

## **HOMENS E ADOECIMENTOS CRÔNICOS: (RE)PENSANDO AS PRÁTICAS EM SAÚDE**

### ***MEN AND CHRONIC DISEASE: RETHINKING HEALTH PRACTICES***

(Tatiele Santos dos Reis, Adriana Rego Lima Costa)

**Resumo:** A população masculina é considerada a mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, morrem mais precocemente em comparação com as mulheres, e acessam os serviços de saúde tardiamente, a construção social da masculinidade exerce forte influência na busca por assistência à saúde. Para analisar tal contexto utilizamos o conceito de “vulnerabilidade em saúde”, dessa forma é possível identificar desde suscetibilidades orgânicas à forma de estruturação de programas de saúde, englobando aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos, mostrando-se como potente ferramenta para auxiliar a repensar práticas de prevenção e promoção de saúde para essa população específica. A presente pesquisa trata-se de um relato de experiência, ocorrida na Unidade de Clínica Médica de um hospital universitário do Nordeste no período de agosto de 2019 a fevereiro de 2020. A partir de tal experiência foi possível identificar que se faz necessário refletir a saúde da população masculina de forma ampla, visto que, tão fundamental quanto conhecer as causas e determinantes sociais da saúde, é identificar e analisar os sentimentos e reações manifestadas pelos usuários ao se defrontar e vivenciar o adoecimento, assim como apreender quais estratégias de enfrentamento estes desenvolvem para responder às demandas impostas pelo adoecimento.

**Palavras-Chave:** Saúde do homem; Doença Crônica; Vulnerabilidade em saúde.

**Abstract:** The male population is to be the most vulnerable to diseases, die earlier compared to women, and access health services late. This research is an experience report, which took place in the Medical Clinic. From such experience it was possible to identify that it is necessary to reflect health of the male population a broad way, since, as fundamental as knowing the causes and social determinants of health, it is and analyzing the reactions manifested by users when facing and experiencing the illness, as well as apprehending which coping strategies they develop to respond to the demands imposed by illness.

**Keywords:** Men's Health; Chronic disease; Health vulnerability.

## **INTRODUÇÃO**

O processo de transição demográfica e epidemiológica, determinaram mudanças significativas no modo de vida das populações, influenciando diretamente na expectativa de vida e nas formas de se adoecer (DUARTE; BARRETO, 2012). Portanto, as doenças crônicas geralmente estão associadas a múltiplos fatores, caracterizadas por início gradual, de prognóstico comumente indefinido, de longa ou indefinida duração, apresentando curso clínico que se transfigura ao longo do tempo, demarcado por possíveis, período de agudização (BRASIL, 2013).

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008) estudos comparativos, entre mulheres e homens, apontam que estes últimos são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, morrendo mais precocemente, e acessando os serviços de saúde, prioritariamente, a partir da atenção de alta complexidade.

A procura dos serviços de saúde pela população masculina, a partir da atenção básica - preconizada prioritariamente como porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) - nos aponta para algumas barreiras que tal grupo precisa transpor.

Nos estudos de gênero e diversidade evidencia-se que as masculinidades se referem a uma configuração de gênero que legitima o patriarcado, que por um lado garante a posição dominante de homens sobre as mulheres, mas por outro, fornece outros tipos de opressões. De certo, tal modelo é predominantemente caracterizado por ser heterossexual, machista e por manifestar comportamentos agressivos e de risco (SILVA, 2006).

À vista disso, é possível inferir que a construção social da masculinidade, exerce forte influência para a entrada (tardia) nos serviços de saúde, na medida em que o senso comum correlaciona a procura por serviços de atenção à saúde a representação de feminilidade (BURILLE; GERHARDT, 2014).

Conjuntamente, Gomes, Nascimento e Araújo (2007) em seus estudos apontam que a representação do cuidar como tarefa feminina, as questões relacionadas ao trabalho, a dificuldade de acesso aos serviços e a falta de unidades especificamente voltadas para a saúde do homem se configuram como os principais motivos expressos pelos participantes da pesquisa para a pouca procura pelos serviços de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) muitos agravos poderiam ser evitados se houvesse acompanhamento regular e adoção de medidas de prevenção primária por parte do público masculino. Assim, a resistência masculina à atenção primária desemboca, por um lado, em sobrecarga financeira para o Estado, e por outro exerce fortes impactos para a pessoa adoecida em sua saúde física e mental.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) às doenças crônicas constituem problema de saúde pública de grande importância, correspondendo a 72% das causas de óbito no Brasil. Na perspectiva mundial, são responsáveis por 60% de todo ônus decorrente de adoecimentos. Os adoecimentos e sofrimentos de longa duração, então, referidos pela biomedicina de doenças crônicas, incluem um numeroso agrupamento de acometimentos que se expressa

fortemente no quadro de morbimortalidade da população brasileira (CANESQUI; BARSAGLINI; MELO, 2018).

Por conseguinte, empreender o exercício reflexivo no que concerne à relação entre homens e saúde mostra-se como um desafio no cotidiano da atenção à saúde, porém atividade necessária, a fim de se implementar uma atenção humanizada, acessível, que seja capaz de contemplar as singularidades masculinas, tornando a busca por cuidado uma prática rotineira e sem sofrimento (BURILLE; GERHARDT, 2014).

## **METODOLOGIA**

A presente pesquisa trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com o objetivo de promover o exercício reflexivo a respeito da relação homens, doenças crônicas e as práticas de saúde.

Parte-se, então, de uma série de vivências profissionais, no decorrer da Residência Multiprofissional em Saúde, junto a homens hospitalizados na Unidade de Clínica Médica - com diagnóstico de doenças crônicas ou sob investigação diagnóstica - de um Hospital Universitário do Nordeste no período de agosto de 2019 a fevereiro de 2020.

A base ética do presente relato se fundamenta na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, em seu parágrafo único do artigo 1º que dispõe sobre as pesquisas que não precisam ser registradas no sistema: VII - pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito (BRASIL, 2016).

A Unidade de Clínica Médica é caracterizada por atender pacientes com adoecimento e sofrimento de longa duração, nesse contexto os quadros predominantes são: ascite, hepatopatias com etiologia alcoólica, neuropatia e doenças autoimunes. Perfil que favorece internações prolongadas, com objetivo de investigar e concluir diagnóstico e/ou estabilizar quadro clínico.

Sabe-se que o conceito de saúde é inegavelmente indissociável das condições concretas de existências, dessa forma o posicionamento que a saúde ocupa na história de cada sujeito denotam experiências singulares (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013), que podem ou não apresentar pontos em comum.

## **DESENVOLVIMENTO**

Todavia, reconhecendo a idiossincrasia do adoecer, para promover o exercício reflexivo a respeito da prática no campo do Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente no contexto da Unidade de Clínica Médica, será discutida experiências a partir de dois eixos reflexivos. Sendo eles: “Sentidos da saúde e da doença: experiências singulares” e “Estilo de vida e adesão ao tratamento: autocuidado na população masculina”.

### **Sentidos da saúde e da doença: experiências singulares**

O sentido conferido ao adoecimento - compreendendo-o como fracasso ou como forma de obter ganhos secundários, ex. - diz respeito ao modo próprio de ser de cada sujeito, nutrido por sua história de vida, personalidade, diagnóstico, prognóstico e todos esses elementos configuram o adoecer como um evento singular (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Dessa forma compreendemos que o adoecer tem um viés singular (sentido) e outro coletivo (significado). Ambos interdependentes, à medida que o significado, traduz a forma como a coletividade observa o fenômeno, e o sentido refere-se a como o sujeito observa o fenômeno de forma única e particular, configurando-se como processo de construção subjetiva dentro do universo compartilhado de significados.

Diante da experiência na Unidade destacamentos como umas das queixas mais evidentes entre os homens hospitalizados se refere a dificuldade para elaborar e ressignificar as limitações exercidas pelo adoecimento. Limitações essas que figuram no campo do trabalho, sexualidade e estilo de vida, exigindo assim o desenvolvimento de estratégias criativas de enfrentamento.

Dessa forma, para refletir a respeito das vivências do sofrimento exercido aos homens pelo adoecimento de longa duração, é importante compreender que tais papéis de gênero são socialmente construídos a partir de modelos culturais que impõem um padrão normativo, sujeito à vigilância social (JANUÁRIO, 2008). E, partindo dessa perspectiva, o trabalho e a sexualidade exercem nas prescrições sociais geralmente impostas sobre as masculinidades grande valor.

Gomes, Nascimento e Araújo (2006) analisando as explicações presentes em discursos masculinos para pouca procura dos homens por serviços de saúde, identificaram que a representação do cuidar como tarefa feminina; questões relacionadas ao trabalho; dificuldade de acesso aos serviços e a falta de unidades especificamente voltadas para saúde do homem figuram como os principais motivos expressos para a pouca procura pelos serviços de saúde.

Ao refletirmos sobre a nossa própria experiência percebemos que os motivos se assemelham. Conseqüentemente, os pacientes hospitalizados na Unidade apresentam geralmente quadros avançados da doença, desencadeando menor possibilidade de execução de terapêuticas, somada ao agravo geral do estado de saúde.

Ayres (1994), então, propõe o conceito de vulnerabilidade - para se fazer a leitura dessa realidade - termo que designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania.

Nota-se que refletir este contexto a partir do conceito de vulnerabilidade (AYRES *et al.*, 2003) pode nos auxiliar a repensar práticas de prevenção e promoção de saúde para esta população específica. Considerando os três eixos de análise interrelacionados.

O primeiro refere-se ao componente individual abarcando o grau e qualidade das informações disponibilizadas pelos indivíduos; seguido pela capacidade de incorporar ao cotidiano; interesse e possibilidades efetivas de transformar as preocupações em ações práticas protegidas e protetoras (AYRES *et al.*, 2003)

O componente social diz respeito à obtenção de informação e a possibilidade de incorporar as mudanças de práticas – aspectos envolvidos: acesso a meios de comunicação; escolarização; poder decisório; disponibilidade de recursos sociais entre outros. Já o componente programático refere-se à existência de esforços programáticos – compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais (AYRES *et al.*, 2003)

A perspectiva mais ampla da promoção da saúde preocupa-se com a determinação social da saúde e da doença (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013). Assim, compreende-se por Determinantes Sociais de Saúde (DSS), os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

Nessa perspectiva, o *modelo de Dahlgren e Whitehead* analisa os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais (idade, sexo e fatores hereditários) até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes (condições socioeconômicas, culturais e ambientais em geral) (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

De acordo com o modelo no nível intermediário estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado de adoecer (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

A partir desse entendimento, se faz necessário refletir a saúde da população masculina de forma ampla, visto que, tão fundamental quanto conhecer as causas e determinantes sociais da saúde, é identificar e analisar os sentimentos e reações manifestadas pelos sujeitos ao se deparar e vivenciar o adoecimento, assim como apreender quais estratégias de enfrentamento estes desenvolvem para responder às demandas impostas pelo adoecimento.

### **Estilo de vida e adesão ao tratamento: autocuidado na população masculina**

Em 2008 às Doenças Crônicas Não Infecciosas (DCNT) corresponderam a 62% das causas de óbito no mundo, destacando que desse montante, 80% ocorreram em países com baixa e média renda, e um terço acometeram pessoas com idade inferior a 60 anos. Ressalta-se que a maior parte das causas dos óbitos por DCNT são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório; neoplasias; diabetes e às doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2013).

Estima-se que em países desenvolvidos, um total de 50% das pessoas com doenças crônicas aderem ao tratamento acordado com a equipe de saúde (DIAZ *et al.*, 2011). Muito embora, compreenda-se que a adesão de um comportamento de autocuidado que resulte em estilos e práticas de vida mais saudáveis, bem como a adesão ao tratamento medicamentoso, não provém apenas de uma prescrição profissional (BRASIL, 2013).

Sabe-se que os tratamentos crônicos/de longas durações geralmente têm menor adesão (BRASIL, 2008; IBANEZ *et al.*, 2014; DIAZ *et al.*, 2016), muito deve-se aos esquemas terapêuticos altamente meticulosos que exigem disciplina e empenho do paciente que, além de aderir à terapêutica proposta, geralmente precisam modificar estilo de vida.

Diante disso, retornamos a análise do componente individual (AYRES *et al.*, 2003) para que ocorra a adesão, é preciso que as ações não sejam apenas prescritivas e engessadas, mas que façam sentido para os usuários, para além de racionalmente, mas também afetivamente, de modo que as preocupações com o estado clínico sejam deslocadas para ações práticas de autocuidado.

Com efeito, o resultado positivo do tratamento depende fortemente da colaboração entre equipe de saúde e os usuários, trabalhando conjuntamente. Assim, o autocuidado não se refere a desempenhar as atividades prescritas pela equipe de saúde, que diz ao usuário o que ele deve fazer. Sendo assim, significa legitimar a centralidade do usuário em relação a seu processo de saúde-doença-cuidado, construindo um sentido de autorresponsabilidade e a equipe de saúde assumindo o compromisso de parceria.



No que se refere aos serviços de saúde, embora haja as Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, Gomes, Nascimento e Araújo (2006) apontam que os serviços de saúde ocasionalmente são considerados pouco aptos para absorver as demandas apresentadas pelos homens, pois sua organização não estimula o acesso e as campanhas de saúde pública não se voltam para este segmento específico, de maneira geral.

Dessa forma, compreende-se que na organização da atenção e da gestão do SUS ainda se identifica intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo certa incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção (MENDES, 2011).

Merhy e Franco (2003) apontam para três tipos de tecnologias envolvidas no processo de trabalho em saúde, sendo elas a leve; leve-dura e a dura. A primeira refere-se às tecnologias do campo relacional, a exemplo de produção de vínculo, acolhimento, fomento à autonomia e ao protagonismo do(a) usuário(a).

A tecnologia leve-dura refere-se aos conhecimentos científicos bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, a exemplo, dos saberes psicológicos. Enquanto que a terceira remete ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo maquinários e procedimentos operacionais (MERHY; FRANCO, 2003).

Na atenção à saúde do homem foi observado que é necessário articular intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo em que paciente e equipe de saúde cooperam mutuamente a fim de superar as vulnerabilidades existentes em cada atuação.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante da vivência elencada, é possível compreender que a população masculina requer perspectivas de cuidado que reforcem a integralidade da atenção à saúde, de modo a acolher suas especificidades, abarcando a compreensão das diferenciações sociais relacionadas ao gênero para o desenvolvimento de estratégias interventivas eficazes, eliminando barreiras de acesso; promovendo a capacitação em gênero e masculinidades para os trabalhadores e gestores da saúde; fortalecendo programas de prevenção e promoção da saúde, etc.

Para além de mudanças na forma de gerir e executar programas de saúde, também se faz necessário uma nova perspectiva a nível social, educacional e cultural, buscando novos sentidos a

masculinidade, que reflita nos comportamentos de saúde. Por conseguinte, é imperativo o resgate dos homens a posição de sujeitos ativos na produção de sua própria saúde.

## REFERÊNCIAS

AYRES *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In:* CZERESNIA, D.; FREITAS, C. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_saude\\_homem.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf). Acesso em: 10 ago. 2020.

BURILLE, A.; GERHARDT, T. E. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.23, n.2, p.664-676, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000200025>. Acesso em: 12 ago. 2020.

CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R.; MELO, L. P. de. Adoecimentos e sofrimentos de longa duração: contribuições das Ciências Sociais e Humanas em Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, fev. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.14782017>. Acesso em: 01 ago. 2020

CANESQUI, A. M. Legitimidade e não legitimidade das experiências dos sofrimentos e adoecimentos de longa duração. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, fev. 2018.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. de S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

DIAS, A. M. *et al.* Adesão ao regime terapêutico na doença crônica. Revisão da literatura. **Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health**, [s.l.], n.40, p.201-219, 2016. Disponível em: <https://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2020.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.21, n.4, dez. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-4974201200040000>. Acesso em: 02 ago. 2020.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do; ARAÚJO, F. C. de. 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**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.565-574, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>. Acesso em: 03 ago. 2020





VI JORNADA  
**HUPAA**  
Cuidado Humanizado:  
abordagem multiprofissional  
25 a 27 de novembro de 2020

IBANEZ, G. *et al.* Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.67, n.4, p.556-562, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670409>. Acesso em: 20 jun. 2020.

SILVA, S. G. da. Masculinidade na história: a construção cultural da diferença entre os sexos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v.20, n.3, p.8-15, 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932000000300003>. Acesso em: 05 ago. 2020.