

O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária

Man's access to health services in primary care

Acceso a la salud del hombre a servicios de salud em atención primaria

Lorrainy da Cruz Solano²; Marco Antônio de Castro Bezerra³; Renata de Sousa Medeiros⁴; Eumendes Fernandes Carlos⁵; Francisca Patrícia Barreto de Carvalho⁶; Francisco Arnoldo Nunes de Miranda⁷

Como citar este artigo:

Solano LC; Bezerra MAC; Medeiros RS; et al. O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária. Rev Fund Care Online. 2017 abr/jun; 9(2):302-308. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.302-308>

ABSTRACT

Objective: To investigate the factors that influence man's access to health services in primary care. **Method:** It is a descriptive exploratory study with a qualitative approach, carried out with eight men through focus group in October 2010. The data were analyzed based on the technique of the Collective Subject Discourse. **Results:** The users expressed little investment in the service organization from a gender perspective reinforcing common sense that men are not the primary users, and remain subsidized by a patriarchal ideology. **Conclusion:** It is necessary to think about determining of man's current socio-historical-cultural ways of life, illness and death and establish a new paradigm about men's health in modern life.

Descriptors: Men's health, primary health care, gender identity, nursing.

¹ Texto inédito, vinculado ao grupo de pesquisa "Ações promocionais e de atenção a saúde de grupos humanos em saúde mental e coletiva" do Curso de Enfermagem/UFRN. Sem financiamento. Não há conflitos de interesse.

² Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Enfermeira da Prefeitura Municipal de Mossoró/RN e Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN. Endereço: Av Francisco Mota, 4222, Residencial Ninho, quadra D, Lote 18, Bairro Rincão. Mossoró/RN. E-mail: lorrainycsolano@yahoo.com.br.

³ Enfermeiro. Especialista em enfermagem do trabalho pela Faculdade Redentor. E-mail: marco.antonio19@hotmail.com.

⁴ Enfermeira. Especialista em enfermagem do trabalho pela Faculdade Redentor. E-mail: renataformiga1807@hotmail.com.

⁵ Enfermeiro. Especialista em ativação de processo de mudança na formação superior de profissionais de saúde pela FIOCRUZ. E-mail: eumendes_fernandes@hotmail.com.

⁶ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. E-mail: fpatriciab@hotmail.com.

⁷ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor do Departamento de Enfermagem da UFRN. Coordenador do Grupo de Pesquisa: Ações promocionais e de atenção a saúde de grupos humanos em saúde mental e coletiva. E-mail: farnoldo@gmail.com.

RESUMO

Objetivo: Investigar os aspectos que influenciam no acesso do homem ao serviço de saúde da atenção primária. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com oito homens através de grupo focal em outubro de 2010. Os dados foram analisados com base na técnica do Discurso de Sujeito Coletivo.

Resultados: Os usuários expressaram pouco investimento na organização do serviço numa perspectiva de gênero reforçando o senso comum de que os homens não são usuários da atenção primária, tendo ainda uma ideologia subsidiada pelo patriarcado. **Conclusão:** É preciso pensar nos determinantes sócio-históricos-culturais dos modos de viver, adoecer e morrer do homem na atualidade e instaurar um novo paradigma acerca da saúde do homem na vida moderna.

Descritores: Saúde do Homem, atenção primária à saúde, identidade de gênero, enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Investigar los factores que influyen en el acceso del hombre a los servicios de salud en atención primaria. **Método:** Se trata de un estudio exploratorio descriptivo con enfoque cualitativo, realizado con ocho hombres a través de grupos focales en octubre de 2010. Los datos fueron analizados sobre la base de la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. **Resultados:** Los usuarios expresaron su poca inversión en la organización de servicio a partir de una perspectiva de género refuerza la creencia convencional de que los hombres no son los principales usuarios, e incluso subvencionados por un patriarcado ideología. **Conclusión:** Ha que pensar en la determinación de los modos de vida socio-histórico-cultural, enfermedad y muerte del hombre de hoy y establecer un nuevo paradigma sobre la salud del hombre en la vida moderna.

Descritores: Salud del hombre, atención primaria de salud, identidad de género, enfermería.

INTRODUÇÃO

A população masculina vem sendo culpabilizada pelos danos causados à própria saúde. Esta sofre com a desigualdade de gênero que influencia fortemente sua construção identitária masculina pregada pela sociedade contemporânea. Aparece neste cenário como fator predisponente da morbimortalidade do homem o estilo de vida atual, pautado pelo uso abusivo de álcool, tabaco, sedentarismo, estresse. Estes fatos configuram um contexto multifacetado que impacta os modos de viver e morrer do homem na atualidade.

Entre as possíveis dificuldades de adesão e participação masculina na atenção primária à saúde pode-se relacionar o papel da própria sociedade que gera esse conflito, e isso está diretamente relacionado com as questões de gênero.

O gênero é a construção social do masculino e do feminino. Ele não explicita, necessariamente, desigualdade entre homens e mulheres. Muitas vezes, a hierarquia é apenas presumida. Essa desigualdade sofre influência do patriarcado, estando em permanente transformação.¹

Desta forma, o fato de que o homem não adota hábitos saudáveis de vida e, por sua vez, não procura os serviços de saúde, relaciona-se à historicidade do homem contemporâneo. Diante disso, pode-se observar que a masculinidade

hegemônica gera comportamentos danosos à saúde. A procura acaba sendo algo bastante raro, sendo restrita apenas aos casos em que os referidos são impedidos de realizar suas funções diárias, limitando-os e deixando-os incapacitantes.²

O patriarcado conceitua-se como “as relações hierárquicas entre os homens, assim como a solidariedade entre eles existente, capacitam a categoria constituída por homens a estabelecer e a manter o controle sobre as mulheres”.^{1:104} Isso marca esta ligação e dificulta a qualidade de vida do homem na presente conjuntura.

As normas culturais usadas para manter o poder social dos homens e o senso de masculinidade dificultam a adoção de hábitos e convicções mais saudáveis. Esse poder está ligado à masculinidade; os homens, ao se sentirem fortes, resistentes e invulneráveis, podem não assumir comportamentos preventivos, nem tampouco acessar os serviços de saúde. É nítido também que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é bastante rara.³

A cultura dispõe de uma enorme capacidade para modelar o imaginário individual e coletivo. Enfocando o tema pesquisado, isso representa uma confluência no cotidiano dos homens e o cuidar da saúde, uma vez que, devido à própria socialização dos homens, o cuidado não é visto como uma prática masculina, o que gera obstáculos no processo de mudança.⁴ Faz-se necessário transpor a ideologia predominante e repensar em novas bases paradigmáticas.

Desta forma, a adesão propriamente dita do homem às ações de saúde é um desafio, já que exatamente esse cuidado não é visto como uma prática masculina por diferentes razões. Uma delas se refere ao fato de, em geral, ao ser socializado o homem aprende que o cuidar de si, a valorização do corpo no sentido da saúde, como também o cuidar dos outros, não são questões inerentes à condição masculina. São sentimentos como medo e vergonha que, atrelados à temerosa sensação de fragilidade e às atividades laborais, justificam para eles o distanciamento dos serviços de saúde.

Obedecendo aos princípios e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a equidade e a integralidade subsidiavam o processo de trabalho em saúde, uma vez que essa população em foco exige dos profissionais de saúde conhecimento plural e complexo com enfoque de gênero, o qual envolva a historicidade evolutiva do homem e o aparecimento de doenças, buscando uma atenção diferenciada. Os serviços públicos costumam ser percebidos como um espaço feminilizado, frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres. Essa situação provoca nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço e faz com que surja uma barreira.⁵

A implantação da atenção primária como uma estratégia de organização dos sistemas de saúde tem relevância inquestionável nessa discussão. Existem evidências de que os países cujos sistemas de saúde se organizam a partir dos princípios da atenção primária alcançam melhores resultados em saúde,

menores custos, maior satisfação dos usuários e maior equidade, mesmo em situações de grande “desigualdade social”⁵

O ano de 2009 se constitui em um marco histórico e legal no caminho do homem ao acesso dos serviços de atenção primária com o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Essa política enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que se refere à percepção dos homens em relação ao cuidado com a própria saúde e a de sua família. Mas ainda não foi implementada em grande parte do país, pelo fato de ser uma iniciativa nova, e, por ser um processo lento, será introduzida de forma gradativa. Também não se pode deixar de lado a parte financeira a qual dificulta o seu desenvolvimento, já que de certa forma terá de haver um grande investimento, pois requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária.⁴

Para se avançar nessa discussão, dentre outros aspectos, é de fundamental importância dar a voz aos próprios homens para melhor compreender as questões envolvidas no seu acesso aos serviços de saúde. Fato este que se configura como um obstáculo, uma vez que verbalizar o que sente e falar de seus problemas de saúde pode significar para o homem uma demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros. Essa necessidade de aproximação emerge como inerente para os que, na maior parte das vezes, desconhecem os próprios modos de acesso às ações e aos serviços de saúde.²

A escolha do tema partiu da seguinte questão: quais são os motivos que influenciam o homem a ter uma baixa procura por assistência de saúde em nível primário, uma vez que esta é considerada a porta de entrada dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)?

Pressupõe-se que os usuários do sexo masculino procuram pouco o serviço de saúde em nível primário por influência do processo histórico e cultural do homem somado à dimensão de gênero e à ideologia do patriarcado.

Sendo assim, será exposto o resultado da pesquisa referente ao objetivo de investigar os aspectos que influenciam o acesso do homem ao serviço de saúde da atenção primária.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo qualitativo expressa o conjunto de metodologias, envolvendo, eventualmente, diversas referências epistemológicas.⁶

A técnica de pesquisa utilizada para coleta de dados foi a do grupo focal. É considerada por alguns autores como uma estratégia pela qual o pesquisador reúne, em um mesmo local e durante certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema científico.⁶

A organização e a sistematização adotam uma diretriz didática-pedagógica que envolve a apresentação por tópicos dos temas discutidos, seguida pela explicação de suas características. Não se deve esquecer de que, por ser uma técnica

a qual visa a coleta de dados qualitativos, o número de grupos focais a ser realizado não é rigidamente determinado por fórmulas matemáticas, mas pelo esgotamento dos temas, não se prendendo, portanto, à relação de amostragem.⁷

Além disso, orientam e ressaltam a importância do mediador na condução do encontro munido de um roteiro de debate. Este tem caráter flexível composto por questões-chave que irão nortear a discussão e foi construído com base nos objetivos deste trabalho. O roteiro respeitou o tempo de duração proposto de 1 (uma) a 2 (duas) horas de cada sessão. Como possui caráter aberto, ao longo da reunião podem ser inseridas outras questões. Procurou-se respeitar o parâmetro de no mínimo quatro e no máximo doze pessoas para compor uma sessão de grupo focal.⁷

O local da pesquisa foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Mossoró-RN. Composta por uma equipe de ESF (Estratégia de Saúde da Família) e oito agentes comunitários de saúde, possuiu 1472 famílias adscritas. Atualmente, a unidade básica não fornece nenhum tipo de programa voltado à saúde do homem. O enfermeiro da unidade relata que a demanda é insipiente.

A população da pesquisa foi composta de oito homens usuários dos serviços da unidade alvo selecionados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), configurando um grupo focal. Os sujeitos foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordaram em participar do estudo, mediante assinatura do referido documento.

A seleção dos participantes levou em conta os seguintes critérios de inclusão: homens; idade entre 20 e 59 anos; usuários do serviço de atenção primária; identificados pelos ACS. Desse modo, utilizou-se como critério de exclusão aqueles que não se adequaram ao perfil selecionado.

No grupo focal as falas foram gravadas em um aparelho eletrônico do tipo MP4 e posteriormente transcritas, armazenadas e analisadas. A coleta aconteceu no mês de outubro de 2010.

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC é um conjunto de falas individuais, das quais são retiradas as ideias centrais, as expressões-chave e as ancoragens. O DSC é uma agregação de depoimentos isolados, de modo a formar um todo discursivo, em que cada uma das partes se reconheça como constituinte desse todo.⁸

Estudo desenvolvido de acordo com os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos exigidos pela Resolução 196/96 CNS/MS e Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem. Avaliado e Aprovado pelo Comitê de Pesquisa da FACENE protocolo 99/10 e CAAE 2986.0.000.351-10.^{9,10}

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O uso do debate se mostrou adequado por permitir o resgate da subjetividade, uma vez que a fala é reveladora de sistemas de valores e crenças. Assim, partindo das expressões-chave, foi possível identificar as ideias centrais e a formulação dos DSC, que serão apresentados.

IC/DSC I – A dificuldade é grande

Não tem condições, é uma dificuldade tremenda. É complicado, a gente tenta mas não consegue, eu sinceramente não gosto de ir para o médico, apenas procuro o médico quando estou sentindo alguma coisa grave, porque eu não tenho muita paciência de ficar esperando. A dificuldade é grande, porque a gente chega de 1 hora da manhã e não consegue atendimento, é gente demais. Canso de chegar de 4 horas e não ter mais ficha, aí não dá para ficar a noite toda. Quando eu procuro um posto de saúde dão o encaminhamento para o outro e assim continua repassando. Quando consegue marcar para 30, 60 dias, aí fico encabulado. O bom seria se tivesse uma reportagem para mostrar como é o jeito.

O DSC I evidencia a espera como um obstáculo à ida do homem ao serviço de saúde em nível primário.

Várias pesquisas vêm destacando a insatisfação com o tempo de espera para se conseguir atendimento. Essa demora tanto se relaciona ao longo período de espera nas filas para a efetivação do atendimento quanto diz respeito ao longo intervalo entre a marcação de atendimento e a resolutividade do problema que gerou a busca.¹¹

Emergem como outro fator de distanciamento do homem dos serviços em questão as dificuldades com o funcionamento da rede, que se mostra pouco resolutiva. A formação de filas de espera contribui para a evasão dos usuários, uma vez que essa não deveria ser a realidade dos serviços de atenção primária e muito menos de unidades com equipes que trabalham na perspectiva da ESF. A demanda cresce e os serviços não estão organizados para essa mudança, gerando uma sobrecarga nas unidades.

Observa-se, ainda, o fato de que as unidades básicas de saúde foram organizadas para o funcionamento em horários quase sempre incompatíveis com os do 'homem trabalhador', por isso, é desafio para o acolhimento destes por meio da ampliação dos horários de funcionamento do serviço.¹²

Nesse contexto, ainda no interior das explicações ancoradas na cultura, o homem é identificado de forma negativa por revelar impaciência na espera por atendimento. Tal diretriz sustenta-se em pilares como a garantia da acessibilidade universal e a qualificação das relações, na qual escuta e atenção às necessidades são fundamentais ao processo para que o serviço ofereça uma resposta sempre positiva aos problemas apresentados pelos usuários.¹³

A ESF surgiu para reorientar modelo assistencial mediante a presença de equipes multiprofissionais e uma abordagem interdisciplinar, para tanto, há a necessidade de dispositivos que alterem a dinâmica do processo de trabalho em saúde, tornando a ESF um espaço propício à construção de novas práticas que englobem as necessidades sociais de saúde da população.¹⁴

IC/DSC II – O homem ficou sempre na margem

Eu acredito que o homem não foi informado o bastante, já a mulher teve investimento (educação, informação, mídia e o governo), sendo que o homem ficou sempre na margem. Estão começando a investir, mas de forma esporádica, então é diferente a assistência prestada ao homem. Não tem uma estratégia focada em relação à saúde do homem. Existe o dia do exame de prevenção, tem o dia voltado para os exames preventivos do homem? Não tem. Há uma ausência de estratégia focada na saúde do homem.

O DSC II transparece a lacuna na organização dos serviços em saúde na assistência à saúde do homem relacionada ao não investimento nesse sentido e na falta de estratégias inclusivas.

A abordagem da relação homens-saúde na perspectiva das instituições e dos profissionais da saúde é mais recente. É, em parte, tributária das reflexões sobre a tradicional estrutura e organização dos serviços, bem como da oferta de ações educativas e práticas de saúde visando higiene e puericultura que, historicamente, privilegiaram o binômio mãe-filho e acabaram por estabelecer uma influência significativa na maneira como gênero se relaciona com o cuidado em saúde. Na lógica dos serviços, a organização desse cuidado em torno do eixo materno-infantil é fruto de um processo histórico que articulou a produção de ideias médicas com ações políticas voltadas seja ao corpo feminino, seja às instituições eleitas para estes fins.¹⁵

Estudos apontam que os usuários destacam que a organização do sistema de saúde historicamente vem sendo desenhada a partir da valorização do cuidado à saúde da mulher e da criança, por conta disso, demarca as diferenças de abordagens de acolhimento por gênero, promovidas pelos serviços de saúde e as políticas de saúde.²

A crítica se amplia quando o foco é a inexistência de programas voltados para a saúde masculina, convivendo com a ideia de que a atenção primária não oferece profissionais que componham a assistência à saúde do homem, principalmente urologistas. No entanto, ainda que se reivindique determinada especialidade, com a justificativa de que o generalista não dá conta de atender a especificidade do homem, faz-se necessário evitar uma visão reducionista ou fragmentadora da atenção primária que circunscreve a especificidade do usuário homem apenas à urologia.¹²

IC/DSC III – O homem não se preocupa em adotar hábitos saudáveis e cuidar da própria saúde

O homem não se preocupa em adotar hábitos saudáveis e cuidar da própria saúde, exceto nos casos onde estão morrendo. A maioria dos homens tem esse costume.

Segundo o DSC III o homem não tem uma preocupação com sua saúde e com uma vida saudável, recorrendo aos serviços de saúde quando apresentam quadros agudos.

Os modelos de masculinidade e a maneira como se dá a socialização masculina podem fragilizar ou mesmo afastar os homens das preocupações com o autocuidado e a busca dos serviços de saúde. A perspectiva do cuidado masculino pode seguir um caminho positivo quando incorpora a ideia de que ao homem também é permitida uma atenção consigo próprio.¹⁶

A população masculina tem esse hábito enraizado de procurar o serviço de saúde apenas quando está em situações de doença mais avançada. Isso é caracterizado por uma ideologia influenciada pelo patriarcado. O aspecto cultural associado a um ser homem tende a reforçar um modelo de masculinidade idealizada (força, virilidade, objetividade, distanciamento emocional, comportamento de risco).¹⁵

É importante lembrar que a imagem masculina do “ser forte” pode acarretar em práticas de pouco cuidado com o próprio corpo, tornando o homem vulnerável a uma série de situações.¹⁵

O fato de que os homens não procuram os serviços da APS implica que o indivíduo fique privado da proteção necessária à preservação de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos os quais seriam desnecessários se a procura pela atenção houvesse ocorrido em momento anterior. Muitos agravos poderiam ser evitados se os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas.

IC/DSC IV – Muitos homens relatam a questão dos horários, mas a mulher também está inserida no mercado de trabalho e ainda consegue procurar e cuidar da saúde

Existem pessoas que chegam cansadas do trabalho, mas isso depende muito do trabalho, para mim não atrapalha. Muitos homens relatam essa questão dos horários, mas a mulher também está inserida no mercado de trabalho e ainda consegue procurar e cuidar da saúde.

O DSC IV expressa o reconhecimento por parte do homem de que o trabalho não é uma justificativa para a ausência na assistência em nível primário.

Muito embora o trabalho seja mencionado como um problema, seja pelas unidades não possuírem um horário mais amplo (terceiro turno) para o atendimento, seja pela existência de uma cultura social e do mundo do trabalho que desvaloriza a ausência masculina motivada por saúde/doença ou pelos homens evitarem assumir essa busca devido ao receio de revelar fragilidades no seu contexto social.¹⁵

A baixa procura masculina também aparece associada à ausência de acolhimento ou ao acolhimento pouco atrativo, que pode estar relacionado à frágil qualificação profissional para lidar com o segmento masculino. Seguindo esse raciocínio, seria necessária a adoção de estratégias que se voltassem tanto para a ampliação da oferta de ações como para a sensibilização dos homens para cuidarem da própria saúde. Assim, uma estratégia possível de ser adotada seria a qualificação da porta de entrada, voltada para o acolhimento e a resolutividade, desdobrando-se na construção de uma rede de atenção à saúde eficaz.²

A ausência dos homens nos serviços de APS é descrita a partir do âmbito da cultura, entendida por meio da referência a uma identidade de gênero, enquanto se atribui, por oposição, uma especificidade à mulher alicerçada na biologia tendo por referência questões ligadas a reprodução, contracepção e gestação. Assim, o trabalho da mulher, mesmo aquele remunerado, não é visto como uma forma socialmente justificada para explicar uma possível indisponibilidade para o serviço de saúde. A flexibilização do horário de trabalho das mulheres para frequentar os serviços indica haver, por parte dos empregadores, a presença do imaginário social de que a mulher tem que se cuidar e o homem não.¹⁵

IC/DSC V – Eu mesmo não procuro o posto

Às vezes venho com raiva, eu mesmo não procuro não, caso tenha necessidade procuro logo o hospital particular. Porque se tiver é para 1 ano ou 2 anos.

O DSC V afirma uma desvalorização do serviço público em relação ao segmento privado de prestação de serviços de saúde, como o hospital.

Caberia refletir sobre as noções de qualidade que se colocam em jogo no debate simbólico entre o SUS e a saúde suplementar ofertada pela iniciativa privada. Faz-se necessário rejeitar a ideia de que a qualidade se expresse na simples possibilidade de consumo de bens e serviços de saúde. A qualidade almejada deve ser orientada pela garantia do acesso adequado e oportuno às ações e aos serviços de saúde que tenham potência de responder às necessidades das pessoas, e na medida dessas necessidades.¹⁷

É bom lembrar que os objetos (tecnologias), as práticas (programas, propostas) e as intenções (discursos, leis)

não são *bons ou maus* em si, fora das relações e do campo problemático que as engendra e pode produzi-las. Assim, é necessário acompanhá-los em seus exercícios, produção de sentidos e conexões; avaliando ético-politicamente seus índices de abertura às multiplicidades sociais, naquilo que promovem e atualizam como produção de realidade.¹⁸

A melhora da qualidade da prestação de serviços de saúde no sentido de dar respostas abrangentes e produtoras de sucessos práticos sobre o sofrimento, tensiona fortemente a coexistência do setor saúde suplementar e, portanto, deve instigar reações contrárias. Sendo assim, a transformação das práticas do SUS pautadas pelos seus princípios e diretrizes abre uma perspectiva de reversão radical da imagem simbólica de qualidade superior da saúde suplementar.¹⁷

IC/DSC VI – O homem é visto como autossuficiente

Isso não é de agora não, é muito velho já, antigo, vem seguindo tradições, o pessoal gosta de seguir os costumes dos outros. Então meu avô não procurava muito o médico, meu pai também não, eu já sigo o mesmo ritmo do meu pai, e assim vai continuando. O homem, ele é visto como autossuficiente, o ser forte, então só procura o serviço nas últimas mesmo. Eles não sabem, porque não procuram, nunca foram, como vão saber? Sinceramente, não gosto de médico, procuro o médico no último recurso, apenas quando estiver só abrindo o bico e ainda mais sendo levado pelos outros. Eu não sei nem o que é.

O DSC VI remete a aspectos valorativos, a partir dos quais se busca interpretar os comportamentos masculinos situando-os em um universo de relações e valores. Por aspectos valorativos entende-se o universo da cultura e da subjetividade, da interpretação dos fenômenos e acontecimentos relacionados ao eixo da necessidade e do cuidado de saúde, no marco das diferenças de gênero e geração.¹³

Esse tipo de comportamento influencia não só no estado em que esse usuário chega ao serviço de saúde, mas também na maneira como o utiliza. A explicação para esse comportamento se liga às exigências dos modelos hegemônicos de masculinidades.¹⁹

Há no ambiente familiar uma socialização de ideias que não estimulam um comportamento masculino de autocuidado, já que ao longo da trajetória pessoal o cuidado dos homens é geralmente mediado por figuras femininas como mãe, companheira e filhas.¹³

A grande questão envolvida no tocante à saúde é a de que os homens muitas vezes negam a existência de dor ou sofrimento, de vulnerabilidades, para reforçar a ideia de força do masculino demarcando a diferenciação do feminino.

Há uma exigência socialmente construída de que um homem deve ser forte, desdobrando-se na figura de um homem que teme cuidar de sua saúde, adiando tratamen-

tos preventivos. A doença e suas possíveis associações com a finitude da vida representam um perigo e uma ameaça à vida. É interessante essa associação entre frequência ao serviço de saúde e morte, como se a proximidade com esse lugar remetesse muito mais ao eixo do tratamento da doença e de suas sequelas, do que a um lugar de cuidado com a vida e a saúde. Tal perspectiva parece estar sintonizada com a representação histórica e socialmente compartilhada de que há uma descontinuidade entre saúde e doença, que esta última interrompe o ciclo vital e não a compõe. Essa perspectiva dificulta a incorporação da experiência de adoecimento e a elaboração na direção do autocuidado.²⁰

IC/DSC VII – Só depende do homem

Não resolve não, nem adianta dar sugestões para vocês, porque eu sei que não resolve. O que pode melhorar para a saúde do homem é a própria vontade dele mesmo, só depende do homem ir procurar.

De acordo com o DSC VII há uma descrença na continuidade e resolutividade dos serviços prestados em nível primário na saúde do homem. Mas o importante é que com essa escuta seja possível conhecer a satisfação ou insatisfação desses usuários à frente do atendimento que lhes é prestado. Além disso, pode-se perceber que o próprio homem acaba se culpando por não ter acesso garantido a um serviço de qualidade, bem como aos cuidados preventivos.

Atenção primária à saúde deve ser a porta de entrada do sistema de saúde e representa o espaço no qual grande parte das demandas pode ser solucionada, constituindo-se em uma prioridade na organização do sistema de saúde.¹⁹

É fato comum que o homem procure o serviço de saúde em nível primário quando precisa de alguma coisa mais imediatista. Nem sempre pensam em prevenção de agravos ou em ações de promoção à saúde, mas buscam um atestado ou um exame para o trabalho.

Outros estudos apontam que embora as pesquisas de satisfação dos usuários/pacientes em relação à qualidade da assistência à saúde nos serviços de atenção básica sejam numericamente significativas, quando são usuários homens, a produção de conhecimento é bastante reduzida. Nesse caminho, estudos acerca da visão do homem sobre o acesso e a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde se fazem necessários para que se possa adequar esses serviços às demandas masculinas.¹¹

Outros resultados de pesquisa sinalizam que o descontentamento dos participantes com o sistema de referência e contrarreferência sugere uma reorganização nas unidades básicas de saúde, no intuito de tornar mais ágil o encaminhamento dos usuários para um nível de atenção de maior complexidade. Além disso, acredita-se que reestruturar as unidades básicas de saúde no sentido de estender o seu horário de atendimento para o período noturno oportu-

nizaria a busca por assistência. Com isso, espera-se que a busca dos homens aos serviços em nível primário aumente e, como consequência, garanta-se maior adesão deles aos tratamentos e ações preventivas.¹⁸

CONCLUSÕES

Acredita-se que esta pesquisa alcançou seus objetivos, na medida em que conseguiu expressar os aspectos que influenciam o acesso do homem ao serviço de saúde da atenção primária, evidenciando por meio dos discursos a lacuna nas políticas públicas voltadas para o homem, a desorganização de rede municipal no fluxograma de atendimento aos usuários que confluem para uma visão negativa da prestação de serviço público, e o processo histórico de socialização do homem. Além disso, há o reconhecimento da mulher como trabalhadora consegue manter uma frequência nos serviços de atenção primária à saúde.

A atenção integral à saúde do homem apresenta-se como uma proposta inclusiva alinhada aos preceitos e diretrizes do SUS, mas para que seja implementada faz-se necessária uma sincronia entre gestão em saúde e práticas profissionais qualificadas.

Sugerem-se outros estudos para subsidiar as equipes que atuam na APS e a equipe técnica das secretarias municipais no sentido de mudanças concretas no processo de trabalho voltado para o cidadão.

REFERÊNCIAS

1. Saffioti HIB. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
2. Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*. 2007 mar; 23(3):565-74.
3. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad. de Saúde Pública*. 2006 mai; 22(5): 901-11.
4. Carracas S, Russo JA, Faro L. A política de atenção a saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis: revista de saúde coletiva*. 2009; 19(3): 659-78.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília 2009. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2010.
6. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 23ª ed. São Paulo: Cortez; 2007.
7. Cruz Neto OC, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. Minas Gerais; 2002.
8. Lefrève F; Lefrève AMC. O discurso do sujeito coletivo. Caxias do Sul: EDUSC, 2003.
9. Conselho Nacional de Saúde (BR). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 supl.): 15-25.
10. Conselho Federal de Enfermagem (COFEM). Resolução Nº 311 de 08 de janeiro de 2007. Revoga a resolução COFEN Nº 240/2000 e aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 2007.
11. Gomes R, Rebelo LEFS, Nascimento EF, Deslandes SF, Moreira MCN. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário:

- um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(11):4513-21.
12. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 10(1):105-09.
13. Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. *Ciênc. saúde coletiva* 2010; 15(3 Supl):3569-78.
14. Paulino TSC, Valença CN, Germano RM. Processo de trabalho do enfermeiro: algo em desuso? *Rev. pesqui. cuid. fundam.* [on line] [citado 24 jul 2013]. Artigo no prelo (com confirmação para publicação).
15. Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo WS et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16(11):4503-12.
16. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebelo EFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva* 2011;16 Supl 1:983-92.
17. Mattos RA. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface comun. saúde educ*. 2009; 13 Supl 1:771-80.
18. Neves CAB. Que vida queremos afirmar na construção de uma política de humanização nas práticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)? *Interface comun. saúde educ*. 2009; 13 Supl 1: 781-95.
19. Teixeira RR. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2005; 10(3):585-97.
20. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciênc. saúde coletiva* 2003; 8(3):825-29.

Recebido em: 09/10/2013
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 26/12/2016
Publicado em: 10/04/2017

Autor responsável pela correspondência:

Lorrainy da Cruz Solano
Av Francisco Mota, nº4222,
Rincão. Mossoró/RN
CEP 59626-105