

**SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REFLEXÕES ACERCA DA  
MULTIPLICIDADE DE OLHARES NA AVALIAÇÃO CORPORAL***Braulio Nogueira de Oliveira<sup>a</sup>**Elyudienne Andressa Silva Alves<sup>b</sup>**Cássia de Andrade Araújo<sup>b</sup>**Ana Luisa Batista Santos<sup>a</sup>**Francisco das Chagas Vasconcelos de Souza Neto<sup>a</sup>**José Pereira Maia Neto<sup>a</sup>***Resumo**

O presente texto se baseia em uma experiência realizada durante o lançamento da Política Municipal de Saúde Integral do Homem em Sobral, Ceará, no que concerne à abordagem interdisciplinar da avaliação corporal. Trata-se de um relato de experiência, construído a partir da observação sistemática das práticas realizadas pelos profissionais envolvidos. As atividades compreenderam ações executadas por profissionais da Educação Física, Nutrição, Enfermagem e Fisioterapia. Os resultados elucidam que a partir da avaliação corporal é possível identificar demandas para além dos aspectos físicos, pela análise situacional compartilhada, direcionada a uma corresponsabilização do usuário em seu projeto terapêutico. A abordagem interdisciplinar com enfoque na clínica ampliada gerou impactos positivos na compreensão dos sujeitos quanto ao seu processo saúde-doença-cuidado, gerando autorreflexão acerca das práticas e hábitos cotidianos.

**Palavras-chave:** Promoção da saúde. Saúde do homem. Comunicação interdisciplinar.

---

<sup>a</sup>Universidade Estadual do Ceará – UECE – Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>b</sup>Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA – Sobral (CE), Brasil.

**Endereço para correspondência:** Braulio Nogueira de Oliveira – Avenida Doutor Silas Muguba, 1700 – Campus do Itaperi – CEP: 60740-000 – Fortaleza (CE), Brasil – E-mail: brauliono08@hotmail.com

## MEN'S HEALTH IN PRIMARY HEALTH CARE: REFLECTIONS ON THE MULTIPLICITY OF PERSPECTIVES IN BODY ASSESSMENT

### **Abstract**

This text is based on an experiment conducted during the launch of the Integrated Men's Health Municipal Policy in Sobral, Ceará, Brazil, regarding the body assessment interdisciplinary approach. This is a report experience from systematic observation of the practices performed by Physical Education, Nutrition, Nursing, and Physiotherapy professionals. The results show that from the body assessment it is possible to identify demands beyond the physical aspects, by sharing situational analysis directed to the co-responsibility of the user in the treatment plan. The interdisciplinary approach focusing on expanded clinic generated positive impacts on the subjects understanding of their health-disease-care processes generating self-reflection on daily practices and habits.

**Keywords:** Health promotion. Men's health. Interdisciplinary communication.

## SALUD DEL HOMBRE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: REFLEXIONES SOBRE LA MULTIPLICIDAD DE PERSPECTIVAS EN LA EVALUACIÓN CORPORAL

### **Resumen**

Este texto está basado en un experimento realizado durante el lanzamiento de la Política Municipal de Salud Integral del Hombre en Sobral, Ceará, Brasil, en lo que se refiere al enfoque interdisciplinario de la evaluación corporal. Se trata de un relato de experiencia, construido a partir de la observación sistemática de las prácticas llevadas a cabo por los profesionales implicados. Las actividades comprendieron las acciones realizadas por los profesionales de Educación Física, Nutrición, Enfermería y Fisioterapia. Los resultados aclaran que desde la evaluación corporal se pueden identificar las demandas además de los aspectos físicos, por el análisis situacional compartido, dirigida a una co-responsabilidad del usuario en su proyecto terapéutico. El enfoque interdisciplinario centrado en la clínica expandida generó efectos positivos en el entendimiento de los sujetos a respecto del proceso salud-enfermedad-atención, generando auto-reflexión acerca de las prácticas y hábitos diarios.

**Palabras clave:** Promoción de la salud. Salud del hombre. Comunicación interdisciplinaria.

## INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) emerge no cenário nacional com uma proposta de reorientação dos serviços, especificamente no que se refere às ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS). Esse modelo visa propiciar uma atenção integral e centrada na família, ou seja, desenvolver ações em saúde com um caráter ampliado, não apenas considerando os determinantes sociais, mas os pondo em situação paritária com os aspectos biomédicos.<sup>1</sup>

Do ponto de vista histórico das políticas de saúde voltadas a “populações específicas”, o estabelecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) se lança como um momento significativo para a organização dos serviços, na medida em que oferta aos homens um cuidado integral, facilitando o seu acesso e aperfeiçoando a atenção a suas singulares demandas. Tais medidas se mostram necessárias, pois tradicionalmente essa parcela da população esteve à margem das atividades da ESF.<sup>2,3</sup> O lançamento dessa política pode ser considerado, ainda, como um momento importante no processo que se desenrola em torno da medicalização do corpo masculino.<sup>3</sup>

Segundo Leal et al.,<sup>4</sup> o incentivo à preparação dos profissionais para o acolhimento e atenção aos homens nos programas que já são desenvolvidos na ESF — como os programas de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia), de Doença Sexualmente Transmissível (DST) e de planejamento familiar — podem ser considerados os primeiros passos para uma aproximação da atenção em saúde a essa parcela da população. Em seu estudo, a grande maioria dos profissionais da APS referem a necessidade de capacitações voltadas às questões que acometem mais frequentemente a saúde do homem, tais como: infecções sexualmente transmissíveis, violência, obesidade, câncer de próstata, entre outras.

No sentido de ampliar esse acolhimento e o acesso, torna-se relevante um trabalho interdisciplinar e intersetorial. Entende-se por interdisciplinaridade um movimento contemporâneo que emerge na perspectiva da dialogicidade e da integração das ciências e do conhecimento, buscando romper com o caráter de hiperespecialização e com a fragmentação dos saberes;<sup>5,6</sup> e por intersetorialidade a articulação entre os distintos setores, serviços e equipamentos sociais e de saúde, pensando a complexidade que envolve a produção do cuidado em saúde dentro de uma dinâmica que rompa com o modelo de fragmentação das políticas, em seus saberes e práticas.<sup>7,8</sup>

Nessa perspectiva, foi realizada a I Semana Sobralense de Atenção Integral à Saúde do Homem, na qual foram desenvolvidas atividades com o intuito de sensibilizar toda a

população acerca da política nacional e de sua implantação no referido município, sobretudo nos serviços oferecidos no Sistema Único de Saúde (SUS). Diante disso, o presente relato de experiência traz reflexões sobre o processo em que se deu o lançamento da PNAISH no município de Sobral, Ceará, principalmente no que concerne à abordagem interdisciplinar na avaliação corporal realizada, bem como na perspectiva da continuidade desse cuidado.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um relato de experiência construído a partir da observação sistemática das práticas realizadas pelos profissionais envolvidos. A política no âmbito municipal foi lançada oficialmente durante o mês de agosto de 2012, envolvendo profissionais da ESF, Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nas diversas áreas: Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Serviço Social e vários outros; entretanto, a atividade objeto deste estudo, avaliação corporal, foi realizada apenas pelos profissionais de Educação Física, Enfermagem, Nutrição e para alguns casos específicos pelos de Fisioterapia. O evento realizado na parte interna do Centro de Convenções de Sobral contou com a participação de aproximadamente 70 homens, na sua maioria trabalhadores informais, tendo como objetivo sensibilizar a população e os profissionais de saúde para a Política Municipal de Atenção Integral a Saúde do Homem, sobretudo nos serviços oferecidos na Rede SUS.

Durante a avaliação corporal foram realizadas, dentre outras, as seguintes ações: aferição de peso (kg) e estatura (m), com posterior cálculo do índice de massa corpórea (IMC) ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), circunferência da cintura (cm), bem como aferição da pressão arterial (mmHg) e glicemia capilar (mg/dL). O diferencial dessa experiência emerge da atividade educativa realizada após aferição e interpretação dos dados. Assim, foram formados pequenos grupos de três a seis pessoas para uma interconsulta coletiva. Nessa situação, os profissionais envolvidos puderam expor uma visão interdisciplinar quanto à situação de saúde dos usuários, que permitiu um olhar integral desse sujeito, na perspectiva da promoção da saúde.

A partir de uma análise singular de cada caso, realizada de forma compartilhada e dialógica entre profissionais e usuários, foram apontadas estratégias e encaminhamentos pautados na corresponsabilização e no desenvolvimento da autonomia. Entendemos tal abordagem como o primeiro momento do cuidado, o acolhimento, no qual as demandas iniciais dos homens foram identificadas e analisadas para o direcionamento na continuidade do cuidado em seu território específico da ESF.

## REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA

A experiência evidencia que a avaliação corporal visa não somente o acúmulo de índices e coeficientes. A partir de sua realização é possível a identificação de fatores de risco relacionados à saúde, e esses, por sua vez, são determinados socialmente. Baseado nessa concepção e munido do princípio da integralidade, no referido evento algumas orientações foram realizadas no sentido de encaminhamento a equipes de referência no próprio território do usuário, bem como em sua corresponsabilização.

A ideia de integralidade, ao menos no que toca a práticas de saúde, diz respeito a uma perspectiva de atenção não centrada na doença, de forma que os profissionais de saúde atuem de maneira menos técnica, não tratando as pessoas como objetos. Nesse sentido, passam a ser necessários atendimentos sucumbidos de práticas intersubjetivas, construindo, a partir do diálogo com o outro, projetos terapêuticos individuais e singulares.<sup>9,10</sup> Dessa maneira, o princípio da integralidade considera o usuário em sua totalidade, não descontextualizando de seus aspectos histórico, social e político, e resultante de suas relações com a família, meio ambiente e a sociedade no qual está inserido.<sup>10</sup>

Nessa perspectiva da integralidade é importante destacar a boa articulação entre APS e as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no cenário de Sobral, tais como: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados a Pessoas com Deficiência e Rede de Atenção às Urgências. A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas ainda está em processo de implantação, nela a Atenção à Saúde do Homem receberá destaque, tendo em vista os indicadores de saúde do município.

Ilustram a magnitude dessa rede (doenças crônicas), registros do sistema do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) referentes ao ano de 2012, no qual a incidência de hipertensão em Sobral, Ceará, foi de 5,35 por mil habitantes, valor 3 vezes maior do que a média do estado do Ceará (1,88). Em relação ao diabetes tipo 2 houve uma incidência de 0,61 diabéticos por mil habitantes, sendo a média 6 vezes maior em relação ao estado (0,1). Para hipertensos com diabetes a incidência foi de 2,28 por mil habitantes para o município e 0,64 para o estado. Tais números refletem os índices alarmantes de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no município, que superam as médias do estado.

Na perspectiva do fortalecimento da relação entre a APS e as RAS, destacam-se ainda as seguintes ações desenvolvidas pelo município: matriciamento entre profissionais da APS e RAS, discussões de casos, Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), Projetos de Saúde no Território (PST), capacitações e aperfeiçoamentos, dentre outros.

Inserir a saúde do homem nesses processos de trabalho é de extrema importância para contemplar as demandas desses sujeitos.

É relevante mencionar também a política de humanização do SUS<sup>11</sup> ao apontar que o sujeito deve considerar três determinantes no seu processo de saúde: a cogestão, a corresponsabilidade e a participação, ou seja, que o sujeito se torne gestor, responsável e participante na produção de saúde. Para se tornar cidadão e não apenas usuário, o sujeito, assim como tem direito de acesso aos sistemas de saúde, tem o dever de cogерir e de se corresponsabilizar pela estruturação e pelo funcionamento desses sistemas. Busca-se a partir da interconsulta contemplar também essa perspectiva, e não somente “atingir os índices e coeficientes adequados”. O “eu” é um sujeito protagonista e autônomo, uma empresa de si próprio que, ao ter que gerir, também se responsabiliza e participa, organizado em coletivos por meio da cooperação e da solidariedade.<sup>11</sup>

Esse olhar compreende questionamentos para além dos dados biométricos e clínicos tradicionais, incluindo quesitos da clínica ampliada, objetivando entender a subjetividade e os determinantes sociais inerentes àqueles dados epidemiológicos.

Para Campos e Amaral,<sup>12</sup> a construção da clínica ampliada é justamente a transformação da atenção individual e coletiva de forma a possibilitar que outros aspectos do sujeito, além do biológico, possam ser compreendidos e trabalhados. A clínica poderá também contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários. Autonomia entendida aqui como um conceito relativo, não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma ampliação da capacidade do usuário lidar com sua própria rede ou sistema de dependências.

Nessa perspectiva, acredita-se que o profissional de saúde deve desenvolver a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças mas a se transformar, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não as impeça de viver outras coisas na sua vida.<sup>13</sup> Diante disso emerge o seguinte questionamento: *É possível trabalhar todas essas questões com base em uma avaliação corporal?*

A abordagem interdisciplinar, a partir da referida avaliação, surge como uma necessidade epidemiológica do público alvo, visto que várias demandas emergem a partir do diálogo com o usuário e do olhar interdisciplinar que direciona de modo mais condizente as posturas adequadas. Apenas com os dados que surgiram da aferição dos dados foram diagnosticados alguns agravos, como a obesidade/sobrepeso/magreza; indicativos de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e risco cardiovascular elevado. Todavia, com base no diálogo proporcionado pela abordagem interdisciplinar (após aferição e interpretação dos dados),

foram identificadas outras demandas, como o consumo de tabaco e álcool, problemas de saúde mental, desconhecimento a respeito de hábitos alimentares, risco social elevado, entre outros.

Além disso, o diálogo proporcionou uma tomada de decisão compartilhada (entre profissionais e usuários) na qual foi priorizado o desenvolvimento da autonomia dos usuários. Entretanto, naqueles casos em que houve a necessidade de um acompanhamento longitudinal os indivíduos eram orientados a equipes de referência de seus territórios adscritos, com uma proposta de construção da intersetorialidade por compartilhar os casos com o Centro de Referência a Assistência Social (CRAS), Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Programa de Esporte e Lazer na Cidade (PELC), ESF, entre outros.

A intersetorialidade representa outra ferramenta indispensável quando se pensa a intervenção em curto, médio e longo prazo. A complexidade dos problemas que surgem na APS exige uma articulação com outros serviços e setores para garantir a saúde como um direito. Logo, setores como saúde, educação, assistência social, segurança pública, controle social e outros podem juntos corroborar para a melhoria da saúde e qualidade de vida da população.

O trabalho pautado na lógica do diálogo e do desenvolvimento da autonomia buscou seguir a metodologia denominada Educação Popular em Saúde, provinda da Educação Popular defendida por Paulo Freire. Nessa perspectiva, se deixa de desenvolver processos de trabalho em saúde “para” o usuário em detrimento de um processo dialógico “com” o usuário. Outra característica marcante em destaque é a mudança de enfoque da prática a partir da teoria, para a teoria a partir da prática, compreendendo a vivência enquanto espaço formativo.<sup>14</sup> Assim como em outros estudos, identificou-se nessa realidade a pedagogia freiriana como disparadora de processos formativos potentes, principalmente na ampliação de leituras críticas da realidade posta.<sup>15</sup>

Desse modo, a abordagem foi pautada em alguns questionamentos, como “*Quais posturas ‘podemos’ adotar para melhorar sua condição de saúde?*” em detrimento de produtos pré-prontos, como por exemplo “*10 passos para uma vida saudável*”. É preciso avançar o debate no sentido da educação significativa e não arbitrária ou que culpabilize o usuário. Partimos do princípio de que não necessariamente o indivíduo estando categorizado enquanto obeso, hipertenso, tabagista e/ou alcoólico, por exemplo, reconhece aquilo enquanto problema ou se implica em mudar seus próprios hábitos.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A experiência vivida evidenciou que a demanda apresentada pelos homens, usuários do SUS, permanece reprimida, fazendo-se necessário captar e sensibilizar

precocemente esses indivíduos em suas necessidades de saúde para que, por meio de um processo dialógico — que prime pela autonomia —, eles possam construir um projeto terapêutico mais coerente e resolutivo.

A consolidação da PNAISH se configura como um desafio, pois possui fatores limitantes no que se refere às estruturas conjunturais e organizacionais dos serviços que compõem a ESF, tais como a ausência de fluxos direcionados à atenção à saúde do homem e suas peculiaridades.

A vivência revelou importantes avanços na qualidade do serviço ofertado. Sendo a abordagem interdisciplinar — com enfoque na clínica ampliada — um dos principais geradores de impactos positivos na compreensão dos sujeitos quanto ao seu processo saúde-doença-cuidado, promovendo a autorreflexão acerca das práticas e dos hábitos cotidianos.

Compreende-se que as informações presentes nos dados corporais possibilitam identificar diferentes demandas, a partir de uma análise situacional compartilhada. Isso é possível por meio tanto da atuação interprofissional quanto do compartilhamento com o próprio usuário (na construção corresponsabilizada de seu projeto terapêutico). Nessa perspectiva, e com a lógica da contribuição com as redes de atenção, o direcionamento para equipes ou profissionais de referência vem se mostrando potente na promoção da saúde integral do homem.

Diante disso, emerge como necessidade a criação de novas tecnologias em saúde direcionadas à saúde integral do homem, como é o caso da experiência aqui refletida. É preciso que se tenha uma postura de promoção da saúde para além dos muros dos Centros de Saúde da Família, ampliando esse olhar para os locais em que se fazem presentes os homens, que podem ser locais de trabalho, praças públicas, campos e quadras esportivas e até mesmo bares e prostíbulos.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. 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.



4. Leal AF, Figueiredo WS, Nogueira-da-Silva GS. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2607-16.
5. Oliveira MC. Os Modelos de cuidados como eixo de estruturação de atividades interdisciplinares e multiprofissionais em saúde. *Rev Bras Educ Méd*. 2008;32(3):347-5.
6. Thiesen JS. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. *Rev Bras Educ*. 2008;13(39):545-54.
7. Carvalho MF, Barbosa MI, Silva ET, Rocha DG. Intersetorialidade: diálogo da política nacional da promoção da saúde com a visão dos trabalhadores da atenção básica em Goiânia. *Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2009;3(3):44-55.
8. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, Lawder JAC, Lima LSM, Bueno RE, et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Suppl 1):1827-34.
9. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1411-6.
10. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):335-42.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
12. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(4):849-59.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: a clínica ampliada*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
14. Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *PHYSIS Rev Saúde Coletiva*. 2004;14(1):67-83.
15. Correia MS, Miranda MLJ, Velardi M. A prática da educação física para idosos ancorada na pedagogia freireana: reflexões sobre uma experiência dialógica-problematizadora. *Movimento*. 2011;17(4):281-97.

Recebido em 16.07.2013 e aprovado em 12.11.2014.