

# O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas

Valéria Cristina Yoshida<sup>(a)</sup>  
 Maria da Graça Garcia Andrade<sup>(b)</sup>

Yoshida VC, Andrade MGG. Health care from the view of male workers with chronic diseases. *Interface* (Botucatu). 2016; 20(58):597-610.

This qualitative study is intended to understand how male, hypertensive and diabetic workers, with low-level education, patients of a primary health care service in Campinas-SP, Brazil, manage their treatment. The results aim to improve the primary health care and the recognition of the special needs of this kind of users. As a result of semi-structured interviews, two categories are reported: one of them is the masculinity-related particularity regarding health care and the other is the experience on caring for chronic disease. Despite the difficulties related to socially constructed male behavior, as work value, reluctance to seek health care, habits like alcoholism and smoking and difficulties with adherence to diet and medication recommendations, there was identified the will and acceptance to treatment. Therefore these findings show the feasibility to promote men's health care, providing attention to their needs.

**Keywords:** Primary Health Care. Men's health. Hypertension. Diabetes.

O estudo, de natureza qualitativa, buscou conhecer de que forma trabalhadores homens, com pouca escolaridade, hipertensos e diabéticos, acompanhados num serviço da rede básica de Campinas-SP, Brasil, relacionam-se com sua condição de saúde e tratamento, no intuito de contribuir com a atenção básica no (re)conhecimento das necessidades de cuidado desses usuários. A partir de relatos colhidos por meio de entrevistas semiestruturadas, foram analisados os atributos da masculinidade e a experiência do cuidado da doença crônica. Encontraram-se vários aspectos do comportamento masculino socialmente construído, como: a importância do trabalho, a resistência à procura por serviços de saúde, a presença de hábitos como alcoolismo e tabagismo, associados às dificuldades no controle da doença, ligadas, sobretudo, às mudanças na alimentação e ao uso contínuo de medicamentos. A despeito disso, foram identificadas motivação e aceitação do tratamento, permitindo vislumbrar um caminho que promova o cuidado desses usuários.

**Palavras-chave:** Atenção Primária. Saúde do homem. Hipertensão. Diabetes mellitus.

<sup>(a)</sup> Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz, Campinas, SP, Brasil. 13083-887. valeria.yoshida@gmail.com

<sup>(b)</sup> Departamento de Saúde Coletiva, FCM, Unicamp. Campinas, SP, Brasil. mgraa@fcm.unicamp.br

## Introdução

A gente faz a loucura da gente.

A gente é meio cabeça dura, mas tem que tá tratando. (Camilo)

Um dos desafios atuais da atenção básica consiste no cuidado continuado de doentes crônicos, particularmente daqueles com hipertensão e diabetes, por sua frequência e, habitualmente difícil, seguimento, à medida que exigem mudança de hábitos e comportamentos e a vinculação a um serviço que os acompanhe no curso da doença. Apesar de a maior parte de seus portadores conhecerem as orientações básicas do tratamento, isso não tem se mostrado suficiente para que haja um controle adequado<sup>1</sup>. O abandono de alguns hábitos significa, muitas vezes, a perda de prazeres num contexto de vida marcado por poucas oportunidades de satisfação pessoal. Assim, para que as propostas sejam coerentes com a realidade em que o indivíduo se insere, é importante considerar o que as pessoas pensam e sentem frente a determinada condição de saúde<sup>2,3</sup>. Nessa perspectiva, ganham destaque as condições enfrentadas por trabalhadores homens, portadores de doenças crônicas, quando inseridos num contexto sociocultural desfavorável, caracterizado pela baixa escolaridade e pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde<sup>4</sup>.

Estudo sobre a desigualdade de gênero na mortalidade por doenças crônicas no Brasil mostrou que, nas últimas duas décadas (1991-2010), ela foi consideravelmente maior no sexo masculino, e que a manutenção dessa tendência, aliada ao maior risco de morte por causas externas, contribuirá para o aumento progressivo da mortalidade prematura entre os homens<sup>5</sup>. Na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013<sup>6</sup>, as prevalências referidas de Hipertensão e Diabetes nos indivíduos com 18 anos ou mais foram, respectivamente, 21,4% e 6,2%, com menor proporção de homens entre os que receberam assistência médica nos últimos 12 meses. Em geral, os homens apresentam maior morbimortalidade em todas as faixas etárias e menor esperança de vida<sup>5,7</sup>. Dados do censo de 2010 evidenciaram sobremortalidade masculina em quase todas as idades, sendo que, do total dos óbitos, 57,2% foram do sexo masculino<sup>5,8</sup>. Apesar disso, é menor a presença dos homens nos serviços de saúde, sobretudo naqueles que realizam prevenção e promoção da saúde, como os da atenção básica<sup>7,9</sup>.

Em 2009, foi publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)<sup>7</sup>, que prioriza a faixa etária de 25 a 59 anos e busca promover ações que reduzam a morbimortalidade, enfatizando a necessidade de ampliar o acesso dos homens à atenção primária. A implantação efetiva de suas diretrizes ainda é bastante tímida, apesar de ter sido identificado interesse dos homens pelas atividades das unidades básicas de saúde (UBSs) quando essas acolhem suas necessidades<sup>10</sup>. Entender por que os homens morrem mais cedo e utilizam menos os serviços de saúde envolve analisar fatores socioculturais e organizacionais dos serviços<sup>4</sup>. É histórica a figura do homem como provedor da família, constituído socialmente como um ser forte e invulnerável, sendo o trabalho um elemento marcante para sua identidade<sup>11</sup>. Alguns autores destacam que as diferenças ditas culturais e sociais, na verdade, traduzem desigualdades de poder entre homens e mulheres<sup>12</sup>. Embora essa construção mantenha a dominação masculina na sociedade, o homem é colocado numa situação de maior vulnerabilidade pela maior exposição a riscos e à possibilidade de adoecimento, tornando-o prisioneiro do que se denomina masculinidade hegemônica<sup>13,14</sup>.

Homens e mulheres exercem distintos papéis sociais, diferem quanto à percepção de riscos e necessidades de saúde e na procura por atendimento. A maior frequência das mulheres nas UBSs relaciona-se às necessidades reprodutivas e à responsabilidade pela saúde de crianças e idosos, associada à ênfase desses serviços na saúde materno-infantil, tornando-se espaços marcados pelo feminino<sup>4,15</sup>. Alguns autores afirmam que os homens procuram as UBSs, mas suas necessidades ficam invisíveis para o serviço, que reproduz o imaginário social de gênero ao reforçar valores tradicionais que afastam o homem do cuidado<sup>16</sup>. Necessidades de saúde são histórica e socialmente construídas, e transformam-se em demanda ao se modelarem à disponibilidade das ações ofertadas, cabendo à equipe (re)traduzi-la, de modo a responder adequadamente às reais necessidades dos usuários<sup>17</sup>. A procura dos indivíduos por determinados serviços de saúde é influenciada pelo reconhecimento dos que, historicamente, mostram-se melhor sucedidos na identificação daquelas necessidades<sup>18</sup>.

Nesse sentido, a partir da percepção da alta prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus em trabalhadores homens que frequentam um serviço da rede municipal de saúde de um grande município brasileiro, desde 2009 iniciou-se o acompanhamento dos mesmos. Com base nos relatos desses usuários, o presente estudo, de natureza qualitativa, buscou conhecer de que forma trabalhadores homens, com pouca escolaridade, hipertensos e diabéticos, relacionam-se com sua condição de saúde e tratamento, de modo a contribuir com os serviços da atenção básica no (re) conhecimento das necessidades dessa parcela da população.

## Sujeitos e métodos

O serviço onde se realizou o estudo localiza-se na CEASA (Centrais de Abastecimento S/A) de Campinas-SP, e faz parte da rede municipal do SUS. Assiste a uma clientela formada predominantemente por homens e, embora não seja uma UBS típica, oferece atenção longitudinal aos usuários.

Os sujeitos da pesquisa foram identificados a partir do cadastro de pacientes do serviço, tendo sido incluídos trabalhadores homens, com idades entre 25 e 59 anos, portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, que estavam trabalhando regularmente e em acompanhamento no referido serviço. O intervalo de 25-59 anos corresponde à faixa etária priorizada na PNAISH.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, no ano de 2013, com dez trabalhadores, para se conhecer como eles lidam com seus problemas de saúde e vivenciam as exigências impostas pelo tratamento da doença crônica. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP/Unicamp. Os participantes receberam nomes fictícios para garantir o sigilo de suas identidades.

Os Quadros 1 e 2 apresentam as características sociodemográficas dos participantes, o diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes e o tempo de conhecimento da doença pelo trabalhador.

A idade média dos entrevistados foi de 43,4 anos, em geral, apresentavam baixa escolaridade, realizavam trabalho que exige muito esforço físico, eram casados e chefes de família. A metade apresentava hipertensão e, a maior parte, diabetes com mais de cinco anos de diagnóstico.

A análise do material empírico constituído pelos relatos desses homens permitiu trabalhar centralmente duas categorias: os atributos da masculinidade em sua relação com o cuidado à saúde e a experiência do cuidado da doença crônica.

**Quadro 1.** Características sociodemográficas dos participantes do estudo

Nome	Idade (anos)	Escolaridade (anos)	Ocupação	Estado Civil	Posição na família
Camilo	45	2	Carregador autônomo	Casado	Chefe
Gustavo	54	1	Carregador autônomo	Casado	Chefe
Jeremias	46	8	Carregador autônomo	Casado	Chefe
Luciano	37	8	Conferente	Separado	Chefe
Matias	59	3	Manutenção e limpeza	Casado	Não é chefe
Messias	32	8	Gerente de compras	Casado	Chefe
Paulino	41	8	Ajudante geral	Casado	Não é chefe
Ricardo	41	10	Auxiliar financeiro	Casado	Chefe
Severino	36	10	Caminhoneiro autônomo	Casado	Chefe
Walfrido	43	6	Carregador autônomo	Casado	Não é chefe

**Quadro 2.** Diagnóstico de Hipertensão (HAS) e/ou Diabetes mellitus (DM) e tempo de conhecimento da doença

Usuário	Diagnósticos	Tempo de doença (anos)
Jeremias	HAS	4-5
Messias	HAS	5
Luciano	DM	6
Severino	DM	6
Paulino	HAS + DM (usa insulina)	10 (HAS/DM)
Camillo	DM (usa insulina)	12
Ricardo	DM	13
Matias	HAS + DM (usa insulina)	20 (HAS/DM)
Walfrido	DM (usa insulina)	23
Gustavo	HAS	26

## Resultados e discussão

### Atributos da masculinidade e o cuidado à saúde

A masculinidade hegemônica é entendida como a construção social do comportamento masculino, influenciado por valores patriarcais e machistas, que levam à adoção de atitudes caracterizadas pela virilidade, força e invulnerabilidade. Embora haja, atualmente, outros modelos de masculinidade, que colocam o homem mais próximo das mulheres e das crianças e permitem que ele expresse mais suas emoções, esses modelos ainda não são predominantes<sup>19</sup>.

Nos relatos, foi possível identificar vários aspectos do comportamento masculino que interferem no cuidado à saúde. Destacaram-se: a importância do trabalho, a resistência à procura por serviços de saúde e a interferência do alcoolismo e do tabagismo, que constituem hábitos mais frequentes entre os homens.

### A importância do trabalho

O trabalho apareceu como uma referência forte, sendo considerado prioritário em relação ao cuidado à saúde, exceto nas situações emergenciais. Foram expressas: a preocupação com o sustento da família e a responsabilidade relacionada ao trabalho, sobretudo no caso dos autônomos.

“Então, eles marca e diz que eu não posso escolher o horário [...] Foi marcado (fisioterapia) uma segunda-feira, vê lá. Ah, então passa pra outro, já passei umas 2-3 vezes [...] Eles fala que me dá atestado, pra quê atestado? Eu não sou registrado”. (Gustavo)

“E eu não queria ser internado não. Eu tenho que trabalhar, eu tenho que trabalhar. Que trabalhar o quê [...] Aí fiquei lá vinte e poucos dias internado, só pele e osso”. (Camillo)

“[...] comecei a trabalhar desde os meus 9 anos. Eu falo [...] ó doutora eu tenho 59 anos, 50 trabalhado e não me aposentei ainda [...] Isso dá um pouco de tristeza [...] A mulher fala, acho que é melhor você trabalhar, porque dentro de casa eu fico, sabe, eu não sei... o cara acostumado a trabalhar [...] você fica naquela situação [...] se eu tô trabalhando é ruim, se eu não tô é pior”. (Matias)

"[...] não tem como sai do serviço pra pegar fila pra fazer avaliação (tratamento odontológico) [...] Porque avaliação é sempre assim, é de manhã pra pegar fila [...] e nunca dá porque é num horário que tá corrido o trabalho". (Messias)

Pesquisa multicêntrica<sup>16</sup> realizada em serviços de atenção primária de quatro estados brasileiros apontou a maior presença dos homens em unidades com horário de funcionamento expandido, como aos sábados e à noite, sugerindo que restrições ligadas aos horários de trabalho têm real influência sobre o acesso à assistência.

### A resistência à procura por serviços de saúde

Outro aspecto identificado refere-se à resistência manifestada, pelos homens, para procurar ajuda e atendimento para suas necessidades de saúde. Trabalhadores homens em idade produtiva adiam a procura por serviços de saúde, fazendo-o apenas em situações mais graves.

"[...] fui internado [...] quase 900 (de glicemia) [...] mas isso foi porque deu uma orquite [...] Aí eu fui (Pronto Socorro), tava com muita dor [...] Aí foi uma correria [...] já quis falá que é negócio grave, era por causa da diabetes". (Walfrido)

"[...] eu media (pressão arterial) em farmácia [...] daí ele falou pra mim procurar um médico né. Demorei, que eu falei que não vou [...] porque remédio na verdade é um só [...] cê toma um remédio assim, vai com o tempo ele vai fazendo efeito, chega certo tempo ele já vai acabando aqueles efeito, né?". (Jeremias)

"Vai procurar um médico, cê tá mal demais [...] fiquei uma semana em casa, e não fui procurar médico [...] eu achava que não era nada [...] fui pegar uma caixa de tomate do chão [...] mas não cheguei a tirar a caixa do chão [...] falei, meu Deus, eu tô ruim mesmo. Aí [...] minha mãe (falou) agora eu vou te levar no médico [...] Quando mediu, falou [...] Interna ele agora [...] eu tava desnutrido, tava em 800 e pouco (a glicemia)". (Camilo)

Essa resistência em procurar atendimento também foi encontrada em estudo com homens usuários de UBSs, que relataram retardar ao máximo a procura por se sentirem invulneráveis, alegando falta de tempo devido ao trabalho<sup>20</sup>. Pesquisa anterior envolvendo duzentos trabalhadores da própria CEASA-Campinas mostrou, também, procura preferencial pelos serviços de urgência, e não pela atenção básica<sup>21</sup>.

### Alcoolismo e tabagismo

O uso de bebidas alcoólicas e de cigarro foi frequentemente relatado pelos entrevistados. Fumar e beber costumam ser hábitos relacionados à masculinidade, reforçados na socialização dos homens, e que interferem no cuidado da doença crônica.

"Fumo [...] nem (no hospital) eu parava, porque eu internado e as mulher me davam cigarro [...] Mas não consigo (parar de fumar), sou estressado pra caramba [...] Fumo desde os meus 16 anos [...] Nunca parei, agora tenho vontade de parar, mas não dá. E pra aprender é tão facinho, né?". (Camilo)

"Eu sempre gostei de tomar minha cervejinha de final de semana, é [...] Eu sempre fui aquele fumante bem relaxado, que só fuma 1-2 por dia e no final de semana você vai tomar a cervejinha e acaba fumando 3-4 [...]". (Ricardo)

Estudo<sup>22</sup> realizado no município de Campinas com 449 homens, de 20-59 anos, identificou que aqueles com menor escolaridade apresentam maior consumo e dependência de álcool e tabaco. Pesquisa anterior na CEASA identificou que 54% dos trabalhadores faziam uso frequente ou esporádico de bebida alcoólica e que 26% fumavam<sup>21</sup>.

A dificuldade em não beber é maior nos finais de semana, quando geralmente suspendem a medicação para não “misturá-la com a bebida”.

“[...] eu também gosto de final de semana tomar uma cerveja [...] Durante a semana não. É só cerveja também [...] eu tomo uma meia dúzia. Mas é garrafinha pequena [...] cigarro eu fumava, parei [...] desde quando eu infartei [...] a cerveja eu [...] parei somente um ano”. (Paulino)

“Tomo cerveja [...] mais final de semana [...] E olha que final de semana, eu tomo bem [...] mas só que eu tomo assim sabe [...] eu vou sair no sábado, nós vai num churrasco [...] faço o testinho do dedo lá, eu vejo que ela tá alta, eu tomo a minha insulina, aí eu já manero. Já não bebo [...]”. (Camilo)

“[...] eu gosto muito de pescar final de semana [...] acaba bebendo à noite, noutro dia já começa cedo de novo a pescaria e vai beber na hora do almoço, então às vezes eu pulo um dia sem tomar remédio, pra não misturar remédio com a bebida”. (Messias)

Nesse mesmo sentido, estudos<sup>23,24</sup> relacionados ao Diabetes mostraram a dificuldade dos homens para gerenciar o controle da doença quando mantêm o uso de bebida alcoólica.

### **A experiência do cuidado da doença crônica**

Vários autores<sup>25,26</sup> apontam a necessidade de investimento em ações de prevenção e promoção da saúde voltadas para o controle das doenças crônicas. Outros<sup>23,24,27</sup> destacam que é necessário conhecer o contexto e singularidades dos sujeitos para ampliar as possibilidades de comunicação entre usuários e profissionais de saúde e ofertar ações mais próximas à realidade dos grupos sociais.

Neste trabalho, as dificuldades enfrentadas no tratamento da doença crônica apareceram com frequência nos relatos dos homens, relacionadas às exigências para o controle da doença e exercendo interferência na busca e aceitação do tratamento.

Nessa perspectiva, destacam-se: a alimentação, o uso contínuo de medicamentos, a motivação para se tratar e a aceitação do tratamento.

#### **A alimentação**

A dificuldade em adequarem a dieta aos horários de trabalho e à condição socioeconômica, assim como de se privarem do que gostam, esteve presente na fala dos usuários.

“Alimentação, bem dizer eu como de tudo [...] De vez em quando dá vontade de comer doce e eu como [...] é um pedaço. Ou se não eu como 2, 3 pão doce, eu gosto de comer pão doce”. (Paulino)

“A gente sempre compra, porque quem é diabético sente falta de doce [...] porque não, não tem jeito, você não aguenta”. (Matias)

“Antigamente [...] me dava uma vontade de comer doce, não tinha jeito [...] cê comia um pedaço, de repente tava comendo 2...3... mas graças a Deus parou essa vontade. Só que é assim, eu não passo vontade. Se agora mesmo me deu vontade de comer um doce, eu vou lá cato um doce”. (Camilo)

Como afirma Barsaglini<sup>24</sup>, “o diabetes se traduz numa vida de restrições, censuras e proibições, impondo regras de comportamento que não combinam com o valor de liberdade que integra a construção do universo masculino” (p. 182).

“Não, não tem horário (almoço), passa 2, 3 horas da tarde, meio dia, 11 horas, depende”. (Severino)

“[...] tem hora que eu só vou comer porque [...] se vê que está escurecendo a vista, tá dando moleza. Você come sara, mas tem hora que você não quer parar (trabalho) porque não tem tempo, tem hora que eu pego o lanche e saio com ele na mão comendo”. (Gustavo)

“[...] eu faço [...] uma dieta mais ou menos, não faço dieta forçada porque o dia a dia da gente também não dá [...]”. (Luciano)

Um outro aspecto referido pelos trabalhadores diz respeito ao custo mais elevado dos alimentos da dieta.

“Comi (pão integral), é bãozinho, mais é [...] meio carinho né? Meio carinho né, pão com alpiste, é por causa do alpiste que eles põe em cima”. (Walfrido)

“[...] já comprei, já comi também [...] é gostoso, mas só que também é mais caro, tem todas essas coisas né [...]”. (Luciano)

Parte deles traz reflexões sobre a abordagem dos profissionais de saúde, porém, muitas orientações recebidas não são compatíveis com a realidade do paciente, comprometendo a resolutividade do cuidado.

“Aí ele passou uns remédio pra mim lá e uma folha desse tamanho assim, não pode comer feijão, não pode comer nada, aí eu fiquei uma semana, aí eu comecei a não aguentar, serviço pesado aqui, aí eu parei”. (Jeremias)

“[...] eu vim na nutricionista [...] só que eu vou ser muito sincero, eu achei um programa muito [...] fora daquilo que eu posso tá fazendo todo dia, não só financeiramente, mas tempo, dedicação [...]”. (Ricardo)

“[...] não pode comer isso, não pode comer aquilo. Eles falam sempre da comida né. Por que eles falam da comida? [...] ah cê não pode comer isso, comer aquilo [...] valeu doutor, brigado, já tá de bom caminho. Saí do postinho [...] em frente [...] tinha um bar, fui lá comi uns 3 sargados, bebi uma coca e fui embora pra casa”. (Walfrido)

Schraiber et al<sup>21</sup> identificaram que as UBSs têm seu funcionamento centrado na consulta médica individual, rápida e com foco nas queixas e no tratamento. O contexto em que o usuário vive não é abordado e, em geral, não são desenvolvidas ações de promoção da saúde e, quando ocorrem, costumam ser práticas educativas de caráter disciplinador e autoritário.

### **O uso contínuo de medicamentos**

Outra dificuldade encontrada diz respeito à necessidade de uso regular de um ou mais medicamentos, exigindo adequar os horários das tomadas com as demandas cotidianas, adequação que se torna mais improvável pela falta de convencimento de muitos usuários quanto à real necessidade do uso continuado.

A dificuldade na aplicação da insulina e os efeitos do uso prolongado são destacados por alguns trabalhadores, assim como o uso concomitante de vários medicamentos.

“Eu tomo glibenclamida [...] uma hora antes [...] do almoço [...] eu não tenho bem hora certa pra almoçar, dependendo do movimento lá [...] aí quando é meio dia, aí eu vou lá, tomo remédio, eu ando até com remédio no bolso [...] pra não esquecer [...] aí [...] surge [...] imprevisto que não dá pra almoçar uma hora [...] eu vejo que abaixa a taxa de açúcar [...] dá aquele desgaste no estômago [...] e as mãos trêmula [...] Às vezes a gente esquece de tomar, um dia ou outro [...] mas eu faço o máximo pra não esquecer”. (Luciano)

“[...] eu tinha um medo de injeção [...] que se visse uma injeção, eu tava correndo [...] Aí [...] devagarzinho [...] essa pequenininha, a da insulina [...] eu tava tomando nas pernas, aí me deu uma coceira [...] que eu não aguentava, mandaram eu parar de tomar na perna, então, só tomo na barriga [...] às vezes, ontem mesmo, eu não tomei [...] Dormi [...] tava frio pra caramba [...] jantamo era umas 7 horas, aí deitemo, eu e a mulher, vim acordar hoje às 3 e meia”. (Camilo)

“[...] tudo isso, comprimido para pressão acho que eu tomo uns quatro, cinco [...] É uma receita do lado e do outro [...] Agora eu esqueci, não tomei nem o remédio. Só tomei insulina. Quando me levanto de jejum eu tomo a insulina. [...] Depois eu tomo os comprimido, acho que uns quatro comprimidos. Aí quando é a noite [...] tomo a insulina, aí depois eu janto e tomo os comprimido. Eu já aqui to que não aguento mais, faço assim e tudo duro de tanta furada. Porque de tanto que você vai furando [...] vai ficando dolorido”. (Matias)

Muitos doentes se mostram relutantes em aceitar o uso crônico de medicações. Kelly e May<sup>(6)</sup>, citados por Barsaglini<sup>24</sup>, destacam que esse comportamento de “dono da situação” reflete uma tentativa de maior autonomia e domínio sobre a doença, como expressa um dos trabalhadores:

“[...] agora eu tomo certinho, mas logo no começo eu não levava a sério [...] Tomava de vez em quando [...] eu tomava mas não tomava certo, aí foi aonde deu até infarto [...] eu tomava um dia sim, aí ficava uns 2, 3 sem tomar [...] achava que não ia, que a pressão não subia”. (Paulino)

### A motivação para o tratamento

Entender o que determina a busca por serviços de saúde leva a refletir sobre os valores culturais e sociais que interagem com a organização dos serviços e seus saberes, e com as informações recebidas através da mídia<sup>28</sup>.

Nesse sentido, os relatos dos trabalhadores trazem aspectos que correspondem a essas distintas dimensões.

O **desejo de se curar**, apesar das dificuldades impostas pelo tratamento, é uma das preocupações expressas na fala de Gustavo.

“Como eu já falei procê, dá vontade de chutá o barde, largá tudo, mais eu preciso da saúde né. Eu quero sará. Eu tô fazendo por onde, já quase 7 ano né. Então eu tô me sujeitando (tratamento da hepatite) [...] porque não tem outro meio mesmo”. (Gustavo)

<sup>(6)</sup> Kelly MP, May D. Good and bad patients: a review of the literature and a theoretical critique. *J Adv Nursing*. 1982; 7(2):147-156.



Um dos estigmas relacionados ao comportamento do homem é o de que eles não se preocupam com a prevenção, buscando serviços de saúde somente quando sentem o agravamento das doenças. Entretanto, em alguns relatos, observa-se a preocupação em evitar que a doença avance e em obter um cuidado integral.

“Se ele tivesse feito particular [...] Se cê tem a doença tem que procurar adiantar [...] cê vai demorando, vai agravando né [...] aí acho que ele demorou mais de 2 anos e não era caro, acho que era uns 600, 700 reais para fazer (cateterismo) particular [...] sempre uma vez no ano eu faço [...] (check up)”. (Jeremias)

O agravamento do estado de saúde não depende apenas do comportamento de busca por atendimento, mas, sobretudo, das condições de acesso e qualidade da atenção recebida.

“[...] meu pai é agente de saúde [...] Mora lá no Piauí [...] lá é o seguinte [...] as pessoas [...] tem problema, mas não sabe que tem [...] não faz o acompanhamento que a gente faz na cidade grande, lá é cidade pequena, eles não ligam muito pra saúde [...] se [...] for fazê [...] uma pesquisa [...] a quantidade de pessoas que tem problema, não só o diabetes [...] é muito grande, porque eles não procuram o médico, e quando vai procurar o médico, já tá bem avançado”. (Luciano)

“Ah, não sei se eu tive sorte de pegar um cara (médico) fera, era muito bom, era meio rígido, me puxava muito a orelha, eu sabia que precisava daquele puxão de orelha, que por eu ser muito novo [...] achava que não tinha problema ter uma vida normal”. (Ricardo)

Estudo<sup>9</sup> realizado com 86 homens com idade média de 40,5 anos mostrou que a segunda causa de procura pela atenção básica é o desejo de realizar exames de prevenção, revelando preocupação com a saúde. Entretanto, há lacunas nas UBSs ligadas à adequação da estrutura, organização do atendimento dos homens e desenvolvimento de ações de promoção voltadas para os agravos mais frequentes nessa população.

Em alguns casos, o estímulo para seguir as orientações do tratamento ocorre pelo convívio pessoal ou familiar com **casos graves da doença** ou suas complicações.

“[...] era um problema heredit.. minha família foi problemática [...] meu pai sempre teve diabete, meu avô, desde muito novo diabético, e mesmo muito cuidadoso como era, ele teve um problema de amputar a perna [...] cortou o dedinho, depois o pé, depois a perna [...] você vai assistindo tudo aquilo [...] eu periodicamente fazia, pedia esse exame e com 28 anos foi constatado essa alteração [...] hoje eu [...] mudei muito minha cabeça, eu tento me cuidar um pouco mais, pra não tê o mesmo futuro que ele teve”. (Ricardo)

Estudo de Cyrino<sup>23</sup> sobre as competências desenvolvidas por portadores de diabetes relacionadas ao autocuidado também mostrou que, apesar de muitos deles relatarem o sofrimento de familiares com a doença, é possível um despertar para a vida, ou seja, uma ressignificação da doença.

“Ah, é depois que a água bate na [...], negócio do meu dedo [...] Não, depois que já deu o negócio no meu dedo [...] antes quando eu vinha aqui, era 300, 350, aí depois que deu [...] o máximo que chega é 250, não passa disso”. (Walfrido)

“Teve um que cortou até aqui, olha. Até o ponto de ponhá um aparelho [...] Na verdade por isso que eu sempre respeito o que a doutora fala, porque esse um que aconteceu que cortou o dedo, o outro dedo e depois cortou aqui”. (Gustavo)

“Sabe de uma coisa, ele tá lá hoje com um pé cortado até a canela e o outro cortado até metade. E [...] as vistas dele, uma parece que operou e enxerga fraquinho. Olha aí tá vendo, disse que ele mesmo cuidava, olha no que deu”. (Camilo)

Muitas vezes, as informações sobre riscos à saúde são obtidas por meio da mídia, sobretudo da televisão, sensibilizando e alertando para a gravidade do problema.

“[...] eu já vi muita gente. Colega meu, amigo, lá no norte que morreu sem as perna [...] que era diabético [...] Você [...] deve saber muito bem que o diabetes é uma doença que vai matando o cara aos poucos. O médico fala diretamente [...] na televisão [...] isso é uma doença crônica, se você não se trata ainda é pior”. (Matias)

“Ah, não sei, eu acho que [...] porque casos que eu já vi assim, que nem, eu já vi passar na televisão, sempre que eu vejo passar de diabete na televisão, eu tô ali prestando atenção”. (Camilo)

Embora a televisão seja um meio importante para veicular informações, estudo<sup>29</sup> abordando as concepções de homens hospitalizados sobre a relação gênero e saúde destaca que, na maior parte dos programas televisivos, há mais informações sobre a saúde da mulher do que do homem.

### **A aceitação do tratamento**

O conceito de aceitação do tratamento não se confunde com obediência, à medida que trabalha com a autonomia do paciente frente às orientações recebidas, considerando que ele é possuidor de concepções e experiências que influenciam na sua relação com os profissionais de saúde e com o que é prescrito por esses<sup>23</sup>.

Nesse sentido, levando em consideração a vivência da doença e do autocuidado, a aceitação do tratamento pôde ser identificada, mesmo que de forma sutil, em vários momentos da fala dos homens, seja no uso contínuo das medicações...

“[...] a pressão faz muito tempo que não exagera, não sobe... por causa que os remédios eu tomo tudo certinho agora”. (Paulino)

#### **Nas mudanças na alimentação....**

“Eu como mais carne magra, então eu como bife grelhado, a salada ela sempre faz [...] Não falta salada, alface, tomate, o chuchu cozido, uma abobrinha feita refogada [...] Eu passei aqui na sexta-feira [...] com a doutora, aí ela mediu a pressão e tava 12 por 8 [...] Ela disse, pressão de garoto. E a glicemia? Tava 170 [...]”. (Matias)

#### **Na realização de exames preventivos...**

“Então, a doutora [...] anualmente agora ela me pede exames [...] sempre que tenho tempo faz [...] tira a medida pra vê como é que tá a pressão. Mais essa última [...] umas cinco, seis vezes que eu medi tava controlado [...] 12 por 8 [...] Valeu a pena deixar o convênio, que por fim só tava me trazendo prejuízo. O remédio era caro [...] e um remédio que tava só me fazendo mal”. (Messias)

#### **Na aceitação da cronicidade da doença...**

“[...] jamais, não penso dessa forma, porque eu sei que a doença é crônica [...] é tanto que a médica [...] o último que eu fiz [...] ela falou assim, ó seu diagnóstico tá muito bom, os

resultados dos seus exames tá muito bom [...] eu vou tirar seu remédio pra metade, eu vou deixar só a metade do comprimido, porque a gente vem fazendo o acompanhamento e tá muito bom". (Luciano)

Na suspensão do uso da bebida alcoólica...

"[...] mais aí fiz uns tratamento [...] aí parei de beber, evitei comer muito essas carne [...] muito espeto, carne assada [...] e ele explicou umas coisa, abacaxi, laranja [...] limão que tem muito ácido [...] parei a bebida, acho que ajudava muito [...] aí parou graças a Deus". (Jeremias)

Estudo realizado por Barreto e Figueiredo<sup>30</sup> mostrou que a presença de doença crônica contribui para a redução de alguns comportamentos de risco, como fumo, dieta gordurosa, sedentarismo e adição de sal na comida, sendo possível estabelecer uma associação positiva, especialmente para os homens, entre mudanças no estilo de vida e a presença de doença, provavelmente porque o indivíduo passa a frequentar mais os serviços de saúde e receber orientações de cuidado.

## Considerações finais

O cuidado à saúde é um processo com forte dimensão sociocultural, com particularidades relacionadas a ser homem ou mulher, dependente do contexto e da interação entre os sujeitos. O presente estudo trouxe relatos de homens, com pouca escolaridade, portadores de Hipertensão e de Diabetes, sobre a relação com a doença crônica e seu tratamento, na perspectiva de sensibilizar os diversos profissionais e serviços de saúde para o cuidado de uma parcela da população que, a despeito de seu destaque nos dados epidemiológicos e nas diretrizes da política, ainda persiste afastada do cuidado continuado nos serviços de saúde. Identificar as reais necessidades dos usuários exige que os profissionais levem em consideração os desejos e as diferentes possibilidades para o cuidado, ampliando a clínica e a percepção que atribui a baixa procura e adesão a preconceitos e barreiras somente por parte do usuário, buscando, também, os aspectos de funcionamento dos próprios serviços que interferem no acesso dos homens a um cuidado integral.

Embora não tenha sido feita uma análise voltada especificamente para as representações dos homens sobre a doença crônica, pretendeu-se contribuir no sentido de "explorar as possibilidades de reconhecer e valorizar os saberes da experiência de quem vive a enfermidade"<sup>24</sup> (p. 208). O controle da pressão arterial e da glicemia exigem, no contexto biomédico, o uso regular das medicações prescritas e a mudança de hábitos de vida. O estudo mostrou a dificuldade dos usuários para alcançarem um bom controle da doença crônica, dada a influência de inúmeros fatores que permeiam o cotidiano, em especial, as exigências do trabalho e o próprio comportamento masculino; mas, ainda assim, foram identificadas motivação e aceitação do tratamento, permitindo questionar o pensamento hegemônico de que os homens não se cuidam.

Os fatores que motivaram a busca e a aceitação do tratamento, a despeito das dificuldades, relacionam-se a reflexões e considerações do próprio usuário a partir da vivência da doença e da interação com os profissionais de saúde, num determinado contexto social. Isto reforça a ideia de que a doença crônica e seu cuidado exigem repensar o 'modo de andar a vida'<sup>31</sup>, sendo papel dos serviços de saúde auxiliarem os pacientes a reinventarem novos modos de viver, independente de serem homens ou mulheres.

### Colaboradores

VC Yoshida é responsável pela concepção do estudo e trabalhou na metodologia, na coleta, análise e interpretação do material empírico e na redação do manuscrito. MGG Andrade trabalhou na concepção do estudo, na metodologia e análise do material empírico, na redação final e na revisão crítica do artigo.

### Referências

1. Mantovani MF, Maciel KF, Pelinski A, Gaio DM, Fusuma F, Ulbrich E. Dificuldades no tratamento da doença crônica: relato de experiência de atividade de extensão. *Cienc Cuid Saude*. 2011; 10(1):157-61.
2. Baldissera VDA, Paludo D, Moreira NM, Garbelini LF, Carvalho MDB. Mudanças vivenciadas por hipertensos após o diagnóstico. *Rev Inst Cienc Saude*. 2008; 26(3):304-9.
3. Barsaglini RA. Com açúcar no sangue até o fim: um estudo de caso sobre o viver com diabetes. In: Canesqui AM, organizadora. *Olhares sócio-antropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 53-85.
4. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(4):1263-74.
5. Stevens A, Schmidt MI, Duncan BB. Gender inequalities in non communicable disease mortality in Brazil. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(10):2627-34.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília (DF): MS; 2008.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). *Censo demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
9. Moura EC, Santos W, Neves ACM, Gomes R, Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(2):429-38.
10. Ministério da Saúde (BR). *Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica*. Brasília (DF): MS; 2013.
11. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(1):7-17.
12. Araújo MF, Schraiber LB, Cohen DD. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(38):805-18.
13. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000; 50(10):1385-401.
14. Braz M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(1):97-104.
15. Laurenti R, Jorge MHPM, Goltlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(1):35-46.

16. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(33):257-70.
17. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela Integralidade e Equidade na Atenção. In: Pinheiro R, Matos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-Abrasco; 2001. p. 113-20.
18. Schraiber LB. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(10):2635-44.
19. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para reflexão no campo da saúde. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(1):59-70.
20. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(5):961-70.
21. Manzoli ST. *Saúde do homem: capacidade para o trabalho e estilo de vida entre trabalhadores de um mercado hortifrutigranjeiro em Campinas-SP [dissertação]*. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2011.
22. Bastos TF, Alves MCGP, Barros MBA, Cesar CLG. Men's health: a population-based study on social inequalities. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(11):2133-42.
23. Cyrino AP. *Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes*. São Paulo: Editora Unesp; 2009.
24. Barsaglini RA. *As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
25. Belon AP, Barros MBA, Léon LM. Mortality among adults: gender and socioeconomic differences in a Brazilian city. *BMC Public Health [Internet]*. 2012 [acesso 2013 Fev 4]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/39>
26. Gouvea SRF, Moura EC, Malta DC, Sarno F. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. *Rev Saude Publica*. 2009; 43 Supl 2:98-106.
27. Canesqui AM. Estudos socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. In: Canesqui AM, organizadora. *Olhares sócio-antropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 19-51.
28. Canesqui AM. Apresentação. In: Canesqui AM, organizadora. *Olhares sócio-antropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 9.
29. Costa-Júnior FM, Maia ACB. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. *Psicol: Teor Pesqui*. 2009; 25(1):55-63.
30. Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saude Publica*. 2009; 43 Supl 2:38-47.
31. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 6a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.

Yoshida VC, Andrade MGG. El cuidado de la salud desde el punto de vista de los trabajadores varones portadores de enfermedades crónicas. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(58):597-610.

Este estudio cualitativo buscó entender cómo trabajadores varones, con poca educación, hipertensos y diabéticos, bajo la atención de un servicio de salud de Campinas-SP, Brasil, se relacionan con su estado de salud y tratamientos. A través de entrevistas semi-estructuradas, se analizaron los atributos de la masculinidad sobre sus relaciones con la atención con la salud y su experiencia de cuidadores relativos a enfermedades crónicas. Aunque exista una conducta masculina socialmente construida, caracterizada por la importancia del trabajo, la resistencia a buscar los servicios de salud, el consumo de licores y tabaco, la dificultad en controlar las enfermedades (sobre todo las relacionadas con la alimentación) y uso continuado de medicamentos, fue posible notar cierta motivación y aceptación del tratamiento. Por lo tanto, concluimos que es posible vislumbrar medios de mejorar el cuidado con esos usuarios, a partir del conocimiento con respecto a sus necesidades.

*Palabras clave:* Atención Primaria para la Salud. Salud del hombre. Hipertensión. Diabetes mellitus.

Recebido em 14/09/15. Aprovado em 23/11/15.