

## Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens

Health needs and masculinities: primary health care services for men

Lilia Blima Schraiber <sup>1</sup>  
 Wagner dos Santos Figueiredo <sup>1</sup>  
 Romeu Gomes <sup>2</sup>  
 Márcia Thereza Couto <sup>3</sup>  
 Thiago Félix Pinheiro <sup>1</sup>  
 Rosana Machin <sup>3</sup>  
 Geórgia Sibebe Nogueira da Silva <sup>4</sup>  
 Otávio Valença <sup>5</sup>

### Abstract

*This study deals with the relations between masculinities and health care, approaching the recognition of health needs among male users of primary health care and the responses by the services. The study is part of a larger research project in four Brazilian States, with a convenience sample of eight health services. Ethnographic observation was compared with semi-structured interviews with 182 health care users from 15 to 65 years of age and 72 health professionals. Thematic analysis of the ethnographic records and interviews was based on gender references and studies on health work. The findings show how medicalization of health needs affects users, professionals, and services, disguising issues related to masculinity. Primary care focuses mainly on women, thereby reproducing gender inequalities in health services operations and professional performance, with women receiving disciplined care and men receiving insufficient attention and care.*

*Men's Health; Gender and Health; Primary Health Care*

### Introdução

As necessidades de saúde, sua apresentação por homens aos serviços e como são tomadas pelos profissionais constituem questões das relações entre o exercício das masculinidades e as práticas de cuidado em saúde. Os estudos sobre as necessidades não abordam usualmente as masculinidades <sup>1,2,3</sup>. Já aqueles sobre masculinidades e saúde tendem a recortes particulares (sexualidade e reprodução) <sup>4</sup> ou a adoecimentos e acesso aos serviços, sem examiná-los na ótica das necessidades <sup>5,6,7</sup>.

Em revisão dos estudos em necessidades de saúde, Campos & Mishima <sup>1</sup> apontam dois sentidos trabalhados: um, abstrato, que as refere à socialidade e historicidade da vida humana; outro, concreto e operativo, voltado para os serviços de saúde. Pretende-se articulá-los, examinando-se demandas de homens e o tratamento dado pelos profissionais na atenção primária à saúde.

Relativamente aos serviços, são abordadas necessidades de coletivos humanos territorializados ou solicitações aos serviços <sup>8</sup>. A primeira, de aproximação populacional, permite uma oferta de assistência estimulada desde a ótica dos profissionais <sup>9</sup>. Ações de prevenção e promoção estão nessa vertente, mesmo quando realizadas em encontros individualizados entre profissional e usuário. Já na segunda, em que usuários apresentam suas “demandas” para resolução nos serviços, as necessidades são individualmente

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup> Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>3</sup> Departamento de Saúde, Educação e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, Brasil.

<sup>4</sup> Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.

<sup>5</sup> Conselho Regional de Medicina de Pernambuco, Recife, Brasil.

#### Correspondência

L. B. Schraiber  
 Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.  
 Av. Dr. Arnaldo 455, 2º andar,  
 São Paulo, SP  
 01246-903, Brasil.  
 liliabli@usp.br

configuradas, mesmo que produzidas histórica e socialmente. Mendes-Gonçalves<sup>10</sup> afirmará para os dois casos o reconhecimento de algum “carecimento” como motivador da busca ou oferta dos serviços.

Com a modernidade, esse reconhecimento dar-se-á pela linguagem das doenças, medicalizadora dos carecimentos, criados na vida social e transportados para o âmbito da medicina<sup>10,11</sup>. A medicalização é marca sócio-histórica que apaga a socialidade da doença e da medicina, reduzindo-as a questões biomédicas e impedindo que sejam enunciados carecimentos que não encontram possibilidade discursiva nessa linguagem<sup>12</sup>. Existentes na vida cotidiana, tais carecimentos geram conflitos no uso e produção dos serviços.

Tendo sido a resposta ao tipo de eficácia técnica requerida pelos novos tempos<sup>13</sup>, reorientando historicamente a finalidade social do trabalho médico<sup>10</sup>, a medicalização passa a dispor da medicina como conhecimento e intervenção voltada para a reposição, rápida e urgente, do corpo-força militar para o Estado e corpo-força de trabalho para o capital<sup>11</sup>. Reduzem-se, pois, a reparações da força física as necessidades de saúde de um corpo humano concebido como máquina, expressando a construção da racionalidade e ciências modernas desse corpo<sup>14</sup>.

Essa forma de apreender e transformar as necessidades de saúde tornar-se-á hegemônica, fazendo com que o conjunto de trabalhos na saúde seja colonizado pelo do médico. Este constrói um olhar cada vez mais capaz de diagnosticar carências do corpo, cuja referência mecânica as situa enquanto lesões anatômicas. Instala-se a primazia da anatomo-patologia na leitura e enunciação das necessidades, em detrimento da consubstancialidade do corpo com as dimensões humanas do emocional, do subjetivo e do interativo. Daí apontar-se, em termos críticos, a existência de uma redução de natureza biomédica e que atinge também as qualificações de gênero dos carecimentos.

Gênero é referente sócio-histórico que, baseado nas diferenças entre os sexos, estrutura material e simbolicamente a vida social<sup>15</sup>, estabelecendo entre homens e mulheres, ou entre pares de cada qual, relações de valor desigual, com o domínio histórico do masculino. Este processo recobre o corpo biológico em seus usos historicamente construídos<sup>16</sup>, de que decorrem não apenas carecimentos diversos para homens e mulheres (e adoecimentos), como também reconhecimentos diversos de suas necessidades de saúde. Em sentido mais geral, pode-se afirmar que na medicalização, quer as desigualdades de gênero, quer as relações entre o exercício das

masculinidades e os adoecimentos ou sofrimentos serão dimensões ausentes dos serviços de saúde; ausentes, também, das demandas mais valorizadas pelos usuários, por aculturação na medicalização. Isso torna a visão crítica uma constante busca dos conflitos e insuficiências da redução biomédica no trato dos carecimentos.

O exame das necessidades, portanto, assume caráter central neste estudo cujo objetivo é analisar as relações entre masculinidades e cuidados de saúde.

## Metodologia

O estudo é parte de pesquisa realizada em quatro estados brasileiros: Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e São Paulo<sup>17</sup>. Trabalhou-se com serviços amostrados por conveniência, considerando volumes maiores de atendimento, existência de usuários homens como clientela e pertencimento à rede pública.

Foram pesquisados dez serviços sendo oito de atenção primária, dois em cada estado e que são os aqui analisados. Triangularam-se observações etnográficas, entrevistas semi-estruturadas com usuários e profissionais. Todas as atividades dos serviços foram observadas com registros em cadernos de campo. Entrevistaram-se usuários convidados dentre os presentes nas observações, e profissionais de diversas áreas de atuação. As entrevistas foram gravadas, transcritas e conferidas quanto à fidelidade. Usou-se o critério de saturação para delimitar o número de sujeitos<sup>18</sup>. A todos foi garantido o anonimato conforme ética da pesquisa.

A observação durou em média três meses por serviço. Entrevistaram-se 182 usuários de 15-65 anos: 63 no Rio Grande do Norte, 48 em Pernambuco, 50 no Rio de Janeiro e 40 em São Paulo. Apenas no Rio de Janeiro houve maior concentração da faixa etária de 46-65 anos. Os profissionais totalizaram 72 sujeitos entrevistados: 20 em São Paulo, 12 em Pernambuco, 20 no Rio Grande do Norte, 20 no Rio de Janeiro.

Este estudo realizou uma seleção de dados relacionados a: percepções dos usuários de suas necessidades; uso dos serviços; respostas dos profissionais e funcionamento dos serviços.

A análise realizou-se a partir de uma adaptação da proposta hermenêutico-dialética de Minayo<sup>18</sup>, em que a fala deve ser entendida como parte da especificidade totalizante em que é produzida e sua interpretação deve considerar os aspectos extradiscursivos. A trajetória analítico-interpretativa compreendeu três passos: organização do conjunto de dados das diferentes fontes e dos diferentes estados pelos aspectos

acima mencionados; comparação, primeiro por estado e depois em seu conjunto, entre os corpos de dados de usuários e profissionais, bem como entre entrevistas e registros das observações, detectando aspectos estruturantes (homologias e especificidades) no conjunto do material; e uma síntese interpretativa que desse conta da lógica estruturante do conjunto organizado dos dados, produzida em diálogo com o referencial teórico. Essa síntese revelou os dois eixos nos quais se apresentam e discutem os resultados: as demandas dos usuários; e o modo como os serviços e seus profissionais a elas respondem.

## Resultados e discussão

### Demandas dos usuários

Mesmo inseridos em contextos sociais diversos, a percepção dos usuários sobre a saúde se aproxima: embora não neguem que os homens têm necessidades de saúde, destacam várias dificuldades em procurar os serviços. Afirmam que os homens preferem retardar ao máximo a busca por assistência e só o fazem quando não conseguem mais lidar sozinhos com seus sintomas.

*“Geralmente, quando é muito sério, eu procuro um médico. Quando não é, eu espero passar. Aí, se não passar, eu procuro o médico pra tentar resolver”* (São Paulo).

*“Eu acho que o homem deixa correr mais frouxo. Só quando a situação se agrava, ele procura o médico”* (Rio de Janeiro).

*“Rapaz! É difícil essa parte porque o camaram só vai mesmo ao hospital quando ele está com uma dor insuportável. Eu já usei desse artifício...”* (Rio Grande do Norte).

Das razões apontadas, destacam-se as relacionadas ao trabalho, reiterando a literatura 7,8. Mas também é comum argumentarem a maior capacidade física masculina, atributo que os faz sentirem-se invulneráveis e imunes ao adoecimento 5,6. Também se comparam às mulheres, às quais se dizem superiores por sua força física ou vigor.

*“Ah, porque o homem acha que ele é sempre superior, né? Ele não vai precisar. Ele acha que ele está livre dessas coisas”* (São Paulo).

*“Porque existem homens que são machistas. Acham que são fortes o suficiente, que não vai ser uma doencinha ou outra que vai derrubar, se acham mais fortes por ser homens, né?”* (Rio Grande do Norte).

Observa-se a reprodução da masculinidade hegemônica 4,5,6,7,8, mas referida aos homens em geral e aparentemente criticando-a por referência a si próprios. O fato de serem entrevistados

como usuários e no espaço do serviço parece influenciar essa particular resposta, pois também se identificam com valores hegemônicos, ao longo de suas falas.

Quanto ao trabalho, os depoimentos reforçam a falta de tempo para procurarem os serviços e receios da perda do emprego. Comparam-se às mulheres, que teriam sempre tempo disponível 8.

*“Tem homem que trabalha e chega em casa 10, 11h da noite e sai 4 horas da manhã. Muitas vezes tem 2 empregos, porque tem que sustentar a família. Se ele se sente mal, toma um comprimidinho, aí eles melhoram e tal. É por isso que não procuram os serviços, não procuram nem o médico por causa disso”* (Rio de Janeiro).

*“Não vêm ao posto muitas vezes por causa do trabalho. O homem nunca tem tempo disponível como as mulheres, né? Muitos saem – não é o meu caso por causa do horário que eu trabalho – mas muitos saem muito cedo, chegam muito tarde...”* (Pernambuco).

A dificuldade de acesso e o funcionamento dos serviços foi outro argumento utilizado para justificar presença mais rara na atenção primária, reafirmando a literatura 7. Acham que o atendimento deve ser rápido e pontual e, por isso, dão prioridade aos hospitais e os pronto-socorros. Muitos deles reclamam da falta de profissionais e de freqüentes adiamentos das consultas ou exames, ou até da ausência de um urologista, que lhes parece profissional mais apropriado. Reclamam de falta de medicamentos ou outros recursos e apontam a qualidade baixa do atendimento, segundo suas referências de bons cuidados, centradas no médico – marca da medicalização 10,11.

*“Achei que fui mal atendido. Porque em vez de vir um médico... vem uma enfermeira passar a recomendação para você. Coisa que eu acho que tem que ter um médico. Ele me deu uma recomendação, mas não fez nenhum exame comigo, não mediu pressão, não pediu um exame de sangue, não tira uma tomografia para você, sei lá, uma radiografia, nada. Passou a recomendação para a enfermeira e a enfermeira veio falar comigo”* (São Paulo).

Não obstante, alguns já comentam a importância de se preocuparem mais com sua saúde, o que também pode estar relacionado ao contexto da entrevista.

*“Eu acho que o homem tem que procurar mais... tem que entrar na cabeça dele que ele precisa também”* (Rio de Janeiro).

*“Eu acho que os homens deveriam se preocupar em cuidar mais de sua saúde, procurando os postos da vizinhança... relativo, assim, sobre preventivo, exame de HIV, exame de sangue, cuidar*

*mais um pouco da nossa saúde, eu acho assim né?”* (Pernambuco).

Mesmo para esses homens, porém, tais momentos se caracterizam como eventuais.

De outra perspectiva, essa característica também os diferencia das mulheres, pois procuram o serviço quando já apresentam doença manifesta, valorizando mais as práticas de cura, não reconhecendo necessidades de orientações preventivas. A prevenção ou promoção da saúde são práticas tidas como obrigatórias “naturalmente” para as mulheres. Esta é a primeira representação usualmente lembrada no uso mais freqüente dos serviços que fazem as mulheres, podendo ser compreendida como parte da concepção tradicional de gênero, em que as mulheres seriam mais frágeis e mais complicadas em sua saúde e também por ser atribuição feminina o cuidar de si próprias e deles<sup>6,8,19</sup>.

*“A mulher, no caso, tem que ir, ver o médico, vem fazer o exame de prevenção pelo menos duas vezes no ano, tá? O homem não tem essa obrigação...”* (Pernambuco).

*“Na mulher aparece muita coisa, a mulher eu acho que é mais frágil, sei lá... Pega doença, aparece muito, e tem que ter um cuidado maior do que com homem. Homem é como se fosse, sei lá, uma planta, capim, sabe? Que mesmo que você não regue, cresce. E já a mulher, não, mulher você tem que está sempre ali, em cima, cuidando”* (Rio Grande do Norte).

As demandas referidas pelos homens são bastante específicas: dores, febres ou contusões e ferimentos. Alguns entrevistados referem doenças crônicas como hipertensão arterial ou diabetes. Chama a atenção, nas regiões do Rio Grande do Norte e Pernambuco, o fato de os entrevistados apontarem recorrentemente necessidades odontológicas em seu uso da atenção primária, o que parece associar-se à disponibilidade exclusiva de tratamento odontológico nessa rede primária. Muitos vão buscar o serviço só para acessar dentistas.

*“É difícil, cara, eu ir num posto de saúde, eu vim porque eu quero fazer um tratamento de dente”* (Rio Grande do Norte).

Quando na condição de não doente, os entrevistados referem uso da atenção primária relacionado a atestados de saúde.

*“Estou pleiteando uma vaga num emprego e por ter uma pequena deficiência e eu acho que talvez me enquadre. No caso, eu vim hoje tentar conseguir um laudo, né?”* (Pernambuco).

*“No momento eu não tô nem trabalhando e nem estudando. Tanto é que hoje eu vim aqui atrás de um laudo médico para mim começar trabalhar, né?”* (São Paulo).

Esse uso do serviço chega a ser mais valorizado do que para responder outras demandas, por exemplo, por preservativos, que buscam para prevenir doenças, reconhecendo a necessidade de sua saúde sexual. Fazem, nesse sentido, uso preferencial das farmácias, alegando vergonha em ter que pessoalmente comparecer ao centro de saúde para tal. Já como recurso de contracepção, é por meio de suas parceiras que acessam o preservativo, cabendo a elas, em suas falas, esse tipo de cuidado.

Não obstante, apontam as necessidades relacionadas a práticas sexuais como situações a serem mais consideradas no cuidado à saúde e para as quais eles deveriam buscar mais os serviços, situação que também ocorre quando se referem à vida emocional. No entanto, essas argumentações são colocadas no plano ideal e remetidas para os homens em geral; em suas vidas cotidianas, tais comportamentos não ocorrem. Invisíveis, essas possíveis valorizações de necessidades deixam de ser trabalhadas pelos serviços, no sentido de estimular e concretizar o ideal de cuidados projetado.

### **Respostas dos serviços e seus profissionais**

Nos diversos locais, os serviços mostram-se semelhantes em seu funcionamento: são centrados nas consultas individuais, valorizando a assistência médica; as consultas são rápidas e os profissionais estão mais preocupados em oferecer uma pronta resposta, reduzindo o mais possível seu raciocínio; tomam decisões voltadas a condutas já conhecidas e centradas na terapêutica de patologias; ocorrem muitos encaminhamentos, muitos pedidos de exames e quase sempre há uma indicação de remédios. Afinal, medicamentos aliados a exames laboratoriais, seriam, na opinião deles, a conduta esperada também pelos usuários, satisfazendo a todos.

*“Consulta Médica – O segundo paciente é um rapaz branco, magro e aparenta uns 35 anos. O médico pergunta qual é o problema e ele diz que tem uma dor no estômago. Médico pergunta se alguém da família já operou o estômago, se tem diabetes ou hipertensão. O rapaz diz que é mais um incômodo, tomando a iniciativa de se levantar da cadeira e pegar na mão do médico e levando-a para sua barriga: – ‘Tá sentindo doutor?’. O rapaz tem um vão na barriga visto a olho nu. O médico acha que é estranho. Pergunta se já fez endoscopia e, ele diz que não; se quando ele come e deita sente falta de ar; um pouco, ele responde. Pede uma endoscopia e um ultra-som e pergunta se faz tempo que tomou remédio para verme e, ele diz que faz menos de seis meses. Passa um remédio. O rapaz sai da sala e vai à*

*farmácia e pega o remédio*” (Caderno de campo, Pernambuco).

*“O único problema é que os homens vêm menos, e aí procuro fazer tudo: já solicito o VDRL, faz parte dos exames de rotina, mesmo porque eu já capto se tem sífilis; solicito prevenção de câncer de próstata, né? Eu já tive uns prostáticos, lógico, mas já aproveito a vinda deles pra basicamente, fazer o que a gente tem que fazer realmente... ter a visão holística do cidadão!”* (Entrevista médica, Pernambuco).

Os desempenhos dos profissionais, liderados pelos médicos, são bastante centrados em uma cultura tecnologicamente armada, paradoxalmente com pouca valorização da prevenção ou da promoção da saúde, como se vê na atenção primária de modo geral<sup>12</sup>. Há pouca exploração dos contextos de vida dos homens ou das mulheres, mas as mulheres são abordadas mais detalhadamente, ainda que na tradição disciplinadora do corpo feminino – contracepção, planejamento familiar ou controle dos cânceres ginecológicos. Já as consultas com homens são diretas sobre as queixas e patologias.

*“Observei que o médico age de forma diferente com homens e mulheres. As consultas das mulheres são mais detalhadas, se pergunta mais coisas sobre sua vida, principalmente sobre gestação, prevenção. Noto que o médico é mais cuidadoso com elas, já com os homens parece sempre querer que a consulta termine logo. Mas quando chega no final do turno parece não dar muita atenção nem para homens nem para mulheres. Quanto aos homens acho que o médico não investiga muito sobre suas vidas, como vive a pessoa, parece realmente que está preocupado com a queixa”* (Caderno de campo, Pernambuco).

Há, assim, reprodução da cultura de gênero, segundo a qual saúde diz respeito mais às mulheres<sup>6,8,19</sup>.

De outro lado, homens e mulheres tornam-se similares quando os profissionais, diante de casos concretos, remetem as necessidades de ambos, igualmente, para o plano orgânico.

*“Tanto o homem quanto a mulher tem as mesmas necessidades... Igual, não é?! Desde criança até a vida adulta eles precisam do mesmo atendimento. Eles têm câncer, a mulher também. Eles têm hipertensão, a mulher também”* (Enfermeira, Rio de Janeiro).

*“Tem tanta coisa que homens podem ter que eles mesmos não sabem. Um dia desse eu tava falando, explicando pra mãe ‘– Você baixe o prepúcio, limpe direitinho a glândula porque se juntar sujeira ali pode dar câncer de pênis!’. Ela falou: ‘– E é?’. Ninguém sabia nem que tinha câncer de pênis! Entendeu?”* (Médica, Pernambuco).

Nota-se outro aspecto dos serviços: a comunicação e práticas educativas, substrato da prevenção, são quase sempre exercidas de forma instrucional e autoritária, indicando o que as pessoas devem ser ou fazer, pouco ocorrendo formas dialogadas de comunicação e interesse nas potencialidades próprias dos usuários, como aponta a literatura<sup>12</sup>. Reproduzem-se antigos padrões da educação sanitária, com estímulo aos cuidados pela ameaça de morte e explorando os medos da população.

Os profissionais mantêm essa postura disciplinadora mesmo quando fazem uso de terapêuticas alternativas, como chás ou ervas, ou nas recomendações de mudança de estilo de vida (exercícios físicos, dietéticas ou lazer). Nota-se grande zelo com a autoridade médica e sua legitimidade exclusiva na “palavra final” do terapêutico.

Também se verifica descuido dos médicos nas interações com outros membros da equipe, ou até entre eles. Atuam como profissionais autônomos, dentro da cultura tradicional de trabalho individualizado e independente, com decisões isoladas. Terminam por configurar “tipos” distintos entre si, tais como aquele totalmente centrado na terapêutica biomédica, ou aquele que compõe diferentes lógicas terapêuticas, ou o que explora mais o lado aconselhador da profissão, por vezes invadindo questões morais ou crenças e atuando de modo quase sacerdotal. A despeito de seus diversos “tipos”, todos convergem quando se trata da relação que estabelecem com o usuário: amparam-se na soberania médica, não gostam de ser questionados e não abrem quase nenhum diálogo ou interação.

*“Sobre os Médicos – Estão no topo da hierarquia. Há uma troca constante de profissionais, eles passam pouco tempo na unidade. Alguns não se acostumam com o serviço em comunidade, visitas domiciliares. Muitos só vão aos casos realmente graves ou por insistência das ACS ou enfermeiras. Suas visitas se restringem ao paciente ao qual foi solicitada, para outros da família não fazem atendimentos ou fazem uma consulta breve e informal se o caso for muito grave. Existe a solicitação de grande número de exames. Algumas vezes, medicando logo o paciente”* (Caderno de campo, Pernambuco).

*“No entanto cada médico tem sua particularidade e forma diferente de atuar. Dr. Q., quase como regra, passa medicamento para verme. Em sua percepção isso é necessário devido às péssimas condições de higiene que vive a comunidade”* (Caderno de campo, Pernambuco).

*“Ele parece se envolver um pouco mais nos problemas da comunidade, interferindo em maus tratamentos a idosos, chamando ambulância e conse-*

guindo internações e consultas em outras unidades devido ao seu conhecimento, pois já foi fiscal federal. No entanto usa sua posição religiosa [evangélico] para julgar os pacientes. Critica as condições sociais e econômicas da comunidade, também parece ser adepto de tratamentos 'naturais', chás, mas não abre mão dos remédios" (Caderno de campo, Pernambuco).

"Alguns pacientes elogiam e outros reclamam do tipo de atendimento, as consultas são muito rápidas e alguns comentam que 'ele nem olha pra cara da gente'. Pude observar isso: o contato entre médico e paciente é pouco, o diálogo é curto. Sempre que o paciente tenta falar é interrompido e não se dá atenção ao que ele fala, a não ser se for do interesse do médico. Ele é enfático em afirmar que não gosta quando o paciente chega dando o diagnóstico, para ele isso é tarefa do médico e repreende o paciente por isso, algumas vezes dá longos 'sermões' na pessoa" (Caderno de campo, Pernambuco).

"Às vezes chega aqui um paciente dizendo: 'Doutora, eu quero que a senhora passe um ultrassom transvaginal para mim', eu digo: 'Depois que o Dr. Dráuzio Varela apareceu na televisão, todo mundo sabe o que tem... Mas calma, a médica aqui sou eu'" (Médica, Rio Grande do Norte).

Embora reconheçam que homens possuem necessidades, os profissionais apontam dificuldades para atuarem sobre elas, justificando pela forma como eles buscam os serviços: só procurariam cuidados para ações curativas. Segundo seus relatos, os homens só se aceitam portadores de necessidades quando percebem alguma doença instalada ou quando sentem dor.

"Os homens da faixa etária até os 40, quando chega é porque tem alguma coisa já... alguma dor, algum problema mais grave, né? Homem não fica doente. De não chorar, de não ficar doente, de não mostrar fraqueza, de não se queixar de dor nunca. Então, quando chega a vir, é porque a coisa está além do limite suportável por eles" (Técnica de enfermagem, São Paulo).

Nesse sentido, os profissionais não reconhecem a participação deles próprios nessa construção cultural do adoecimento e do cuidado, sequer percebendo que, no plano das práticas assistenciais, eles atuam do mesmo modo que atribuem aos usuários, valorizando patologias e casos graves, sobre os quais operam as mesmas reduções biomédicas, tal como em outros estudos<sup>8,12</sup>. Não reconhecem, ademais, que estas são original e prioritariamente construção cultural dos profissionais<sup>10,11</sup>, sendo o que lhes dá a maior autoridade que detêm. Tampouco percebem o quanto a reforçam nas formas interativas adotadas. Em várias consultas mostraram pouca atenção para conversas que "extrapolariam

a 'objetividade' da consulta", tal como referem informações voltadas estritamente para sinais e sintomas da doença. Assim valorizam perguntas-chaves da racionalidade biomédica que lhes permite o caminho conhecido para alcançar a terapêutica.

"Em duas consultas com uma médica, presenciei comportamento similar. Na primeira, um usuário vem para resultados de exames e traz também questões de seu trabalho: está tentando se aposentar pela perícia médica, mas a empresa não quer aceitar, obrigando-o a trabalhar com um salário reduzido. O usuário relata tal situação esclarecendo as implicações que isso tem em sua vida: estresse, mau humor, conflitos familiares e pesadelos constantes. Na segunda, um usuário vem para controle glicêmico e relata dificuldades de ter uma boa vida sexual por dificuldades de ereção. Nas duas consultas a profissional se resumiu a trabalhar a queixa inicial orgânica, com a prescrição de medicamentos. Embora recomendasse cuidados como alimentação e prática de exercícios, não foi observada uma maior atenção a essas outras questões apresentadas" (Caderno de campo, Rio Grande do Norte).

Quando os profissionais tentam ultrapassar a dimensão biomédica, muitas vezes adotam atitudes e valores de ordem pessoal e moral, até mesmo estabelecendo para o adoecimento juízos de cunho religioso e/ou espiritual.

"Visita Domiciliar – A filha da senhora tem aparência triste e calada enquanto a mãe fala bastante e diz não saber mais o que fazer. Diz que ela até já pensou em suicídio. Está sendo acompanhada por psicóloga e pede para o médico passar seu remédio usual mas ele se nega dizendo que ela precisa melhorar por si só (este tipo de medicação vicia, diz ele). Ele começa a falar de religião e do poder do Evangelho e que temos que aprender a viver com os problemas. A moça começa a chorar. (...) Médico insiste bastante num discurso religioso. (...) Notei que perguntou bastante sobre vida familiar e religiosa dos pacientes, parecendo correlacionar doenças com problemas de cunho espiritual. A parte técnica do diagnóstico fica registrada no prontuário levado pela ACS" (Caderno de campo, Pernambuco).

Mesmo sem entrar no particular terreno da religião, os profissionais também se valem de atitudes de caráter pessoal e moral diante de questões mais complexas ou para as quais não possuem repertório clínico bem definido.

"Consulta de Enfermagem – A enfermeira, ao nos apresentar uma gestante que se recusava a fazer o planejamento familiar, mostrou sua indignação e um pedido de ajuda: 'Essa menina tem 16 anos e já está na 5ª gravidez. É uma sem-juízo. E não vem para as consultas de planejamento

familiar. Conversem com ela... Eu vou denunciar ao juizado de menores” (Caderno de campo, Rio Grande do Norte).

“Consulta Médica – A médica alerta o usuário para o perigo da diabetes e suas conseqüências para as extremidades do corpo, incluindo pênis. O usuário relata que está com problemas na função sexual, e que quando toma determinada medicação não consegue ter relações. A médica explica que tal medicação é extremamente prejudicial para a função sexual; o usuário diz que gostaria de tomar outro medicamento, ao que a médica responde que ‘todo homem vai ter impotência’” (Caderno de campo, Rio Grande do Norte).

Buscam, algumas vezes, compor tratamentos, mas de forma empírica e não articulando as terapêuticas.

“Visita Domiciliar – A médica deu a idéia de um alongamento e falou da necessidade dos velhinhos se esticarem. Falou que o ortopedista ia demorar mais um mês, pois é a especialidade mais solicitada. Passou uma medicação para pressão e exames de rotina. Falou que ela é hipertensa e precisa se cuidar com remédio, exercício físico e alimentação. Além do RX, ela solicitou a prevenção, ultra-sonografia de mama, e lhe entregou um papel sobre dieta para evitar gordura. E falou sobre a cebola crua e sobre a planta língua de sapo” (Caderno de campo, Pernambuco).

No campo da prevenção, de outro lado, surgem eloqüentes argumentos de sua relevância para a atenção primária. Há nítida valorização das mulheres em detrimento dos homens, que seriam não só mais alertas às práticas curativas, mas menos aptos à prevenção: ao seu entendimento e à prática de cuidados.

Relativamente às mulheres, sendo o alvo principal das ações educativas, pode-se notar a necessidade dos profissionais de extrair vantagens máximas das oportunidades de realização dessas atividades, submetendo-as a verdadeiros “bombardeios de prevenção”.

“Grupo de Planejamento Familiar – A enfermeira chega e diz: ‘Bom dia, meninas!’. É um grupo exclusivamente feminino. Ela traz algumas cartilhas sobre direitos sexuais, reprodutivos e métodos anticoncepcionais. A ACS distribui panfletos referentes a tuberculose e Hansen pois a enfermeira vai falar um pouco sobre estas doenças [pergunte-me o que tem a ver com planejamento familiar]. A auxiliar de enfermagem começa a medir a pressão de todas [digo todas, pois até agora não chegou nenhum homem] enquanto a enfermeira começa dizendo: ‘Hoje em dia temos que pensar nossas atitudes. Vale a pena ter filhos?’. Senta no birô fala pouquíssimo dos métodos contraceptivos e diz que hormônios engrossam o sangue... e avisa do mutirão da saúde que acontecerá dali

uns 15 dias para todas irem que vai ser muito legal! Fala de amanhã que será o dia mundial de luta contra AIDS, assinala o aumento dos casos. Pede para usarem camisinha até com o marido, pois não devemos confiar plenamente neles sendo nossa vida – saúde coisa muito séria. Lembra dos usuários de drogas que devem usar seringas descartáveis... Pega cartazes sobre tuberculose e Hansen e por duas vezes interrompe sua fala para resolver outras coisas. Começa a chamar as pacientes que dão a ficha com o número e entrega os anticoncepcionais e as camisinhas” (Caderno de campo, Pernambuco).

Também chama a atenção, por outro lado, que mesmo para doenças manifestas dos homens, os serviços não enfrentam todas as situações que se apresentam no cotidiano. Algumas, ao revés, tendem a ser banidas. São demandas relacionadas ao abuso de álcool ou drogas, à violência urbana ou doméstica, ou a sofrimentos ou doenças psiquiátricas. Diante desses problemas, recusam-nos como de suas competências na atenção primária, quase sempre argumentando que deveriam ser referidos a serviços especializados.

“Numa manhã de grande movimento na unidade, um usuário [com uns 60 anos] chegou bêbado e, enquanto aguardava atendimento, desmaiou. As pessoas ao redor se agitaram preocupadas e isso causou tumulto na sala de espera. O Dr. C, além das auxiliares de enfermagem, foram examiná-lo e, ao verificar que seus sinais vitais estavam estáveis, identificaram de imediato a situação como DNV [distúrbio neuro-vegetativo] que, em suas explicações, traduz uma “tentativa de chamar a atenção” (Caderno de campo, Rio Grande do Norte).

“A fala do Dr. C diante desse senhor indica o alheamento à responsabilidade do cuidado em casos desse tipo: ‘Aqui não temos nada para fazer! O bom seria ele tomar glicose. Chamem a SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) que eles o levam para um hospital!’. Mas, a indicação médica não foi seguida devido ao conhecimento prévio das auxiliares de que o SAMU tem resistência a atender pacientes bêbados. Ao contrário de uma sensibilização da equipe a tal situação, a agitação das pessoas tomou a direção de um incômodo com aquilo que quebrava a ordem do funcionamento de unidade. O usuário foi levado ao corredor interno com intuito de cessar o tumulto e permaneceu jogado lá até que acordasse” (Caderno de campo, Rio Grande do Norte).

Por fim, há que se considerar que os profissionais apresentam algumas expectativas relativamente aos usuários homens, como a contracepção ou cuidados com a sexualidade. Mas, convergindo com a opinião dos usuários, perce-

bem e praticam os serviços como espaço principalmente das mulheres. Alegam, por vezes, que os homens não se “ajustam ou cabem” àquele contexto, em razão, sobretudo, de políticas externas a eles, profissionais, e que sempre se voltaram para as mulheres; ou por aspectos sociais, com os quais concordam, em que saúde e seu cuidado seriam “coisa de mulher”.

De outro lado, é interessante notar que ante uma real dificuldade estrutural no acesso dos homens, os profissionais não percebem nenhuma necessidade de reordenação do funcionamento da unidade. A maior oportunidade de uso, dando acesso aos homens, termina por ser compreendida como devendo estar a cargo do comportamento individual de cada possível usuário.

*“Acho que eu posso falar em relação a nossa unidade..., a gente aqui não discrimina, a porta é aberta, quem quiser ser atendido vem, os nossos grupos são abertos, a gente não tem grupo específico de mulher, grupo específico de homem...”* (Médica, Pernambuco).

Nessa aparente neutralidade, em que não se tem percepção do quanto o serviço e seu modo de prestar assistência repercutem na qualidade do acesso e acolhimento dos usuários<sup>12</sup>, os profissionais também não se dão conta de que, assim como se constatou em outros estudos, os homens já estão presentes na atenção primária, mas sempre aguardam seu atendimento ao lado da porta de saída<sup>8</sup>.

### Considerações finais

Embora as diferentes regiões estudadas possam apresentar particularidades, de modo geral os cotidianos dos serviços convergem. A medicalização das necessidades de saúde constitui o modo homogêneo de atuação dos profissionais da atenção primária e de reconhecimento por parte dos usuários de suas necessidades. Mesmo assim, e também de modo geral para as regiões, a interpretação de sentidos desses referentes é distinta para o profissional e o usuário, resultando em conflito entre a medicalização esperada por estes e aquela dos serviços. Afinal, todos comentam as falhas no bom atendimento, na presteza e qualidade das demandas e respostas assistenciais.

Além disso, há nos padrões de uso e de oferta dos serviços, um reforço da medicalização pela cultura de gênero: a medicalização e o modelo hegemônico de masculinidade desqualificam e são negadores, no caso dos homens, de determinados carecimentos, como o corpo reprodutivo, por exemplo. Reforço inverso ocorre, nesse exemplo, sobre o corpo das mulheres.

A partir desses resultados também se pode questionar a perspectiva das políticas públicas, recorrendo-se às necessidades que a literatura recomenda satisfazer<sup>2,3</sup>, tais como acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, vínculos com o serviço e autonomia no modo de andar a vida. Pôde-se evidenciar como a desqualificação das especificidades de gênero gera obstáculos de acesso e uso de tecnologias já existentes e impede o desenvolvimento de uma atenção primária que evite a reprodução das atribuições tradicionais de homens e mulheres perante sua saúde. Igualmente evidenciaram-se a ausência de vínculos apropriados com homens, mesmo quando estes já buscam a atenção primária e reconhecem de algum modo seu uso. Também referente à autonomia dos sujeitos, a ausência de um olhar de gênero chama a atenção: faz perder a possibilidade de uma atenção primária com “contextos instauradores de novas necessidades”<sup>12</sup>, estimulando a apresentação de carecimentos não incluídos na produção usual dos serviços. Sem que se abra mão das tecnologias já existentes, haveria nesse sentido resgate de questões retiradas na redução biomédica, entre elas as especificidades das masculinidades no trato da saúde dos homens, ou as questões de gênero de modo mais amplo no trato da saúde integral, para homens e mulheres<sup>19</sup>.

O estudo evidencia necessidades da produção de cuidados quanto à requalificação de sua resposta assistencial quando se a quer integral, pois a complexidade da atenção primária não é superposta à das patologias, devendo reconstruir-se como produção de cuidados<sup>12,20</sup>, até para desconstruir junto aos usuários a medicalização como a única e melhor leitura das necessidades de saúde. É importante também que se amplie a produção científica neste tema, enriquecendo o debate.

## Resumo

*Estudam-se relações entre masculinidades e cuidado em saúde, abordando o reconhecimento de necessidades por homens usuários de atenção primária e respostas dos serviços. É parte de pesquisa realizada em quatro estados brasileiros, com oito serviços amostrados por conveniência. Triangulou-se observação etnográfica com entrevistas semi-estruturadas com 182 usuários de 15 a 65 anos e com 72 profissionais. A análise temática dos registros etnográficos e das entrevistas foi baseada nos referenciais de gênero e em estudos do trabalho em saúde. Os resultados apontam como a medicalização das necessidades de saúde marca usuários, profissionais e serviços, ocultando questões vinculadas à masculinidade. Permitem caracterizar a atenção primária como voltada para as mulheres, reproduzindo no funcionamento dos serviços e nos desempenhos profissionais as desigualdades de gênero, em que para as mulheres há a disciplina do cuidado e para os homens, impropriedades para assistir e cuidar.*

*Saúde do Homem; Gênero e Saúde; Atenção Primária à Saúde*

## Colaboradores

L. B. Schraiber e W. S. Figueiredo participaram da concepção, projeto e análise e interpretação dos dados, pesquisa na produção dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e, aprovação final da versão a ser publicada. R. Gomes e M. T. Couto colaboraram na pesquisa para produção dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e, aprovação final da versão a ser publicada. T. F. Pinheiro, R. Machin, G. S. N. Silva e O. Valença contribuíram na pesquisa para produção dos dados e aprovação final da versão a ser publicada.

## Referencias

1. Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1260-8.
2. Stotz EN. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde. *Ver-SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 286-301. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
3. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001. p. 113-26.
4. Arilha M, Ridenti S, Medrado B. *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: Edições 34; 1998.
5. Courtenay WH. Construction of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 2000; 50:1385-401.
6. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:7-17.
7. Gomes R, Nascimento EF, Araújo 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; 23:565-74.
8. Figueiredo WS. *Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária* [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.
9. Paim JS. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EdUFBA; 2007.
10. Mendes-Gonçalves RB. *Medicina e história: raíces sociales del trabajo médico*. México DF: Siglo Veintiuno; 1984.

11. Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1976.
12. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Editora Hucitec; 1996. p. 29-47.
13. Nogueira RP. Do físico ao médico moderno: a formação social da prática médica. São Paulo: EdUNESP; 2007.
14. Ayres JRCM. Epidemiologia e emancipação. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995.
15. Scott J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. *Educação & Realidade* 1995; 20:71-99.
16. Butler J. Variações sobre sexo e gênero: Beauvoir, Wittig e Foucault. In: Benhabib S, Cornell D, organizadores. *Feminismo como crítica da modernidade*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos; 1987. p. 139-54.
17. Couto MT, Schraiber LB, Gomes R, Nogueira-da-Silva GS, Valença O, Machin R, et al. Saúde da população masculina na atenção primária: tendência histórica e representações sobre necessidades, acesso e uso de serviços em cidades de quatro estados do Brasil (RN, PE, RJ, SP). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2009.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.
19. Schraiber LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO/Brasília: Fundo de População das Nações Unidas; 2005. p. 39-61.
20. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc* 2004; 13:16-29.

---

Recebido em 09/Out/2009

Versão final reapresentada em 18/Jan/2010

Aprovado em 16/Mar/2010