

SAÚDE DO HOMEM E ATENÇÃO PRIMÁRIA: O OLHAR DA ENFERMAGEM

Man's health and primary attention: the nursing view

Anna Maria Salimena¹, Lidiane Coelho Sacramento², Anna Maria de Oliveira Salimena³,
Rosângela Maria Greco⁴, Heloisa Campos Paschoalin⁵

RESUMO

Este estudo teve como objetivo conhecer os motivos da baixa procura dos homens pelo serviço de atenção primária, utilizando-se a abordagem qualitativa. Foram sujeitos da pesquisa 18 homens, de 25 a 59 anos, em início de tratamento ou em acompanhamento médico no ambulatório de especialidades do Hospital Universitário de Juiz de Fora (HU/CAS/UFJF). A análise compreensiva desvelou as Unidades de Significação: O conhecimento do homem sobre a prevenção da saúde; o momento em que o homem busca assistência para a saúde; sensações e sentimentos dos homens no processo de tratamento. Consideramos que a construção da identidade masculina alicerçada na questão de gênero e a precarização dos serviços de saúde dificultam ao homem a busca de assistência primária e que a equipe profissional da atenção primária deve ter preparo para atender o homem em suas necessidades, desenvolvendo ações para a saúde que contemple a singularidade masculina.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

Percebendo uma lacuna no Curso de Graduação em Enfermagem quanto ao ensino da assistência à saúde do homem, principalmente na atenção primária, nível de atenção responsável pela promoção da saúde e prevenção de doenças, sentimos a necessidade de estudar como é a relação do homem com a sua promoção de saúde e pre-

ABSTRACT

This study aims to know the reasons of the men's primary attention service low demand, using the qualitative approach. Eighteen men, from 25 to 29 years old, at the beginning of the treatment or under medical follow-up in the ambulatory of specialties of the Hospital Universitário de Juiz de Fora (HU/CAS/UFJF) were research's subjects. The comprehensive analysis revealed the Units of Signification: The man's knowledge about the health prevention; the moment in that the man looks for assistance for the health; men's sensations and feelings in the process of treatment. We consider that the male identity construction based on the question of the gender and the precarious health services is difficult for the man the search for the primary assistance and that the professional team of the primary attention must be prepared to attend the man in its needs, developing actions for the health that cover the male singularity.

KEY WORDS: Nursing; Family Health; Primary Health Care.

venção de doenças. A baixa procura deste pelo serviço de atenção primária foi objeto desta pesquisa que teve como objetivo conhecer os motivos da baixa procura dos homens pelo serviço de atenção primária.

Considera-se fundamental o olhar sobre o homem, no processo saúde-doença, a partir da perspectiva de gênero, o qual é construído em âmbito social por um conjunto de amarras culturais, diferenciando o ser homem do ser mulher.^{1,2}

¹ Anna Maria Salimena,

² Lidiane Coelho Sacramento,

³ Anna Maria de Oliveira Salimena,

⁴ Rosângela Maria Greco,

⁵ Heloisa Campos Paschoalin,

Essa construção propicia ao homem riscos para saúde, uma vez que, ao definir uma identidade masculina, buscam adotar comportamentos de uma masculinidade idealizada e hegemônica que, por sua vez, são considerados pouco saudáveis.

Ao nos debruçarmos sobre a atenção à saúde do homem, é importante compreender os significados e sentidos da Atenção Primária e do homem na perspectiva relacional de gênero em nosso país.

Em relação à Atenção Primária da Saúde, a Conferência Internacional de Alma Ata apresentou estratégias, alcançando destaque especial na Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde em 1986, com a promulgação da Carta de Ottawa. De acordo com este documento, “promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social”^{3:14}

Nesse sentido, entende-se que o conceito de saúde se tornou amplo e positivo, enfatizando os recursos sociais, pessoais e a capacidade física, tornando a promoção da saúde responsabilidade não só do setor saúde, mas um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global. Sendo assim, a atenção primária foi reconhecida como uma porção “integral, permanente e onipresente do sistema formal de atenção à saúde em todos os países”.^{4:31}

No Brasil, atualmente, a assistência no nível de atenção primária é regida pela Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde que define e caracteriza o exercício da Atenção Primária de Saúde. Seguindo essa política, os princípios que orientam este nível de atenção são: universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, humanização, equidade e participação social.³

Atenção Primária ou Atenção Básica representam expressões diferentes, mas que exprimem o mesmo significado. Caracterizam-se por ações de saúde em âmbito individual e coletivo, integrando promoção, proteção, prevenção, manutenção e reabilitação da saúde, diagnóstico e tratamento. O trabalho é realizado em equipe que assiste populações segundo territórios bem delimitados, assumindo responsabilidades sanitárias, levando em consideração a dinamicidade que existe nesses territórios populacionais. Esse nível de atenção representa a porta de entrada do paciente no sistema de saúde.

Frente a esta concepção de Atenção Primária, qual tem sido a atenção à saúde do homem no sistema de saúde de nosso país? Vejamos, ainda que resumidamente, o homem na perspectiva relacional de gênero.

Nas Políticas vigentes de Atenção à Saúde, as crianças, os adolescentes e os idosos, todos do sexo masculino, estão inseridos em estratégias de ações de saúde, mas os homens na idade adulta não são assistidos por ações específicas de saúde que contemplem suas particularidades e que, por representarem a força produtiva da população masculina, com significado sociopolítico e econômico, tornam-se mais vulneráveis a riscos para a saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, os estudos realizados em 2005 revelam que as causas de morte dos homens em idade adulta são representadas por cinco grupos de entidades mórbidas: causas externas, doenças do aparelho circulatório, tumores, doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho respiratório.⁵

Entretanto, a análise das causas de mortes que afetam o público masculino adulto não pode considerar somente os dados fundamentais para a promoção de medidas preventivas, pois as dificuldades em relação à prevenção e à promoção da saúde são atribuídas também aos sentidos da sexualidade masculina, que adquire imagens e significados influenciados por permanências culturais.⁶

A concepção de gênero surgiu de teorias biológicas, quando os órgãos reprodutivos foram definidos como fator absoluto para a diferença entre homens e mulheres, influenciando a formação de estereótipos.⁷ A mulher apta à maternidade foi considerada frágil e vulnerável a qualquer influência, enquanto o homem “considerado modelo universal do humano”. E o homem adquiriu status de ser ativo, invencível e invulnerável a qualquer risco.⁸ Em consequência dessa visão naturalista, os homens foram estudados e considerados todos iguais, sendo seus comportamentos predeterminados biologicamente.⁹

Existem, no entanto, diversos modelos de masculinidade, uma vez que se deve levar em consideração a posição do sujeito no grupo de referência onde ele está inserido: alguns são mais valorizados e exaltados em relação a outros que são desprezados e subordinados no mesmo contexto.⁸

Em meio às marcas identitárias masculinas, é necessário fazer uma ressalva em relação à masculinidade(s) e ao machismo, caracterizando o machismo pelas atitudes e percepções que homens e mulheres têm em relação a homens e mulheres, enquanto a masculinidade é o modelo da identidade masculina. Dessa forma, embora o machismo possa ser uma forma de vivência do masculino, em função das conexões existentes entre eles, não se pode afirmar que comportamentos machistas decorram necessariamente da masculinidade.²

São considerados “homens verdadeiros” aqueles que compartilham da masculinidade hegemônica, não fazem

queixas de sintomas desagradáveis em seu organismo, buscando ajuda apenas quando perdem todo o controle sobre o seu organismo.^{10,71} Os homens, segundo este autor, se sentem incomodados com a situação passiva do papel de doente, o que faz com que eles ignorem sinais de alarme. Assim, eles acessam o sistema de saúde de forma episódica, quando surge uma situação aguda, levando-os a uma súbita perda de controle.¹⁰

A hegemonia masculina gera comportamentos perigosos para a saúde do homem, pois alguns agravos à sua saúde ou riscos são provenientes da sua relação com o ambiente social, onde se dá o exercício de sua masculinidade. Tais comportamentos danosos podem ser analisados a partir de três eixos: saúde sexual e reprodutiva; violência e poder; e o perfil de morbi-mortalidade.⁹

A saúde sexual e reprodutiva é uma temática que, durante muito tempo, foi aplicada às mulheres em função da maternidade e das doenças relativas a essa área. Mas estudos realizados com enfoque nas relações de gênero reconheceram a necessidade da inclusão dos homens nessa área, em função dos comportamentos e valores que estão presentes nos processos relacionais de saúde reprodutiva e sexualidade. É necessária a valorização do homem na saúde reprodutiva devido ao elevado índice de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e pela pandemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), em função da mudança no perfil epidemiológico da AIDS, um aumento da transmissão por via heterossexual. Dessa forma, torna-se inevitável a incorporação da perspectiva de gênero, analisando o comportamento dos homens nas práticas sexuais.⁹

As abordagens sexuais justificam a necessidade da presença dos homens em questões de saúde reprodutiva, pois a compulsividade pela prática sexual como símbolo de virilidade é uma questão relevante para o planejamento familiar, objetivando o sexo seguro e uma maior preocupação com o cuidado de si e de suas parceiras. Violência e poder é considerado como fenômeno multicausal e difuso, sendo influenciado por fatores sociopolíticos, econômicos, culturais e psicobiológicos. A própria socialização do homem tende a envolvê-lo em episódios agressivos, uma vez que a masculinidade associada à agressividade e à crença de invulnerabilidade o expõe a riscos como álcool, drogas ilícitas e armas. As violências sofridas pelos homens são vivenciadas a partir das relações sociais intrasexo com base nas identidades construídas.⁹

Numa visão patriarcalista, o homem ocupa o lugar de ação, decisão e de chefe, ou seja, demonstrando o poder que possui.¹¹ Os papéis de provedor, produtor e protetor,

presentes na identidade masculina, geram uma sensação de poder, o que permite ao homem subordinar e controlar os outros, membros de sua família, do seu trabalho ou de sua comunidade. Para manter ou alcançar a posição de poder, muitas vezes, estes homens recorrem à violência verbal, física ou emocional contra outros homens, contra suas parceiras ou contra si.¹⁰

Quando se analisa o perfil de morbimortalidade dos homens considerando os cinco principais grupos de entidade mórbida, segundo o Ministério da Saúde (causas externas, doenças do aparelho circulatório, tumores, doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho respiratório), observa-se que estes apresentam uma relação direta com comportamentos marcados pela distinção de gênero.⁵

Ao observar o Câncer de Pulmão e a Cirrose, correlacionando-os ao hábito de fumar ao uso abusivo de álcool, é evidenciado que estes agravos são compreendidos como produto do comportamento masculino no ambiente, uma vez que os homens sofrem grande pressão social para iniciarem o consumo de bebida e tabaco, o que pode ser constatado na mídia através das diversas propagandas.⁵

O Câncer de Próstata e suas medidas preventivas também possuem uma representatividade marcada por valores cultuados no imaginário masculino, mais especificamente do padrão hegemônico. Partindo do pensar de que ser homem é ser “bruto”, “forte”, “agressivo” e ter iniciativa sexual (ativo), atribui-se ao toque retal, na prevenção, uma ideia de invasão a uma parte do corpo que não deve ser explorada.⁸ Simbolicamente para os homens que fazem parte do padrão hegemônico de masculinidade, esse exame associa-se à violação do ser masculino, aproximando-o do ser feminino.

Às doenças cardíacas correlacionam o padrão de riscos para cardiopatia com a figura do homem ambicioso, hostil, competitivo e individualista características que se associam ao padrão hegemônico de masculinidade.⁹ E os indivíduos susceptíveis a coronariopatias apresentam características muito similares aos da masculinidade tradicional: são insensíveis, não reconhecendo os sentimentos e emoções de outras pessoas; inibem sua expressão emocional; não reconhecem códigos sociais importantes e têm medo da homossexualidade.¹⁰

Além dos grupos de entidades mórbidas, é relevante mencionar o trabalho como fator de risco para a saúde masculina uma vez que é cenário para comportamentos convergentes com padrões constituintes do perfil de morbimortalidade e por ser uma das instâncias de referência para a inserção e reconhecimento do homem, resgatando

a ideia de provedor, marca identitária da masculinidade hegemônica. As circunstâncias e fatores que afetam a saúde do homem no trabalho são: ambiente inseguro de trabalho; tarefas perigosas; o não uso de equipamentos ou medidas de segurança; perda de rendimentos relacionados a ausências decorrentes de doenças, o que gera inconveniência de ter que faltar ao trabalho; e o estresse ocupacional.¹⁰

Sendo assim, partindo da abordagem de gênero, buscou-se compreender, nas falas dos sujeitos desse estudo, contextualizando-as, os motivos da baixa procura dos homens pelo serviço de atenção primária a fim de contribuir para a melhoria do atendimento ao homem de modo que contemple as particularidades e singularidades num cuidado autêntico na prevenção e promoção de sua saúde.

METODOLOGIA

Neste estudo, utilizou-se abordagem de natureza qualitativa, vislumbrando nesta o modo de contemplar o objetivo proposto, pois a pesquisa surge da indagação de conhecimentos existentes chamados de teoria ou de uma realidade questionada.¹² O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora para análise, parecer e liberação, atendendo a Resolução n.196/96 do Ministério da Saúde, sendo autorizado segundo Parecer de nº 0064/2009, atendendo a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.¹³

Utilizou-se como cenário as dependências do Ambulatório de Especialidades do Centro de Atenção à Saúde do Hospital Universitário de Juiz de Fora (HU/CAS/UFJF), localizado no Bairro Dom Bosco. O Centro de Atenção à Saúde (CAS) é centro de referência de atenção secundária ao atendimento de pacientes da rede Sistema Único de Saúde (SUS), numa área de abrangência que engloba 95 municípios da macrorregião Sudeste, dedicando-se atualmente a serviços ambulatoriais e às pequenas cirurgias. Foram sujeitos 18 indivíduos usuários do SUS, na faixa etária de 25 a 59 anos, os quais foram referenciados pela Atenção Primária à Atenção Secundária, que estavam iniciando tratamento ou em acompanhamento, sendo os mesmos abordados enquanto aguardavam suas consultas.

Valeu-se da técnica de entrevista aberta e estabeleceu-se uma relação empática com a intenção de propiciar o diálogo¹⁴ com as seguintes questões norteadoras: O que você entende como prevenção em saúde? O que o trouxe a este ambulatório? Como você se sente nesse processo de tratamento? Os depoimentos foram gravados em MP4 e transcritos na íntegra.

Durante os depoimentos, observamos as expressões não verbais dos depoentes, expressas em gestos ou outras manifestações, registrando em diário de campo, visto ser este uma fonte enriquecedora. Após a transcrição de cada depoimento, procedemos à leitura que nos deu condições de perceber as estruturas relevantes assim como as ideias centrais, para apreender os momentos-chave do fenômeno que se referiu à baixa procura pelo Serviço de Atenção Primária. Em seguida, foram realizadas outras leituras ativas em que buscamos relacionar os dados obtidos com o conteúdo da literatura consultada e realizamos a análise compreensiva¹⁵ que desvelou as Unidades de Significação: o conhecimento do homem sobre a prevenção em saúde; o momento em que o homem busca assistência para a saúde; sensações e sentimentos dos homens no processo de tratamento.

RESULTADO E ANÁLISE

O conhecimento do homem sobre a prevenção em saúde

Sabe-se que a promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para que ela atue e participe de ações que visem uma melhoria de sua qualidade de vida e de saúde. Nesse sentido, além do envolvimento de ações do Estado, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais, o indivíduo assume a responsabilidade de desenvolver habilidades individuais a fim de tomar decisões que favoreçam sua saúde, ou seja, ele deve adquirir autonomia e, conseqüentemente, desenvolver o autocuidado.

Neste estudo, percebeu-se a desinformação sobre a prevenção pelos homens, o que gera uma passividade frente ao processo saúde-doença, exemplificado pelo recorte deste depoimento:

[...] *Eu não entendo, eu vim aqui porque não tinha jeito, tava decaindo [...].* E7

As ações de promoção à saúde, entre as quais se faz presente a prevenção de agravos, têm o objetivo de auxiliar os indivíduos no desenvolvimento de habilidades, através de orientações relacionadas à melhoria da qualidade de vida (reeducação alimentar, atividade física, saneamento básico), com o intuito de evitar o surgimento de doenças.³

Percebe-se que muitos homens têm uma ideia equivocada em relação à prevenção em saúde, visto que eles definem a prevenção como busca rápida de um tratamento para uma doença já instalada no organismo. Sendo assim, associam a

prevenção em saúde ao modelo biomédico em que o foco é a doença/cura como expresso nos depoimentos:

[...] *É a gente procurar estar sempre se cuidando porque na prevenção você pega a coisa no início e... é mais fácil de ser tratado e também de ser curado ou de ser minimizado* [...]. E1

[...] *ta se cuidando, tratando ta tudo bem* [...]. E3

[...] *Fazer o controle, foi a partir daí que eu descobri o problema* [...]. E6

[...] *Procurar o médico, quando tiver sentindo* [...]. E12

[...] *Se prevenir já bem imediato, no começo, não deixar o problema apertar* [...]. E13

O modelo biomédico ignora os aspectos psicobiológicos, sociais e ambientais envolvidos no processo saúde doença, baseando-se numa visão cartesiana de divisão corpo e mente.¹⁶ Remetendo-se à assistência atual, esses autores fazem referência ao Relatório Flexner, de 1910, o qual se relaciona com o modelo biomédico influenciando até os dias de hoje o ensino e a prática da medicina, fragmentando o conhecimento médico em disciplinas, colocando o hospital como espaço de cura e ensino, propondo a especialização intensiva e o trabalho centrado apenas no consultório.

Tais considerações são observadas nos depoimentos os quais evidenciam a representatividade do médico e do hospital na saúde dos homens, que mais uma vez correlacionam a prevenção em saúde ao modelo em questão.

[...] *Prevenção é procurar o hospital, a vida toda* [...]. E9

[...] *Procurar o médico regulamente* [...]. E14

[...] *É a gente cuidar mais da saúde, procurar consultar sempre* [...]. E16

[...] *Fazer alguns exames básicos... eletrocardiograma anual, exames de sangue para ver seu nível de colesterol, triglicérides (...) uma radiografia de pulmão* [...]. E4

Esta última fala demonstra como a prevenção para este homem está relacionada com nível de atenção secundária, de média complexidade; uma vez que, para a realização de tais exames, o usuário recorre primeiramente a uma consulta médica.

Essa procura dos homens a serviços de saúde de nível secundário e terciário, média e alta complexidade, acreditando ser este o modo de prevenção em saúde, pode ser entendida em alguns casos como o cumprimento burocrático de exigências de empresas empregadoras, como evidenciado neste depoimento:

[...] *isso aí (realização de exames) foi um hábito que foi incutido na cabeça dos funcionários da empresa e hoje aposentado eu continuei fazendo normalmente todo ano por minha conta* [...]. E4

As empresas empregadoras acreditam que os momentos de consultas e exames possam ser compreendidos como um espaço a ser investido para ações preventivas, promovendo um maior envolvimento dos sujeitos nessas ações e não numa simples medicalização.¹⁷

Desta forma, entendemos que:

a atenção à saúde, hoje, requer uma mudança na concepção de mundo e na forma de utilizar o conhecimento em relação às práticas de saúde, voltando o seu enfoque especialmente para a promoção da saúde. É muito mais do que uma aplicação técnica e normativa, ou seja, a promoção da saúde está relacionada à potencialização da capacidade individual e coletiva das pessoas para conduzirem suas vidas frente aos múltiplos condicionantes da saúde.^{18: 113}

Diante dos depoimentos, apreendemos que os homens, por não terem um conhecimento claro sobre prevenção em saúde, em que eles deveriam atuar de forma ativa a fim de favorecer a sua saúde desenvolvendo o autocuidado, acabam “responsabilizando” o médico e o hospital por seus processos de saúde-doença. Isso os torna sujeitos passivos frente a sua saúde.

O momento em que o homem busca assistência para a saúde

Incluir a participação do homem nas ações de saúde é um desafio por diversos fatores e um deles é o fato de que cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde não é uma questão presente na socialização dos homens.⁹ Assim, observamos a representatividade da saúde para o homem neste depoimento:

[...] *A saúde... para o homem é um tabu, é um mito* [...]. E18

Essa expressão mostra que a saúde possui significados e representações que não são facilmente entendidos e dis-

cutidos pelos homens, principalmente quando se trata de alguma prática de saúde que move o imaginário masculino, sobretudo em relação a sua sexualidade. O exame clínico de câncer de próstata é um exemplo de procedimento que faz com que aflore, no imaginário do homem, questões que simbolicamente podem exercer influências no seu ser.

Esse depoimento nos faz perceber que a realização deste exame é entendida como algo de errado, que contraria a identidade masculina e, por isso, causa vergonha naqueles que o realizam.

[...] se você chegar por aí perguntando para os homens quem já fez exame de próstata, quem já fez vai ficar até constrangido de falar [...]. E15

É através do processo de socialização (pela mídia, entre pares, na família), que o homem busca o distanciamento de características relacionadas ao feminino: sensibilidade, cuidado, dependência e fragilidade. É garantindo um distanciamento dessas características consideradas por eles femininas que os homens assumem marcas que definem sua identidade masculina, como virilidade, força, invulnerabilidade entre outras, as quais fazem parte de um modelo de masculinidade hegemônica, que é bem compreendido pelo prisma relacional de gênero, anteriormente discutido.⁹

Por este ser o modelo de referência para a maioria dos homens que não querem ser questionados e por aqueles que compartilham do mesmo, eles acabam assumindo comportamentos que geram riscos para a saúde.⁸ Então, a solicitação de assistência, por parte dos homens, aos serviços de saúde é afetada pela própria necessidade que o homem tem de atender aos preceitos da masculinidade, como observado neste depoimento:

[...] A maioria dos homens também não procura muito o médico porque fica com receio dos colegas falarem que ta indo no médico, ta doente, ta com aquilo sabe e muito dos homens também gostam de ser fortão [...]. E10

Sendo assim, evidenciamos a preocupação que o homem possui de ser questionado por outros que seguem o mesmo modelo de masculinidade hegemônica, uma vez que a invulnerabilidade e a força são características dessa identidade tão valorizada para aqueles que não querem ser objeto de estigma. Portanto: “é muito difícil ocupar o papel de paciente e, com frequência, nega a possibilidade de estar enfermo e procura um médico, só em último caso, já que ao contrário poderia estar assumindo um papel passivo, dependente e de fragilidade”^{8:1979}

Os recortes a seguir fazem parte dos depoimentos sobre o que os trouxe ao ambulatório e ilustra a assertiva anterior, o momento em que eles sentem a necessidade da assistência à saúde, evidenciando que a identidade hegemônica de masculinidade contribui para uma busca tardia de assistência, agravando assim o quadro do paciente/cliente.

[...] Enquanto não senti não vem [...]. E12

[...] Enquanto você ta podendo... as pernas tão carregando você não percebe [...]. E18

[...] Eu vim aqui porque não tinha jeito, tava decaindo [...]. E7

[...] Tava agravando... comecei passar mal mesmo... tem que tomar um baque pra cair na real, pra começar tratar da saúde [...]. E10

[...] Quando chega a procurar um médico é porque a situação já ta crítica e já não tem outro recurso, então é obrigado mesmo a procurar um médico [...]. E14

Então, os recortes desses depoimentos confirmam o que já se considerou, assinalando que “os homens verdadeiros”, aqueles que compartilham da masculinidade hegemônica, não fazem queixas de sintomas desagradáveis percebidos em seu organismo, buscando ajuda apenas quando percebem que perderam o controle do problema e que sua saúde começa a mostrar sinais de decadência, os quais interferem em sua vida.¹⁰ E que: “os homens são pouco cuidadosos com sua saúde e em suas interações com o sistema de saúde, muitos assumem uma fantasia de ‘carvalho maciço’”.^{10:72} Ainda, este estudioso coloca que os homens interagem e procuram por ajuda ou o sistema de saúde de forma episódica, quando se sentem incomodados com a situação passiva ou quando realmente adoecem, ignoram os sinais de alerta ou alarme.

Dessa forma, percebemos neste depoimento que não se considerou o sinal de alarme e que o ignorando houve o agravo da doença.

[...] Eu tinha cólica, aí eu comecei a evacuar sangue, sangue; tudo que eu comia era água pura, uma água cattingenta mesmo, aí eu comecei a procurar o Dr. [...]. E2

Ao analisar todos os depoimentos e partindo de princípios da pesquisa qualitativa, entendida como práticas interpretativas que contemplam o sentido que os sujeitos

atribuem aos fenômenos e ao conjunto de relações em que se insere, a procura pelo serviço de saúde se relaciona intimamente ao que se entende por ser homem, ou seja, podemos considerar a masculinidade hegemônica e todo o seu simbolismo como um fator impeditivo para o homem cuidar de si, o que acarreta, “quase sempre e na maioria das vezes”, uma busca tardia pela assistência.

Sendo assim, a busca tardia pela assistência sugere a presença de agravos, necessitando de uma assistência mais especializada. Nesse contexto, compreendemos, a partir dos depoimentos desses homens, que a atenção primária, porta para o sistema de saúde público, enfatizando a promoção da saúde, é vista apenas como um nível de atenção que atende a burocracia do sistema, ou seja, para chegar à atenção secundária é necessária a referência por parte da atenção primária.

Sensações e sentimentos dos homens no processo de tratamento

A doença na vida de uma pessoa pode ser entendida como entidade, em que o organismo sofre agravos e também como um processo uma vez que o sujeito passa a percorrer um caminho desconhecido, sofrendo interferências nos seus projetos de vida, o que gera insegurança, angústia e medo.

Um dos primeiros sentimentos que emerge do processo da doença é o medo da morte, uma vez que, ao ser diagnosticada uma enfermidade, as ideias de invulnerabilidade e autoproteção que acompanham os homens no modelo de masculinidade hegemônica se tornam nulas, o que então o fragiliza, como também o próprio processo de tratamento, que por ser desconhecido pela maioria gera insegurança, como que se pode observar neste depoimento:

[...] O Dr. falou: o senhor vai fazer colonoscopia, aí eu fiquei com medo de fazer, pensei que ia morrer [...]. E2

Outra questão angustiante que se faz presente no decorrer da doença é a possibilidade de interferência desta com a sexualidade masculina, no que diz respeito à virilidade dos homens, mais uma das marcas do padrão hegemônico de masculinidade. Tal consideração pode assim ser ilustrada:

[...] O maior medo do homem é ter um problema de saúde física e emocional que não faça com que ele venha a se comportar devidamente diante de uma mulher [...]. E15

Considera-se então que: “episódios de doença levam, muitas vezes, à reflexão e questionamento de posições

dos indivíduos no meio social; sinais de desconforto são transformados em sintomas de aflição imbuídos de sentido”.^{19:86} O recorte a seguir de um dos depoimentos nos faz perceber uma reflexão acerca do processo saúde-doença na vida do homem.

[...] O homem teme que sua saúde interfira na sua existência e faça com que ele limite sua existência aquilo (saúde-doença) [...]. E15

A compreensão da doença e a ação da pessoa diante dela são fundamentais na construção de um sentido, pois a interpretação da situação vivida em decorrência da doença pode remeter o sujeito a uma resignificação de vida, a qual consiste em um processo de subjetivação, em que o sujeito passa a apropriar-se da sua doença e a operar um reordenamento na vida. A introdução da nova concepção no modo de viver, como resposta à doença, exige que a pessoa doente se situe no novo contexto existencial provocado pela doença.¹⁹

O profissional de saúde pode ser o mediador dessa resignificação, ajudando o paciente a se defrontar com a doença e engajar-se no tratamento. Assim, percebemos a interação dos profissionais com os pacientes tendo como resultado o alcance do bem estar nas expressões:

[...] Desde o princípio eu me senti muito bem... o Doutor... foi uma pessoa muito atenciosa comigo, sentou comigo, abriu livros e mostrou como a coisa (HIV) era, a partir daquele momento eu perdi todo o apavoramento que eu pudesse ter em relação a coisa e passei a seguir aquilo que me pediam para seguir [...]. E1

[...] Eu to bem, a Doutora me encorajou, ela se interessou em me ajudar [...]. E18

Essa interação representa o cuidado, instrumento essencial nas práticas de saúde para aliviar o sofrimento, o qual vai muito além da realização de técnicas e procedimentos profissionais terapêuticos objetivos, ele penetra no campo da comunicação onde a linguagem favorece o entendimento subjetivo.

Neste sentido temos que:

as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos - sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento.^{20:10}

Percebemos que, quando os homens reconhecem um atendimento de qualidade que articula avanços tecnológicos com atendimento humanizado, onde suas demandas e suas expectativas são compreendidas, eles se sentem bem, o que favorece a busca da assistência.

[...] *O que me fez procurar o... foi ser um hospital de referência onde a gente se sente realmente bem tratado... eu acho que o ser humano merece esse tratamento [...].* E1

[...] *To tranquilo, o doutor é bom pra caramba... ele é gente boa [...].* E7

Podemos perceber nesses depoimentos que, quando a assistência é humanizada, de acordo com a Política Nacional de Humanização, traduzindo os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade, além de oferecer um eixo articulado de práticas de saúde com o aspecto subjetivo do cuidado, ela gera mais confiança nos pacientes, os quais percebem o resgate da humanidade no atendimento.²¹ Além disso, um bom relacionamento entre profissionais de saúde e usuários deve se dar através de “uma postura ética, de compartilhamento de saberes e de comunicação adequada entre os diferentes atores”.^{22:8}

No entanto, quando essa humanização não está presente, seja na relação do profissional de saúde com o paciente nos atendimentos ou na própria organização do sistema de saúde, a busca da assistência por parte do homem fica comprometida, sendo este mais um dos fatores impeditivos do cuidado do homem com sua saúde.

Sendo assim, os homens nos apresentam impasses que eles identificam no sistema de saúde, utilizando-os como justificativa para a “não procura” ou “pouca procura” da assistência, os quais implicam na desumanização do cuidado exemplificado:

[...] *Eu acredito que essa falta, essa não procura dos homens em procurar o sistema de saúde, eu acho que é a falta de estrutura do próprio sistema de saúde. Porque é muito difícil você ser consultado, se você tiver dinheiro pra pagar você paga; se você não tiver é muito difícil [...].* E4

[...] *O que falta pro homem é exatamente acesso... eu fui no SUS e com muita dificuldade eu consegui marcar uma consulta [...].* E18

Através destes depoimentos percebemos que o princípio de universalidade que rege o SUS de acordo com a Lei 8080 de 1990, o qual determina acesso aos serviços de saúde em

todos os níveis de assistência, está sendo contrariado, o que denota uma precarização dos serviços públicos em relação ao atendimento.²¹ Essa precarização se torna visível quando os homens falam sobre a demora do atendimento, enfrentamento de filas e a burocracia necessária para conseguir a assistência.

[...] *Parece que o prazer das pessoas ainda é criar filas entendeu, filas imensas onde parece que tudo é impossível de se conseguir... eu já estou há um ano e meio esperando... depois de três quatro vezes que eu fui lá perguntar por que não me chamavam, ela disse: isso demora mesmo... tem gente que acaba desistindo de se tratar, burocracia é uma coisa horrível e quando a pessoa tá doente ela não tem disposição pra isso [...].* E1

[...] *Você fica duas, três horas na espera... é um dos problema que tira essa sistematização do controle da saúde pela própria pessoa que desanima, ela só vai quando tá com dor, porque já sabe que vai enfrentar uma batalha [...].* E11

Percebemos, então, que os homens não têm sido atendidos em suas necessidades, ou seja, o princípio da integralidade que assegura o atendimento do sujeito em toda a sua dimensão não se faz presente na assistência prestada a esses homens.

A criação de vínculos afetivos e efetivos entre o usuário e o profissional de saúde também representa uma das necessidades a serem satisfeitas, uma vez que a ressignificação da vida diante da doença por parte do paciente depende do profissional de saúde e identificamos a ausência de vínculos enquanto referência e relação de confiança com o sistema de saúde, o que prejudica o estabelecimento de uma relação contínua do paciente com o serviço de saúde e, conseqüentemente, com seu processo de tratamento.

[...] *As próprias pessoas que nos atendiam cuidavam de espalhar pros outros aquilo que tava acontecendo com a gente; quer dizer, olha a falta de profissionalismo das pessoas de uma cidade pequena [...].* E1

[...] *Eles (profissionais de saúde) tem que fazer os homens ter mais confiança em fazer determinados exames entendeu. E tem muitos hospitais que não tem ética... tem muita gente que não guarda sabe, por isso que muitos também não fazem vários exames porque sabe que vai ficar exposto [...].* E10

[...] *Pessoal que trabalha nas prefeituras, trabalha no sistema de saúde em geral, eles passam aquela impressão de que eles estão sempre nos fazendo um favor [...].* E4

Esses depoimentos evidenciam uma deficiência nos serviços de saúde, acarretando uma insatisfação por parte dos usuários os quais se sentem desconfortáveis e desacreditados com o sistema de saúde, embora seja necessário se submeter a esse sistema quando estão enfermos. Assim, evidenciamos este descontentamento em relação ao processo de tratamento.

[...] *Desconfortável, mas ao mesmo tempo necessário* [...]. E11

Partindo dessas considerações, cabe conferir, aos serviços de saúde e a toda equipe responsável pela assistência, sensibilidade e preparo para decodificar e entender de forma eficiente as necessidades dos homens, propiciando conforto no decorrer do processo de tratamento. Esse depoimento clareia essa necessidade por parte do homem.

[...] *Acho que essas UBS também, hospital, tem que ter um modo mais assim... apropriado de abordar os homens* [...]. E10

Dessa forma, percebemos que as necessidades dos homens não estão sendo atendidas nos níveis de atenção à saúde e, sendo a atenção primária o foco do objetivo desse estudo, entende-se que práticas de saúde que visem atender o homem em sua integralidade não estão sendo desenvolvidas, segundo a visão desses sujeitos depoentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inquietação de que o homem acessa pouco os serviços de saúde e, quando o faz, já é de forma tardia, apresentando agravos à saúde, nos fez questionar quais seriam os motivos que os levam a não procurar o serviço de atenção primária e, ao analisar primeiramente o solo de tradição sobre o tema que nos embasassem na investigação, evidenciamos que o homem passa por um processo de socialização no qual ele cria sua identidade masculina. Essa identidade ratificada é composta de características como: virilidade, invulnerabilidade, força, pseudo autoproteção, entre outras que constituem o modelo de masculinidade hegemônico, o qual desvaloriza o autocuidado, estabelecendo, conseqüentemente, uma preocupação mínima com sua saúde.

Ao procedermos à análise compreensiva dos depoimentos percebemos, implícito em suas falas, que a procura pelo serviço de saúde se relaciona intimamente ao que estes entendem por ser homem, tornando-se fator impeditivo

para o homem cuidar de si, acarretando uma busca tardia de assistência para a saúde, o que sugere a presença de agravos necessitando de uma assistência mais especializada. Isso faz com que a atenção primária, porta de entrada no sistema de saúde pública, seja vista como um nível de atenção que atende a burocracia do sistema, ou seja, para receber assistência na atenção secundária, o sujeito deve ser referenciado pela atenção primária.

No entanto o modelo de masculinidade hegemônica não é o único fator que distancia o homem do cuidado à saúde. Nos depoimentos, percebemos que os entrevistados apontam a precarização dos serviços públicos como justificativa para a “baixa procura” ou “pouca procura” da assistência. Eles identificam a demora do atendimento, a presença de filas, a burocracia do sistema e a ausência de vínculos enquanto referência e relação de confiança com o sistema, como impasses para o estabelecimento de uma relação contínua com os serviços de saúde, o que gera insatisfação por não terem suas necessidades atendidas nos diversos níveis de atenção à saúde. Dessa forma, torna-se evidente a ausência de ações de saúde que contemplem as necessidades dos homens.

Cabe ao enfermeiro e a todos os membros da equipe de saúde da atenção primária, capacitar-se para acolher o homem de forma a atender suas peculiaridades presentes na sua identidade masculina, a qual se insere numa perspectiva relacional de gênero, eixo estruturador para se desenvolver estratégias e ações de saúde efetivas que contemplem a singularidade e as necessidades do homem. Além dessa visão subjetiva do masculino, o enfermeiro pode, junto ao homem durante visitas domiciliares, identificar meios que facilitem um maior contato deste com a UBS, a fim de auxiliá-lo no desenvolvimento de práticas para o autocuidado e prevenção de agravos, com sensibilidade e decodificação de suas necessidades, evitando a busca pela assistência na atenção secundária e terciária à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 105-9.
2. Villela W. Gênero, saúde dos homens e masculinidades. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 29-32.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Rio de Janeiro; 2007.

4. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília; 2008.
6. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003; 8 (3): 825-9.
7. Aquino EML. Gênero e saúde: perfil e tendência da produção científica no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(Esp): 121-32.
8. Gomes R; Nascimento EF. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. *Cad Saúde Publica*. 2008; 24(7): 1556-64.
9. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens na pauta da saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 7-17.
10. Korin D. Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolescência Latinoamericana*. 1414-7130/2: 67-79.
11. Minayo MCS. Laços perigosos entre machismo e violência. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(1): 23-6.
12. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília; 1996.
14. Carvalho AS. *Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica*. Rio de Janeiro: Agir; 1991.
15. Salimena AMO. *Buscando compreender os sentimentos da mãe ao deixar o filho à porta da sala de cirurgia [dissertação]*. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2000.
16. Araújo D, Miranda MCG, Brasil SL. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2007; 31(1): 20-31.
17. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23 (3): 565-74.
18. Backes MTS, Rosa LM, Fernandes GCM, Becker SG, Meirelles BHS, Santos SMA. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Rev Enferm UERJ*. 2009; 17(1): 111-7.
19. Selli L, Junges JR, Menegol S, Vial EA. O cuidado na resignificação da vida diante da doença. *O Mundo da Saúde*. 2008; 31(1): 85-90.
20. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(1): 7-14.
21. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília; 2004.
22. Falk MLR, Falk JW, Oliveira FAO, Motta MS. Acolhimento como dispositivo de humanização - percepção do usuário e do trabalhador de saúde. *Rev APS*. 2010; 13(6): 4-9.

Submissão: março/2011

Aprovação: fevereiro/2012
