



Saúde, ética no cuidado e a política nacional de atenção integral à saúde do homem

Eduardo Espíndola Fontoura Junior

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)
Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida no Trabalho (UCDB/CNPq)
Dourados, MS, Brasil
eduardo@uems.br

Márcia Maria de Medeiros

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)
Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (GEPES)
Dourados, MS, Brasil
marciamaria@uems.br

Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)
Laboratório de Estudos Psicossociais em Saúde frente a contextos da desigualdade social (UCDB/CNPq)
Dourados, MS, Brasil
flavianyfontoura@hotmail.com

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/1269>

DOI : 10.25965/trahs.1269

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

Questões que afetam a saúde do homem têm crescido exponencialmente no cenário mundial. Isso se deve, em parte, ao fato de se construir a ideia de masculinidade, que estabelece normas e padrões de comportamento enraizados no modo como essa população pensa o "ser homem", impedindo-o de compreender a importância de cuidar de si mesmo. O objetivo deste artigo é refletir sobre os eixos centrais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), observando suas interfaces com as questões referentes à ética no cuidado e às questões de gênero, bem como buscar a relação da PNAISH com o contexto social, histórico e cultural que constrói a ideia de masculinidade. Trata-se de um ensaio de natureza crítico-reflexiva, com base na PNAISH e seus eixos centrais. Conclui-se que são necessárias discussões que promovam a saúde do homem, uma vez que as ações que envolvem esse processo avançam lentamente, devido à dificuldade de reflexão sobre as práticas de saúde que tem o homem como protagonista e à conjuntura histórica que toca as questões de gênero, distanciando este assunto das premissas necessárias ao seu cuidado.

Palavras-chave: gênero, cuidado, ética, política de saúde, saúde do homem

Les questions inhérentes à la santé de l'homme ont augmenté de façon exponentielle au niveau mondial. Cela est dû, en partie, à la construction d'une masculinité qui établit des normes et des standards de comportements enracinés dans une conception qui empêche l'homme, en tant qu'être humain, de prendre conscience de l'importance de prendre soin de soi. L'objectif de cet article est de réfléchir sur les axes centraux de la Politique Nationale d'Attention Intégrale à la Santé de l'Homme (PNAISH), en observant les interfaces qui portent sur les questions se référant à l'éthique du soin et sur les questions de genre, et d'explorer la relation de la PNAISH avec le contexte social, historique et culturel qui construit l'idée de la masculinité. Il s'agit d'un essai de réflexion critique, basé

sur la PNAISH et ses axes centraux. Il en ressort que des discussions destinées à promouvoir la santé de l'homme sont nécessaires, étant donné la lenteur des actions engagées dans ce processus en raison des difficultés rencontrées quant à la réflexion sur les pratiques de santé qui ont l'homme comme protagoniste. Cela est dû aussi à la conjoncture historique qui touche aux questions de genre qui met de côté tout ce qui touche à la santé et aux soins.

Mots-clés : genre, soin, éthique, politique de santé, santé de l'homme

Las cuestiones que afectan a la salud del hombre han crecido exponencialmente en todo el escenario mundial. Esto se debe en parte al hecho de cómo se construye el concepto de masculinidad, a través del establecimiento de normas y patrones de comportamiento enraizados en la forma en que la población piensa el "ser hombre", impidiéndoles comprender la importancia de cuidar de sí mismos y de su salud. El objetivo de este artículo, es reflexionar sobre los ejes vertebradores que articulan la Política Nacional de Atención Integral y Salud del Hombre (PNAISH) observando su relación con las variables referentes a la ética en el cuidado de las cuestiones de género, así como buscar la relación de PNAISH con el contexto social, histórico y cultural que constituye la idea de masculinidad. Trata de ser un ensayo de naturaleza crítico-reflexiva, con base en PNAISH y en sus ejes centrales. Se concluye que son necesarias discusiones que promuevan la salud del hombre, una vez que las acciones que involucran este proceso avanzan lentamente, debido a la dificultad de reflexión sobre las prácticas de salud que contemplan al hombre como protagonista y la coyuntura histórica sobre cuestiones de género, lo que supone distanciar este asunto de las premisas necesarias a su cuidado.

Palabras clave: género, cuidado, ética, política de salud, salud masculina

Issues that affect men's health have grown exponentially on the world stage. This is due, in part, to the fact of how the idea of masculinity is built, establishing norms and behavior patterns rooted in the way this population thinks how "being a man" is, preventing him from understanding the importance of caring of himself. The objective of this article is to reflect on the central axes of the National Policy of Integral Attention to Men's Health (NPIAMH), observing its interfaces with matters related to ethics in care and to gender issues, as well as seeking for the relation between NPIAMH and social, historical and cultural context that builds the idea of masculinity. It is a critical-reflexive nature essay, based on NPIAMH and its central axes. It is concluded that discussions which promote men's health are necessary, since the actions that involve this process advance slowly, due to a difficulty of reflection on health practices that a man has as protagonist, and to a historical conjuncture referring to gender issues, moving this topic away from the premises necessary for its care.

Keywords: gender, care, ethics, health policy, men's health.

Introdução

No cenário mundial, os problemas relacionados às questões que envolvem a saúde do homem avançaram, o que pode ser constatado pelo aumento das taxas de mortalidade e morbidade que afetam este grupo especificamente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018) na faixa etária de 15 a 60 anos, os homens correm mais risco de morte que as mulheres; essa diferença ocorre principalmente por problemas cardíacos, pela violência e conflitos sociais, em especial na Europa oriental, Oriente médio e América latina (Fundação Oswaldo Cruz, 2016; WHO, 2018). Outro fator importante, refere-se aos acidentes de trânsito, que mataram aproximadamente 1,3 milhões de pessoas no mundo, sendo que 76% dos mortos eram homens (Fundação Oswaldo Cruz, 2016; WHO, 2018).

Durante a análise de taxas de internações hospitalares de homens no Brasil, nos anos de 2009 e 2015, constatou-se um aumento de 3.758 para 3.911, que se manteve em todas as faixas etárias observadas, exceto na faixa etária de 20 a 29 anos que baixou de 2.730 em 2009 para 2.571 em 2015 (Brasil, 2018). Além disso, ao verificar as taxas de incidência de internações por doenças classificadas no Catálogo Internacional de Doenças 10ª edição, CID-10, e sexo no Brasil, de 2009 e 2015, observou-se que entre os homens, as taxas mais elevadas eram por lesões, envenenamento, violência, entre outras causas externas (Brasil, 2018); doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho circulatório, que representaram as três principais causas de internação, apresentando em 2009 taxas de 784, 538, 438 e em 2015 de 962, 546 e 412, respectivamente (Brasil, 2018).

Entre os elementos que contribuem para a construção deste contexto estão processos inerentes à maneira como o “ser homem” é percebida, ou seja, como a questão da masculinidade é construída, figurando valores e atitudes que são arraigados enquanto padrão cultural.

Tais elucubrações fazem parte daquilo que Scott (1990) conceituou como gênero. De acordo com a autora, as palavras, assim como as ideias e as coisas que elas significam, constituem em si uma história e, ao longo dos séculos as pessoas utilizam essas significações para evocar traços de caráter sexual ou comportamental (Scott, 1990).

Nesta perspectiva, entende-se que as questões de gênero evocadas ao que representa contemporaneamente “ser homem” evocam um padrão de comportamento segundo o qual não se admite que este sujeito demonstre qualquer tipo de fraqueza, fragilidade ou vulnerabilidade, além de inferir sobre si elementos que induzem pensar a categoria enquanto epíteto de dominação e poder.

Em que medida tais aspectos podem comprometer a saúde do homem? Para Herrmann e colaboradores (2016) a resposta a esta pergunta significa compreender que tal herança induz o homem a perceber o cuidado da sua saúde como algo desnecessário, estabelecendo padrões de comportamento que o afasta dos serviços de saúde.

Neste artigo pretendemos discutir de que forma a ética no cuidado e as questões de gênero podem ser levadas em conta enquanto ferramentas para trabalhar questões inerentes à saúde do homem, promovendo um cuidado mais humano e efetivo para a população alvo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), no Brasil.

Para tanto, nos propomos a refletir sobre o significado do termo gênero e da ética no cuidado a partir das teorizações alavancadas por Joan Scott (1990) e Francesc Torralba i Roselló (2009), articulando tais pressupostos aos eixos temáticos apresentados pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

Cuidado, ética e questões de gênero

Francesc Torralba i Roselló é um dos poucos filósofos que, na contemporaneidade, se dedica a refletir sobre o tema do cuidado. Sua obra se inspira em Martin Heidegger, “. . . reconhecidamente o primeiro autor a filosofar sobre o cuidar, considerando-o a essência do humano.” (Roselló, 2009: 7-8).

Para o autor, o ato de cuidar significa a essência do humano e ele aponta a Antropologia Filosófica como sendo o campo por excelência no qual este processo pode ser discutido. Ademais, Roselló (2009) percebe o cuidado e o cuidar como sendo de pertinência da Enfermagem, constituindo o seu fazer e sua meta principal. Assim, caberia a este campo produzir reflexões teóricas aprofundadas que contribuíssem “. . .para a compreensão da totalidade do ser.” (Roselló, 2009: 9).

No que tange as questões relativas à saúde e, no caso específico deste artigo, a saúde do homem, percebemos o quão difícil é atingir a completude deste processo em virtude do sujeito do cuidado constituir-se em uma categoria que representa um desafio às políticas públicas no que se refere a sua mobilização para garantia de seu direito social a saúde.

Daí a necessidade da compreensão do fenômeno a partir de um prisma interdisciplinar conforme sugerem Gomes e Deslandes (1994). Os autores inferem que o entendimento do processo saúde-doença se traduz pela inter-relação entre aspectos de ordem clínica e aspectos de ordem sociológica. Portanto, para compreender o cenário onde o processo saúde-doença se desenrola é preciso atentar para os aspectos biológicos, mas também para o conjunto de valores, crenças e atitudes que estão postos no universo das representações dos atores sociais que vivenciam o processo.

No caso das questões que compreendem a saúde do homem, o estudo de gênero constitui fator importante, pois permite compreender os enfoques que constituem as ações normativas em relação à categoria “homem”, instituindo a partir destes elementos quais são os padrões de ação e comportamento que dificultam, por exemplo, que esta população procure o serviço de saúde.

Scott (1990) aponta que inicialmente a categoria gênero sublinhava o aspecto relacional das definições que normatizavam as feminilidades. Porém, para a autora a categoria não estuda somente as mulheres. Ela também pode ser utilizada para estudar os homens, até porque homens e mulheres existem dentro de um mesmo universo relacional e são categorias em constante processo de interação constitutiva de relações de poder.

Expressando este contexto, os indicadores apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2015) mostram como a condição da saúde do homem no Brasil, apresenta-se enquanto um problema de saúde pública, isto porque a mortalidade masculina ainda permanece maior em quase todas as faixas etárias e para a maioria das causas. Some-se a isso o fato de que os homens vivem aproximadamente sete anos a menos que as mulheres e tem 4,6 vezes mais chances de não alcançar os 23 anos de idade que o sexo feminino.

Diante destes números, como a PNAISH pode se fortalecer e orientar esta população quanto aos cuidados relativos à sua categoria? Para articular uma resposta a esta pergunta é necessário conhecer os eixos prioritários propostos pela política nacional e perceber de que forma uma reflexão em torno do cuidado pode inferir mudanças nas práticas dos profissionais que atuam nesta seara.

Segundo Herrmann e colaboradores (2016) o primeiro eixo fundamental da PNAISH versa sobre o processo referente ao Acesso e Acolhimento, considerado importante no que tange ao cumprimento e efetivação das ações destinadas ao cuidado em relação à população masculina. Este eixo é o responsável por aproximar os sujeitos do cuidado dos serviços de atenção primária, os quais são compostos pelas equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS).

Algumas estratégias de acesso e acolhimento são feitas com o propósito de reforçar as ações destinadas ao cuidado relativo à população masculina e compreendem ações como: cadastrar os homens que fazem parte do espaço territorial inerente a UBS; buscá-los para a realização de uma consulta por ano; alterar horários de atendimento para atingir a população de homens trabalhadores, entre outras.

É possível perceber que estas ações visam diminuir a experiência da vulnerabilidade do homem em relação ao cuidado de si (Foucault, 2005). Para Torralba i Roselló (2009) a vulnerabilidade significa fragilidade e precariedade, culminando com a possibilidade do

adoecimento a partir desta premissa. As ações de estratégia e acolhimento propiciam o combate a esta vulnerabilidade. Some-se a isso o fato de que elas podem ser realizadas em espaços caracterizados enquanto masculinos, ou dito de outra forma, espaços coletivos onde os homens organizam seus pontos de encontro como bares, campos de futebol ou salões de jogo.

O segundo eixo da PNAISH está relacionado às questões que envolvem a Saúde Sexual e Reprodutiva. No caso da população masculina tal prerrogativa está direcionada ao processo mais geral de promoção da saúde e da qualidade de vida. Neste sentido, as ações preconizam o direito de falar e de receber orientação sexual bem como expor seus princípios e entendimento em relação à questão diante do contexto social (Herrmann, Sampaio, Chakora, Moraes, Silva & Coutinho, 2016).

Este tipo de discussão infere as questões de gênero conforme suscitadas por Scott (1990) ao entender o conceito enquanto categoria que se refere às identidades sociais e subjetivas tanto de homens quanto de mulheres. Neste sentido, o gênero é compreendido enquanto conceito que é imposto sobre um corpo sexuado e é uma palavra utilizada para distinguir a prática sexual dos papéis atribuídos a um e a outro, em um contexto relacional. Por conta desta ação é possível discutir com a participação da população masculina assuntos como planejamento familiar, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e agravos que podem comprometer a sua saúde sexual inclusive em termos psicológicos.

Questões que envolvem a Paternidade e Cuidado constituem o terceiro eixo da PNAISH e ressaltam a necessidade de conscientização do homem quanto ao dever e ao direito de participar do planejamento reprodutivo. Novamente, os conceitos que referem ao gênero enquanto categoria de análise (Scott, 1990), podem ser compreendidos a partir desta premissa.

Para tanto, basta lembrar que a paternidade não é elemento que deve estar correlacionado unicamente à obrigação legal para com o filho, mas enquanto processo que deve permitir ao homem compartilhar de toda conjuntura da questão, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, acompanhar a gravidez e o parto, ter o direito a acompanhar o pós-parto e participar da educação da criança (Herrmann, Sampaio, Chakora, Moraes, Silva & Coutinho, 2016).

Tais ações retiram o sujeito daquilo que Torralba i Roselló denominou de vulnerabilidade cultural. Para o autor este conceito significa:

. . . a vulnerabilidade [que] se refere fundamentalmente à ignorância do ser humano, ou seja, ao desconhecimento que tem em diferentes ordens do saber. A ignorância é a máxima expressão da vulnerabilidade cultural. A ignorância admite distintos graus de manifestação. Em último grau, converte o ser humano em um sujeito completamente manipulável e instrumentalizável, pois quando menos informação e conhecimento mais desprotegido está o ser humano frente a qualquer abuso de poder. (Roselló, 2009: 66-67)

A perspectiva apontada pelo autor na citação acima, permite inferir que, ao articular de forma efetiva o terceiro eixo da PNAISH, a ação do cuidado possibilitaria ao homem compreender em profundidade a paternidade enquanto conceito que caracteriza um sujeito com a qualidade de pai. Adquirir este conhecimento possibilitaria ao homem compreender que o “ser pai” transcende a questão meramente biológica.

Tal ação pode corroborar para uma integração mais eficaz do homem com a sua família, fortalecendo os laços familiares entre os indivíduos além de constituir-se em alicerce para uma entrada satisfatória dos serviços de saúde facilitando a integração dos sujeitos do cuidado com a equipe de Estratégia da Saúde da Família (ESF) e com a UBS (Herrmann, Sampaio, Chakora, Moraes, Silva & Coutinho, 2016).

O quarto eixo da PNAISH envolve as chamadas Doenças Prevalentes entre a população masculina. Este eixo tem por objetivo “(...) fortalecer a assistência básica no cuidado à

saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde” (Brasil, 2018, p. 1). Entre os fatores que podem causar incidência de determinadas doenças com maior prevalência entre a população masculina estão alguns elementos que envolvem hábitos e costumes, como se percebe pela citação abaixo transcrita:

Em relação às mulheres, os homens têm mais excesso de peso, menor consumo de frutas, legumes e verduras, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e tabagismo, situações que podem se refletir em uma maior mortalidade por doenças do aparelho circulatório, principalmente entre os mais velhos, e também por causas externas, predominantemente entre os mais jovens. Esses comportamentos de risco também facilitam a ocorrência de acidentes, violência e doenças infectocontagiosas, como Aids/HIV e tuberculose. (INCA, 2015: 1)

De acordo com o Ministério da Saúde, a não adesão por parte da população masculina, às medidas de atenção integral a saúde, são decorrências de variáveis culturais. Nossa sociedade criou uma série de estereótipos relacionados ao gênero os quais estão firmemente arraigados “. . .em nossa cultura patriarcal, [e] potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino” (Brasil, 2009: 14). Tais elementos fazem com que a doença seja considerada por parte da população masculina como um sinal de fragilidade que não é reconhecido enquanto inerente a sua condição. Ou dito de outra forma, o homem não se reconhece enquanto ser vulnerável, o que leva a atitudes que o expõem a riscos maiores e em consequência ao desenvolvimento de doenças, bem como do agravo das mesmas (Brasil, 2009).

Entre os estudos que reconhecem que estes fatores sociais e culturais comprometem o estado de saúde da população masculina, estão os de Herrmann e colaboradores (2016), os quais apontam que as doenças prevalentes que mais acometem os homens são: obesidade, diabetes, enfisema, bronquite crônica, hipertensão arterial, infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico, vários tipos de câncer, entre outras.

Elementos que articulam discussões sobre a violência, constituem o quinto eixo da PNAISH. Este fator é visto como um flagelo constituído por uma infinidade de variáveis cujos aspectos podem ter raízes nas mais diversas causas: fenômenos sociais, culturais, políticos, religiosos, econômicos, psicológicos etc.

No que tange as dimensões articuladas para a escrita deste artigo, considera-se que os fatores culturais articulam processos que levam o homem a se colocar em situações de risco, pois o “ser homem” no Brasil, está correlacionado a uma série de posturas e práticas que podem ser indutoras da violência. Exemplifica-se este adágio a partir de duas máximas populares que preconizam que “homem não chora” e que “homem não leva desaforo para casa”.

Para Torralba e Roselló (2009) esta esfera pode ser compreendida pelas questões que tangenciam a vulnerabilidade social. Segundo o filósofo, todo ser humano, justamente por ser humano, é um sujeito em eminente processo de interação com outras pessoas e, a partir dessa integração, cria em conjunto o que se convencionou chamar de sociedade.

Entre as relações interpessoais que o ato de viver em sociedade articula, estão as que desenvolvem o amor, o respeito e a atitude de contemplação. No entanto, a insegurança, o risco e a violência também fazem parte deste conjunto, e ocorrem quando o sistema social sai da homeostase. Assim, “. . .a vulnerabilidade social é a possibilidade que tem o ser humano de ser objeto de violência no seio da sociedade, ou seja, a insegurança no seio da cidade, das sociedades humanas” (Roselló, 2009: 66).

Este fenômeno tem tido um crescimento exponencial nas sociedades ditas pós-industriais, onde o desconhecimento e a desconfiança em relação ao outro é um traço marcante, e gera uma série de sofrimentos criando em si espaços para o desenvolvimento de patologias cujas causas podem ter origens sociais (Roselló, 2009).

Desta forma, Carneiro et al. (2017) contemporizaram que o Brasil passa por um período da história pautado pela reivindicação dos direitos sociais básicos, em especial, o acesso a serviços públicos de qualidade relacionados à saúde. Se por um lado as populações urbanas lutam pelo direito à saúde, por outro, nas populações rurais prevalecem a vulnerabilidade, desigualdades históricas juntamente com as iniquidades. Condições estas que apresentam consequências, que impactam de maneira mais intensa nos grupos desfavorecidos da sociedade (Coelho, Padilha & Ribeiro, 2018).

O cenário que se discute a respeito da população masculina apresentado neste estudo abrange os homens de maneira geral, moradores da zona urbana ou rural. Porém, se constatou por meio do estudo de Fontoura Jr. (2018), que estudou o homem pantaneiro, nativo do pantanal de Aquidauana, que esse trabalhador rural não consegue acessar a saúde em virtude da distância e dos obstáculos impostos pela natureza. Por fim, a falta de acesso implica significativamente na questão da atenção primária e secundária, encarregadas da prevenção da saúde e da manutenção dos tratamentos, respectivamente.

A acessibilidade constitui-se como um sério desafio à saúde pública do Brasil; pesquisadores brasileiros mencionam a acessibilidade, quando destacam a respeito da distância e isolamento do homem pantaneiro e como esse personagem convive com os obstáculos impostos pela natureza, situação evidenciada pela dificuldade de acesso, problema que certamente repercute em sua saúde (Ferro, Silva, Sebastião, Valejos & Guimarães, 2013; Nogueira, 2009).

A partir da efetivação do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) foram implementadas ações, serviços e programas, desenvolvidos com o objetivo de intervir nas diferentes dimensões da vida social da população, mas principalmente no esforço de cumprir com o “acesso universal” à saúde (Brasil, 1990).

A resistência de acesso da população masculina nos serviços da atenção primária demonstra falhas no atendimento e comprova a necessidade de fortalecimento das ações nesse setor, previstos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) com o propósito de qualificar os profissionais de saúde para o correto atendimento à saúde do homem, implantar assistência em saúde sexual e reprodutiva, orientar os homens e familiares sobre promoção, prevenção e tratamento das enfermidades que atingem o homem e, especialmente, para que os profissionais de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados, incentivando-os na atenção à própria saúde (Brasil, 2009).

Por conseguinte, a problemática que diz respeito à saúde do homem traz à tona relevantes questões; a ética da vida que é um relevante desafio a ser enfrentado por aqueles que se preocupam com a conduta humana diante de situações que envolvem o próprio homem, no plano de sua vida biológica, moral e social (Fabriz, 2003). A respeito também do cuidado, que significa solicitude, zelo, atenção, bom trato, pois surge quando a existência de alguém tem importância para outrem. Desta forma, dedicando-se um ao outro, de maneira que venham participar juntos de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida (Boff, 2003).

A Ética como ferramenta no Cuidar na Saúde do Homem

Torna-se importante, para que seja possível tecer alguns apontamentos a respeito da ética, trazer seu conceito, de acordo com Martins Filho (2006) a ética é a disciplina filosófica que estuda a moralidade do agir humano, ela investiga a bondade ou maldade dos atos humanos, os vários sistemas de morais elaborados pelos homens e sua retidão diante desta moral.

Como dizia Aristóteles, a ética não é exatamente uma teoria, ela é uma práxis, desta forma, é para ser vivida e portanto, ela nos ensina a viver (Cotrim, 1998). Por conta disso, toda ação ética tem o poder de religar as pessoas, a comunidade, enfim toda a humanidade, portanto uma atitude ética é um ato de religação (Morin, 2005). Esse religar é

extremamente necessário, principalmente quando se fala em saúde, nesse caso, a saúde dos homens.

Essa afirmação torna-se salutar pois, entende-se que atualmente a sociedade vive um período de ruptura ou um retrocesso com relação aos aspectos éticos. Como exemplo, pode-se citar Brody (2012) que descreve a ocorrência de fraudes, abusos e desperdício, como causas do aumento exacerbado e indevido dos custos de saúde nos Estados Unidos. Condição que não difere da realidade enfrentada pelo Brasil, a qual penaliza toda a população, seja mulheres, crianças, idosos e os homens.

Em virtude disso, Almeida (2005: 5) afirma que “. . . a ética aposta nos fragmentos do bem imersos no oceano de barbárie e maldade”. Afirmação que parece arraigada na forma com que as pessoas são criadas e também na questão de sua educação, que induz a sociedade a uma condição que se manifesta por meio da indiferença.

De acordo com Schulz (2009) a indiferença é o descaso, desdém, a falta de interesse, de atenção, de consideração e sobretudo a ausência de cuidado com o outro. Essa prática cresce vertiginosamente nos dias de hoje, entre as pessoas, famílias e países.

Acredita-se que essa palavra, “indiferença”, vai mais além do que um simples conceito, transformando-se também numa prática que produz violência, hostilidade e frieza entre as pessoas e que atinge toda a sociedade.

Se por um lado a indiferença significa a falta de cuidado, por outro lado, de acordo com Koerich, Erdmann e Nitschke (2009) a ética, nos mais variados espaços da saúde, se converte num ente salvador, que compreende, se solidariza e envolve o ser humano.

Neste sentido, entende-se que as ações do cuidado devem se desdobrar em duas frentes: a que aponta para a análise do ser humano enquanto categoria propriamente dita e a que observa o ato de cuidar enquanto fenômeno, práxis que envolve uma ética e uma estética do cuidado (Torralba & Roselló, 2009).

Mesmo com a existência da mencionada barreira cultural com relação a busca do cuidado e saúde por parte dos homens, em especial na questão preventiva, há necessidade de uma ética como forma de acolher e humanizar essa população. Os profissionais de saúde tem uma significativa parcela de responsabilidade nesta forma de humanização, pois devem dar prioridade às necessidades de saúde do paciente e da população a qual atendem. Entende-se que também há necessidade de se desenvolver uma ética relativa à gestão de recursos destinados a população, em especial o da saúde, na qual se possa combater as fraudes e evitar o desperdício, sem prejuízo aos serviços que desenvolvem um trabalho eficaz.

Considerações finais

Os dados levantados neste artigo mostraram que os homens acessam menos os serviços de saúde por meio da atenção especializada (serviços de média e alta complexidade), inferindo que a parte preventiva relativa ao cuidado desta população está sendo negligenciada por ela.

Tal premissa aponta a necessidade de uma atenção integral que vise à transformação dos modelos de comportamento que os homens adotam em relação a sua saúde. Faz-se necessário, pois, criar instrumentos de ação em termos de políticas públicas que permitam a mobilização desta população garantindo seu direito à saúde.

Este tipo de movimento constitui uma das maneiras de politizar e sensibilizar os homens para que reconheçam e compreendam as suas condições sociais e de saúde, tornando-os protagonistas de suas demandas e consolidando assim, o exercício dos seus direitos enquanto cidadãos.

O artigo também mostrou a importância das equipes de Estratégia de Saúde da Família e das UBS enquanto espaços de que sejam localizadas na área rural ou urbana, através dos quais se podem criar novas formas de pensar a prática assistencial com a atenção voltada

para a família, compreendida aqui enquanto seu principal elemento de ordenação física e social.

Apresenta-se evidente a necessidade de mudar a forma como a população masculina percebe a sua condição de sujeito, transformando a sua socialização, com o intuito de que ela perceba a necessidade do cuidado de si, possibilitando que a partir daí, ela se torne menos vulnerável ao desenvolvimento de doenças que podem contribuir para a morte precoce desta população.

A práxis que envolve essa premissa permeia uma ética que aufere o cuidado a essência do ser humano, aprofundando uma reflexão teórica que vise contribuir para o entendimento das questões que envolvem a totalidade do ser. Vale salientar que tal relação envolve o interesse pelo outro e pelo sofrimento do outro, subentendo ações preconizadas pela própria estratégia de saúde pública no Brasil, como por exemplo, a escuta atenciosa.

Estas ações constituem uma reflexão ética *per se*, pois apontam a necessidade de que os profissionais da saúde que desempenham suas funções junto à população avaliem suas ações, bem como executem a reflexão crítica sobre seus atos, criando estratégias que permitam alcançar seus objetivos, quais sejam, executar o cuidado à saúde do homem.

Trata-se, pois, de alcançar uma compreensão mais adequada do sujeito que está sob os cuidados da equipe de saúde e de compreender qual o sentido e o motivo pelo qual ele (no caso os homens) não procura o atendimento. Ao verificar esta questão percebe-se o quanto a questão do cuidado envolve elementos para além da técnica, os quais abarcam processos de cunho antropológico, ético e estético.

Desta forma, uma ação ética envolvendo o cuidado à saúde do homem revela que é possível cuidar deste sujeito de maneira mais profunda, eliminando reducionismos pautados em práticas culturais que generalizam a significação do “ser homem”, empobrecendo e desrespeitando a essência do humano. Esta ação permite desfragmentar o processo do cuidado e possibilita uma visão holística da pessoa.

Diante deste contexto, percebemos o quão importante é realizar debates e discussões que promovam a saúde do homem, apesar do fato de que tais discussões avançam morosamente em virtude da dificuldade em refletir sobre as práticas de saúde que tornam o homem protagonista do processo, em parte devido à própria conjuntura histórica que tangencia este padrão identitário, afastando-o das premissas necessárias ao seu cuidado.

Referências

- Almeida, M. C. de. (2005). O método 6: Ética. *Revista FAMECOS*, Porto Alegre, 12 (27), 139-143.
- Brasil. Casa Civil (1990). *Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília. Acessado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília. Acessado de <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018). *Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil*. Brasília. Acessado de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/19/Perfil-da-morbimortalidade-masculina-no-Brasil.pdf>.
- Boff, L. (2003). *Saber cuidar ética do humano: compaixão pela terra*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Brody H. (2012). From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance. *N Engl J Med.*, New York, 366 (21), 1949-51.

- Carneiro, F. F., Pessoa, V. M., Arruda, C. A. M., Folgado, C. A. R., Soares, R. A. S., Matos, A. S., Tygel, A. F., Kirsch, R., & Vaz, B. A. (2017). O processo histórico e a criação do Obteia. In F. F. Carneiro, V. M. Pessoa, & A. C. A. Teixeira (Orgs.), *Campo, floresta e águas: Práticas e saberes em saúde*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 31-55.
- Coelho, I. B., Padilha, R. Q., & Ribeiro, E. C. O. (2018). Desafios na educação de profissionais de saúde no século XXI. In V. V. Lima, & R. Q. Padilha. *Reflexões e inovações na Educação de Profissionais de Saúde*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Cotrim, G. (1998). *Fundamentos da filosofia: história e grandes temas*. São Paulo: Editora Saraiva; p. 243-303.
- Fabriz, D. C. (2003). *Bioética e direitos fundamentais: a bioconstituição como paradigma do biodireito*. Belo Horizonte: Editora Mandamentos.
- Ferro, O. M. R., Silva, C. C., Sebastião, C. N. S., Valejos, M. A. R., & Guimarães, Q. S. (2013). “Aspectos da cultura do homem rural pantaneiro”. In O. M. R. Ferro, & Z. A. Lopes (Orgs.). *Educação e cultura: lições históricas do universo pantaneiro* (Vol. 1, pp. 169-184). Campo Grande, MS: Ed. UFMS.
- Foucault, M. (2005). *História da Sexualidade: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Fontoura Junior, E. E. (2018). *Saúde, qualidade de vida e capacidade para o trabalho do peão pantaneiro da região de Aquidauana, Mato Grosso do Sul, Brasil*. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, Brasil.
- Fundação Oswaldo Cruz. (2016). “OMS aponta as principais causas de morte”. Acessado de <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/oms-aponta-principais-causas-de-morte>.
- Gomes, R., & Deslandes, S. F. (1994). “Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção”. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*, 2 (2), 103-114.
- Herrmann, A., Sampaio, C. A. B., Chakora, E. S., Moraes, É. M. R., Silva, F. N. M., & Coutinho, J. G. D. (2016). “Guia de saúde do homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS)”. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Acessado de <https://central3.to.gov.br/arquivo/369121/>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). “Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira”. Rio de Janeiro: IBGE. Acessado de <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes. (2015). “Política Nacional de Saúde do Homem em destaque. Rio de Janeiro”. Acessado de http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/ms_poe_saude_do_homem_em_destaque.
- Koerich, M. S., Erdmann, A. L., & Nitschke, R. G. (2009). Ética em Saúde: complexidade, sensibilidade e envolvimento. *Revista Bioetikhos- Centro Universitário São Camilo*, São Paulo, 3 (2), 252-255.
- Martins Filho, I. G. (2006). *Manual esquemático de filosofia*. São Paulo: Editora LTr. 3ª edição. p.13-15-6-7-231.
- Morin, E. (2005). *O Método 6: Ética*. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina.
- Nogueira, A. X. (2009). *O que é pantanal*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Roselló, F. T. (2009). *Antropologia do cuidar*. Petrópolis. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Scott, J. (1990). “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”. Porto Alegre, *Educação e Realidade*, (16), 7-14.

Schulz, G. N. L. (2009). *O que é indiferença?* Acessado de:
<http://filosofiadomarcozero.blogspot.com/2013/10/o-direito-indiferenca.html>.

WHO. World Health Organization, Geneva, 2018. The top 10 causes of death. Acessado de
<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.