

Percepção e Caracterização de saúde dos homens: em um centro de referência

Stefani Carvalho dos Santos¹, Jéssica Klener Lemos dos Santos¹
Patrícia Moita Garcia Kawakame², Olinda Maria Rodrigues de Araújo², Ana Paula de Assis Sales²

¹ Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil. stefanicarvalhosantos@gmail.com; jessicaklener88@gmail.com

² Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil. patymoita@usp.br; olinda_araujo@yahoo.com.br; anasales.sales@gmail.com

Resumo. O presente estudo teve como objetivo compreender os processos de cuidado e necessidades em saúde de homens atendidos em um centro de referência especializado em saúde do homem, de caráter descritivo. Foi desenvolvido por meio de uma entrevista semiestruturada. A amostra foi composta por 30 usuários que buscaram atendimento no Centro de Referência a Saúde do Homem na cidade de Campo Grande – MS, durante o primeiro semestre de 2015. Os resultados revelaram que a percepção de vida saudável na visão dos homens entrevistados, está relacionada à prática de atividades físicas, hábitos alimentares adequados, e envolvimento com a espiritualidade. Verificou-se que na concepção masculina do grupo estudado, o indivíduo que apresenta outras morbidades, e realiza terapia medicamentosa não tem saúde, mesmo que as morbidades envolvidas estejam acompanhadas e controladas, sendo a doença vista como sinal de fraqueza e vulnerabilidade, que são contraditórias aos princípios culturais de gênero e masculinidade.

Palavras-chave: Saúde do homem; Atenção primária a saúde; Acesso à saúde.

Perception and characterization of men health: in a reference center

Abstract. This study aimed to understand the care processes and health needs of men treated at a center specializing reference in human health, descriptive character. It was developed by a semistructured interview. The sample consisted of 30 individuals seeking care at the Reference Center Health of Man in the city of Campo Grande - MS, during the first half of 2015. The results showed that the perception of healthy life in the sight of the men interviewed, is related the practice of physical activities, proper eating habits, and involvement with spirituality. It was found that the male conception of the study group, the person who has other diseases, and performs drug therapy has no health, even if the involved morbidities are monitored and controlled, and the disease seen as a sign of weakness and vulnerability, which are contradictory the cultural principles of gender and masculinity.

Keywords: Men's health, primary attention to health. Access to health

1 Introdução

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, elaborada em 2008, a população masculina tem entre as principais causas de morbimortalidade doenças e agravos que poderiam ser evitados na atenção primária com medidas de intervenção voltadas principalmente para intervenções dos determinantes sociais da saúde e sua influência no processo saúde-doença. (Brasil, 2008).

No entanto, essa mesma política aponta diversos fatores que afastam os homens da atenção primária, dentre esses: aspectos culturais como a representação de doença associada à fragilidade, o que se configura como exposição aos riscos e não valorização do cuidado com a saúde; aspectos econômicos vinculados à ausência do trabalho e os horários e funcionamento da rede de saúde; a

implantação tardia de uma política voltada a saúde do homem como um campo de relevância para a saúde pública o que impossibilitou por muito tempo a utilização de recursos, estratégias e estudos nessa área. (Brasil, 2008).

Diversos dados apontam a fragilização do homem em relação aos agravos de saúde e causas de mortalidade, que são evitáveis quando trabalhados na atenção básica, junto às ações de promoção e prevenção da saúde.

A morbimortalidade na população masculina, em especial nos homens jovens apresenta-se como um fator de impacto na economia e nos aspectos psicossociais, pois se traduzem em anos potenciais de vida perdidos (APVP), perdas familiares afetando todo o contexto psicoemocional, afeta sobremaneira a sociedade devido a gastos com internação e reabilitações por esses tipos de causa, a violência que se generaliza e se banaliza diante dessas mortes, e ainda, a alta incidência de óbitos que afeta a pirâmide etária em idades mais avançadas. (Brasil, 2008).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2011), revelam que apesar da expectativa de vida dos homens ter apresentado elevação proporcional maior que a de mulheres, ainda configura-se em 3,28 anos mais baixa que a do sexo oposto, sendo em 2009 a expectativa de homens de 79,55 anos e a de mulheres de 82,83.

Entretanto, embora os aspectos de epidemiológicos e agravos à saúde do homem tenha vital importância no processo de cuidar e traga uma nova perspectiva para a saúde pública, a de se considerar outras necessidades na construção de uma identidade do ser homem que ultrapassa os limites biológicos. (Gomes, 2011)

Diversos autores consideram aspectos hegemônicos na construção da masculinidade da forma como se dá em sociedades diversas. (Souza,2005; Gomes,2011)

Na tentativa de construir um perfil do gênero masculino na América Latina, utilizando estudos realizados no Peru, Chile e Venezuela, (Morelba, 2000), encontrou que nessas sociedades existem três aspectos importantes a se destacar no contexto de ser homem: a sexualidade, a reprodução e o poder. Ocorrem variações de classe e étnicas nesses aspectos, no entanto trabalho, sexo-genitalidade, reprodução, perpetuação e paternidade são essenciais na construção da masculinidade na América Latina. (SHRAIBER, 2005). Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo compreender os processos de cuidado e necessidades em saúde de homens atendidos em um centro de referência especializado em saúde do homem.

2 Material e métodos

Foi realizado um estudo descritivo, por meio de uma entrevista semi-estruturada, durante o primeiro semestre de 2015. Os conteúdos das entrevistas foram categorizados em unidades temáticas e analisados conforme descreve Bardin (2009, p. 78) “[...] a Análise de Conteúdo (AC) se define como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que aposta grandemente no rigor do método como forma de não se perder na heterogeneidade de seu objeto”.

Considerando o contexto de desigualdades existentes no Brasil, que exigem demandas e necessidades de cuidados a saúde diversificada; considerando a importância dos perfis de morbimortalidade dos homens e as suas diferenças regionais e as diferentes formas de masculinidade, questionou-se sobre quais os fatores implicam na procura e adesão na atenção primária a saúde? E qual a percepção de saúde, na ótica dos usuários homens.

A amostra dessa pesquisa foi por conveniência, e foram incluídos 30 homens, que frequentaram durante o período de coleta o Centro de Referência de Atenção a Saúde do Homem, e que aceitaram de livre e espontânea vontade após ser esclarecido sobre os objetivos da pesquisa, e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da UFMS com o parecer CAAE 20588413.7.0000.0021 em 28 de outubro de 2013.

3 Resultados e discussões

A partir do instrumento aplicado durante a coleta de dados, podemos identificar as percepções do usuário homem, a respeito dos atendimentos realizados no centro de referência de saúde do homem. Que foram organizados e categorizados pela metodologia da análise de conteúdo.

Dos usuários entrevistados, a média de idade foi de 52 anos, destes, 50% são casados e 90% possuem filhos. 33,3% concluíram o ensino médio, e 73,3% possuem uma renda mensal acima de três salários mínimos.

Reconhecendo as práticas de saúde

Essa categoria reflete a percepção dos homens sobre as suas vivências e práticas no âmbito da saúde individual, da qual emergiram sete temas: “Associando doenças preexistentes”, “Correlacionando a terapia medicamentosa”, “Amparando na religiosidade”, “Percebendo o histórico familiar”, “Praticando atividade física”, “Reconhecendo os hábitos alimentares”, “Focando o cuidado biomédico”.

Associando a doenças preexistentes

Na percepção dos homens, o conceito de “ser uma pessoa saudável” pode estar relacionado às doenças preexistentes, e nos efeitos que causam nas práticas de vida diárias, que muitas vezes podem resultar em consequências biopsicossociais, sob influência da cultura da masculinidade. Como descreve nos discursos abaixo:

“Já fui muito saudável, mas hoje, sinto que não. A diabetes facilita as doenças” (Usuário 1)

“ [...] Por complicação da pressão alta, eu já tive um início de infarto...já fiz angioplastia. E hoje já não posso fazer as coisas como antigamente... e por isso não me sinto saudável.” (Usuário 24)

Conforme Pozzati et al. (2013) uma das maiores causas da baixa adesão às medidas de Atenção Primária, são as barreiras socioculturais, as quais se estruturam como obstáculo entre os homens e os serviços de saúde. Tais barreiras favorecem a crença e os valores do que é ser masculino e os estereótipos de gênero que estão enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal. Nesse contexto, o adoecimento para uma grande parcela da população masculina é considerado um sinal de fragilidade, para o qual ela se julga invulnerável, conseqüentemente, cuida-se menos favorecendo a exposição às situações de risco à saúde.

Ser homem implica características incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, de medo e de insegurança. Aqueles que não atingem tal meta, ou aqueles que não consideram isso determinante para suas vidas, acabam sendo tachados como fracos ou, até mesmo, afeminados. Assim, colocando-os em situação de vulnerabilidade, principalmente em questões que envolvem saúde.

Noções estereotipadas de masculinidade reduzem as possibilidades de cuidados preventivos de saúde, fazendo com que os homens morram mais cedo do que as mulheres (Pozzati et al., 2013).

Correlacionando a terapia medicamentosa

Na temática, em que o usuário correlaciona a terapia medicamentosa, no sentido negativo a ser saudável, relacionando o uso de medicamentos apenas ao indivíduo doente, ou desprovido de saúde. Sendo para esse grupo um empecilho para as práticas de vida diárias, ou transformando-se em um sinal de fraqueza, como relatados pelos seguintes depoimentos:

“Uma pessoa saudável não toma remédios todos os dias.” (Usuário 2)

“[...] Eu tomo uma remedeira.” (Usuário 12)

“Quem tem saúde não pode tomar tudo isso de remédio né? (risos).” (Usuário 26)

Os medicamentos são importantes instrumentos terapêuticos utilizados no processo saúde-doença. A sua utilização é influenciada pela estrutura demográfica, fatores socioeconômicos, comportamentais e culturais, pelo perfil de morbidade, e políticas públicas abrangentes. (Costa et al., 2011).

Em um estudo realizado por Costa et al. (2011) observou-se um maior consumo de medicamentos entre as mulheres em todas as faixas etárias. A diferença entre as mulheres e os homens tem sido explicada por aspectos socioculturais e biológicos que favoreceriam maior adoecimento entre os homens, e maior autocuidado, maior busca por serviços de saúde e maior exposição a medicamentos entre as mulheres.

Amparando na religiosidade

Aos indivíduos que vivenciaram uma situação considerada por ele difícil, procuram alternativas de resiliência, superação ou enfrentamento, e dentre elas podem ser encontradas na espiritualidade. Ou quando a única justificativa permanece firmada pela espiritualidade. Assim como nos discursos a seguir:

“[...] não tenho doença nenhuma. Graças a Deus.” (Usuário 10)

“Pois sempre vou vencer meus problemas da prostata e da fimose. E tenho muita fé em Deus e eu sei que vou vencer; se humilhar na presença de Deus e ter temor que vencemos.” (Usuário 11)

Pinto e Falcão (2013) afirmam que as crenças e as práticas religiosas podem estar associadas com maior bem estar, melhor saúde mental e um enfrentamento mais bem sucedido de situações de alto estresse. Colaborando para a aderência do indivíduo ao tratamento e para melhores resultados das intervenções. E assim, incentivando a hábitos de vida saudável, suporte social, menores taxas de estresse e redução de mortalidade.

A expansão do modelo biopsicossocial de cuidados à saúde tem ganhado força nos centros de assistência, compreendendo que o alívio do sofrimento não se limita apenas ao físico, mas se estende ao mental e espiritual, ao considerar que este proporciona conforto no contexto da integralidade do cuidado (Oliveira et al., 2013).

Percebendo o histórico familiar

Considerando que o fator hereditário contribui para o acometimento de algumas doenças, em associação a outros fatores de risco como os biológicos, e ambientais. Emergiu a temática percebendo o histórico familiar. Os homens participantes do estudo correlacionaram o

enfrentamento da sua atual doença com os antecedentes familiares, e as consequências em saúde que a parentela sofreu. Como descreve nos discursos a seguir:

“Pois sou hipertenso, que é risco para ter problemas de coração; minha família é hipertensa e tem problemas no coração ou já morreram com problemas do coração” (Usuário 6)

“Já estive internado algumas vezes, fiz o tratamento "pro" câncer na pele, e tenho gente na minha família que morreu disso. Então eu tenho que me cuidar” (Usuário 18)

Dentre os fatores de risco já conhecidos para o desenvolvimento da hipertensão arterial, a hereditariedade, o sedentarismo, o estresse e o elevado consumo de sal, se configuram entre os principais. E não se sabe bem ainda a partir de que idade esses fatores passam a determinar elevação da pressão arterial (Mendes et al., 2006).

Monego e Jardim (2006) descrevem que a presença de fatores de risco relacionados à hereditariedade e aos hábitos de vida são determinantes para a presença de hipertensão arterial na idade adulta.

Praticando atividade física

Na percepção dos homens, o conceito de práticas de saúde, está relacionada com a prática de exercícios físicos, como uma busca para a vida saudável. Como podemos avaliar nos depoimentos:

“[...] Nessa idade que eu estou, eu faço as minhas caminhadas bem cedo, [...] sou muito ativo, e não dependo de ninguém.” (Usuário 23)

“Eu jogo futebol três vezes na semana, e corro. Eu cuido bem do meu corpo e da minha mente.” (Usuário 27)

“Sou saudável [...] Apesar do meu serviço, eu procuro me alongar, e fazer uma caminhada sempre que posso.” (Usuário 29)

E sua prática está relacionada a efeitos psicológicos e hormonais, proporcionando melhora da autoestima, da imagem corporal e autoconceito, diminuição da tensão muscular e da ansiedade, minimização da insônia e do consumo de medicamentos, e incentiva a socialização. O aumento da atividade física exerce um impacto positivo na diminuição da morbidade, e eventualmente, da mortalidade da população adulta em geral.

(Guimarães et al., 2012).

Reconhecendo os hábitos alimentares

Foi possível verificar que os homens associam práticas saudáveis, com os hábitos alimentares, resultando na temática Reconhecendo os hábitos alimentares. Como foi avaliado nos depoimentos:

“Saúde é ter disposição, [...] ter alimentação boa para ajudar.” (Usuário 13)

“Sou saudável... pois me alimento bem, procuro comer frutas e verduras [...]” (Usuário 29)

Neutzling et al. (2009) afirmam que o aumento da ingestão de verduras, legumes e frutas pela população em geral tem sido uma prioridade das políticas públicas de saúde em muitos países.

As frutas, verduras e legumes são importantes na composição de uma dieta saudável, pois são ricos em micronutrientes, fibras, e vitaminas, que contribuem para o bom funcionamento do organismo. Por outro lado, o consumo de gorduras saturadas se torna um importante fator de risco para doença aterosclerótica, principal causa de morte de diversas populações.

Focando o cuidado biomédico

Culturalmente com o modelo biomédico ainda prevalente nos pensamentos da população, com o atendimento centrado no médico, nas patologias e tratamento do usuário. A medicalização abordada por Schraiber et al. (2010) passa a dispor da medicina como conhecimento e intervenção voltada para a reposição rápida e urgente do corpo e suas patologias.

A falta de informação dos preceitos e objetivos da atenção básica, nas ações de prevenção e promoção à saúde faz com que grande parte da população centralize a busca pela saúde no profissional médico. Observando nos discursos:

“Ah, eu não sinto nada, eu estou bem, vivo bem. Não preciso ir ao médico.” (Usuário 7)

“Venho sempre ao médico, pra prevenir as doenças.” (Usuário 30)

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, 2012).

4 Considerações finais

Foi possível compreender que é preciso incentivar o distanciamento desse modelo dito biomédico, prescritivo e não preventivo que ainda predomina os serviços e a cultura masculina.

É necessário aprimorar um olhar integral ao atendimento, que vise às necessidades que vão além da clínica, adotando uma visão holística, que o indivíduo abrange necessidades biopsicossociais econômicas, e espirituais e culturais.

O pouco número de serviços de APS voltados para as demandas relacionadas ao gênero masculino reflete uma organização defasada da infraestrutura, associada à falta de capacitação dos profissionais que atuam nestes serviços, o que configura uma barreira que dificulta o vínculo entre o homem e esses serviços.

Foi possível identificar a necessidade de ampliar estudos que analisem a perspectiva de saúde de cada indivíduo, sua satisfação, e fatores que facilitam e dificultam o acesso à saúde, principalmente em outros cenários, não somente nos grandes centros.

Referências

Bardin L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.

Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. (1996). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <

- http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html >. Acesso em: 03 de Mar. 2015.
- Carrara, S., Russo, J.A., & Faro, L. (2009). A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 659-678.
- Costa, K.S., Barros, M.B.A., Francisco, P.M.S.B., César, C.L.G., Goldbaum, M., & Carandina, L. (2011). Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 27(4), 649-658.
- Gomes R. (2011). *Saúde do homem em debate*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Gomes, R., Nascimento, E.F do., & Araújo, F.C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*, 23(3), 565-574.
- Guimarães, A.C.A., Scotti, A.V., Soares, A.V., Fernandes, S., & Machado, Z. (2012). Percepção da qualidade de vida e da finitude de adultos de meia idade e idosos praticantes e não praticantes de atividade física. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 15(4), 661-670.
- Machim, R., Couto, M.T., Silva, G.S.N., Schraiber, L.B., Gomes, R., Figueredo, W.S., Valença, O.A., & Pinheiro, T.F. (2011). Concepções de gênero, masculinidades e cuidados em saúde: um estudo com profissionais de saúde na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4503-4512.
- Morelba J.G. (2000). Elementos para la construcción de la masculinidad: sexualidad, paternidad, comportamiento y salud reproductiva. In *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Nascimento E.F., Gomes R., & Rebello L.E.F.S. (2009). Violência é coisa de homem? A naturalização da violência na fala de homens jovens. *Ciênc. & Saúde Coletiva*, 14(4), 1151-57.
- Neutzling, M.B., Rombaldi, A.J., Azevedo, M.R., & Hallal, P.C. (2009). Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 25(11), 2365-2374.
- Oliveira, G.R., Fittipaldi Neto, J., Salvi, M.C., Camargo, S.M. de, Evangelista, J.L., Espinha, D.C.M., & Lucchetti, G. (2013). Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. *Rev Bras Clin Med.*, 11(2), 140-4.
- Palha, P.F., & Villa, T.C.S. (2003). A descentralização como eixo norteador na reorganização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 37(3), 19-26.
- Pinto, A.N., & Falcão, E.B.M. (2014). Religiosidade no Contexto Médico: entre a Receptividade e o Silêncio. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(1), 38-46.

- Pozzati, R., Beuter, M., Rocha, L.S., Santos, N.O. dos, Budó, M. de L.D., & Perlini, N.M.O.G. (2013). O cuidado na saúde dos homens: realidade e perspectivas. *Rev. enferm. UERJ*, 21(4), 540-545.
- Schraiber, L.B., Figueredo, W. dos S., Gomes, R., Couto, M.T., Pinheiro, T.F., Machin, R., Silva, G.S.N., & Valença, O. (2010). Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. de Saúde Pública*, 26(5), 961-970.
- Schraiber, L.B., Gomes, P., & Couto, M.T. (2005). Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 7-17.
- Silvia, P.A. dos S., Furtado, M. de S., Guilhon, A.B., Souza, N.V.D.O., & David, H.M.S.L. (2012). A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. *Esc Anna Nery (impr.)*, 16(3), 561- 568.
- Souza, E.R. (2005). Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 59-70.
- Toneli, M.J.F., Souza, M.G.C de., & Muller, R. de C. F. (2010). Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20(3), 973-994.