades de subsistência<sup>11</sup>.

Vieira *et al.*<sup>14</sup> realizaram um levantamento exploratório na área central do município de São Paulo, compreendendo as regionais da Sé, Mooca, Penha, Vila Mariana, Ipiranga e Santana. O estudo levantou as questões iniciais sobre os significados de viver na rua. A rua poderia se constituir em um abrigo para aqueles que, sem recurso, dormiriam circunstancialmente sob marquises de lojas, viadutos, bancos de jardim, ou poderia, ainda, ser um modo de vida para os que já construíram nela o seu *habitat* e que estabeleceriam com ela uma complexa rede de relações<sup>14</sup>.

Os sentidos de morar na rua, assim como as características dessa população, são diversos: ficar na rua, estar na rua ou ser de rua<sup>11</sup>. “Ficar na rua” refletiria um estado de precariedade circunstancial de quem, além de estar sem recursos para pagar pensão, não conseguiu vaga num albergue, ou ainda chegou recentemente à cidade. Pode também ser fruto de desemprego. Geralmente, as pessoas que se encontram nessa situação sentem-se desvalorizadas e têm medo de dormir na rua. Não se identificam com a população em situação de rua, procurando distanciar-se dela. “Estar na rua” expressaria a situação dos que adotam a rua como o local de pernoite e já não a consideram tão ameaçadora. Começam a estabelecer relações com pessoas da rua e a conhecer alternativas de sobrevivência. Procuram emprego ou fazem “bico”. “Ser de rua” é a situação que poderia levar o indivíduo com maior tempo de rua a sofrer um processo de depauperamento físico e mental como resultado da má alimentação, precárias condições de higiene e uso constante de álcool. Essa população está também exposta a toda a sorte de violências, por parte da polícia, dos próprios companheiros e do trânsito. A rua é também, e contraditoriamente, o espaço das relações pessoais, de trabalho, de obtenção de recursos de todo tipo. O cotidiano passa a ser pautado por referências como “bocas de rango”, instituições assistenciais, determinados lugares da cidade onde se

reúnem as pessoas na mesma situação. A rua torna-se um espaço de moradia de forma praticamente definitiva, embora possa haver alternância com outros lugares de alojamento, como pensões baratas, albergues, depósitos de papelão e casas de parentes<sup>14</sup>.

Essas questões pertinentes à população em situação de rua refletem também em parte as dificuldades que os serviços, em particular os serviços de saúde, têm para lidar com essas singularidades. No interior dos serviços ocorre discriminação dessa população tanto por problemas burocráticos, tais como a falta de documentação, quanto por aqueles relacionados aos próprios usuários, como falta de higiene, alcoolismo, problemas de saúde mental, dentre outros, questões que sinalizam grandes dificuldades no uso de serviços de saúde.

O cuidado com a saúde da população em situação de rua nos remete a várias questões, em especial àquelas relativas ao processo saúde-doença dessa população. Já foi exaustivamente descrito que a posição do indivíduo na estrutura social constitui um importante preditor das suas condições de saúde, sendo que o padrão de risco observado é constantemente desvantajoso para os indivíduos pertencentes aos grupos sociais menos privilegiados.

Em estudo realizado nos Estados Unidos da América, especificamente em São Francisco, a respeito da prevalência de HIV na população em situação de rua e moradias precárias, verificou-se entre 9% e 11% de prevalência de infecção<sup>8</sup>. Outro estudo feito em populações em situação de rua, também em São Francisco, pesquisando a prevalência de hepatites B e C e HIV, demonstrou que 30% dessa população tinha hepatites B e C e 6,2% apresentavam infecção pelo HIV<sup>9</sup>.

No município de São Paulo, em pesquisa realizada com população de rua, evidenciou-se prevalência de 9,1% de infecções pelo HIV em maiores de 60 anos. O VDRL mostrou-se positivo em 5,7% dos casos. Quanto à hepatite C, a prevalência foi de 8,5%, sendo de 14% na faixa de 50-59 anos<sup>4</sup>.

A análise da epidemia da Aids na perspectiva da vulnerabilidade dá ênfase às condições que propiciam a exposição às situações de risco. Para avaliar os determinantes da epidemia na população, podemos analisá-los em três dimensões: a individual, a programática e a social<sup>10</sup>.

Utilizando a noção de vulnerabilidade em relação à população em situação de rua, poderíamos considerar

como um fator de vulnerabilidade individual o uso de álcool e drogas, um aspecto importante pelo fato de alterar seu comportamento, diminuindo seu cuidado com a saúde. O uso do álcool faz parte dos pertences do povo de rua. "O álcool poderia ser interpretado como um analgésico que possibilitasse aos indivíduos se liberar dos códigos, de suas amarras, para entrar num mundo imaginário que afastasse, pelo menos por curtos espaços de tempo, de pressões sociais"<sup>14</sup>.

Quanto à vulnerabilidade programática, os serviços de saúde, de modo geral, ainda discriminam a população em situação de rua, além de usar muito rigor nas regras para atendimento desses usuários.

A escolaridade da população em situação de rua reflète a vulnerabilidade social. De acordo com Vieira et al.<sup>14</sup>, eram analfabetos ou semianalfabetos 15,6% dos estudados, e 57,3% possuíam apenas o primeiro grau incompleto, totalizando, portanto, 72,9% de pessoas com ensino fundamental incompleto. Em decorrência disso, provavelmente haveria uma dificuldade maior em obter as informações relacionadas à prevenção ou ainda em acessar os serviços de saúde.

Nesse sentido, pesquisar conhecimentos, atitudes e práticas em relação à prevenção às IST e Aids nos indivíduos em situação de rua permitirá entender melhor a vulnerabilidade dessa população.

O conhecimento das atitudes e práticas da população em situação de rua é absolutamente desejável e necessário tanto para iniciarmos uma intervenção quanto para termos indicadores de avaliação após a realização da intervenção.

Portanto, podemos considerar este estudo como uma primeira etapa (*base-line*) da avaliação necessária a um projeto de intervenção. Os parâmetros obtidos serão indicadores de intervenção e procedimentos para a implantação, sendo fundamental que essa etapa ocorra precedendo o processo de intervenção.

## Objetivos

O objetivo geral deste estudo foi investigar os conhecimentos, atitudes e práticas em relação às infecções sexualmente transmissíveis e à infecção pelo HIV da população adulta em situação de rua que frequenta o CSEBF-AV.

Definiu-se como objetivos específicos:

1. Descrever a frequência do uso de preservativo nessa população;

2. Investigar a associação do uso do preservativo com os conhecimentos, atitudes e práticas em relação à infecção pelo HIV.

### Métodos

Realizou-se um estudo transversal para levantamento de fatores sociocomportamentais que subsidiassem ações de intervenção para a redução da vulnerabilidade à infecção pelo HIV da população adulta em situação de rua.

Foram estudados 165 indivíduos com idade de 18 anos ou mais, em situação de rua, que frequentavam o Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac. Os indivíduos eram albergados na Oficina Boraceia e em pequenos albergues da região do entorno; também havia pessoas em situação de rua que residiam nas pontes, ruas e praças da região. Este estudo foi uma amostra de conveniência de pessoas que frequentaram o serviço no período de 9 de dezembro de 2005 a 30 de março de 2006. Foram excluídos os indivíduos que se apresentassem alcoolizados no momento da entrevista.

As informações foram obtidas de fontes primárias por meio de um questionário com questões fechadas e semi-fechadas aplicado por duas entrevistadoras. Foram realizados três testes-piloto, tanto para adequação dos questionários quanto para treinamento das entrevistadoras.

A participação na pesquisa era oferecida na entrada do usuário no serviço; caso o indivíduo confirmasse sua participação, era aplicado o consentimento informado e, posteriormente, o questionário de conhecimentos, atitudes e práticas. Foram oferecidas as vacinas de hepatite B e dupla adulto e as sorologias de HIV, VDRL, hepatites B e C a todos os usuários que optaram ou não por participar da pesquisa.

Para tornar possível a entrada das informações, utilizamos o aplicativo Epi Info 2000 como interface para o banco de dados, que foram digitados com verificação e checagem de consistência.

Calcularam-se os odds ratio e os seus respectivos intervalos de confiança de 95% para estimar os fatores associados ao uso do preservativo, considerando o uso do preservativo como variável dependente e as demais como variáveis independentes. Foi realizada análise multivariada por meio de regressão logística; as variáveis associadas ao uso de preservativo foram testadas no modelo ajustadas pelas demais variáveis.

Foram mantidas no modelo final as variáveis que apresentaram teste da máxima verossimilhança  $<0,05$ ; o modelo final foi aquele melhor ajustado. Para a análise dos dados, foi utilizado o STATA 9.0.

### Resultados

Foram convidadas para participar da pesquisa 180 pessoas. Apenas 8% se recusaram a participar, sendo os principais motivos a falta de tempo ou mal-estar geral.

No total, foram incluídos 165 usuários com 18 anos ou mais, no período de 6 de dezembro de 2005 a 30 de março de 2006.

Dos 165 entrevistados, apenas 116 indivíduos relataram pelo menos uma relação sexual nos últimos seis meses. Dos 116 que referiram relações sexuais nos últimos seis meses, 31% dos homens e 35% das mulheres relataram não utilizar preservativos no período (Tabela 1). Os casados e amasiados foram os que relataram não utilizar preservativo em maior valor percentual (42%). Na Tabela 1, pode-se observar que o relato de não ter utilizado o preservativo nos usuários com faixa etária maior de 60 anos foi de 62%. Observou-se que aqueles que se autorreferiram com cor de pele preta ou parda, 24% e 31%, respectivamente, relataram não utilizar preservativo.

Na Tabela 2, observa-se o correto conhecimento da maior parte das formas de transmissão do HIV. Não foi associado ao uso de preservativo, à exceção da crença de que pessoas saudáveis poderiam transmitir o vírus.

Os entrevistados que acharam que uma pessoa saudável poderia transmitir o HIV não utilizaram o preservativo nos últimos seis meses. A Tabela 2 mostra que houve associação ao uso do preservativo o fato de saber que para se proteger contra o vírus HIV era necessário utilizar camisinha. O conhecimento das demais formas de se proteger não foi associado estatisticamente ao uso do preservativo.

A Tabela 3 aponta que entre aqueles que não realizaram sorologia para detecção de anticorpos para HIV, 43,6% não utilizaram o preservativo. Ocorreu diferença estatisticamente significativa; os indivíduos que relataram teste utilizaram preservativo com maior frequência. Os entrevistados que referiram parceiro único foram aqueles que não utilizaram preservativo com maior frequência. Houve diferença estatisticamente significativa.

Foram incluídas na Tabela 4 as variáveis associadas ao uso do preservativo que apresentaram resulta-

**Tabela 1** - Uso de preservativo segundo sexo, faixa etária e escolaridade, CSEBF-AV, 2006

Características	Total	% não uso de preservativo	OR	Intervalo de confiança 95%
<b>Sexo</b>				
Masculino	82	31	1	-
Feminino	34	35	1,2	0,49-3,14
<b>Situação conjugal</b>				
Solteiro	61	25	1	-
Casado/Amasiado	24	42	2,19	0,72-6,68
Divorciado/separado/ viúvo	31	39	1,94	0,69-5,43
<b>Faixa etária</b>				
18-30	33	21	1,0	-
31-40	28	32	1,7	0,5-5,5
41-50	42	31	1,7	0,6-4,8
61-86	13	62	5,8	1,5-23,8
<b>Cor*</b>				
Branca	34	41	1,0	-
Preta	21	24	0,45	0,11-1,73
Parda	59	31	0,63	0,24-1,64
<b>Nível de escolaridade</b>				
0 a 4 anos	44	50	1	-
5 a 8 anos	54	24	0,31	0,12-0,7
9 anos ou mais	18	14	0,12	0,02-0,7
Total	116	37		

\* Duas pessoas não responderam

**Tabela 2** - Conhecimento de formas de transmissão e prevenção segundo frequência de uso do preservativo, CSEBF-AV, 2006

<b>Conhecimento de formas de transmissão e prevenção</b>	<b>Total</b>	<b>%Não usou preservativo</b>	<b>OR</b>	<b>IC (95%)</b>
<b>Por meio de beijo na boca *</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
Sim	34	29,4	1	-
Não	80	33,7	1,2	0,5-3,2
<b>Recebendo sangue contaminado com vírus HIV</b>				
Sim	113	31	1	-
Não	3	66,7	1,5	0,3-129,0
<b>Por meio de picada de inseto **</b>				
Sim	36	38,9	1	-
Não	74	28,4	0,6	0,2-1,6
<b>Brincadeira de criança com outra criança ***</b>				
Sim	16	43,7	1	-
Não	96	31,3	0,6	0,2-1,9
<b>Transmissão da mãe para o filho ****</b>				
Sim	105	34,3	1	-
Não	8	12,5	0,3	0,01-2,4
<b>Transmissão por meio de pessoa saudável *****</b>				
Sim	106	29,2	1	-
Não	8	75	7,3	1,2-55,4
<b>Utilizando camisinha</b>				
Sim	109	29,4	1	-
Não	7	71,4	6	1,0-47,7
<b>Utilizando seringa e agulha descartável*</b>				
Sim	111	32,4	1	-
Não	3	0	-	-
<b>Relações sexuais com pessoas de boa aparência*</b>				
Sim	27	29,7	1	-
Não	87	32,2	1,1	0,4-3,2

\* Duas pessoas não responderam; \*\*Seis pessoas não responderam; \*\*\* Três pessoas não responderam; \*\*\*\* Duas pessoas não responderam.

**Tabela 3** - Número de parceiros nos últimos seis meses e uso do preservativo segundo frequência desse uso - CSEBF-AV, 2006.

Características	Total	% não uso de preservativo	OR	IC 95%
<b>Realização de exame anti-HIV*</b>				
Sim	76	25,4	1	-
Não	39	43,6	2,3	0,9-5,7
<b>Número de parceiros últimos seis meses*</b>				
Único	62	42,5	1	-
2 e 3 parceiros	33	27,3	0,5	0,2-1,3
4 a 200 parceiros	19	5,2	0,08	0,0-0,6

\* Duas pessoas não responderam

do estatisticamente significativa na análise univariada. Das variáveis associadas estatisticamente ao uso do preservativo na análise univariada, é interessante apontar que foram associadas ao uso do preservativo as variáveis faixa etária, escolaridade, número de parceiros nos últimos seis meses, percepção de que

pessoa saudável transmite o vírus e realização de sorologia anti-HIV.

Apesar de a variável usar camisinha como uma forma de se proteger com relação às IST ter sido associada ao uso do preservativo, optou-se por não testá-la no modelo final, por fazer parte da linha de causalidade.

**Tabela 4** - Análise multivariada dos fatores associados ao não uso do preservativo e os seus respectivos odds ratio e intervalo de confiança, CSEBF-AV, 2006.

Variáveis	OR bruto	OR ajustado	IC 95%
<b>Faixa etária</b>			
18-30	1,0	1,0	-
31-40	1,7	2,35	0,6-9,3
41-50	1,7	2,94	0,7-10,5
61-88	5,8	5,44	1,0-29,4
<b>Escolaridade</b>			
Menos de 4 anos	1,0	1,0	-
5 a 8 anos	0,2	0,3	0,1-0,8
Mais de 9 anos	0,1	0,1	0,02-0,6
<b>Número de parceiros nos últimos 6 meses</b>			
Único	1,0	1,0	-
2 a 3	0,4	0,3	0,1-1,1
4 ou mais	0,08	0,08	0,008-0,657
<b>Saudável transmite</b>			
Sim	1,0	1,0	-
Não	7,2	8,0	1,1 - 51,3

## Discussão

Encontrou-se, nessa população de indivíduos em situação de rua atendidos em uma unidade básica de saúde, associação de não ter usado preservativo nos últimos seis meses com idade, escolaridade, número de parceiros sexuais nos seis meses, e a percepção de que pessoa saudável não transmite.

A utilização do preservativo foi maior quanto mais jovens os entrevistados. Encontrou-se na presente entrevista, na faixa etária de 18 a 30 anos, apenas 21,1% que relataram não ter utilizado o preservativo nos últimos seis meses. Esses resultados assemelham-se a estudos do MS<sup>2,3</sup> demonstrando alta adesão dos mais jovens às medidas de proteção tanto para as IST quanto para o HIV.

A faixa etária mais jovem começou sua vida sexual após a recomendação do uso do preservativo como recurso disponível de prevenção ao HIV. Além disso, os trabalhos educativos no âmbito escolar de educação sexual ou de prevenção de Aids e uso de drogas, bem como de numerosas iniciativas de organizações não-governamentais ou governos locais, possibilitaram proporções maiores de uso de preservativo nos mais jovens desde a segunda metade dos anos 1990<sup>13</sup>.

A geração dos mais velhos possivelmente traz consigo hábitos e crenças a respeito da sexualidade sem a perspectiva da prevenção, ainda que haja algum conhecimento das doenças de transmissão sexual<sup>7</sup>.

O nível de escolaridade esteve associado ao uso de preservativo com tendência de crescimento à medida que aumentou a escolaridade. Essa associação manteve-se mesmo depois de ajustada pelas demais variáveis, no modelo final.

Tal associação poderia ser entendida como maior vulnerabilidade social<sup>2</sup> da população de menor escolaridade, pois, dentre aqueles que referiram até quatro anos de estudo, 50% não utilizaram preservativo nos últimos seis meses. Diferentemente, dentre os usuários com cinco anos ou mais de escolaridade, somente 24% não usaram o preservativo. Daqueles com nove anos de escolaridade ou mais, somente 14% referiram não utilizar *condom* no período em questão.

A pesquisa do MS<sup>13</sup> apontou a mesma tendência. Dos indivíduos com ensino fundamental incompleto, apenas 17,6% utilizaram o preservativo com qualquer tipo de parceria. Daqueles com ensino fundamental completo, 30,7% utilizaram o preservativo nas mesmas circunstâncias.

Carret *et al.*<sup>6</sup> mostraram que pessoas com até quatro anos de estudo tiveram 50% mais sintomas de IST quando comparadas com aquelas que possuíam doze anos de estudo. Portanto, é necessário repensar as mensagens de prevenção que têm sido veiculadas, pois podem ser inadequadas a essa população.

O estudo apontou que, do total de entrevistados que referiram parceiro estável, 42% relataram o não uso de preservativo nos últimos seis meses. Observou-se na análise univariada uma diferença estatisticamente significativa e também uma tendência à menor utilização do preservativo quanto menor o número de parceiros sexuais nos últimos seis meses. Essa associação manteve-se mesmo depois de ajustada pelas demais variáveis.

Os estudos nacionais do MS<sup>2,3</sup> demonstraram a mesma tendência, ou seja, quanto menor o número de parceiros, menor a utilização do preservativo.

Estudos de comportamento sexual têm mostrado informações importantes a respeito de fatores relacionados à transmissão das IST/HIV/Aids, uso de preservativos, práticas sexuais de risco, fatores esses determinantes para a vulnerabilidade relacionada ao HIV<sup>12</sup>.

Os indivíduos que apresentaram a percepção de que uma pessoa saudável não transmitiria o vírus HIV relataram maior frequência de não uso do preservativo nos últimos seis meses, com diferença estatisticamente significativa. Essa associação manteve-se mesmo depois de ajustada pelas demais variáveis, no modelo final.

Tal associação poderia ser entendida como maior vulnerabilidade individual<sup>10</sup> decorrente, possivelmente, de concepções de masculinidade, tais como se sentir forte, imune às doenças, ser impetuoso, correr riscos, ser incapaz de recusar uma mulher, entre outras, concepções que estão presentes não somente na população em situação de rua como também nos homens em geral<sup>7</sup>. Aqueles entrevistados que não realizaram sorologia anti-HIV foram também os que não utilizaram o preservativo com maior frequência (43,6%). Na análise univariada, houve diferença estatisticamente significativa. Houve, no entanto, confundimento na análise multivariada desta variável com a faixa etária e escolaridade. Na verdade, aqueles que não realizaram a sorologia foram os mais velhos com menor escolaridade.

O Ministério da Saúde preconiza a realização do aconselhamento antes da solicitação de qualquer exame de sorologia anti-HIV. No momento do aconselhamento, são explicadas as formas de transmissão do

vírus HIV, a diferença entre a presença do vírus da Aids e a doença instalada, a possibilidade do tratamento gratuito e a prevenção por meio da utilização do preservativo, bem como a adequada orientação quanto ao seu uso. Portanto, os indivíduos que não realizaram sorologia anti-HIV também não passaram pelo aconselhamento, tendo possivelmente maior vulnerabilidade programática em relação aos demais.

No entanto, com referência à população em situação de rua, que apresenta situações de vulnerabilidade social muito peculiares, há necessidade de uma reflexão mais aprofundada sobre os determinantes do processo de adoecimento para organizarmos estratégias de prevenção.

Este estudo aponta na direção para a qual as ações deveriam se voltar para incrementar o uso do preservativo.

Para a redução da vulnerabilidade individual, poderíamos indicar a necessidade de organização de intervenções específicas, como a produção de material educativo em que as mensagens de prevenção das IST/HIV/Aids fossem adaptadas para alcançar os indivíduos em situação de rua mais velhos. Essa é a geração anterior à emergência da Aids, para quem o uso de preservativo ainda não estava incorporado ao seu repertório de práticas sexuais e na qual ainda persistem crenças inadequadas a respeito da transmissão do HIV/Aids, diferentemente do que ocorre com a geração mais jovem<sup>2,3</sup>.

No âmbito da vulnerabilidade programática, os vários serviços de atenção primária da região deveriam acolher as demandas relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis como preconiza o Ministério da Saúde, ou seja, pela abordagem sindrômica, inclusive incorporando o profissional de enfermagem no cuidado com a saúde, como demonstrado neste trabalho. Tal medida, além de possibilitar o acesso, reduz a transmissão, aumenta a adesão ao tratamento e possibilita a incorporação de práticas preventivas à população atendida, reduzindo, conseqüentemente, não somente a infecção pelo HIV como também o aparecimento de outras IST e outros agravos à saúde.

A falta de acesso aos serviços de saúde pode transformar o pertencimento a esse segmento populacional, que reflete a ocorrência de iniquidades sociais, em uma violação dos direitos humanos<sup>4</sup>. A existência de estigmas e preconceitos possivelmente se constitui na maior vulnerabilidade a que estão submetidas as pessoas em situação de rua.

Para reduzir a vulnerabilidade social, devemos entender que os obstáculos estruturais ao exercício dos direitos humanos e as possibilidades de superação são frutos de uma estrutura de processos sociais em contínua reformulação da qual somos todos partícipes<sup>1</sup>.

Estudar a problemática da transmissão das IST/HIV/Aids na população em situação de rua nos remete a reflexões e ações que se confundem com a busca permanente de inclusão, humanidade, equidade, justiça e dignidade.





2000;16(Supl. 1):65-76.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional DST/ AIDS. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/aids. Brasília(DF): Coordenação Nacional de DST e Aids; 2000. (Avaliação, 4).

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Pesquisa de conhecimentos atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos, 2004. Brasília(DF); 2005.

4. Brito VOC, Parra D, Facchini R, Bucchalla CM. Infecção pelo HIV, Hepatites B e C e sífilis em moradores de rua. Rev Saúde Pública. 2007 Supl. 2; 47-56.

5. Carneiro-Junior N, Silveira C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. Cad Saúde Pública. 2003;19(6):1827-35.

6. Carret MLV, Fassa AG, Silveira DS, Bertoldi AD, Hallal PC. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. Rev Saúde Pública. 2004;38(1):76-84, 2004.

7. Guerriero I, Ayres JRCM, Hearst N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. Rev Saúde Pública. 2002;36(4 Supl):50-60, 2002.

8. Hahn JA, Bangsberg DR, McFarland W, Cherlebois ED, Clark RA, Moss AR. HIV seroconversion among the homeless and marginally housed in San Francisco: a ten-year study. J Acquir Immune Defic Syndr. 2004;37(5):1616-9.

9. Klinkenberg WD, Caslyn RJ, Morse GA, Yonker RD, McCudden S, Ketema F, Constantine NT. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B, and hepatitis C among homeless persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. Compr Psychiatry. 2002;44(4):293-302.

10. Mann J, Tarantola D. Global overview: a powerful HIV/AIDS pandemic. In: Mann J, Tarantola D. organizadores. AIDS in the world II. New York: Oxford University; 1996.

11. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Assistência Social. Principais resultados do perfil socioeconômico da população de moradores de rua da área central da cidade de São Paulo. São Paulo: Fundação e Instituto de Pesquisa; 2010.

12. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MA, Andrade CLT. A disseminação da epidemia da aids no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. Cad Saúde Pública. 2000; 16(supl. 1):7-20.

13. Traeen B, Stigum H, Eskild A. Contraception and STD protection among urban Norwegians. Culture, Health & Sexuality. 2002;4(1): 85-102.

14. Vieira MA, Bezerra EM, Rosa CMM, organizadores. População de rua: quem é, como vive, como é vista. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

#### Referências bibliográficas

1. Bastos F, Szwarcwald CL. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Cad Saúde Pública.

# Disfunção erétil: da medicalização à integralidade do cuidado na Atenção Básica

## Erectile dysfunction: from medicalization to the comprehensive care in Primary Attention

Silvia Helena Bastos de Paula<sup>1</sup>, Juliane Daniee Almeida<sup>II</sup>, José Ruben de Alcântara Bonfim<sup>III</sup>

### Resumo

Existem projeções de que até 2025 haverá 322 milhões de homens com disfunção erétil (DE) em todo o mundo e que ocorra maior incremento de casos nos países em desenvolvimento, como os da África e os da América Latina. A disfunção erétil foi definida pelo Instituto Nacional de Saúde (NIH) dos Estados Unidos da América (EUA) como incapacidade persistente para atingir e manter uma ereção peniana de modo suficiente para o intercuro sexual satisfatório. Adotou-se a nomenclatura “disfunção erétil” em substituição a impotência masculina, expressão que tem conotação estigmatizante. Considerando-se aspectos sociais e valores relacionados com juventude e sexualidade que afetam a função sexual masculina e os problemas de acesso de homens aos serviços de assistência, realiza-se breve discussão sobre as implicações da DE e seus fatores condicionantes e transtornos decorrentes do agravo, assim como as opções terapêuticas e estratégias de promoção da saúde sexual e reprodutora do homem.

**Palavras-chave:** Disfunção erétil, Atenção primária, Medicalização

### Abstract

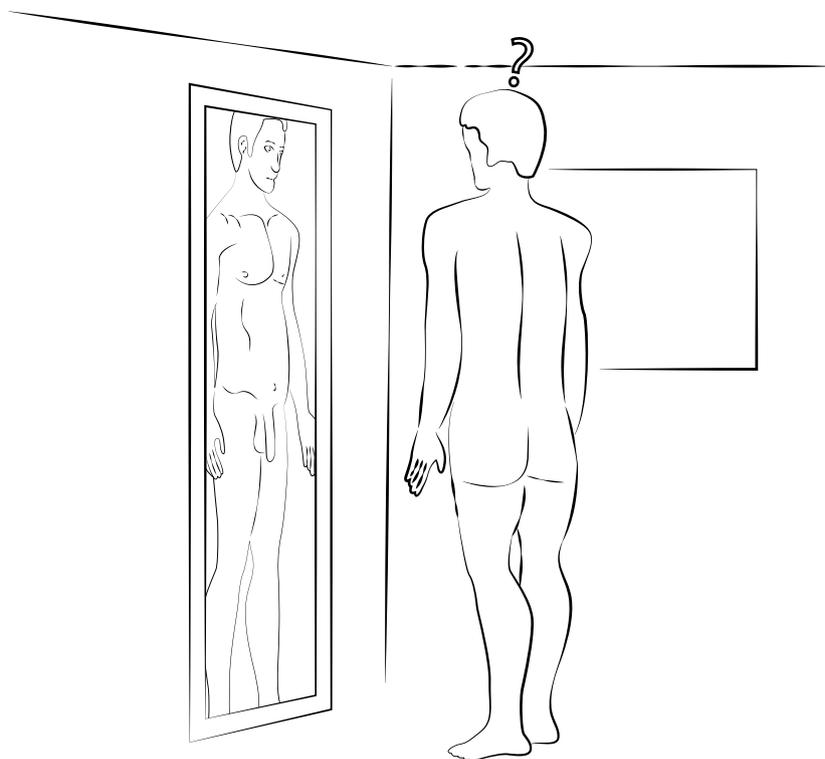
There are some projections showing that in 2025 there will be, all over the world, 322 million men with erectile dysfunction (ED) and that will occur a higher increase in cases in developing countries, as the ones in Africa and Latin America. The erectile dysfunction was defined by the National Institute of Health (NIH) of the United States of America as a persistent incapacity to achieve and maintain a sufficient rigidity of the penis allowing for satisfactory sexual activity. The nomenclature “erectile dysfunction” was adopted in replacement to “male impotence”, expression considered stigmatizing. Considering social aspects and values related to youth and sexuality that affects male sexual function and problems of access of men to the health services, a brief discussion is developed about the implications of the ED and its conditioning factors and disorders resulting from the problem, as well as the therapeutic options and strategies for men’s sexual and reproductive health promotion.

**Keywords:** Erectile dysfunction, Primary attention, Medicalization

<sup>I</sup> Silvia Helena Bastos de Paula (silviabastos@isaude.sp.gov.br) é enfermeira sanitária, doutora em Ciências, pesquisadora científica III do Núcleo de Práticas de Saúde do Instituto de Saúde (SES/SP)

<sup>II</sup> Juliane Daniee Almeida (judaniee@hotmail.com) é estagiária do Núcleo de Práticas de Saúde pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap) da Secretaria de Gestão Pública do Estado de São Paulo e graduanda em Enfermagem pela Faculdade Santa Marcelina

<sup>III</sup> José Ruben de Alcântara Bonfim (jrabonfim@isaude.sp.gov.br) é médico sanitário, mestre em Ciências, pesquisador do Núcleo de Análises e Projetos de Avaliação de Tecnologias de Saúde do Instituto de Saúde (SES/SP)



## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde 2009, tem uma política específica quanto à saúde masculina<sup>29</sup> para atender a seus problemas gerais e específicos e para promover a inclusão dos homens nos serviços de saúde. A porta de entrada preferencial do sistema é a Atenção Básica, que deverá prover cuidados para problemas prevalentes da saúde do homem, tais como violência, acidentes de trânsito, doença cardíaca isquêmica, depressão, hipertensão arterial, entre os problemas gerais, e hiperplasia benigna da próstata, câncer de próstata, ejaculação precoce e disfunção erétil, entre os problemas específicos.

A disfunção erétil (DE) é condição comum em homens maduros e idosos, com prevalência de 52% entre 40 e 70 anos de acordo com pesquisa realizada com 1.290 americanos no estudo denominado MMAS (Massachusetts Male Aging Study) entre 1987 e 1989, por questionário de autoavaliação. Neste estudo, 52% dos homens informaram algum grau de DE<sup>1</sup>. A disfunção de graduação moderada foi a predominante (25,2%), ocorrendo disfunção completa em 9,6% e disfunção mínima em 17,2%<sup>2,16</sup>.

A DE foi definida pelo Instituto Nacional de Saúde (NIH)<sup>32</sup> dos Estados Unidos da América (EUA), no Painel de Consenso sobre Saúde e Desenvolvimento da Impotência, em reunião realizada em 1992, como incapacidade persistente para atingir e manter uma ereção

peniana de modo suficiente para o intercuro sexual satisfatório, quando adotou-se a nomenclatura “disfunção erétil” em substituição a impotência masculina, expressão que passou a ter conotação estigmatizante<sup>16</sup>.

Existem projeções de que até 2025 haverá 322 milhões de homens com DE em todo o mundo e que ocorrerá maior incremento de casos nos países em desenvolvimento, como os da África e os da América Latina<sup>5</sup>.

Segundo dados do Censo IBGE 2010<sup>18</sup>, o Brasil tinha 93.406.990 homens e 97.348.809 mulheres, e esta população viverá em média 73,48 anos (69,73 para homens e 77,32 para mulheres). Assim, a DE será um dos problemas relevantes de saúde em significativa parcela da população com mais de 40 anos.

Na América Latina, o estudo de base populacional DENSA (*Prevalence of Erectile Dysfunction and Associated Factors*), realizado na Colômbia, no Equador e na Venezuela, assinalou que 53,4% dos homens apresentavam esse problema<sup>2</sup>. No Brasil, o estudo pioneiro de Comportamento Sexual do Brasileiro<sup>1</sup> assinalou que entre 1.296 homens de 40 a 70 anos a prevalência foi de 46,2% de DE, registrando-se a disfunção mínima em 31,5%, a disfunção moderada em 12,1% e em 2,6% a disfunção grave (31,2% mínima, 12,2% moderada e 1,7% grave). Em outro estudo, realizado em 2002 e 2003, encontrou-se um total de 45,1% de DE numa amostra de 2.862 homens de 18 cidades de cinco regiões<sup>1,31</sup>.

A noção de masculinidade surgiu no século XVIII para esclarecer diferenças entre sexos<sup>14</sup>. São os traços sexuais primários e secundários, internos e externos, que caracterizam a masculinidade, valorizada até hoje como herança da cultura patriarcal e sexista, e que confere ao órgão genital do homem um valor simbólico de poder social<sup>6</sup>. Assim, a impotência sexual significa que ele tem seu poder abalado, com prejuízo para a masculinidade e para a virilidade, e assume ainda o sentido de falência do organismo<sup>34</sup>.

Aristóteles (384-322 a.C.) já estabelecia a diferença entre machos e fêmeas e a ligação entre pênis e a condição de macho: Animal macho significa aquele que gera outro e o animal fêmea o que gera nele próprio. O pênis é uma peculiaridade do macho, portanto o homem castrado assemelhar-se-ia a uma fêmea e assumiria muito bem a forma dela, pois estaria descaracterizado de sua masculinidade. Curiosamente e em oposição à nossa sociedade, os homens com pênis pequenos eram considerados mais férteis, pois o esperma não esfriaria no percurso de sua expelição. Os gregos antigos consideravam cômico o pênis grande e o satirizavam em obras de arte e nos dramas<sup>22</sup>.

Portanto, a masculinidade é categoria historicamente construída e compreendida de acordo com os valores de cada cultura e na forma como se estabelecem as relações entre os gêneros<sup>13,14,22</sup>. As raízes dos comportamentos têm distintas origens e guardam estreita relação com a tradição, a estrutura social e o sexo, que determinam não apenas especificações biopsicológicas, mas o conjunto de experiências com agentes socializadores como família, escola, meios de comunicação, grupos de amigos e parceiros.

Dessa forma, considerando-se aspectos sociais e valores relacionados com juventude e sexualidade que afetam a função sexual masculina e os problemas de acesso de homens aos serviços de assistência à saúde<sup>11,15,19</sup>, realiza-se breve discussão sobre as implicações da DE, seus fatores condicionantes e transtornos decorrentes do agravo, assim como sobre as opções terapêuticas e estratégias de promoção da saúde sexual e reprodutora do homem.

### Função e disfunção sexual masculina

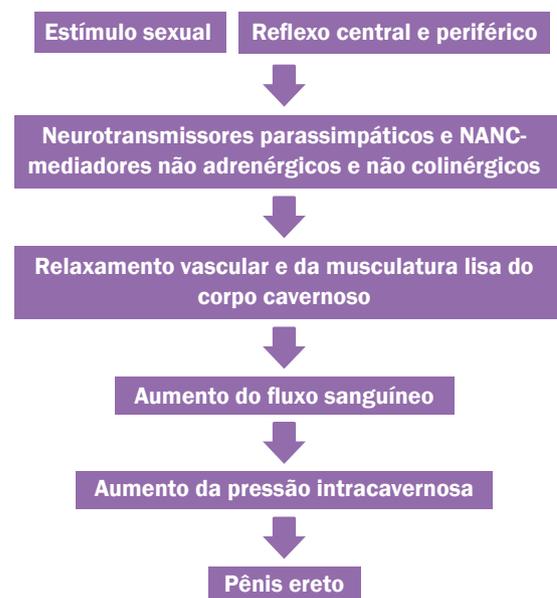
A noção de função em medicina, particularmente em fisiologia, refere-se à ação peculiar de qualquer órgão do corpo, glândula, aparelho ou sistema. A disfun-

ção, por conseguinte, seria uma perturbação da função de um órgão ou estrutura assemelhada.

O pênis é uma parte do corpo masculino em forma cilíndrica, composto anatomicamente por corpos cavernosos, corpo esponjoso que está subdividido em três camadas, glânde (porção distal, conhecida popularmente como cabeça do pênis), óstio externo da uretra, coroa da glânde, prepúcio do pênis (pele móvel que recobre a glânde) e uma prega vertical de tecido, o frênulo, que se situa por baixo da glânde. Formando o conjunto do órgão genital masculino, há também os testículos e estruturas relacionadas – entre elas, glândulas seminais, bulbouretrais e a próstata<sup>41</sup>.

O estado de flacidez é mantido ativamente pela ação tônica de nervos simpáticos. O principal regulador do processo de ereção peniana é o sistema nervoso autônomo. A função de ereção é desencadeada por vias centrais e periféricas. A intumescência é iniciada em geral depois de os tecidos periféricos receberem sinais em resposta a estímulos compreendidos como parte de um jogo sexual que varia conforme as culturas e religiões. Durante a estimulação sexual, o hipotálamo aciona diversos neurotransmissores centrais que têm participação na modulação da função sexual e erétil, tais como dopamina, acetilcolina, prostanoídes, ocitocina e peptídeo vasointestinal (Figura 1)<sup>36,37</sup>.

**Figura 1** - Sequência de eventos necessários para a ereção peniana



Fonte: adaptado<sup>33</sup>.

A contração tônica produzida pela noradrenalina impede a ereção, enquanto a liberação de acetilcolina vai causar os principais eventos neurovasculares da ereção, principalmente por meio da liberação de óxido nítrico<sup>25,33,37</sup>. Ao receber um estímulo, a musculatura lisa das artérias helicinas cavernosas relaxa, aumentando o fluxo sanguíneo para os espaços lacunares. Ocorre simultaneamente o relaxamento da musculatura lisa trabecular, levando à dilatação dos espaços sinusoidais e conseqüentemente ao ingurgitamento do pênis. O aumento progressivo da pressão no espaço trabecular comprime o plexo venoso subalbugíneo, reduz a drenagem venosa cavernosa e eleva a pressão intracavernosa a graus ainda maiores, promovendo a rigidez peniana<sup>2,3,37</sup>.

Depois do estado de ereção, o pênis habitualmente retorna ao estado de flacidez determinado pela manutenção da musculatura lisa intracavernosa em estado de semicontração. Entre os neurotransmissores inibidores mais importantes estão peptídeos opioides e endotelinas, relacionados à noradrenalina<sup>41</sup>.

A DE é classificada, de acordo com a etiologia (causa) predominante, em: orgânica, psicogênica ou mista<sup>39</sup>. A disfunção sexual ocorre por problemas de desejo, excitação, orgasmo ou dor que dificulte, em concomitância de um ou mais problemas ou de forma separada, a realização do ato sexual. Outros fatores fisiológicos são especialmente relevantes para uma

lícitas e ilícitas, como o tabaco, a maconha e a cocaína, e questões sociais e culturais, como desemprego, baixa escolaridade e estados depressivos, também podem contribuir para essa condição<sup>2,27,40</sup>.

Sobre as relações afetivas, ressalte-se que o contato humano contribui para a produção de hormônios tais como a ocitocina e a testosterona, por meio da sensação prazerosa do tato, quando há afeto entre as pessoas e assim existe redução de estresse pelo contato entre elas<sup>42</sup>.

Mesmo em casos de DE orgânica, há influência de fatores psicológicos como agravantes ou mantenedores do quadro. Na maioria dos casos existe interação complexa de fatores de risco biológico, psicológico e social<sup>2,27,35</sup>.

### Recursos terapêuticos segundo os tipos de disfunção

As opções terapêuticas são definidas considerando os tipos de DE, os aspectos da história clínica e a etiologia predominante, que pode ser orgânica, psicogênica e mista. Quanto ao prognóstico, pode ser alinhado a causas curáveis e não curáveis, e quanto à gravidade a DE pode ser leve, moderada e grave. Conhecer esse contexto é indispensável para que sejam realizadas orientações, indicações terapêuticas e mudanças de estilo de vida que sejam efetivas (Quadro 1)<sup>2,27,36</sup>.

As intervenções são classificadas na literatura em

**Quadro 1** - Dados relevantes da história de paciente com disfunção erétil.

Sexual	Médica	Aspectos urológicos
História sexual	História médica incluindo doenças sexualmente transmitidas	História de sintomas do trato urinário
Natureza do problema	Aspectos psicológicos	Queixas dor peniana
Modo de início	Antecedentes cirúrgicos	
Grau de início	Uso de medicamentos	
Menos de 4 anos	Uso de drogas	
Grau de deficiência	Uso de álcool	
Fatores precipitantes	Tabagismo	

Fonte: Adaptado<sup>36</sup>

ereção satisfatória, tais como hormônios, oxigenação celular, artérias desobstruídas e condições psicossociais e relações afetivas gratificantes<sup>36</sup>.

Diversos fármacos também podem influir para o surgimento e o agravamento da DE, como antidepressivos, antipsicóticos, alguns tipos de anti-hipertensivos, anabolizantes e anti-inflamatórios, entre outros. Uso de drogas

três linhas: a primeira são as opções psicoterapêuticas e farmacológicas; a segunda são injeções intracavernosas autoaplicáveis com fármacos vasoativos (papaverina, fentolamina e prostaglandina E1) e assessórios a vácuo e complemento de testosterona; a terceira é constituída por próteses penianas que podem ser maleáveis, articuláveis e infláveis<sup>2,4,12,36</sup>.

Quase todas as provas atualmente disponíveis relacionam sildenafil, tadalafila e vardenafila – inibidores de fosfodiesterase tipo 5 (PDE5) – como terapias farmacológicas de primeira linha, seguras, efetivas e de boa tolerância com eficácia entre 50% e 90%<sup>40</sup>. Mas existe alerta quanto a sua contraindicação diante de enfarte do miocárdio recente e de uso concomitante de nitratos<sup>36</sup>.

ração da medicina na condução e resolução de questões da vida cotidiana que passam a ser caracterizadas como doenças, transtornos e disfunções, e que ocorrem no ciclo da vida humana, incluindo nascimento, envelhecimento, sexualidade e morte, que assim se tornam campos de atuação médica especialista<sup>9,10</sup>.

Desde meados do século XIX, a impotência mascu-

**Quadro 2** - Tempo médio e máximo de concentração plasmática de inibidores de PDE-5

Fármaco	O início da ação	Meia-vida	Efeitos adversos
Sildenafil	Tmax* 30-120 minutos Média 60 minutos	2-5 horas.	Dor de cabeça Rubor Dispepsia
Vardenafila	Tmax* 30-120 minutos Média 60 minutos	4.5 horas	Dor de cabeça Rubor Dispepsia
Tadalafila	Tmax* 30-120 minutos Média 120 minutos	15.5 horas	Dor de cabeça Rubor Dispepsia
*Tmax = tempo médio para o pico de concentração plasmática do fármaco.			

Fonte: Adaptado<sup>36</sup>

Na segunda linha de opções está o tratamento farmacológico injetável (alprostadil) aplicado no espaço intracavernoso, recurso com eficácia de 45% a 80% e desvantagens de dor no lugar da aplicação das injeções, ardor e eventualmente ereção demorada (priapismo). O acessório a vácuo mais utilizado por idosos americanos aponta para satisfação de 84% a 89% entre usuários, mas o índice de abandono do uso é de 47%<sup>27,36</sup>.

Na terceira linha, há as próteses penianas para casos de DE grave com falhas de emprego de outros métodos. As próteses são maleáveis e infláveis; a satisfação é de 81% a 90%, com duração de dez anos em 75% dos casos. Necessita de aceitação por parte da parceira, pois podem ocorrer reações de rejeição e hematomas<sup>27,36</sup>.

Sabe-se também que 40% da DE tem origem psicogênica, e para esses casos e os de etiologia mista a psicoterapia é necessária. A meta-análise<sup>27</sup> que comparou a associação da psicoterapia de grupo ao citrato de sildenafil versus o uso exclusivo de citrato de sildenafil revelou diferença estatisticamente significativa a favor da psicoterapia de grupo associada ao citrato de sildenafil.

### Medicalização da sexualidade?

Medicalização é definida como processo de incorpo-

lina é definida como categoria médica, e foi objeto de cuidados por parte de médicos e venereologistas<sup>9</sup>. Os psiquiatras a denominavam também de “neurastenia sexual”, relacionada com traumas de infância ou por conta de problemas nas relações com parceiras sexuais. Foi associada ainda à perda da virilidade e, portanto, causa de infertilidade masculina<sup>16</sup>.

Recentes investimentos da farmacologia em direção à sexualidade constituem-se em um excelente exemplo sobre as formas como as concepções do corpo e da saúde/bem-estar são reelaboradas nas sociedades contemporâneas. Tais discursos enaltecem a atividade sexual como uma importante fonte de felicidade para os sujeitos, assinalando a centralidade da penetração e da ereção, ora reforçando a medicalização da sexualidade, ora destacando a ideia de juventude eterna, evocando um corpo moldável para a satisfação dos desejos, ora como droga de uso afrodisíaco e recreativo, sendo utilizado por homens jovens em festas e orgias<sup>8,17,21</sup>.

Essas inovações têm críticas e explicações adicionais na concepção de Sociedade Biônica<sup>26</sup>, que teria três características: 1) forte ênfase na saúde, considerada por suas dimensões químicas, neurológicas e genéticas; 2) extensão dos modos de pensar médico (não

apenas de tratamentos médicos) em áreas ainda não previamente medicalizadas – ou apenas parcialmente – como a de prevenção cosmética e nutrição; 3) crescente “farmaceuticalização” de questões cujos limites estão entre a normalidade, a doença e a intensificação do que é normal, e assim também entre natureza e criação<sup>26</sup>.

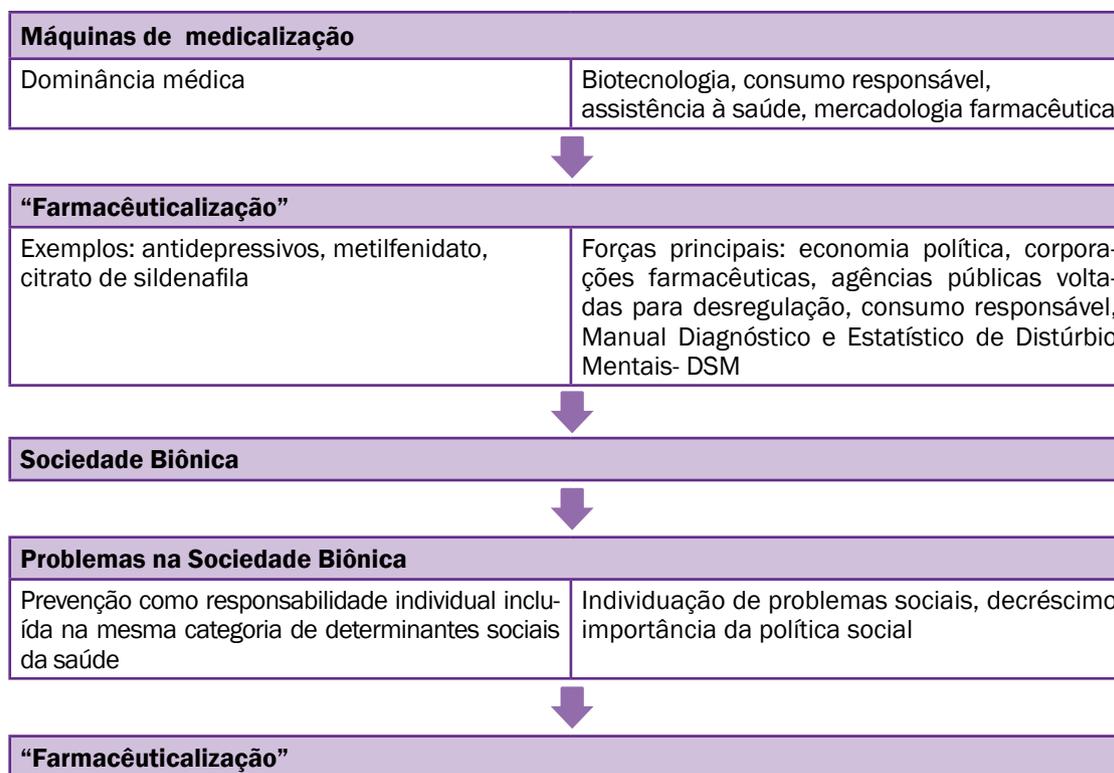
O fenômeno da “farmaceuticalização” da sexualidade abrange muitos aspectos como o tratamento da “andropausa”, a escultura física, e quanto à disfunção erétil compreende o uso excessivo e abusivo de fármacos com o propósito de intensificar o desempenho sexual em pessoas que não têm distúrbios relacionados à disfunção erétil por causa orgânica ou psicogênica. Na Internet, há extraordinária profusão de comércio de inibidores de fosfodiesterase do tipo 5 que podem ser adquiridos por preço mínimo, além de oferta invasiva por *e-mails*. Ademais, pode-se comprar facilmente esses produtos nos estabelecimentos farmacêuticos que têm natureza basicamente comercial e até oferecem descontos anunciados em “suas portas” estimulando o uso recreacional. O uso intensivo de inibidores de fosfodiesterase do tipo 5, por exemplo, pode ser compreendido na Figura 2.

## A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

A PNAISH<sup>29</sup> dá prioridade à redução das principais causas de morbidade e mortalidade masculina, considerando que os homens morrem mais e vivem menos que as mulheres, e dá ênfase à dimensão social desse fenômeno<sup>23</sup>. Entre seus propósitos específicos encontraram-se referências diretamente relacionadas com a disfunção erétil (DE), tais como: estimular e executar as ações e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculinas; garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária para os casos identificados como merecedores desses cuidados<sup>29</sup>. No entanto, tratar deste assunto ainda é um tema não absorvido pela maioria dos serviços de Atenção Básica, mesmo nas áreas metropolitanas e nas cidades de médio porte.

A promoção de saúde do homem para além da medicalização<sup>12</sup>, não obstante o uso cada vez maior de intervenções, e a instituição de sexualidade padrão, poderia enfatizar a criação de espaços para discutir formas de pensar uma atenção integral nas questões de sexualidade e saúde e de tecer a equidade no aces-

**Figura 2 - “Medicalização” e “Farmaceuticalização” na Sociedade Biônica**



Fonte: Adaptado<sup>26</sup>

so a serviços que considerem a singularidade dos homens e das masculinidades<sup>38</sup>.

Com o decreto n. 7.508, de 28 junho de 2011<sup>30</sup>, da Presidência da República, ampliaram-se as portas de entrada para os serviços de saúde para além de unidades básicas, pois foram incluídos os serviços de urgência e emergência, de atenção psicossocial e serviços de acesso aberto. Sabe-se do descontentamento com a demora de atendimento<sup>19,15</sup> e baixa resolução dos problemas e as várias idas aos serviços com a consequente perda de dias de trabalho.

Outra linha da atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) é a concepção matricial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que poderiam promover mudanças na orientação da saúde sexual de homens e casais maduros e idosos que já apresentarem fatores de risco cardiovasculares e metabólicos, frequentemente associados à DE. Alguns hábitos e outras doenças associados à DE, que podem servir de alerta para intervenção nessa disfunção, são os sintomas do trato urinário inferior, doenças da próstata, deficiência de testosterona, hipogonadismo, diabetes, distúrbios mentais, alcoolismo e tabagismo.

A literatura recente recomenda que adultos maiores e idosos devem ter atividades sexuais e ereções regulares para oxigenação do corpo cavernoso com a finalidade de prevenir fibrose e de oclusão das veias do pênis<sup>20</sup>.

No país, o grande desafio referido na literatura é trazer os homens para os serviços, porém questiona-se: os homens devem mesmo fazer promoção de saúde nos serviços ou poderia haver outro arranjo que levasse a promoção de saúde até onde os homens estão?<sup>24</sup> Esses serviços estariam preparados para atender com enfoque generalista às questões de saúde e da disfunção erétil? Existem recursos diagnósticos disponíveis na Atenção Básica e serviços de referência? A informação sobre os fatores desencadeantes e sobre os recursos terapêuticos estão chegando até onde os homens estão?

### Considerações finais

Séculos depois da observação de Aristóteles, continua-se a associar o pênis à figura do macho viril, copulador, reprodutor. Mais que uma estrutura corpórea, componente do sistema reprodutor masculino, o pênis tem significação social.

O envelhecimento e o declínio da sexualidade em am-

bos os parceiros podem representar oportunidade para construir novas possibilidades de relações prazerosas que diversifiquem os elementos e ressignifiquem a sexualidade.

A ampliação das portas de entrada para o sistema de saúde pode favorecer o acesso para a população masculina trabalhadora (feminina também), e o vínculo poderia ser estabelecido nas proximidades de seu lugar de trabalho, reduzindo tempo de deslocamento, absenteísmo e facultando o acesso à promoção, prevenção e tratamento.

Nos serviços de saúde cuja prioridade é o atendimento por clínicos generalistas, ou ainda nos que contam com clínico geral e ginecologista, haverá limitações de vagas para exames diagnósticos e acesso a especialidades, talvez até por pressão de urologistas que, como refere a literatura, mantêm certo atrito com os médicos não especialistas desde a década de 1930 – quando se discutia a andrologia como subespecialidade encarregada de resolver os problemas do homem e a urologia como responsável pelos problemas de vias urinárias.

Nas unidades de Atenção Básica e da ESF, esses recursos terapêuticos devem ser articulados com estratégias de promoção de saúde e intervenções de prevenção coerentes com o perfil epidemiológico da população quanto aos agravos sistêmicos e crônico-degenerativos, com promoção de atividade física, dieta equilibrada, controle de doenças específicas como diabetes, além de ações de saúde mental, promoção de envelhecimento ativo, redução de danos para tabagismo e alcoolismo.

Parece lógico analisar cada caso de provável DE nas unidades de saúde e oferecer o tratamento farmacológico oral, quando necessário, para que se atenda com coerência às metas da política. Todas as opções terapêuticas comprovadamente efetivas e de promoção de saúde deveriam estar disponíveis de acordo com o princípio da integralidade da atenção.

É claro que os recursos farmacológicos orais (inibidores de fosfodiesterase tipo 5) devem estar disponíveis nas unidades básicas e de saúde da família para serem usados de modo racional. No entanto, eles nunca constaram da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do Ministério da Saúde, que orienta as listas de estados e municípios. É um indício de um aspecto inconsistente da PNAISH. Os formuladores de políticas e gerentes de programas de saúde temem a repetição, no âmbito do SUS, do uso indiscriminado desde o advento da sildenafila, em 1998, seja pela oferta na Internet, seja pela compra em farmácias e drogarias (sem respeito à prescrição médica)?

### Referências bibliográficas

1. Abdo CHN, Oliveira Jr WM, Moreira Jr ED, Fittipaldi JAS. Disfunção erétil: resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. *Rev Assoc Med Bras.* 2006; 52(6): 424-9.
2. Acuña Cañas A. Etiología y clasificación de la disfunción erétil. Elementos clínicos y estado del arte. *Rev Urol Colombiana*, 2007;16(1):35-50.
3. Albersen M, Mwamukonda KB, Shindel AW, Lue TF. Evaluation and treatment of erectile dysfunction. *Med Clin NAM.* 2011, 95: 201-212.
4. Andersson KE. Mechanisms of penile erection and basis for pharmacological treatment of erectile dysfunction. *Pharmacol Rev.* 2011;63(4):811-859.
5. Aytac IA, McKinlay JB, Krane RJ. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *BJU Int.*1999;84:50-6.
6. Badinter E. O homem mutilado (Cap I). Em: Badinter E. XY: sobre a identidade masculina. Duque de Estrada MI, tradutor. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1993. p.131-142.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília(DF): Departamento de Atenção Básica, 2007. 4. ed. (Série E. Legislação de saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, 4)
8. Brigueiro M, Maksud I. Aparição do Viagra na cena pública brasileira: discursos sobre corpo, gênero e sexualidade na mídia. *Estudos Feministas.*2009;17(1):296-8.
9. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis: Rev Saúde Col.* 2009;19(3): 659-78.
10. Conrad P, Barker KK. A construção social da doença: insights-chave e implicações para políticas de saúde. Barbarini TA, tradutor. *Idéias.* Campinas. 2011;3:185-220.
11. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface: Comunic Saúde Educ.* 2010;14(33): 257-270.
12. Couto OHC. Tudo azul com o sexual? Viagra e sexualidade. *Reverso.* 2011; 33(61): 83-89.
13. Frank, B. Hegemonic heterosexual masculinity. *Stud Pol Econ.* 1987;24: 159-170.
14. Gomes R. Sexualidade masculina gênero e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
15. Gomes R, Schraiber LB, Couto MT, Valença OAA, Silva GSN, Figueiredo WS, et al. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. *Physis: Rev Saúde Col.* 2011;21(1):113-128
16. Giami A, Nascimento KC, Russo J. Da impotência à disfunção erétil: destinos da medicalização da sexualidade. *Physis: Rev Saúde Col.* 2009;19(3): 637-658.
17. Harte CB, Meston CM. Recreational use of erectile dysfunction medications in undergraduate men in the United States: characteristics and associated risk factors. *Arch Sex Behav.* 2011; 40:597-606.
18. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. T buas completas de mortalidade, 2010 [monografia na internet]. Brasília (DF); 2011[acesso em 24 de maio de 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010/default.shtm>
19. Kalckmann S, Batista LE, Souza LCCF. Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual. In: Adorno RCF, Alvarenga AT, Vasconcellos MPC, organizadores. *Jovens, trajetórias, masculinidades e direitos.* São Paulo: Edusp/ Fapesp: 2005.
20. Kaminsky A, Sperling H, Popken G. Primary and secondary prevention of erectile dysfunction. *Urol A.* 2011;50(10):1265-8.
21. Kim M, Uhl K. Sex and lifestyle drugs: the pursuit of fountain of youth. *Clin Pharmacol Ther.*2011;89(1):3.
22. Laqueur, T W. Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud. Whately V, tradutor. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2001.
23. Laurenti R, Mello Jorge MH, Gotlieb S. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Cien Saúde Col.*2005;10(1):35-46.
24. Machado VR, Bastos S. Indo aonde os homens estão. In: Fernandes MEL, Dowbor TP, Kretzer MR, Gouveia I, Sucupira AC, Menezes L, Resegue R, et al, Organizadores. *AIDS prevenção porta a porta: construindo história de prevenção HIV Aids no PSF na cidade de São Paulo.* São Paulo: Hucitec; 2004. p.141-147.
25. Matheus WE, Fregonesi A, Ferreira U. Disfunção erétil. *Rev Bras Med.* 2009;66(12):85-89.
26. Maturo A. Medicalization: current concept and future directions in a Bionic Society. *Mens Sana Monogr.* 2012;10:122-133.
27. Melnik T. Disfunção erétil. *Diagn Tratam.* 2011;16(2):91-2.
28. Miner MM. Men's health in primary care: an emerging paradigm of sexual function and cardiometabolic risk. *Urol Clin North Am.* 2012;39(1):1-23.

29. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem [portaria na internet]. [Acesso em 24 de maio de 2012] Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html)
30. Ministério Saúde. Decreto 7.508 de 28 junho de 2011. Regulamenta a lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde -SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [decreto na internet]. [Acesso em 16 de junho de 2012]. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/DECRETO%207508%20-%20Regulamentação%20da%20Lei%208080%20dos%20SUS.pdf>
31. Moreira Jr ED, Abdo CHN, Torres EB, Lôbo CFL, Fittipaldi JAS. Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the Brazilian study of sexual behavior. *Urol.* 2001;58:583-8.
32. National Institute of Health - NIH. Consensus Conference. Impotence. NIH consensus development panel on impotence. *JAMA.* 1993; 270(1):83-90.
33. Nunes KP, Webb RC. Mechanisms in erectile function and dysfunction: an overview In: Nunes KP, editor. *Erectile dysfunction - disease - associated mechanisms and novel insights into therapy.* Rijeca, Croatia: Intech;2012. p.2-22.
34. Pinheiro TF, Couto MT; Silva GSN. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. *Interface: Comunic Saúde Educ.* 2011; 15(38): 845-58.
35. Rosen RC, Cappelari JC, Smith MD, Lipsky J, Pena BM. Constructing and evaluating the "Sexual Health Inventory for Men: IIEF-5" as a diagnostic tool for erectile dysfunction (ED). *Int J Impot Res.* 1998; 10:S35-S42.
36. Smith IAR, Mc Lead N, Rashid P. Erectile dysfunction: when tablets doesn't work. *Aust Fam Physic.* 2010;39(5):301-05
37. Nardoza Junior A. Disfunções Sexuais (Cap. 9). Em: Zerati Filho M, Nardoza Junior A, Reis RB.(editores). *Urologia fundamental.* São Paulo: Planmark, 2010. p.87-94.
38. Souza CA, Cardoso FL, Silveira RA, Wittkopf PG. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. *Rev Bras Cardiol.* 2011; 24(3):180-5.
39. The process of care model for evaluation and treatment of erectile dysfunction. The Process of Care Consensus Panel. *Int J Impot Res.* 1999;11(2):59-70; discussion 70-4.
40. Tsertsvadze A, Fink H, Yazdi F, MacDonald R, Bella J. Oral phosphodiesterase-5 inhibitors and hormonal treatments for erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2009; 151:650-61.
41. Van de Graaff KM. *Anatomia humana.* São Paulo: Manole; 2003.
42. Zampieri AMF. *Erotismo, sexualidade, casamento e infidelidade: sexualidade conjugal e prevenção do HIV e da Aids.* São Paulo: Agora; 2004.



# Câncer de pênis, aspectos epidemiológicos e fatores de risco: tecendo considerações sobre a promoção e prevenção na Atenção Básica

## Penile cancer, epidemiologic aspects and risk factors: making considerations about the promotion and prevention in the Primary Attention

Silvia Helena Bastos de Paula<sup>I</sup>, Maria José Leonardo Souza<sup>II</sup>, Juliane Daniee Almeida<sup>III</sup>

### Resumo

O carcinoma de pênis representa 2% dos casos de câncer em homens no país. Embora raro, manifesta-se de forma agressiva por lesões e alterações de coloração da glândula, ou em forma de ferida ou úlcera persistente e tumoração. As lesões situam-se na glândula, no prepúcio ou no corpo do pênis e nos gânglios inguinais. Este artigo explora aspectos epidemiológicos e riscos para câncer de pênis, elabora síntese e breves reflexões a partir de levantamento bibliográfico em fontes disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde. A literatura mostra que o grande desafio seria trazer os homens para o cuidado em saúde, promover autoconhecimento do corpo e higiene adequada do pênis, discutir estilo de vida saudável, evitar o tabagismo e até mesmo parar com essa prática, realizar circuncisão neonatal, assim como estimular os homens quanto à procura de serviços de saúde, uma vez que é necessário conceber espaços de atuação para atender às necessidades da população masculina.

**Palavras-chave:** Câncer de pênis, Saúde do homem, Masculinidade

### Abstract

Penile carcinoma accounts for 2% of the cases of cancer in men in the country. Although rare, it is aggressive and appears as lesions and changes in the coloration of the glans or as wounds or a persistent ulceration and tumor formation. The lesions are situated on the glans, on the prepuce or on the penis body and also in the inguinal nodes. This article explores epidemiologic aspects and risks for penile cancer, and makes a synthesis and a brief reflection based on a review of the literature in available sources in the Virtual Health Library (Biblioteca Virtual de Saúde). Literature shows that the great challenge is to bring men to health care, to promote self-knowledge of the body and appropriated hygiene of the penis, to discuss a healthy lifestyle, to avoid tobaccoism and even to stop this practice, to undergo neonatal circumcision, as well as to stimulate men to seek for health services, once it is necessary to conceive proper spaces for the needs of the men population.

**Keywords:** Penile cancer, Men's health, Masculinity

<sup>I</sup> Silvia Helena Bastos de Paula (silviabastos@isaude.sp.gov.br) é enfermeira, doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado de São Paulo e pesquisadora científica III do Núcleo de Práticas do Instituto de Saúde

<sup>II</sup> Maria José Leonardo Souza (mjos.leonardi@gmail.com) é biomédica, doutora

em Ciências com concentração em oncologia pelo Hospital do Câncer de São Paulo, pesquisadora em patologia dos tumores e transição epitélio-mesênquima

<sup>III</sup> Juliane Daniee Almeida (judaniee@hotmail.com) é estagiária da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap) no Núcleo de Práticas do Instituto de Saúde e graduanda em enfermagem pela Faculdade Santa Marcelina



### Introdução

O carcinoma de pênis é raro e manifesta-se por lesões e alterações de coloração da glande, ou em forma de ferida ou úlcera persistente ou tumoração situada na glande, no prepúcio ou no corpo do pênis e nos gânglios inguinais. O estreitamento do prepúcio é um fator de predisposição para este agravo. Embora se trate de um problema pouco discutido, menos debatido que o câncer de próstata, o qual é prioridade na política de saúde do homem, o câncer de pênis causa sérios problemas em razão do diagnóstico tardio, e há estudos que estabelecem sua relação com a infecção pelo HPV (*human papillomavirus* – papilomavírus humano), que é uma doença sexualmente transmissível<sup>22</sup>.

Os conflitos subjacentes a esse problema envolvem qualidade de vida, sexualidade e masculinidade. Badinter<sup>1,9</sup> considera o pênis um símbolo associado à identidade masculina do homem viril e à masculinidade hegemônica – e doenças do pênis ou as consequências da amputação afetam a condição de narciso.

O pênis está envolto com questões delicadas de identidade e crenças com relação à sexualidade<sup>9</sup>. A nossa cultura ainda valoriza o mito de Príapo, deus da antiguidade grega, que relaciona a masculinidade quase que exclusivamente com a forma e a ereção do pênis, e seu tamanho avantajado relaciona-se com fartura nas colheitas, prosperidade e felicidade<sup>7</sup>.

O mito da invulnerabilidade masculina é contestado desde a década de 1970<sup>1,31,32</sup>, quando apareceram questões e estudos sobre masculinidade. Desde 1984 a legislação brasileira registra conquistas de saúde sexual e reprodutiva obtidas inicialmente pela inclusão de direitos das mulheres na assistência integral à saúde e posteriormente ampliada para atender a reivindicações de outros movimentos sociais, principalmente de homossexuais e lésbicas, juntos na luta contra a Aids. Assim, esses movimentos contribuíram para incorporação da sexualidade e direitos na política de saúde, mas somente em 2008, no Sistema Único de Saúde (SUS), consolidou-se proposta para os homens ao se proverem cuidados de saúde sexual e reprodutiva em política específica<sup>14</sup>.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)<sup>4</sup>, regulada pela Portaria do Ministério da Saúde n. 1.944, de 27 de agosto de 2009, tem como diretriz central a integralidade da atenção à saúde da população masculina em dois eixos de atenção: atendimento às necessidades de saúde do homem, ao promover o acesso a graus de crescente utilização de complexidade tecnológica pelo SUS, garantindo acesso a ações de promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação; e entendimento transdisciplinar das questões de saúde do homem como fenômenos biopsicossociais e culturais.

A instituição de política específica para tratar de questões de saúde do homem deve considerar que a popula-

ção masculina tem valores e símbolos que incluem força, potência, competição, poder e patrimônio como elementos próprios de sua identidade<sup>1,7,9,26</sup>. Partindo desta constatação, a enfermidade pode ser percebida como estado depreciativo, pois é situação que denota fragilidade e pode causar insegurança e dependência. Portanto, é natural que se constitua em barreira para a busca e utilização de serviços de saúde de significativa parte desta população<sup>17</sup>.

Quando o homem adoce e precisa ir ao serviço de saúde, o que está em jogo é muito mais que sua saúde física ou mental. Trata-se de população ligada à força de trabalho e à produção de riquezas; e ainda por ser o homem o principal provedor da sua família, estar apto ao trabalho é condição socialmente reconhecida para se ter dignidade humana<sup>31</sup>.

Ainda que o câncer de pênis (CP) seja um evento raro, a associação dele com HPV – que também infecta 25% das mulheres<sup>23</sup> – e os tratamentos agressivos multiladores, quando os casos são diagnosticados em estádios avançados, são razões para explanação do tema quanto a aspectos epidemiológicos, riscos e efetivas estratégias de prevenção.

## Método

Trata-se de um estudo exploratório sobre câncer de pênis, seus aspectos epidemiológicos, fatores de risco e estratégias de promoção e prevenção específica de saúde masculina.

Realizou-se levantamento na Biblioteca Virtual de Saúde, por meio dos descritores câncer de pênis e fatores de risco. Obtiveram-se 226 trabalhos, dos quais foram selecionados inicialmente 34 de acesso livre; destes, 11 foram incluídos pelo critério de edição nos últimos cinco anos (2008-2012), nos idiomas português, espanhol e inglês. Incluiu-se também busca no PubMed por trabalhos de referência e em outras fontes para a busca por legislações, manuais de sociedades científicas e livros cujos temas contribuíssem para descrição ou compreensão do problema. Os achados foram ordenados segundo: aspectos epidemiológicos, fatores de risco, masculinidade, repercussões para a saúde e estratégias de prevenção.

## Resultados

### *Aspectos epidemiológicos do carcinoma de pênis*

O carcinoma de pênis não é doença frequente nos países desenvolvidos, correspondendo de 0,4% a 3%

de todas as neoplasias malignas. O aumento da incidência ocorre a partir da sexta década de vida, sendo infrequente em adultos abaixo de 30 anos, e raramente descrito em crianças<sup>15,13,31</sup>.

Nos Estados Unidos, esse tipo de câncer tem incidência de 0,4 a 1 por 100.000 e representa 0,4% a 6% de todas as doenças malignas<sup>5</sup>. Para países em desenvolvimento é problema importante de saúde, pois em algumas regiões da África, da Ásia e da América do Sul chega a corresponder até 10% das neoplasias malignas no homem<sup>33</sup>.

A maior incidência dessa neoplasia no mundo é nas regiões de Barshi, Paranda e Bhum, na Índia (3,32/100.000 habitantes), e os menores índices encontram-se entre os judeus nascidos em Israel e nos Estados Unidos (0/100.000 e 0,07/100.000, respectivamente)<sup>16</sup>. Em estudo realizado nos registros de câncer de pênis da Dinamarca no período de 1943 a 1990, em 1.523 homens com câncer epidermoide, de 22 a 95 anos na ocasião do diagnóstico, verificou-se decréscimo de 0,5% a cada ano no número de casos novos e associação significativa para homens solteiros. Em judeus postectomizados no nascimento, a incidência de câncer de pênis é nula. Nos homens em geral, há aumento da incidência a partir da sexta década de vida<sup>13,15,18,33,40</sup>.

As estimativas de câncer do Instituto Nacional de Câncer (Inca)<sup>22</sup> do Ministério da Saúde para 2010 não apontavam o CP como um dos mais frequentes no país, pois representa 2,1% de todos os tipos de câncer entre homens, mas sua ocorrência é 15% mais alta no Norte e no Nordeste, em que existem condições socioeconômicas mais precárias, com incidência de 1,3 a 2,7 por 100 mil. O levantamento aponta ainda que 90% dos pacientes que apresentam CP, quando procuram pelo serviço de urologia, o fazem com doença avançada, com tumor grande e linfonodos aumentados<sup>5,35</sup>.

Em 2006 e 2007, a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), ao realizar um estudo epidemiológico, identificou 283 novos casos de CP no Brasil – destes, 53,02% ocorreram no Norte e no Nordeste, e 45,54% no Sudeste. A maioria dos pacientes (78%) tinha mais de 46 anos, e 7,41% menos de 35 anos. Um dado chama a atenção: 60,4% tinham fimose, o que dificultava a exposição da glândula e sua higiene. Entre os 283 participantes da pesquisa, 6,36% estavam infectados pelo HPV, e 73,14% eram tabagistas. Em algumas regiões de maior incidência, o CP corresponde de 2,9% a 6,8% casos/100.000

habitantes. Nessas regiões de maior ocorrência, o câncer de pênis supera os casos de cânceres de próstata e de bexiga. De acordo com este estudo, o perfil do homem com CP no país é predominantemente de baixa renda, branco, não circuncidado, vivendo nas regiões Norte e Nordeste do país<sup>12,22</sup>.

O Inca registrou 4.637 casos de câncer de pênis em 2009; destes, 363 homens morreram no ano de 2010. Ainda segundo estimativas do Inca, ocorrerão no país, em 2012, 257.870 casos novos de câncer em homens, e destes estima-se que 2% serão de câncer de pênis<sup>22</sup>.

#### Os fatores de risco para o desenvolvimento do carcinoma de pênis

Os fatores de risco que aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar câncer de pênis são: falta de higiene, produção de esmegma e retenção de células descamativas e resíduos da urina na glândula – que podem causar irritação crônica com ou sem infecção bacteriana na glândula ou no prepúcio –, persistência de fimose, baixo padrão socioeconômico, efeitos de irritação crônica da pele e o número de parceiros sexuais<sup>22</sup>.

O esmegma é referido em alguns estudos<sup>30,37</sup>, segundo os quais essa substância produzida por secreção lubrificante e por descamação das células epiteliais da face interna do prepúcio, e que se acumula em homens com má higiene íntima, particularmente aqueles que têm fimose, seria um agente carcinogênico, pela conversão de esteróis esmegmáticos em esteróis carcinogênicos pelo *Mycobacterium smegmatis*<sup>30,40</sup>. Ainda não há consenso científico quanto a esta associação causal<sup>39</sup>.

Antecedentes de doenças venéreas, infecção pelo papilomavírus humano (HPV), uso de tabaco, radiação ultravioleta, líquen crônico e balanite xerótica obliterante pelo HPV estão associadas com a doença. Entre as complicações diretas também está o aumento de gânglios nas virilhas (linfonodos aumentados), que podem ser sinais de metástases com trágicas repercussões<sup>3,6,12,18,22</sup>.

Muitos estudos sugerem que HPV tipo 16 é de alto risco para a mucosa do pênis e estaria envolvido na patogênese de um grupo de carcinomas do pênis. Estudos

recentes indicam cerca de 40% de prevalência do HPV em lesões neoplásicas penianas<sup>3,5,15,24,37</sup>.

Entre as notificações de DST ao Ministério da Saúde, a infecção pelo HPV foi de 23,4%, sendo atualmente a mais comum em nosso país, e considerada doença pré-cancerígena em muitos casos assintomáticos ou quando apresenta apenas prurido persistente<sup>21</sup>. A infecção pelo HPV em carcinomas de pênis foi demonstrada pela primeira vez no Brasil na década de 1980 e relacionada com o aumento da expressão da proteína citoplasmática p53, que atua na manutenção da integridade das moléculas e impede a multiplicação de células defeituosas ativando mecanismos de apoptose<sup>IV</sup> ou senescência<sup>IV</sup>, e esta alteração influi no pior prognóstico dos pacientes<sup>3,23</sup>.

O HPV afeta o epitélio escamoso da genitália masculina da mesma forma que a feminina, incluindo a formação de condilomas e a transformação neoplásica<sup>32,34</sup>. Os HPV 6 e 11 são os mais comumente ligados a lesões não displásicas, como verrugas genitais, podendo ser encontrados no carcinoma verrucoso, enquanto os tipos 16, 18, 31 e 33, entre outros, estão relacionados com carcinoma *in situ* e invasivo. O HPV 16 é o mais frequentemente identificado na lesão primária, tendo sido descrito em lesões metastáticas<sup>18,26,38,39</sup>.

O uso do tabaco também tem sido apontado como um fator etiológico<sup>19,28,29</sup>, ratificando ainda mais a hipótese de que o fumo causa câncer em todo o epitélio malpighiano (pavimentoso, estratificado e não-queratinizado), independentemente do contato direto das substâncias do fumo com o tecido. Há indícios, inclusive, de que se trata de um fator dose dependente, embora essa relação careça ainda de melhores estudos<sup>19</sup>.

Outro comportamento de risco é a zoofilia, referido por estudo de caso-controle realizado em 16 centros de urologia do país, com 118 pacientes e 374 controles sadios entrevistados entre 2009 e 2010, para investigar as características de comportamento com relação a sexo com animais e suas associações com câncer de pênis. Verificou-se que 171 (34%) tiveram contato sexual com animais de 4,4 a 5,3 anos antes da pesquisa; desses, 44,9% tinham câncer de pênis, e 31,6% eram entrevistados sadios<sup>41</sup>.

<sup>IV</sup> Apoptose é morte celular programada e fragmentação de células defeituosas que são fagocitadas sem causar processo inflamatório. Senescência é um processo metabólico ativo do envelhecimento celular. Ocorre por meio de programa genético que envolve deterioração dos telômeros e ativação de genes supressores

## Repercussões do carcinoma de pênis na saúde e na masculinidade

Geralmente o câncer de pênis inicia-se como uma lesão na glândula, que, ao não ser tratada, estende-se para o prepúcio e se infiltra nos tecidos adjacentes, como o tecido subepitelial conjuntivo, o corpo esponjoso e o corpo cavernoso, até invadir órgãos próximos como próstata e bexiga, levando, além da amputação, a danos mais extensos<sup>41</sup>.

Os padrões morfológicos de crescimento e o desenvolvimento do carcinoma epidermoide de pênis apresenta-se em quatro padrões principais: crescimento superficial, crescimento vertical, verrucoso e multicêntricos. O “crescimento superficial” ocorre quando o tumor é plano, de padrão epidermoide pouco invasivo, e corresponde a 1/3 dos casos; o “crescimento vertical” é uma grande lesão ulcerada com padrão de crescimento sólido, agressivo e invasivo, ocorrendo em 20% dos pacientes; o “verrucoso” é lento, com três padrões histológicos: verrucoso propriamente dito, papilar e condilomatoso, que apresentam baixo índice de metástases; os “multicêntricos” são definidos por duas ou mais lesões separadas por tecido benigno. São tumores raros, sendo mais comuns no prepúcio, e podem estar associados a líquen escleroso<sup>29</sup>.

O sistema de classificação de câncer de pênis segundo o American Joint Committee se baseia no critério TNM<sup>37</sup>, ou seja: T = extensão tumoral; N = extensão do comprometimento do linfonodo; e M = presença de metástase. Esses são característicos importantes na determinação quanto ao prognóstico que visa avaliar a doença em vários aspectos, principalmente em relação à invasão angiolinfática<sup>11,37</sup>.

O tratamento cirúrgico convencional para carcinoma peniano envolve penectomia parcial ou radical com margem de segurança de 2 cm. Essa abordagem é realizada no Brasil em 60% dos casos, o que demonstra a elevada morbidade existente no diagnóstico de câncer de pênis em nosso meio<sup>41</sup>. Ambas as opções cirúrgicas conseguem controle local adequado, mas tanto a doença quanto seu tratamento causam grande repercussão psicológica na vida do homem afetado por ela. A questão da identidade sexual e a baixa qualidade de vida ou a diminuição do seu bem-estar são alguns dos efeitos negativos.

Os pacientes com CP submetidos à cirurgia de penec-

tomia, entre outras cirurgias, também podem apresentar distúrbios psiquiátricos<sup>24</sup>. Em um estudo realizado em 2007 e 2008, no qual foram acompanhados 15 homens submetidos à penectomia no Hospital do Câncer de Pernambuco<sup>2</sup>, as principais queixas verbalizadas pelos homens foram de natureza emocional, como insônia, ideia de suicídio, medo e tristeza intensa.

## Discussão

A atenção à saúde do homem, pela característica desta população e por sua inserção social no campo da produção e da economia do país, de forma prioritária, tem sido objeto de preocupações quanto a evitar equívocos cometidos quando da inserção e medicalização<sup>17,27,36</sup> dos corpos femininos com a Política Integral de Saúde da Mulher [Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher] (PAISM), que afetou a autonomia das pessoas, tanto pela medicalização quanto pelo desprezo de práticas culturais da comunidade e do cuidado autônomo de saúde.

A identificação oportuna do CP influi de maneira decisiva no seu prognóstico, pois se for feita logo no início, o câncer de pênis é tratável e tem grande possibilidade de cura. No entanto, considerando os aspectos culturais da masculinidade<sup>17,31,38</sup> e a natureza das barreiras para busca e utilização de serviços de saúde, deve-se levar em conta que muitos sentem medos, receios e vergonha relacionados à descoberta de doenças e se intimidam diante de situações como, por exemplo, um tratamento injetável ou um sangramento e intervenções no órgão sexual, o que lhes pareceria particularmente ameaçador, adiando assim a busca por ajuda.

É importante refletir o que seriam serviços acessíveis e culturalmente aceitáveis para a dinâmica de vida da população masculina em determinado território. As unidades de saúde estão estruturadas para atender preferentemente a população feminina<sup>17,36</sup>, em especial a que não trabalha fora do lar. Os profissionais de saúde mais atentos verificam o desconforto que os homens sentem quando estão na sala de espera desses serviços, condição que de fato se constitui em barreira para acesso e vínculo com o serviço, pela estranheza da situação, pelo tempo despendido e impessoalidade que pode ocorrer nos serviços.

O problema de acesso e também de gestão já se estabelece nos atendimentos que são oferecidos apenas em horário diurno e em expediente de trabalho, o que deixa os homens reféns do pronto atendimento ou dos

balcões de farmácias. É necessário levar em conta que significativa parte da população de homens e mulheres está em seu lugar de trabalho nos mesmos horários em que os serviços abrem suas portas e iniciam suas atividades internas ou de campo no seu território<sup>17</sup>.

É necessário pensar que quando um homem com uma DST ou com problemas a esclarecer no pênis ou na genitália deseja atendimento, um critério de acolhimento é a privacidade, o sigilo, a confiança e a discrição, num atendimento ágil com a menor exposição possível, e jamais por meio de agendamento de consulta ou intermediação de agentes comunitários.

Também é necessário que as ações de promoção dialoguem com as concepções de saúde da população masculina, sobre suas doenças ou possibilidades de adoecimento, que não são uniformes de um bairro para outro. Mesmo nas diferentes faixas de idade o perfil do homem está mudando e incorporando novas configurações, adotando novos valores, embora ainda predominem valores da masculinidade hegemônica<sup>1,4,17,27,36</sup>.

### Considerações finais

Os estudos consultados convergem para a influência do HPV na questão do câncer de pênis – tabagistas, homens incircuncidados e com higiene insuficiente estão sob maior risco. A busca tardia pelos serviços é apontada como causa de diagnósticos de tumores em estadiamento avançado e menor sobrevida.

Para envolver os usuários na atenção básica e nos cuidados de saúde para prevenir o CP e promover a saúde sexual dos homens, a literatura aponta para a importância da busca regular por cuidados de saúde, pois o aconselhamento junto da prevenção de DST e uso de preservativo previne e favorece o diagnóstico oportuno, ampliando as chances de cura e reduzindo a necessidade de procedimentos que levam necessariamente à mutilação.

Assim, a integralidade que se busca na política pública de saúde do homem poderia se fortalecer por meio da construção de redes intersetoriais para promoção de saúde em que a iniciativa privada e a ideia de “ir aonde os homens estão” poderia se tornar um eixo para o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde com parceria social.

Por fim, profissionais que trabalham com homens poderiam privilegiar dinâmicas em pequenos grupos de reflexão, nos quais os usuários pudessem ser ouvidos com mútuo enriquecimento e aumento da compreensão de todos quanto a necessidades de saúde e à própria

natureza dos serviços e dos cuidados a serem dispensados por eles. Essas dinâmicas deveriam incluir questões sobre respeito à vida, violência em geral, uso de drogas, paternidade e sexualidade, compartilhando experiências e criando caminhos para resolução dos problemas.



### Referências bibliográficas

1. Badinter E. XY: sobre a identidade masculina. Estrada MID, tradutor. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1993. O homem mutilado; cap.1, p.131-142.
2. Barros EM, Melo MCB. Câncer de pênis: perfil sócio-demográfico e respostas emocionais à penectomia em pacientes atendidos no Serviço de Psicologia do Hospital do Câncer de Pernambuco. *Rev SBPH*. 2009;12(1):99-111.
3. Bezerra ALR, Lopes A, Landman G, Alencar GN, Torloni H, Villa LL. Clinicopathologic features and human papillomavirus DNA prevalence of warty and squamous cell carcinoma of the penis. *Am J Surg Pathol*. 2001;25:673-8.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília; 2008. [acesso em 20 de junho de 2012]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html)
5. Carvalho JJM, Moreira R, Vedovato BC, Silva DB, Carvalho JZM, Trevizo AP, et al. Câncer de pênis em jovem de 23 anos associado a infecção por HPV-62: relato de caso. *DST J bras Doenças Sex Transm*. 2011; 23(1):44-47.
6. Carvalho NS, Kannenberg AP, Munaretto C, Yoshioka D, Absy MCV, Ferreira, MA, Tambara Filho R. Associação entre HPV e câncer peniano: revisão de literatura. *DST J bras Doenças Sex Transm*. 2007;19(2):92-5.
7. Cavalcanti M. Sexualidade humana: uma perspectiva histórica. *Rev Bras Sexual Hum*. 1990; 1:43-51.
8. Dennis EJ, Heins HC, Latham E, Mciver FA, Pratt-Thomas HR. The carcinogenic effector human smegma: an experimental study. I. Preliminary report. *Cancer*. 1956;9:671-80.
9. Dorais M. O erotismo masculino. Gonçalves ME, Sobral AU, tradutores. São Paulo: Loyola;1994.
10. Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn IA. Pathology and genetics tumours of the urinary system and male genital organs. Lyon: IARC; 2004. (IARC WHO Classification of Tumours, 6).
11. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti. *AJCC cancer staging manual*. 7.ed. New York: Springer-Verlag; 2009. Penis; p.447-55.
12. Favorito LA, Nardi AC, Ronalsa M, Zequi SC, Sampaio FJ, Gliana S. Epidemiologic study on penile cancer in Brazil. *Int Braz J Urol* 2008; 34:587-93.
13. Ficarra V, Martignoni G, Maffei N, Cerruto MA, Novara G, Cavalleri. S, et al. Predictive pathological factors of lymphnode involvement in the squamous cell carcinoma of the penis. *Int Urol Nephrol*. 2002; 32:245-50.
14. Figueiredo R, Bastos S. Saúde e direitos sexuais e reprodutivos: o Poder Judiciário deve garantir o acesso à contracepção de emergência. In: Keinert TMM, Bastos de Paula SH, Bonfim JRA, organizadores. *As ações judiciais no SUS e a promoção do direito saúde*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009. p.119-126. (Série Temas em Saúde Coletiva, 10)
15. Frisch M, Friis S, Kjaer SK, Melbye M. Falling incidence of penis cancer in an uncircumcised population. *BMJ* 1995; 311:1471.
16. Gloeckler-Reis LA, Reichman ME, Lewis DR, Hankey BF, Edwards BK. Cancer survival and incidence from the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) program. *Oncologist*. 2003;8(6):541-52.
17. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23:565-74.
18. Guimarães GC, Rocha RM, Zequi SC, Cunha IW, Soares FA. Penile cancer: epidemiology and treatment. *Curr Oncol Rep*. 2011; 13:231-9.
19. Hellberg D, Valentin J, Eklund T, Nilsson S. Penile cancer: is there an epidemiological role for smoking and sexual behavior? *Br Med J*. 1987; 1295:1306-8.
20. Hospital A.C. Camargo. Pênis [monografia na internet]. São Paulo;2012 [acesso em 10 maio 2012]. Disponível em: <http://www.accamargo.org.br/tudo-sobre-o-cancer/penis/46/21>.
21. Hossne R S. Prevalência de papiloma vírus (HPV) perianal assintomático em pacientes portadores de HPV genital tratados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu *Rev bras colo-proctol [periódico na internet]*. 2008 [20 de maio de 2012]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802008000200011>.
22. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: Inca; 2011. 118 p.
23. Koifman L, Vides AJ, Koifman J, Carvalho JP, Ornellas AA. Epidemiological aspects of penile cancer in Rio de Janeiro: evaluation of 230 cases. *Int braz j urol*. 2011; 37(2):231-243.
24. Maddineni SB, Lau MM, Snagar VK. Identifying the needs of penile cancer sufferers: a systematic review of the quality of life, psychosexual and psychosocial literature in penile cancer. *BMC Urol [periódico na internet]*. 2009. [2 de maio de 2012]; 9:8. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2490/9/8>.
25. Minhas S, Manseck A, Watya S, Hegarty PK. Penile cancer: prevention and premalignant conditions. *Urology*. 2010; 76(2 Suppl): S24-35.
26. Moscicki AB, Palefsky JM. HPV in men: an update. *J Low Genit Tract Dis*. 2011;15(3): 231-4.

27. Nascimento ARA, Trindade ZA, Gianordoli-Nascimento, IF, Pereira, FB, Silva, SA T, Cerello A C. Masculinidades e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte - MG. *Saúde Soc.* 2011; 20(1):182-194.
28. Nolasco S. O mito da masculinidade. Rio de Janeiro: Rocco; 1995.
29. Sociedade Brasileira de Urologia. Carcinoma do pênis - Parte II. (Projeto Diretrizes) [monografia na internet]. 2006 [acesso em 12 março 2012]. Disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/6\\_volume/13-CarcinomaPenisPartell.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/6_volume/13-CarcinomaPenisPartell.pdf).
30. Raju GC, Naraynsingh V, Venu PS. Carcinoma of the penis in the West Indies: a Trinidad Study. *Trop Geogr Med.* 1985;37(4):334-6.
31. Ramos M Z, Tittoni J, Nardi H C. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. *Cad Psicol Trab.* 2008;11(2):209-216.
32. Reis AAS, Paula LB, Paula AAP, Saddi VA, Cruz AD. Aspectos clínico-epidemiológicos associados ao câncer de pênis. *Ciêns Saúde Coletiva* 2010;15(Suppl 1):1105-11.
33. Salvioni R, Necchi A, Piva L, Colecchia M, Nicolai N. Penile cancer. *Urol Oncol.* 2009;27:677-85.
34. Sarkar FH, Miles BJ, Plieth DH, Crissman JD. Detection of human papillomavirus in squamous neoplasm of the penis. *J Urol.* 1992;147:389-92.
35. Scheiner MA, Campos MM, Ornellas AA, Chin EW, Ornellas MH, Andrada-Serpa MJ. Human papillomavirus and penile cancers in Rio de Janeiro, Brazil: HPV typing and clinical features *Int Braz J Urol.* 2008;34:467-76.
36. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(5):961-970.
37. Shabad AL. Some aspects of etiology and prevention of penile cancer. *J Urol.* 1964; 92:696-702.
38. Sobin LH, Wittekind C. TNM classificação de tumores malignos. 6.ed. Rio de Janeiro: INCA; 2004. Tumores urológicos: pênis; p.187-9.
39. Souza K W, Reis Paula E D, Gomes I P, Carvalho E C. Estratégias de prevenção para câncer de testículo e pênis: revisão integrativa. *Rev esc. enferm. USP.* 2011;45(1):277-282.
40. Tsen HF, Morgenstern H, Mack T, Peters RK. Risk factors for penile cancer: results of a population based case-control study in Los Angeles County (United States). *Cancer Causes Control.* 2001; 12:267-77.
41. Zequi SD, Guimarães GC, Fonseca FP, Ferreira U, Matheus WE, Reis LO, et al. Sex with Animals (SWA): behavioral characteristics and possible association with penile cancer. A Multi-center Study. *Journal of Sexual Medicine.* doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02512.x

# A experiência bem-sucedida do Centro de Referência da Saúde do Homem no tratamento da hiperplasia benigna da próstata

## The well succeeded experience of the Reference Center for Men's Health (Centro de Referência da Saúde do Homem) on the treatment of benign prostatic hyperplasia

Joaquim de Almeida Claro<sup>1</sup>

### Resumo

O crescimento não-cancerígeno da próstata, conhecido como hiperplasia prostática benigna (HPB), é extremamente comum, atingindo entre 50% e 80% dos homens. Os sintomas mais comuns são jato fraco e fino, dificuldade miccional, acordar à noite para urinar, urinar muitas vezes, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga, urgência e retenção urinária. Também podem surgir insuficiência renal, infecção e falência da bexiga. Embora os sintomas iniciais sejam discretos, existe importante comprometimento da qualidade de vida. Nos Estados Unidos, 38 milhões de homens procuram tratamento para HPB e 1,5 milhão de cirurgias são realizadas anualmente. Tradicionalmente, a ressecção endoscópica da próstata exigia hospitalização de quatro dias, com sangramento importante, podendo causar insuficiência renal, com necessidade de UTI e hemodiálise. Modernamente, realizamos no Centro de Saúde do Homem a fotoablação com laser de diodo de 250 W (Urobeam-Dornier) com excelentes resultados, mesmo em próstatas muito grandes, ou em pacientes em retenção urinária. A cirurgia com laser Urobeam é realizada sem nenhum sangramento, sem insuficiência renal e sem internação, com economia de US\$ 800,00 a US\$ 4.000,00, dependendo da instituição e da condição clínica do paciente.

**Palavras-chave:** Hiperplasia prostática benigna, Fotoablação com Laser Urobeam, Ressecção endoscópica da próstata

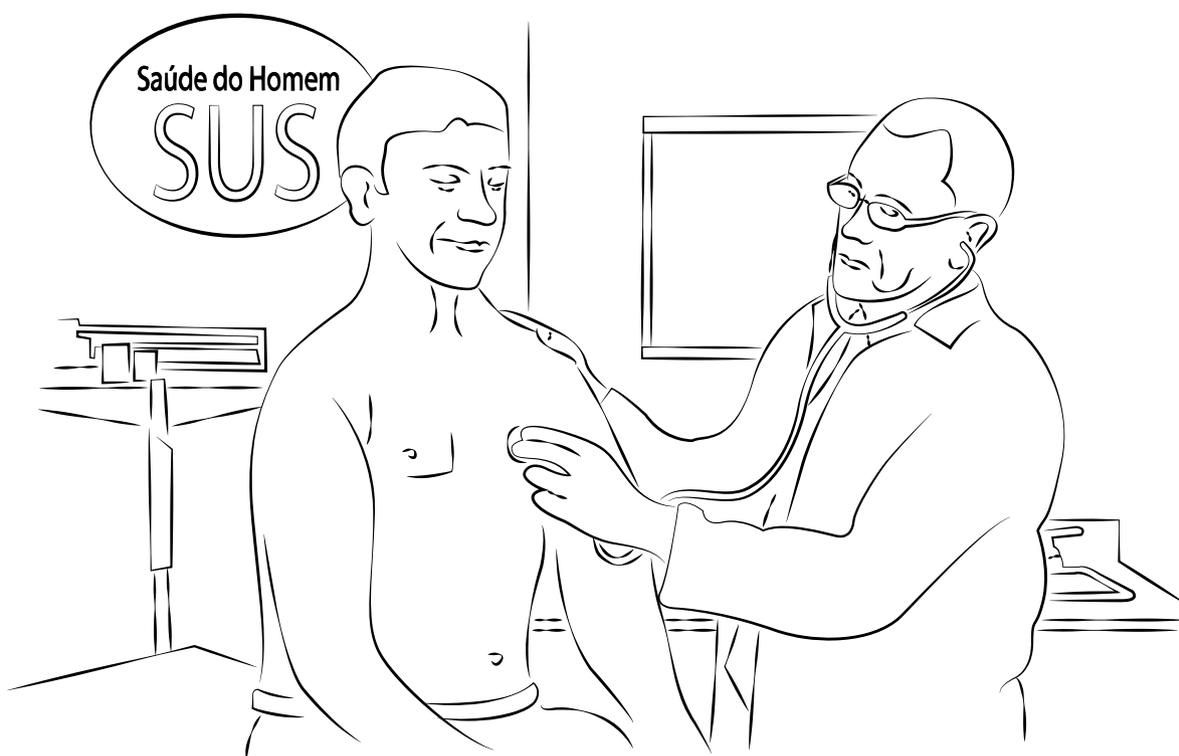
### Abstract

The non-cancerous growth of the prostate, known as benign prostatic hyperplasia (BPH), is extremely common and commits between 50% e 80% of the men. The most usual symptoms include weakness of urinary stream, urinary hesitancy, getting up at night to void, high urinary frequency, a feeling of incomplete bladder emptying, urgency and urinary retention. Renal insufficiency, infection and bladder collapse are also possible. Although the initial symptoms are discreet, there is a severe impact on the quality of life. In the United States, 38 million of men seek for BPH treatment and 1.5 million of surgeries are carried out annually. Traditionally, the endoscopic resection of prostate required a four-day hospitalization, with significant bleeding, that could cause renal insufficiency, with the need of ICU and hemodialysis. Presently, we carry out in the Center for Men's Health the photoablation with diode laser of 250 W (Urobeam-Dornier) that brings excellent results, even in very large prostates or in patients with urinary retention. The Urobeam laser surgery is conducted with no bleeding, no risk of renal insufficiency and no need of hospitalization, with a saving from US\$ 800.00 to US\$ 4,000.00, depending on the institution and the clinical condition of the patient.

**Keywords:** Benign prostatic hyperplasia, Photoablation with Diode Laser Urobeam, Endoscopic resection of prostate

<sup>1</sup> Joaquim de Almeida Claro [joaquimclaro@hotmail.com] é coordenador do Centro de Referência da Saúde do Homem, da Associação Paulista de Desenvolvimento da Medicina (SPDM), da Secretaria da Saúde do Estado de

São Paulo; professor livre-docente de urologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e Scholar - secção de laser - da Universidade de Hamamatsu, Japão



**A** hiperplasia prostática benigna (HPB), suas repercussões e seu tratamento representam um desafio tão antigo quanto a própria medicina. Nos países mais desenvolvidos, com alto índice de desenvolvimento humano (IDH), desde há muito tempo a hiperplasia prostática benigna é considerada um importante problema de saúde pública<sup>8</sup>.

Mais recentemente, com o aumento da expectativa de vida e, portanto, com o envelhecimento da população masculina no Brasil, em particular no estado de São Paulo, onde os homens apresentavam expectativa de vida semelhante à Europa, as complicações e o tratamento da hiperplasia benigna da próstata devem merecer posição de destaque nos programas de saúde pública. Centros de excelência, ou seja, hospitais bem geridos, com equipamentos de última geração e urologistas de alto nível, estão aptos a conciliar a melhor atenção ao paciente, com procedimentos minimamente invasivos, atendimento em caráter de hospital-dia (ambulatorial), pronto retorno do paciente à atividade profissional e índice baixíssimo de complicações, com uma economia muito significativa para sua fonte pagadora.

### Repercussões da hiperplasia prostática benigna (HPB)

A HPB leva ao aparecimento de alterações miccionais que resultam de três mecanismos fisiopatológicos: a obstrução infravesical (da próstata) propriamente

dita, a reação do músculo detrusor, ou seja, do músculo da bexiga a essa obstrução e também a estímulos neuronais gerados pela próstata<sup>8</sup>.

Os pacientes com HPB apresentam sintomas obstrutivos e irritativos. Os sintomas obstrutivos são dificuldade e esforço miccional, jato urinário fraco e fino, hesitação (dificuldade e demora para iniciar o jato urinário) e esvaziamento incompleto da bexiga, com presença de resíduo urinário pós-miccional. Os sintomas irritativos são urgência e incontinência (dificuldade ou incapacidade de controlar a urina), nictúria (acordar numerosas vezes à noite para urinar) e polaciúria (urinar várias vezes por dia). Naturalmente, muitos desses sintomas acabam por ser explicados tanto pelo fator obstrutivo quanto pelo irritativo. Embora o processo de hiperplasia se inicie logo aos 30 anos de idade, é a partir dos 50 anos que a grande maioria dos homens começa a apresentar algum ou vários dos sintomas relatados. Assim, conforme já salientamos, o envelhecimento apresenta um papel marcante na sintomatologia da HPB. Aos 70 anos, o risco de retenção urinária aguda é 6 (seis) vezes maior que aos 50 anos, podendo chegar a 15% dos pacientes não tratados<sup>13,15</sup>.

Outras complicações frequentes dos pacientes com HPB não tratados são infecção urinária (5%), hematúria, ou seja, presença de sangue na urina (1% a 3%), litíase vesical, ou seja, pedra na bexiga (5%), insuficiência renal aguda (3%) e falência vesical, ou seja, perda com-

pleta da capacidade de contração da bexiga<sup>4,12</sup>.

De qualquer forma, mesmo na ausência dessas graves e relativamente frequentes complicações, a HPB causa importante comprometimento da qualidade de vida dos pacientes, levando a alterações significativas nos padrões de sono e nas atividades diárias, principalmente no aspecto profissional<sup>8,13</sup>.

### Diagnóstico

O diagnóstico da hiperplasia benigna da próstata é relativamente simples. A rigor, todo homem com mais de 40 anos, ou com algum sintoma urinário, deve ser avaliado.

Inicialmente, durante a consulta, o paciente deve responder a um questionário – *International Prostate Symptom Score (IPSS)* ou *American Urological Association Symptom Index (AUA-SI)* – que vai nos permitir classificar a gravidade das repercussões da HPB. A seguir deve ser realizado o toque retal. Os exames complementares devem incluir avaliação da função renal, dosagem do antígeno específico prostático (PSA) e ultrassonografia de todo o trato urinário.

### Tratamento cirúrgico da hiperplasia benigna da próstata

Pacientes com sintomas graves, com piora importante da qualidade ou com repercussão significativa da HPB em relação à função renal, funcionamento vesical ou anatomia do trato urinário, devem ser submetidos a tratamento cirúrgico da HPB<sup>3,4,8,10,14</sup>.

Em 2000, houve 4,5 milhões de consultas por HPB, nos Estados Unidos, e o governo gastou US\$ 1,1 bilhão apenas com internações por HPB<sup>4</sup>. Ao se estudarem apenas os arquivos do Medicare, verificou-se que as cirurgias para HPB aumentaram de cerca de 88.000, em 1999, para mais de 127.000 procedimentos em 2005<sup>14</sup>.

Tradicionalmente, o padrão ouro de tratamento da HPB é ressecção endoscópica da próstata, realizada por via transuretral, ou seja, pelo canal da urina, com utilização de irrigação com água destilada ou solução de manitol (açúcar). Contudo, mudanças no hábito de vida e preferência dos pacientes, complicações da ressecção transuretral da próstata (RTUp), desenvolvimento de tecnologia moderna, eficaz e segura, além do processo de desospitalização, com cirurgias realizadas em caráter de hospital-dia, levaram a grande aumento dos procedimentos minimamente invasivos, realizados sem internação do paciente. Desde 1999, quando pratica-

mente todas as cirurgias para HPB eram representadas por ressecções endoscópicas (RTUp), esse procedimento caiu cerca de 5% por ano. Já em 2005, quase 60% das cirurgias para HPB foram realizadas em hospital-dia, com técnicas de invasão mínima, e a RTUp foi utilizada em apenas 39% dos pacientes<sup>7,9,12,14,15</sup>. Da mesma forma, a fotovaporização da próstata (FVP), ou seja, a utilização do *laser* no tratamento da HPB, procedimento amplamente utilizado em substituição à RTUp, foi 15% mais econômica que a ressecção endoscópica<sup>2,9</sup>.

Ao se estudarem mais de 10.000 pacientes operados, verificou-se que o tratamento com *laser* (FVP) foi realizado com período de internação de até 14 horas, enquanto a RTUp necessitou de mais de dois dias de internação<sup>13</sup>. Tais vantagens, tão importantes, não passaram despercebidas pelos pacientes, médicos e fontes pagadoras. Exatamente por isso, a utilização de procedimentos minimamente invasivos no tratamento da HPB cresceu 529% de 1999 a 2005, nos Estados Unidos<sup>14</sup>.

Assim, em resposta à grande necessidade de atendimento a homens com sintomas e complicações da HPB, foi introduzido há cerca de dois anos no Centro de Referência da Saúde do Homem, com apoio e orientação da nossa diretoria, um protocolo de substituição da ressecção endoscópica da próstata (RTUp) pelo tratamento com *laser* (FVP). Esse protocolo visa oferecer aos pacientes um tratamento menos agressivo (minimamente invasivo), sem internação, com complicações muito menos graves e bem menos frequentes, permitindo ao paciente o quase imediato retorno a suas atividades normais. Da mesma forma, permite a otimização dos leitos e a redução dos custos hospitalares, possibilitando o atendimento de um grande número de pacientes. A ressecção endoscópica da próstata tradicional apresenta cerca de 10% de transfusão sanguínea, 1% de complicações anestésicas graves e 2% de insuficiência renal aguda, com internação em UTI e hemodiálise (Síndrome da RTU)<sup>3,4,8,12</sup>. Essa síndrome se deve à hiponatremia, ou seja, à queda importante do sódio no sangue, causada pela hiperabsorção do líquido de irrigação, nesse caso água destilada ou solução de manitol, o que também leva a internações muito prolongadas. Além disso, a RTUp pode levar à perfuração da cápsula prostática e à obstrução por coágulo, em razão de sangramento<sup>8,9,13</sup>.

Vários estudos demonstraram que o *laser* apresenta menos sangramento, menor tempo de hospitalização, permite tratar próstatas bem maiores e elimina o risco



de insuficiência renal (síndrome da RTUp)<sup>1,3,4,6,9,10,12,13</sup>. E mesmo o *laser* continua a evoluir. A experiência inicial do Centro de Referência da Saúde do Homem foi com o *laser* KTP (potássio-titânio-fosfato). Como esse *laser* produz uma onda de luz com comprimento de 532 nm, visível na cor verde, ficou conhecido como *Laser Verde (Green Light Laser)*<sup>1</sup>. Esse *laser* tem o mérito do pioneirismo. Porém, em razão de suas características físicas, desde o início não era considerado a melhor opção para o tratamento da HPB. Isso se explica porque o *Green Light Laser (Laser Verde)* atua apenas na oxi-hemoglobina (parte da molécula do sangue), não apresentando nenhuma atuação na água. Ou seja, uma vez esgotada a oxi-hemoglobina, esse tipo de *laser* não tem mais nenhuma ação. Por isso, ele era reservado para próstatas muito pequenas.

Em razão dessas restrições importantes do *Green Light Laser*, ele foi recebido em doação pelo nosso hospital. Realmente, os resultados clínicos foram muito pobres. A cirurgia com esse *laser* sangrava menos que a RTUp tradicional, mas ainda exigia irrigação vesical, ou seja, lavagem contínua da bexiga pós-operatória e internação dos pacientes. Além disso, conforme esperado, várias tentativas para sua utilização em próstata de volume um pouco maior (acima de 60 g) falharam. De qualquer forma, esse *laser* doado ao hospital serviu para a montagem de toda a estrutura e para o treinamento dos urologistas, que permitiram em seguida a implementação de fato do nosso programa de tratamento da HPB em caráter ambulatorial, utilizando-se quase exclusivamente a fotovaporização da próstata.

Recentemente, com adoção do *laser* de diodo de alta potência (250 W), abandonamos em definitivo a RTUp tradicional. O *laser* de diodo de alta potência (*Urobeam-Dornier*) atua tanto na oxi-hemoglobina quanto na água, permitindo, portanto, sua utilização mesmo após a exaustão da oxi-hemoglobina do tecido prostático, já que ele continua agindo no edema formado pela vaporização. Assim, virtualmente, toda próstata que antigamente era tratada por RTUp pode ser tratada com o *laser* diodo (*Urobeam-Dornier*). Além disso, o *Urobeam* apresenta resultados muito melhores na hemostasia e na capacidade ablativa do tecido prostático: três vezes superior que o *laser* antigo (*Green Light Laser*), diminuindo muito o tempo operatório<sup>1,3,4,6,10</sup>.

Em nossa instituição, cerca de trezentos pacientes já foram tratados com a fotovaporização da próstata com *laser* (FVP), com ótimos resultados. Confirmando seu mecanismo de ação e princípios físicos,

o *laser* de diodo (*Urobeam*) permite tratar próstatas muito volumosas (de até 140 g), com excelente hemostasia, de forma realmente sem sangue, ou seja, sem nenhum sangramento<sup>10</sup>, dispensando portanto irrigação vesical pós-operatória.

Esses aspectos se mostraram de fundamental importância num hospital terciário e de alta complexidade como o nosso, já que em torno de 20% a 25% dos nossos pacientes com HPB são considerados graves, utilizando-se de mais de uma medicação anticoagulante. Nesses pacientes, a FVP com *Urobeam* foi realizada na vigência da anticoagulação, sem suspensão de nenhuma droga antiadesiva plaquetária ou anticoagulante, confirmando estudos anteriores<sup>10</sup>.

Como não existe sangramento e não há necessidade de irrigação, todos os pacientes foram tratados em regime de hospital-dia, com período de internação inferior a 14 horas.

Da mesma forma, outros 30% dos pacientes nos procuram em retenção urinária, com próstatas muito volumosas, maiores que 120 g e com cateter uretral por tempo muito prolongado (muitos por períodos superiores a um ano). Esses pacientes com obstrução grave e próstatas muito grandes também foram tratados com FVP com *laser* de diodo, sem nenhum sangramento e sem internação, e com ótimos resultados.

Um estudo clínico abrangente com vários grupos de pacientes, comparando estudo urodinâmico (avaliação do grau de obstrução da próstata) antes da cirurgia, nos pacientes sem cateter uretral e após a cirurgia em todos os pacientes, tem demonstrado ótimos resultados em relação tanto aos sintomas obstrutivos quanto ao resultado urodinâmico.

As complicações com a FVP com *laser* de diodo são raras, o sangramento tardio é muito menos frequente do que com a RTUp e, embora, ainda não tenhamos esse dado do nosso estudo, a ejaculação retrógrada também se mostra menos frequente com o *laser Urobeam*. Naturalmente, como o líquido de irrigação utilizado na FVP é soro fisiológico, não existem hiponatremia e hemólise, portanto não ocorre a chamada Síndrome da RTUp, representada pela insuficiência renal aguda, com graves consequências para o paciente e enorme elevação dos custos hospitalares<sup>1,3,4,6,9,10,12,13</sup>.

Outra vantagem importante no tratamento da HPB em hospital-dia com FVP utilizando-se o *laser* de diodo (*Urobeam*) têm sido a redução dos custos hospitala-

res<sup>2,5,7,9,11</sup> e a otimização e a superutilização dos nossos leitos. Um levantamento dos custos de tratamento comparando a RTUp tradicional, com solução de manitol, e a FVP com *Urobeam* mostrou uma importante economia de recursos, levando-se em consideração a redução de custos obtida com utilização de soro fisiológico no lugar de manitol, ausência de transfusões de sangue, muito menor necessidade de internação em UTI e internação por no máximo 14 horas, o que implica economia de pessoal, antibióticos e outras medicações, exames laboratoriais, refeições e ocupação do leito propriamente dita.

Realmente, alguns estudos já têm demonstrado uma importante redução de custos hospitalares com FVP no tratamento da HPB<sup>2,5,7,9,11</sup>. Em 2007 e 2008 foram analisados os custos de quase quinhentos pacientes tratados com RTUp ou FVP em Houston (Texas, EUA). A média de custos da FVP foi de US\$ 4.266 contra US\$ 5.097 para RTUp, ou seja, uma economia de cerca de US\$ 800 por paciente<sup>4</sup>. Porém, os resultados obtidos se tornam mais importantes com uma avaliação mais cuidadosa desses estudos. Em primeiro lugar, nesses hospitais de Houston, 78% dos pacientes submetidos à RTUp foram tratados em caráter ambulatorial (transferidos para hospitais afiliados). Se levarmos em conta os outros 22% de pacientes internados, o custo médio da RTUp subiu para US\$ 8.171. Nesses casos, houve uma economia de US\$ 4.000 por paciente submetido à FVP com *laser*<sup>4</sup>. Em segundo lugar, devido às complicações da RTUp, o desvio padrão nesse grupo era muito grande. Ou seja, o custo da RTUp podia ultrapassar US\$ 10.000. Os autores consideram que o custo da RTUp foi 19% superior ao da FVP, e que nesse grupo de quinhentos pacientes houve uma economia de US\$ 182.000 com a realização da FVP com *laser*<sup>4</sup>.

Tão ou mais importante que a vantagem econômica para a instituição e para o Estado, contudo, são as vantagens clínicas e sociais para a nossa população. Os pacientes com HPB tratados com FVP com *laser* de diodo apresentam ótimo resultado, com resolução dos sintomas obstrutivos e exames objetivos que comprovam a desobstrução da próstata. As complicações são muito raras e discretas, e o retorno à plena atividade familiar, social, sexual e profissional é praticamente imediato.

#### Agradecimentos a

Dr. Otávio Monteiro Becker, Dr. João Carlos Vicente de Carvalho, Dr. Edson Umeda, Dr. Luís Renato Rotta,

Dr. João Eudoro, Dr. Octávio Hypolito, Prof. Dr. Cláudio Murta, Prof. Dr. Adalberto Andriolo Jr, Prof. Dr. João Manzano, Prof. Dr. Alexandre Danilovic, Prof. Dr. Marcelo Hisano, Prof. Dr. Fábio Vicentini, Prof. Dr. Marcelo Pitelli, Prof. Dr. Alcides Mosconi, Prof. Dr. Pierre Damião.



### Referências bibliográficas

1. Andriolo Jr A, Lorenzetti F. Introdução. In: Palma PCR, Dambros M organizadores. Diretrizes de laser no tratamento cirúrgico da hiperplasia benigna da próstata. Rio de Janeiro: Escola Superior de Urologia; 2011. p.13-5
2. Azoulay A, Doris NM, Filion KB, Caron J, Pilote L, Eisenberg

- MJ. The use of the transition cost accounting system in health services research. *Cost Eff Resour Alloc.* 2007; 5: 11-19.
3. Erol A, Cam K, Tekim A, Memik O, Coban S, Ozer Y. High Power diode laser vaporization of the prostate: preliminary results of benign prostatic hyperplasia. *J Urol.* 2009; 182: 1078-82.
4. Goh A, Gonzáles E. Photoselective laser vaporization prostatectomy versus transurethral prostate resection a cost analysis. *J Urol.* 2010; 183: 1469-73.
5. The Healthcare Cost and Utilization Project -HCUP . Supplemental variables for revisit analyses. [Acesso em 6 mar 2011]. Disponível em: [http://www.hcup-us.ahrq.gov/toolssoftware/revisit/UserGuide\\_SuppRevisitFiles\\_CD03\\_09v6.pdf](http://www.hcup-us.ahrq.gov/toolssoftware/revisit/UserGuide_SuppRevisitFiles_CD03_09v6.pdf).
6. Manzano JP, Claro JFA. Outros lasers no tratamento cirúrgico da HPV. In: Palma, PCR, Dambros, M organizadores. Diretrizes de laser no tratamento cirúrgico da hiperplasia benigna da próstata. Rio de Janeiro: Escola Superior de Urologia. p. 27-8.
7. Preti L, Senathirajah M, Sun C. Evaluation of the State Ambulatory Surgery Databases, Available through the HCUP Central Distributor, 2008. Rockville: Healthcare Cost and Utilization Project, Agency for Healthcare Research and Quality; 2011.
8. Roehrborn CG, McConnell JD. Etiology, pathophysiology, epidemiology and natural history of benign prostatic hyperplasia. 9.ed. Philadelphia: WB Saunders 2009; p 2727 -2738.
9. Ruzsat R, Sulser T, Seifert HH, Reich O, Forster T, Bachman A. Photoselective vaporization versus transurethral electroresection of the prostate: a comparing cost analysis. *Eur Urol.* 2006; 5(suppl): 271.
10. Sandhu JS, Ng CK, Gonzalez RR, Kaplan SA, Te AE. Photoselective laser vaporization prostatectomy in men receiving anticoagulants. *J Endourol.* 2005; 19: 1196-8.
11. State Emergency Department Databases (SEDD). Healthcare Cost and Utilization Project. [acesso em 12 jan 2012]. Disponível em: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/db/state/sedddbdocumentation.jsp>.
12. Stovsky MD, Griffiths RI, Duff SB. A clinical outcomes and cost analysis comparing photoselective vaporization of the prostate to alternative minimally invasive therapies and transurethral prostate resection for the treatment of benign prostatic hyperplasia. *J Urol.* 2006; 176: 1500.
13. Strobe SA, Yang L, Nepple KG, Adriole GL, Owens PL. Population based comparative e effectiveness of transurethral resection of the prostate and laser therapy for benign prostatic hyperplasia. *J Urol.* 2012, 187: 1341-5.
14. Yu X, Elliot SP, Wilt TJ, Macbean AM. Practice patterns in benign prostatic hyperplasia surgical therapy: The dramatic increase in minimally invasive technologies *JUrol.* 2008, 180: 241-5.
15. Wei JT, Calhoun EA, Jacobsen SJ. Benign prostatic hyperplasia. Washington, D. C.: United States Government Printing; 2007. p 45- 69.

### Informações básicas e instruções aos autores

O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é uma publicação quadrimestral do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Com tiragem de dois mil exemplares, a cada número o BIS apresenta um núcleo temático, definido previamente, além de outros artigos técnico-científicos, escritos por pesquisadores dos diferentes Núcleos de Pesquisa do Instituto, além de autores de outras instituições de Ensino e Pesquisa. A publicação é direcionada a um público leitor formado, primordialmente, por profissionais da área da saúde do SUS, como técnicos, enfermeiros, pesquisadores, médicos e gestores da área da Saúde.

**Fontes de indexação:** o BIS está indexado como publicação da área de Saúde Pública no Latindex. Na Capes, o BIS está nas áreas de Medicina II e Educação.

**Copyright:** é permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições. Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.

**Patrocinadores:** o BIS é uma publicação do Instituto de Saúde, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

**Resumo:** os resumos dos artigos submetidos para publicação deverão ser enviados para o e-mail [boletim@isaude.sp.gov.br](mailto:boletim@isaude.sp.gov.br), antes da submissão dos artigos. Deverão ter até 200 palavras (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), em português, com 3 palavras-chave. Caso o artigo seja aprovado, um resumo em inglês deverá ser providenciado pelo autor, nas mesmas condições do resumo em português (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples, acompanhado de título e palavras-chave).

**Submissão:** os artigos submetidos para publicação devem ser enviados, em português, para o e-mail [boletim@isaude.sp.gov.br](mailto:boletim@isaude.sp.gov.br) e ter entre 15.000 e 25.000 caracteres com espaço no total (entre 6 e 7 páginas em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), incluídas as referências bibliográficas, salvo orientações específicas dos editores. O arquivo deve ser enviado em formato Word 97/2003, ou equivalente, a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. Figuras e gráficos devem ser enviados à parte.

**Título:** deve ser escrito em Times New Roman, corpo 12, em negrito e caixa Ab, ou seja, com letras maiúsculas e minúsculas.

**Autor:** o crédito de autoria deve estar à direita, em Times New Roman, corpo 10 (sem negrito e sem itálico) com nota de rodapé numerada informando sua formação, títulos acadêmicos, cargo e instituição a qual pertence. Também deve ser disponibilizado o endereço eletrônico para contato (e-mail).

**Subtítulos do Texto:** nos subtítulos não se deve usar números, mas apenas letras, em negrito e caixa Ab, ou seja, com maiúsculas e minúsculas.

**Corpo do Texto:** o corpo do artigo deve ser enviado em Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

**Transcrições de trechos dentro do texto:** devem ser feitas em Times New Roman, corpo 10, itálico, constando o sobrenome do autor, ano e página. Todas essas informações devem ser colocadas entre parênteses.

**Citação de autores no texto:** deve ser indicado em expoente o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares.

**Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (relatórios e outros):** devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas somente nos rodapés das páginas onde estão citadas.

**Referências bibliográficas:** preferencialmente, apenas a bibliografia citada no corpo do texto deve ser inserida na lista de referências. Elas devem ser ordenadas alfabeticamente e numeradas, no final do texto. A normalização seguirá o estilo Vancouver.

**Espaçamento das referências:** deve ser igual ao do texto, ou seja, Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

**Termo de autorização para publicação:** o autor deve autorizar, por escrito e por via eletrônica, a publicação dos textos enviados, de acordo com os padrões aqui estabelecidos. Após o aceite para publicação, o autor receberá um formulário específico, que deverá ser preenchido, assinado e devolvido aos editores da publicação.

**Obs.:** no caso de trabalhos que requeiram o cumprimento da resolução CNS 196/1996 será necessária a apresentação de parecer de comitê de ética e pesquisa.

**Avaliação:** os trabalhos são avaliados pelos editores científicos e por editores convidados, a cada edição, de acordo com sua área de atuação.

**Acesso:** a publicação faz parte do Portal de Revistas da SES-SP, em parceria com a BIREME, com utilização da metodologia Scielo para publicações eletrônicas, podendo ser acessada nos seguintes endereços:

**Portal de Revistas da SES-SP** – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>  
**Instituto de Saúde** – [www.isaude.sp.gov.br](http://www.isaude.sp.gov.br)

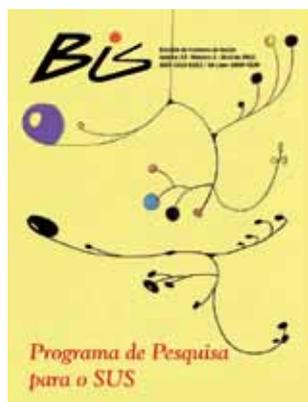
## BIS - números já editados



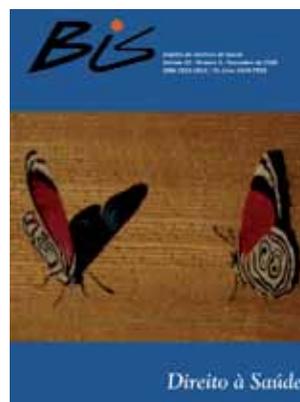
BIS (v. 13 - nº 3)  
A Incorporação dos Resultados das Pesquisas Científicas no SUS



BIS (v.13 - nº2)  
Mosaico de Inclusões



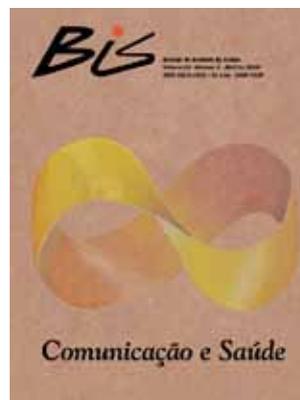
BIS (v.13 - nº1)  
Programa de Pesquisa para o SUS



BIS (v.12 - nº3)  
Direito à Saúde



BIS (v.12 - nº2)  
Desigualdades e Iniquidades em Saúde



BIS (v.12 - nº1)  
Comunicação e Saúde

Edições disponíveis no site [www.isaude.sp.gov.br](http://www.isaude.sp.gov.br)



**SECRETARIA  
DA SAÚDE**

