



ARTIGO DE PESQUISA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HOMENS SOBRE SAÚDE E DOENÇA: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO

SOCIAL REPRESENTATIONS OF MEN ABOUT HEALTH AND ILLNESS: CONTRIBUTIONS TO CARE

REPRESENTACIONES SOCIALES DE HOMBRES SOBRE SALUD Y ENFERMEDAD: CONTRIBUCIONES PARA EL CUIDADO

Ana Paula Azevedo Hemmi¹, Jéssica Aparecida da Conceição², Dominick Danielle Mendonça Santos³.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo apreender as representações sociais de homens sobre saúde e doença, além de identificar em que momentos procuram por serviços de saúde. O estudo teve como abordagem a pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais. Foram realizadas entrevistas com homens que participam do “Terço dos Homens” em Igrejas do município de Diamantina, Minas Gerais. Os resultados apontam que as representações sociais sobre saúde e doença se relacionam a algo negativo, sendo necessário a prevenção e o autocuidado. Os momentos relatados para a procura por serviços de saúde normalmente decorrem da identificação de uma doença, principalmente quando esta os impedem de trabalhar. Percebe-se que as representações apreendidas podem ser importantes para uma aproximação entre profissionais de saúde e o público masculino, visando à realização de ações em saúde condizentes com suas representações sociais.

Descritores: Saúde do homem; Percepção social; Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

This study aimed to understand the social representations of men about health and illness, and to identify at what times they seek health services. The study had a qualitative research approach, based on the Theory of Social Representations. Interviews were conducted with men who participate in the “Rosary of Men” in churches in the town of Diamantina, Minas Gerais, Brazil. The results show that social representations of health and illness are related to something negative, making prevention and self-care necessary. The participants reported that the moment of demand for healthcare services is normally when an illness is identified, especially when it prevents them from working. Clearly the representations obtained can be important for a reconnection between health professionals and the male population, aiming to perform actions consistent with their social representations.

Descriptors: Men’s health; Social perception; Health services accessibility.

RESUMEN

El presente estudio ha tenido como objetivo comprender las representaciones sociales de hombres sobre salud y enfermedad, además de identificar en qué momento ellos recurren a los servicios de salud. El estudio se basa en la investigación cualitativa, fundamentada en la Teoría de las Representaciones Sociales. Se realizaron entrevistas con hombres que participan del “Rosario de los Hombres” en iglesias de la municipalidad de Diamantina, en Minas Gerais. Los resultados indican que las representaciones sociales sobre salud y enfermedad tienen relación con algo negativo, lo que conlleva a la necesidad de prevención y autocuidado. Según los relatos obtenidos, estas personas acuden por lo general a los servicios de salud cuando les aparece alguna enfermedad, y sobre todo cuando ésta les impide trabajar. Se observa que las representaciones estudiadas pueden ser importantes para establecer una aproximación entre los profesionales de la salud y el público masculino, y de esta forma implementar acciones sanitarias que condigan con sus representaciones sociales.

Descriptor: Salud del hombre; Percepción social; Accesibilidad a los servicios de salud.

¹ Docente do Departamento de Enfermagem da UFVJM. Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, ² Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFVJM. Bolsista de Iniciação Científica, ³ Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFVJM.

INTRODUÇÃO

A Saúde do Homem tem sido foco de discussões em Saúde Coletiva nos últimos anos. Isso, em parte, se deve aos agravos acometidos a essa população⁽¹⁾, explicado pelo elevado índice de adoecimento e mortalidade, em idade mais jovem, que as mulheres^(2,3,4). A análise de dados epidemiológicos em relação à população masculina permite perceber que esta adoce com maior frequência, além de ser considerada uma população mais vulnerável às doenças de causas evitáveis e apresentando-se com uma expectativa de vida 7,6 anos abaixo da média feminina⁽⁴⁾.

Aliado ao peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) é menos frequente quando a comparamos com a das mulheres⁽⁴⁾. É possível perceber que muitos dos agravos poderiam ser evitados com as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, ao requererem mudanças comportamentais. Porém, nessas ações, assim como nos tratamentos de doenças crônicas e todos aqueles de longa duração, há uma menor adesão dos homens⁽⁴⁾.

Considerando esses aspectos, em agosto de 2009, foi publicada a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) com o intuito de promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde⁽⁴⁾. Porém, abordar a Saúde do Homem, conforme é proposto na PNAISH, é necessariamente pensarmos também na questão de gênero. Gênero, aqui, pode ser compreendido como construção social sobre o que é *ser homem* em uma dada sociedade, permeando comportamentos individuais e

coletivos, e relacionado a um contexto histórico^(5,6).

Diante disso, gênero não se restringe apenas à diferença entre homens e mulheres, mas também a diferenças existentes entre os próprios homens, sinalizando haver uma diferença nos padrões de masculinidade adotados por cada sujeito. Assim, pode-se dizer que há um modelo hegemônico de masculinidade, em que características como heterossexualidade, agressividade, infidelidade sexual, ser forte e ter iniciativa sexual, conformam-se como definidoras do que é ser um homem ideal⁽⁷⁾, sendo os demais tipos de masculinidades subordinadas a este.

Acredita-se que há uma relação entre a masculinidade hegemônica e os índices elevados de morbimortalidade masculina, já que as características daquela são contrárias às atitudes de autocuidado. Visando à compreensão de como os homens pensam sobre sua saúde e o que, para eles, significa adoecer, torna-se necessária uma aproximação do universo masculino.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo apreender as representações sociais de homens sobre saúde e doença. Além disso, buscou-se compreender sobre os momentos em que eles procuram por serviços de saúde.

Este estudo justifica-se pela necessidade de se conhecer os aspectos psicossociais relacionados à população masculina, levando em conta os diferentes condicionantes e determinantes em saúde e, para isso, faz-se necessário dar voz aos próprios homens, com o intuito de conhecer as diferentes realidades que permeiam esse universo, para que assim seja possível a proposição de ações de cuidado e autocuidado a essa população⁽⁸⁾.

MÉTODO

Este estudo apropriou-se de recursos metodológicos de uma abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações

Sociais⁽⁹⁾. Em relação à pesquisa qualitativa, é fundamental considerá-la como relacionada aos estudos das representações e das opiniões que são frutos de interpretações dos humanos quanto ao seu modo de viver, sentir e pensar. Por isso, essa abordagem propicia uma compreensão sobre aspectos subjetivos e relacionados às intencionalidades dos sujeitos em relação ao meio no qual se inserem⁽¹⁰⁾.

Quanto à Teoria das Representações Sociais, é preciso destacar que esta se situa como modelo teórico pertinente para a abordagem do conjunto dinâmico das ações em saúde, que por sua vez permeiam saberes e comportamentos sociais⁽¹¹⁾. A Teoria das Representações Sociais agrega importantes elementos para a compreensão dos fenômenos sociais, uma vez que toda representação é um processo de produção coletiva sobre um dado objeto social, por intermédio do processo de troca de informações, a partir de encontros no universo cotidiano⁽⁹⁾.

Assim, para que houvesse uma aproximação do universo dos homens e para que suas representações sociais sobre saúde e doença pudessem ser apreendidas, foram realizadas no período de julho a setembro de 2012, no município de Diamantina, Minas Gerais, entrevistas abertas semiestruturadas com um grupo pré-formado por homens com idade entre 20 e 59 anos que frequentavam, no período noturno, igrejas desse município para realizar o “Terço dos Homens”. Abordar os homens nessas ocasiões possibilitou às pesquisadoras uma aproximação da realidade vivida por um número significativo de indivíduos que partilhavam um objetivo comum: rezar o terço.

Os homens participantes desses terços residiam em bairros diferentes, o que possibilitou maior diversidade de representações e experiências relatadas. O critério de inclusão no estudo foi ser do sexo masculino, frequentar o “Terço dos Homens” e estar na faixa etária entre 20 e 59 anos. A seleção de homens dessa faixa etária justifica-

se pelo enfoque da PNAISH e porque já existem políticas de saúde específicas para adolescentes e idosos.

A abordagem dos sujeitos da pesquisa iniciou-se com um contato com os dirigentes do grupo social pré-formado. Após autorização destes, procedeu-se à apresentação do estudo e das pesquisadoras. Com essa permissão, as pesquisadoras puderam comparecer às igrejas e, após os homens rezarem o terço, o dirigente fazia alguns informes, dentre estes a presença das pesquisadoras. Assim, essas apresentavam o estudo e convidavam os homens presentes a participarem voluntariamente da pesquisa.

A pesquisa foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa, procurou-se traçar o perfil dos frequentadores do “Terço dos Homens”, por meio de um questionário de autopreenchimento contendo os seguintes itens: idade, estado civil, número de filhos, profissão exercida no momento, religião, questões referentes ao uso do tabaco, bebidas alcoólicas, práticas de exercícios físicos e, por fim, qual o Serviço de Atenção Primária à Saúde frequentavam entre aqueles disponíveis no município de Diamantina, Minas Gerais. Nesta etapa, 83 homens preencheram os questionários, porém 34 foram dispensados, por não se enquadrarem nos critérios de inclusão do estudo.

Na segunda etapa, realizou-se, então, as entrevistas abertas, seguindo um roteiro semiestruturado, com questões acerca das representações sobre saúde e doença; autocuidado; busca por serviços de saúde e outras que surgiam ao longo da entrevista. Dos participantes, quinze (15) foram entrevistados após terminarem de rezar o terço. Sendo que cinco (5) dos homens, preferiram ter suas entrevistas agendadas para locais e horários convenientes para eles. Considerando que a saturação das informações fornecidas pelos vinte (20) entrevistados permitiam uma discussão aprofundada das questões da pesquisa, entrevistou-se somente

esse quantitativo de homens, que para as pesquisadoras foi considerado suficiente.

Após assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos homens que concordaram em participar da pesquisa, as entrevistas foram gravadas e, em seguida, foram transcritas e submetidas à análise de discurso. Ressalta-se que tanto a pesquisa quanto o TCLE foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, em 30 de novembro de 2010, sob o Parecer nº 164/10, atendendo à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para garantir o anonimato, os depoimentos dos entrevistados foram codificados por siglas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos questionários, foi possível caracterizar o perfil dos homens entrevistados. Em relação à faixa etária, os homens possuíam idade entre 25 e 59 anos, sendo a média 47,04 anos. Em relação ao estado civil e situação familiar, 14 (70%) eram casados e 16 (80%) possuíam filhos. Quanto ao uso de drogas lícitas, 4 (20%) afirmaram fazer uso do tabaco e 12 (60%) relataram fazer uso de bebidas alcoólicas. Como realização de ações de promoção à saúde, 14 (70%) relataram realizar com frequência atividades físicas. Dos vinte participantes, quinze afirmaram ser católicos e, quanto aos Serviços de Saúde que frequentavam, no momento da abordagem das pesquisadoras, 15 afirmaram utilizar o Posto de Saúde e 5 participantes os convênios de planos privados.

As respostas aos itens “Profissão exercida atualmente” foram agrupadas de acordo com a Classificação Nacional das Profissões (CNP): 3 (15%) pertencem à classe 4, correspondente ao Pessoal Administrativo e Similares; 7 (35%) pertencem à classe 5, correspondente ao Pessoal dos Serviços e Vendedores; 5 (25%) pertencem à classe 7, correspondente aos Operários, Artífices e Trabalhadores Similares; 3 (15%), à classe 9,

correspondente aos Trabalhadores não Qualificados; 2 (10%) não declararam sua profissões ou se encontram aposentados.

Representações sociais de saúde

A partir dos relatos dos homens entrevistados, foi possível apreender diversas representações sociais relacionadas à saúde. Dentre estas, a saúde apresenta-se como uma concepção de qualidade de vida, acompanhada por bem-estar físico, psíquico e espiritual: “[...] a saúde é a questão de qualidade de vida, é ter uma vida física e psíquica saudável, porque as duas têm que andar juntas, aliás, eu colocaria as três: a física, psíquica e espiritual, as três têm que andar juntas para a gente estar bem né, e todo o organismo da gente e todo o ser da gente estar bem, então isso aí entendemos por saúde [...]” (E13). “[...] Saúde é importante demais... na vida da gente né, porque sem a saúde não somos nada né, primeiro é Deus, depois é a saúde né [...]” (E 15).

É interessante observar como o estado de sentir-se saudável encontra-se acompanhado à realização de tarefas tidas como fundamentais, como a prática de esportes e o trabalho. Em decorrência disso, a saúde é também atrelada à felicidade, conforme afirma o entrevistado: “[...] quando eu estou me alimentando bem, praticando meus esportes, né, e tô, e tô, feliz, tando feliz em casa, no trabalho, aí é, eu acho mais é questão de... de estar feliz [...]” (E 2).

Esses dados corroboram com as pesquisas realizadas em Belo Horizonte, Minas Gerais e Vitória, Espírito Santo, em que a representação social de saúde para os homens é o bem-estar, a qualidade de vida, alimentação, cuidado, esporte, prevenção e a vida^(12,13).

Porém, saúde, para eles, não remete a apenas algo positivo, mas a aspectos como ausência de doenças e de incapacidades físicas. E para evitar os fatores que podem

interferir na saúde e, logo, na vida cotidiana, os homens apresentam a prevenção de doenças como possível solução para manutenção da saúde. Assim, saúde também se define como uma forma de prevenir doenças: “[...] Saúde é estar bem tranquilo, sem nada [...]” (E 11). “[...] saúde para mim é prevenção [...]” (E 19). “[...] quando eu me sinto saudável? É uai, quando eu levanto, que eu levanto bem, e que, é... todos os meus membros estão funcionando perfeitamente, a cabeça tá boa. E ao decorrer do dia eu em sinto bem [...]” (E 5). “[...] quando eu estou me alimentando bem, praticando meus esportes, né, e tô, e tô, feliz, tando feliz em casa, no trabalho, aí é, eu acho mais é questão de... de estar feliz [...]” (E 2). “[...] quando eu vou na minha academia eu me sinto saudável. Quando eu tô na minha igreja, eu me sinto saudável, na presença dos meus amigos, eu me sinto saudável, né. Quando eu estou estudando eu me sinto saudável [...]” (E11).

Outros autores também evidenciaram que a prevenção é apontada como uma opção importante para manter a saúde, mesmo que as ações nem sempre sejam condizentes ao discurso^(13,14). Assim, dentre as ações preventivas mais relatadas, percebe-se que os hábitos alimentares saudáveis e a prática de atividades físicas são os mais referidos. “[...] eu não faço nenhum tipo de dieta e tal, mas também eu não abuso, eu como pouco, eu não fumo, eu bebo álcool assim, muito socialmente né... [...]” (E 8).

A prática de boa alimentação e de atividades físicas não é uma exclusividade do grupo pesquisado neste estudo, já que outros autores⁽¹³⁾ encontraram tais práticas para o cuidado em saúde. Além disso, afirmam que fazer exames regularmente e frequentar uma religião também são aspectos importantes para a manutenção da saúde. Assim, os homens entrevistados no presente estudo também apontaram a realização de exames como uma forma de prevenção: “[...] sempre

fazer um exame para ver o que está acontecendo, porque tem condição de evitar um mal maior, né?” (E 6).

Uma outra forma apresentada pelos entrevistados que se relaciona ao autocuidado é a associação da saúde à fé e à religião: “[...] pra mim é ter fé, ter fé é saúde [...]” (E1). “[...] Então, eu acho que cê tem que cuidar porque é muito importante, eu já andei muito por esses mundo aí, e às vezes a gente deixava, deixava de dedicar a fé que a gente tem e coisas iam pior. É só voltar, que Deus toma conta de tudo. [...]” (E 7).

Estudos apontam que maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico, como satisfação com a vida, permeada de afetos, refletindo assim em uma melhor saúde física e mental^(13,14,15). Em razão da vivência religiosa, pessoas estão menos expostas a situações de agravo à saúde e compartilham uma vida social caracterizada por vínculos que possibilitam maior suporte em situações de estresse e adoecimento⁽¹³⁾. Assim, é possível entender porque outros homens acreditam que a saúde é considerada como um *bem* em suas vidas, que aliada à crença religiosa se condiciona também ao bem-estar financeiro e, logo, representada como *tudo* na vida: “[...] gente com saúde tem disponibilidade, tem ânimo pra tudo, trabalhar, pra praticar esporte, pra tudo na vida. Perdeu a saúde, eu sempre falo, perdeu sentido de viver [...]” (E13). “[...] ter boas condições financeiras também, né? Sem financeiro não tem saúde [...]” (E14). “[...] Saúde é o bem da popu... (não terminou a palavra), é o bem que a pessoa tem de maior valor na vida, é a saúde. Sem a saúde nós não temos nada ne?! A saúde é o bem mais precioso [...] Que deve ser mantida da melhor forma possível [...]” (E 6).

Representações sociais de doença

As representações sociais de doença são, geralmente, apontadas como negativas. Para

defini-las, alguns homens se utilizam de expressões como *uma coisa ruim*, que tendem, por sua vez, a acometer o aspecto físico do organismo como *manifestações anormais no corpo*, a partir de sintomas como *as dores e febre*. Para alguns homens, a doença é vista como a *ausência de saúde*. “[...] Doença é a ausência da saúde né, cara? Ausência de saúde é a doença.[...]” (E15). “[...] Doença é uma coisa ruim, né?! Ah, eu acho que doença, é difícil eu te explicar sobre a doença, mas a doença (silêncio)... a pessoa também não se cuidar, a pessoa não, não, tá indo no médico, e ter que prevenir de algumas coisas... é uma pergunta meio que complicada[...].” (E2). “[...] Doença é um termo, um... simplesmente, é um mal que a gente não pode evitar dela, mas deve procurar... antes dela chegar a *gente... eliminar, né? Porque se não fica ruim, né?*” (E6). “[...] é o mal que deve ser curado, deve-se procurar um tratamento, né?! [...]” (E1).

Esses dados, fazem coro com os resultados de outro estudo, no qual a *representação social de doença* para os homens jovens vem a ser sofrimento e coisa ruim⁽¹²⁾. Interessante observar que nos relatos acima a doença é representada como algo que depende de eles próprios evitarem: “[...] a pessoa também não se cuidar, a pessoa não, não, não tá indo no médico e ter que prevenir de algumas coisas[...].” (E2).

Para parte dos entrevistados, a definição de doença, encontra-se relacionada com a experiência do adoecimento, sendo classificada como física ou psicológica. Além de ser representada como algo inerente à vida do ser humano, visto que este se encontra inserido em um meio ambiente repleto de microorganismos que podem levar à doença. “[...]Doença é... bom, no conceito geral doença é, um mal que atinge o ser humano, seja ele, é um mal, um mal que atinge o ser humano seja ela grave ou não. Eu entendo como um mal da humanidade, que a gente já carrega isso ao longo dos tempos, dos anos,

dos tempos [...]” (E5). “[...] Doença é aquela que vem através de bactérias que provocam a doença, como a bactéria da gripe, a bactéria é contraída no hospital. A doença é... devido ao tempo, ao tempo, por exemplo, se tá tempo seco vem a doença, porque vem a gripe, vem a renite... Doença pelo meio que se vive né [...]” (E10). “[...] Doença é quando a gente sente alguma coisa no corpo... que estende... uma dor de cabeça..., uma dor de barriga..., uma... febre..., acho que pra mim é isso mesmo. Doença é isso! Qualquer coisa estranha que não é normal na mente... é doença: um vício, essas coisas estranhas que acontecem na mente. Por parte, é isso! [...]” (E18). “[...] Quando eu tenho doença física e psicológica, né. Sei lá. Quando é, quando eu me sinto doente, quando o psicológico, eu tô mal, né. Quando tô... eu nunca tive isso não, e doença física é...quando...quando eu tô ah... eu não tô numa situação normal, no meu estado normal (risos) de... (risos) [...]” (E16).

Entretanto, percebeu-se a dificuldade de alguns homens em definir doença, talvez por não terem experienciado o adoecimento. Ou mesmo porque doença é algo que se encontra distante deles. “[...] É complicado a pergunta, viu. Bom, o que eu posso falar é que doença é uma, o que eu posso falar. Tem que responder essa pergunta? (risos) [...]” (E12). “[...] Não, não, não... eu não entendo nada! Gostaria de saber, mas não entendo nada... Não sei [...]” (E7).

Ao se considerar que os homens jovens podem se identificar com um ideal de masculinidade que se atrela à invulnerabilidade e à força física⁽¹⁶⁾, é pertinente inferir que para alguns dos homens entrevistados a doença não faz parte do seu universo, visto que pode representar aspectos ligados à fraqueza e, logo, a um ideal de masculinidade que eles não desejam para si.

A doença também pode ser vista como uma ameaça à vida, na medida em que aponta para a morte e, assim, produz respostas preventivas e reativas a esta. Por isso ela

mobiliza uma reação de defesa igualmente radical visando ao retorno à vida. Um traço muito característico das formações sociais contemporâneas consiste em evitar a todo custo o *estar doente*, o que implica a ameaça insuportável de ficar, ainda que por poucos dias, fora do ar, seja esse ar a posição profissional, o cuidado com o filho, as contas a serem pagas⁽¹⁷⁾. Assim, a doença também é representada como algo que interfere na qualidade de vida e na realização de atividades diárias, principalmente quando relacionadas ao trabalho. “[...] Doença são as anomalias, como que eu diria, são os empecilhos, né, os desafios, né, assim que ferem a qualidade de vida da saúde humana, né [...]” (E13). “[...] Quando eu não estou conseguindo trabalhar, aí eu me sinto doente. [...]” (E2).

Para esses entrevistados, a doença é representada a partir de seus sintomas, que são classificados como graves ou não. E dependendo de sua classificação, há a procura ou não por um serviço de saúde. “[...] Quando eu estou sentindo alguma coisa, uma dor, uma coisa assim, eu sempre procuro [o serviço de saúde]” (E1). “[...] Ah, eu procuro, (silêncio). Hum, só quando... por exemplo, se eu tomo uma pancada, eu trabalho no meu serviço, com serviço pesado. Quando eu faço uma força, um mau jeito, ou gripe. Única coisa que eu tenho mais de constante também é gripe. Sempre pego uma. Só quando vejo que o negócio tá pegando mesmo [...]” (E3). “[...] Só quando noto que tem alguma coisa que não tá bem! É, pra que que eu vou procurar médico se não tô... sentindo nada? Qual... qual a finalidade de ir num Posto de Saúde, chegar lá: “ Ah! Vim cá fazer exame”. “Que que cê tá sentindo? Nada?! O médico vai falar assim: então, o que que cê quer que eu faça? Aí, eu vou... vou falo com ele... vou conversar... Qué (o que é) que eu vim fazer então ué! [...]” (E18).

É possível perceber que a procura por um serviço de saúde só se justifica quando há

sintoma. E a partir desse último relato, percebe-se que o entrevistado antecede o questionamento do médico ao chegar à Unidade de Saúde sem um problema específico. Isso mostra que, ainda, existem muitas lacunas relacionadas à construção de vínculo que deveria, pelo menos a princípio, começar pela conversa entre o profissional e a pessoa atendida.

Percebe-se que a gravidade do problema é relativa para os entrevistados, pois alguns homens relatam que “esperam um tempo, para ver se passa” ou mesmo se automedicam. “[...] uai, dando um tempo mesmo. Com o tempo, passa. Tudo passa. Num sou muito de procurar rápido o médico não. Quando tô sentindo alguma coisa, vai com o tempo mesmo. Toma um remédio em casa mesmo, com indicação dos outros. É, já vou de imediato não. Fico pensando, né: isso passa, daqui a pouco isso acaba. [...]” (E3). “[...] Primeiro, se for alguma coisa mais simples, se for alguma coisa mais simples, eu mesmo medico. Tomo algum remédio. Uai, é.. uma gripe?! Uma gripe, alguma dor de cabeça, essas coisa. Mas quando é alguma coisa mais séria, igual eu tive há uma semana atrás, eu tive pneumonia. Só que era uma coisa mais complicada... Aí, eu tive que ir no médico. [...]” (E2). “[...] Uma coisa mais simples, geralmente, tem um chá caseiro, um remédio que você tem dentro de casa, uma coisa dentro de casa, sempre tem uma dipirona, um paracetamol. Quando você tá com febre você toma uma dipirona, então é, outra hora um chá, quando a garganta tá irritada, inflamada, você faz um gargarejo.[...]” (E5).

Enquanto isso, outros se recusam a se automedicar, preferindo buscar imediatamente uma ajuda. “[...] Oh, eu preocupo demais com qualquer coisinha que eu tenho, eu procuro logo um médico ou que seja um plantão fora de hora ou, depois, procuro um médico certo, mas eu não deixo passar não! [...]” (E6).

Segundo a pesquisa realizada por outros autores⁽¹⁴⁾, os homens narram que em relação às práticas cotidianas de cuidados em saúde, inicialmente, há procura por saberes tradicionais e por serviços farmacêuticos. A procura pelo saber médico, normalmente, ocorre quando a situação é avaliada como mais grave e ligada a algum sintoma. Além disso, acerca dos cuidados-assistência com a saúde, estes são expressos como uma função das mulheres, o homem aparece em um papel secundário, uma vez que a esposa e/ou mãe costuma apoiá-los quando há necessidade de ir aos serviços de saúde.

As situações explícitas nas quais os homens procuram um serviço de saúde foram evidenciadas em decorrência de uma doença, como acidentes laborais, realização de exame preventivo e obtenção de encaminhamento para especialidades médicas. Isso pode ser entendido como uma prática difundida entre os homens, conforme demonstram estudos⁽¹³⁾, em que o público masculino tende a procurar pelos Serviços de Saúde em circunstância de doença e com essas mesmas finalidades.

Entre os serviços de saúde mais procurados pelos entrevistados, os mais citados são a Unidade de Atenção Básica à Saúde, conhecido como Posto de Saúde, mas também os serviços particulares, geralmente quando são conveniados. Percebe-se que alguns homens declaram preferir o atendimento médico via convênio de saúde devido ao menor tempo gasto para se agendar uma consulta. Segundo eles, o tempo de espera despendido para um atendimento no serviço público, principalmente em situações emergenciais, é tido como um fator relevante nessa preferência. Além disso, acreditam que o serviço público é para os que não podem pagar e preferem não ocupar uma vaga no Sistema Único de Saúde. “[...] Tem... de... se eu fosse, às vezes, procurar um Posto de Saúde, demoraria muito e eu ia até desistir. Entendeu? É... então, eu tive que ter despesa com particular, pra poder fazer tudo de uma

vez [...]” (E7). “[...] Então, porque, como a gente tem o privilégio de ter um plano de saúde da Unimed, então é, a gente não vai procurar a Unidade Básica não. Exatamente para não tomar o lugar de outras... de outra pessoa, não é que tenho nada contra é, nem vou dizer, porque a gente tem um plano, é porque se eu vou, estou ocupando o lugar que seria de outra pessoa que poderia ser atendida.” (E13). É possível perceber que há, para eles, uma distinção entre o serviço prestado pelo SUS e o privado quanto ao tempo de espera para agendar uma consulta. A questão que se coloca não é da saúde como um bem público, em que todos deveriam ter acesso, mas como um tipo de acesso diferenciado entre os que podem pagar e os que não podem, conforme E13 afirmou em relação ao *privilégio* que uns têm e outros não. Isso tende a reforçar as desigualdades que tanto são vistas na nossa sociedade e que refletem também no campo da saúde.

Porém, observa-se que um outro entrevistado faz uma análise mais crítica em relação aos serviços de saúde privados, que se refere à demora para agendarem consultas, já que o esperado é pagarem para serem bem atendidos e com uma certa agilidade. “[...] Às vezes, a gente vai num médico particular e não se sente bem atendido, a consulta é rápida, o consultório é cheio, você tem que esperar, às vezes, muito tempo para poder ir nessa consulta né.” [...] de toda forma eu acho estranho né, eu, eu não acho assim incomum a gente ir ao médico, por exemplo, e não se sentir ouvido, bem atendido né. Porque, talvez até por preconceito, mais a ideia que a gente tem, é de que na saúde o atendimento particular é o melhor, embora na prática isso nem sempre se confirme, né? [...]” (E8). “[...] se você tiver de ir ao médico toda vez que você tiver dor de cabeça, uma dor do corpo, alguma coisa assim. Primeiro, a consulta é cara, eu acho cara a consulta pra pagar aqui em Diamantina. Você paga R\$150, R\$180 reais por uma consulta não é, e depois

tem essa questão mesmo até da dificuldade de marcar essa consulta.[...]” (E8).

Isso demonstra que a representação de que os serviços privados tendem a ser melhores que os serviços públicos, principalmente no quesito tempo de espera, não é comum a todos os homens, fazendo-os buscar pelos Serviços de Atenção Básica à Saúde, visando a ações como imunização ou exames de rotina. Essa procura condiz com a necessidade que alguns dos entrevistados têm em prevenir para não adoecer. “[...] pela necessidade de... eu fui recentemente só para controle, fazer exame, mas por doença tem muitos anos que eu não vou no Posto de Saúde, (abaixando a voz) muito anos.[...]” (E15). “[...] acho que uma vez ou quem sabe duas, procurei, para as vacinações, é [...]” (E13).

A busca por serviços de saúde se reforça com os relatos seguintes, em que o aspecto preventivo é o fator primordial para a procura: “[...] sempre nas minhas férias eu aproveito pra ir ao médico, ir ao oftalmologista, então, faço exames, faço *check-up* pra ver se tá tudo ok. E assim, normalmente, tá tudo. Eu tenho conseguido levar tudo bem, não tenho problema nenhum, essas coisas de colesterol, de triglicérides, de pressão, não tenho nada disso [...]” (E8). “[...] Eu faço controle direto. [...] Eu vou toda vez que eu acho que eu estou precisando, eu vou, vou e faço as minhas consultas [...]” (E19). “[...] Eu faço anualmente, faço anualmente [exames]. É importante, porque você mantém-se atualizado, mantém-se atualizado com os números que foi, que são fornecidos pelo, pelo último exame né, para os atuais [...]” (E10).

De acordo com alguns autores⁽¹⁶⁾, os homens buscam ajuda para a cura de um mal que os aflige por dois motivos: quando a dor se torna insuportável e quando há impossibilidade de trabalhar. A partir dos relatos acima, é possível perceber que a

representação social sobre saúde e doença se relaciona à prevenção de agravos e ao autocuidado. Porém, a busca por cuidado só se fará constante se os serviços apresentarem resolutividade para as demandas levadas por eles.

Assim, ao serem questionados se o atendimento supre suas necessidades, para uns o serviço é satisfatório, enquanto para outros deixa a desejar, devido a falta de profissionais, recursos materiais e a falta de qualidade no acolhimento. “[...] falta de médico, falta de enfermeiros capacitados, pelo menos aqui no nosso bairro, aqui é bem fraco [...]” (E2). “[...] Porque é... já... tem aquele... cuidado no atendimento, e... e falo, e olha às vezes num... num precisa nem do médico. Só a conversa. Porque, às vezes, chega lá... não tem ninguém pra atender, tem vez eu... o médico não tá lá... quando marca também, custa vim, dia de semana não pode atender” (E18).

Outros homens, por sua vez, afirmam que nunca frequentaram as Unidades Básicas de Saúde e, por isso, não conseguem verbalizar sobre a resolutividade dos serviços prestados pelas UBS. Outros homens procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres devido à associação do cuidar ao âmbito feminino⁽¹⁶⁾. “[...] Oh eu, olha eu, eu pessoalmente ainda não fui, mas eu tenho como experiência minha esposa que vai direto, e resolve né? Vai tudo dela é vai no posto.[...]” (E17).

É importante considerar que o fator cultural, ligado à masculinidade, pode justificar a dificuldade de alguns homens buscarem por serviços de saúde, sendo isso apontado por outros homens como ignorância dos próprios homens ou medo. “[...] Mas, assim particularmente, é eu acho os homens muito negligentes nessa coisa, talvez por ignorância e talvez por... da questão da, do câncer de próstata, por exemplo, é, mais a questão mesmo de machismo de que é uma ignorância maior [...]” (E8). “[...] E... até me

dá esse resultado, a gente tem medo, como homem, a gente não liga pra essas coisas, perigoso parar pela metade. Então, eu achei mais fácil arrumar um dinheiro por fora e fazer, ficar livre de uma vez, cê entendeu? A gente num... porque se deixar, a gente não faz [...]” (E7).

Mesmo isso sendo visto como ignorância por parte de alguns homens, não se pode negar que os aspectos socioculturais são fatores importantes e intrínsecos à vida desses homens que se identificam com algumas formas de masculinidade que, de certa forma, refletem em suas representações sociais sobre saúde e doença. Estas, então, tendem a influenciar na maneira como irão se cuidar e quando acharão necessário buscar por um serviço de saúde, já que as representações sociais refletem na forma de agir de determinados grupos sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados encontrados neste estudo, percebe-se que os homens entrevistados representam a saúde a partir de um conceito elaborado e difundido por profissionais de saúde e pela mídia, algo inerente à formação de representações sociais, já que a mídia é um meio importante para a formação do senso comum. Porém, quando indagados sobre a definição de doença, esta se reflete como algo que tende a romper ou prejudicar a realização de atividades da vida diária, principalmente o trabalho, e que perpassa a experiência do adoecimento. Nesse ponto, é possível compreender como as questões de gênero permeiam o universo masculino e como essas precisam ser consideradas, caso se queira uma aproximação dos homens, visando promover o cuidado deles.

Não basta, pois, conhecer as representações sociais dos homens sobre doenças se não for considerado que, dependendo da faixa etária, o imaginário de

doença pode ser visto como algo distante, já que as doenças e agravos tendem a se manifestar em idades mais avançadas, conforme foi possível perceber nos relatos dos homens entrevistados.

Percebeu-se que o motivo da procura pelos serviços de saúde pelos homens encontra-se ancorado na busca por um atendimento médico visando a um tratamento, principalmente, quando eles sozinhos não conseguem se tratar. Deve-se também atentar para o fato de que o medo e o machismo são fatores relacionados à não procura por serviços de saúde, uma vez que o modelo hegemônico de masculinidade, ainda hoje dominante, contribui para tal atitude e tende a dificultar o autocuidado.

Porém, pôde-se perceber a partir dos seus discursos que os homens estão dispostos a se cuidarem e a buscarem pelos serviços de saúde, sendo necessária a realização de ações preventivas e de cuidado voltados para esse público, ressaltando a necessidade do estabelecimento do vínculo.

Apesar de terem sido abordados apenas homens católicos, o aspecto religião, mesmo que presente nos discursos dos homens, não foi, aqui, enfatizado com tanta relevância, sendo essa uma limitação deste estudo. A experiência de encontrá-los reunidos em igrejas para rezar o “Terço dos Homens” pode ser um primeiro passo para uma aproximação dos homens com diferentes crenças, podendo ser estendido para outros contextos. Isso pode ser um caminho possível para trazê-los ao campo da saúde e aproximá-los da prevenção de doenças e da educação em saúde, tarefas que podem ser realizadas por profissionais da Atenção Básica à Saúde.

Foi percebida também a necessidade de realização de pesquisas que abordem o tema saúde de homens e sua relação com a fé ou outras crenças, uma vez que a fé dita muitos comportamentos e atitudes, sendo estas, em determinados momentos, um aporte positivo à vida.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir com o desenvolvimento de ações destinadas ao público masculino e que as necessidades dos homens possam ser ditas por eles próprios e não somente pelos números que apontam seu quadro de morbimortalidade, visando assim ao cuidado com a saúde desse público.

É conveniente destacar a limitação própria da metodologia qualitativa de não permitir a extrapolação dos resultados para outras populações, além da estudada. Em contrapartida, pesquisar grupos pré-formados, compostos por indivíduos de mesmo sexo e determinar a faixa etária para pesquisa permitiu apreender diversos olhares e produzir um conhecimento objetivo sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- 1- Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens na pauta da saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Colet.* 2005 jan-mar; 10(1):7-17.
- 2- Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc. Saúde Colet.* 2005 jan-mar; 10(1):105-09.
- 3- Nascimento EF, Gomes R, Rebello LEFS. Violência é coisa de homem? A “naturalização” da violência nas falas de jovens. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009 jul-ago; 14(4):1151-57.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
- 5- Connell RW. Políticas da masculinidade. *Educ. Real.* 1995 jul-dez; 20(2):185-206.
- 6- Johnson AG. Dicionário de sociologia: guia prático da linguagem sociológica. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar; 1997.
- 7- Giffin K. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. *Ciênc. Saúde Colet.* 2005 jan-mar; 10(1):47-57.
- 8- Hemmi APA, Almeida SP. Homem, Saúde e Cuidado: Uma Trajetória em Construção. In: Souza MCMR, Horta NC, organizadoras. *Enfermagem em Saúde Coletiva: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 267-280.
- 9- Moscovici S. *Representações Sociais: investigações em Psicologia Social.* 4ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.
- 10- Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- 11- Oliveira DC. A Teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: Almeida AMO, Santos MFS, Trindade ZA. *Teoria das Representações Sociais: 50 anos.* Brasília: Technopolitik; 2011. p. 585-623.
- 12- Trindade ZA, Nascimento ARA, Gianordoli-Nascimento IF. Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença. *Psico-USF.* 2011 mai-ago; 16(2):203-13.
- 13- Mendonça VS, Menandro MCS, Trindade ZA. Entre o fazer e o falar dos homens: representações e práticas sociais de saúde. *Rev. Estudios Sociales [periódico na internet].* 2011 jan; [acesso em 2014 fev 10]; 38 [aprox.10 telas]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81522307012>
- 14- Machado MF, Ribeiro MAT. Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2012 abr-jun; 41(16):343-55.
- 15- Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosidade e Saúde. In: Salgado MI, Freire G, organizadores. *Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina.* Belo Horizonte: Inede; 2008. p. 427-443.
- 16- Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? *Cad. Saúde Pública.* 2007 mar; 23(3):565-574.

17- Lefevre F, Lefevre AMC. Saúde como Negação da Negação: uma Perspectiva Dialética. *Physis*. 2007 abr; 17(1):15-28.

Recebido em: 11/07/2014

Versão final reapresentada em: 22/04/2015

Aprovado em: 22/04/2015

Endereço de correspondência

Ana Paula Azevedo Hemmi
Departamento de Enfermagem. Rodovia MGT 367 -
Km 583 - nº 5000. Diamantina/Alto da Jacuba.
Minas Gerais. CEP 39100-000. Brasil.
E-mail: anahemmi@gmail.com