

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

**ROSANA CLAUDIA DE ASSUNÇÃO**

**EXPERIÊNCIA INTERACIONAL HOMEM-PROCESSO  
SAÚDE DOENÇA: A SAÚDE INABALÁVEL E A  
MATERIALIDADE DA DOENÇA**

**BOTUCATU - SP  
2013**

**ROSANA CLAUDIA DE ASSUNÇÃO**

**EXPERIÊNCIA INTERACIONAL HOMEM-PROCESSO  
SAÚDE DOENÇA: A SAÚDE INABALÁVEL E A  
MATERIALIDADE DA DOENÇA**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de  
Mesquita Filho, Campus de Botucatu, como  
requisito para obtenção do título de Doutor em  
Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Pública.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Cristina Mangini  
Bocchi.

**BOTUCATU - SP  
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Assunção, Rosana Claudia de.

Experiência interacional homem-processo saúde-doença : a saúde inabalável e a materialidade da doença / Rosana Claudia de Assunção.  
- Botucatu, 2013

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Silvia Cristina Mangini Bocchi.

Capes: 40602001

1. Homens - Doenças. 2. Saúde. 3. Indicadores de saúde. 4. Serviços de medicina de emergência.

Palavras-chave: Doença; Homens; Processo saúde-doença; Saúde; Saúde do homem.

## **COMISSÃO EXAMINADORA**

**PROFA. DRA. SILVIA CRISTINA MANGINI BOCCHI**

**FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP**

**PROFA. DRA. MAGDA CRISTINA QUEIROZ DELL' ACQUA**

**FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP**

**PROFA. DRA. JANETE PESSUTO SIMONETTI**

**FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP**

**PROFA. DRA. SUELI MOREIRA PIROLO**

**FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - FAMEMA**

**PROF. DR. ANTÔNIO CARLOS SIQUEIRA JÚNIOR**

**FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - FAMEMA**

A saúde é o resultado não só de nossos atos  
como também de nossos pensamentos.

Mahatma Gandhi

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

*Envolvida por um imenso sentimento de gratidão e também de reconhecimento, agradeço à professora e pós-doutora Silvia Cristina Mangini Bocchi seu carinho, paciência, apoio, generosidade e amizade durante todo o processo de realização deste trabalho, a competência de sua orientação e o ser humano admirável que é. Assim, só posso buscar auxílio nas palavras de Lao-Tsé, que disse: “A alma não tem segredos que o comportamento não revele”. Então, podemos concluir que sua alma é muito iluminada. Só posso dizer-lhe “muito obrigada Mestre”.*

*De forma muito especial, agradeço também ao meu esposo, Ronaldo Doi. Palavras não conseguiriam expressar tanta gratidão, mas mesmo assim, vou tentar escrever: “Obrigada por ser meu companheiro, amigo de todos os momentos, pessoa tão especial que fez minha vida ter mais brilho e mais sentido”. Para concluir, só posso dizer: “Sou grata a Deus por mais este presente”.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Com o objetivo alcançado, manifesto agradecimento a todos que fizeram parte desta trajetória, direta ou indiretamente, entendendo que todos contribuíram de alguma maneira.*

*Agradeço primeiramente a Deus por ter me presenteado com a vida, por ser meu amparo e por me carregar nos braços em momentos delicados, entendendo que sou humana. Obrigada por mais esta conquista.*

*Aos familiares, obrigada pela compreensão, pelos dias e horas em que não pudemos estar juntos. Sei que entenderam que era necessário.*

*Aos meus pais, Joaquina Caetano Assunção e Armando Assunção (in memoriam). Acredito que nosso encontro e trajetória na terra foram indispensáveis para nossa evolução espiritual e moral. Agradeço por serem quem são e por me aceitarem como sou. Obrigada por tudo.*

*Aos meus irmãos, Camila Cristina Assunção, Maria Shirley Assunção e Ronei Adriano Assunção. Apesar de não estarmos juntos todos os dias, não se esqueçam jamais de que somos irmãos. E isso basta.*

*Aos meus sobrinhos e cunhadas. A vida sem vocês não seria completa.*

*À minha amiga Regina Stella Spagnuolo, agradeço imensamente a capacidade de dividir suas conquistas, incentivando-nos para que busquemos as nossas. Muito obrigada.*

*À Magali Cardoso de Godo. Amiga, obrigada! Você sabe que tudo se tornou realidade por mais uma vez ter apostado em mim. Que Deus possa compensá-la por tudo.*

*À minha amiga Adriana Valongo Zani. Obrigada por mais uma vez fazer parte de uma enorme conquista. Agradeço sua amizade.*

*Ao meu amigo e companheiro César. Que trajetória a nossa! Quantos desafios! Mas também quantas conquistas! Obrigada pelo carinho e paciência. Que Deus continue protegendo-o hoje e sempre.*

*À minha amiga Fernanda. Somente pessoas como você tornam a vida mais bela! Palavras não expressariam a minha gratidão. Só posso dizer-lhe: “muito obrigada”.*

*À Direção e aos funcionários do Instituto Federal do Paraná. Obrigada.*

*Aos primeiros amigos que me acolheram no Instituto Federal do Paraná (IFPR): professora Edilomar, Geraldo e Silvana. Agradeço a amizade, incentivo, compreensão e carinho.*

*Gostaria de manifestar minha gratidão ao colegiado do curso técnico de enfermagem do IFPR-Londrina. Agradeço o carinho recebido de Rosângela Cabral, Juliane Pagliari, Simone Roecker, Denise Albieri Salvajoni, Gabrielle Jacklin Eler, Cesar Aparecido Júnior de Carvalho e Lucimar Tokano. Amigos, só posso dizer: “muito obrigada”.*

*A todos os alunos do curso técnico de enfermagem do IFPR-Londrina, só posso dizer que conviver com vocês tem sido um grande aprendizado, aceitem meus sinceros agradecimentos.*

*A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UNESP - Botucatu e também a todos os funcionários da secretaria e tantos outros serviços. Só posso dizer, por onde eu for, o quanto são acolhedores e eficientes*

*Aos amigos Aparecida, Rosemeire, Juvenice, Fernando, Israel, Michael e Gisele. Agradeço a amizade e o companheirismo.*

*Agradeço à Lucia e ao Luís o incentivo e carinho oferecidos durante a realização*

*deste trabalho. Muito obrigada, amigos!*

*Às professoras que fizeram parte da banca de qualificação. Obrigada pelas contribuições.*

## RESUMO

ASSUNÇÃO, R. C. **Experiência interacional homem-processo saúde doença: a saúde inabalável e a materialidade da doença.** 2013. 152 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu.

Trata-se de pesquisa na abordagem qualitativa realizada na cidade de Londrina, Paraná, Brasil, e teve como objetivos compreender a experiência interacional homem-processo saúde-doença de usuários de serviços de urgência e emergência atendidos com crise hipertensiva e propor um modelo teórico representativo dessa experiência. A saturação teórica se configurou mediante a análise da vigésima primeira entrevista do tipo não diretiva, tendo como pergunta de partida: “Conte-me sobre a sua experiência em relação aos cuidados com a sua saúde.”. As entrevistas foram audiogravadas, transcritas na íntegra e analisadas segundo os passos da Teoria Fundamentada nos Dados, de junho de 2011 a junho de 2012. Da análise das experiências emergiram três subprocessos: concebendo o cuidado à saúde inerente ao feminino: uma fantasia do masculino; aprisionando-se ao papel de homem com superpoderes sobre sua saúde; vivenciando a materialidade da doença nas comorbidades. Do realinhamento dos componentes desses subprocessos originou a categoria central e modelo teórico, denominado “movendo-se entre o fortalecimento e a fragilização do poder como homem de saúde inabalável: o medo do diagnóstico médico imaginado como componente interveniente para a materialidade da doença.”. Analisando-o à luz do interacionismo Simbólico, verificou-se a necessidade de o indivíduo reconfigurar o seu *self*, dando a si mesmo a oportunidade de romper com a concepção de homem com superpoderes sobre a sua saúde para poder (re)alinhar-se a comportamentos saudáveis e abandonar o autocontrole de sua saúde sem auxílio de serviços de saúde. A pesquisa corrobora resultados de estudos anteriores, porém o modelo teórico descoberto configura-se em grande contribuição se considerado protótipo tecnológico para profissionais da saúde ajudarem homens a refletirem e se auto-avaliarem, ao interagirem com ele durante ações educativas.

**Palavras-chave:** Homens. Saúde. Doença. Saúde do homem. Processo saúde-doença.

## ABSTRACT

ASSUNÇÃO, R. C. **Interactional experience man-health-disease process: unfailing health and the materiality of disease.** 2013. 152 f. Dissertation (Doctoral Program in Collective Health) – Botucatu School of Medicine, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu.

This is a qualitative study conducted in the city of Londrina, Paraná, Brazil, and it aimed at understanding the interactional experience man-health-disease process of users of urgency and emergency services attended to when facing a hypertensive crisis and at proposing a theoretical model of such experience. Theoretical saturation was configured by analyzing the twenty one non-directive interview with the starting request: "Tell me about your experience in relation to your health care". The interviews were audiotaped, fully transcribed and analyzed according to the steps of the Grounded Theory from June 2011 to June 2012. Three sub-processes emerged from the analysis of the experiences: conceiving health care as inherent to females: a male's fantasy; being trapped to the role of a man with superpowers over his health; experiencing the materiality of disease comorbidities. The realignment of these sub-components gave origin to the theoretical model and the core category denominated "moving between the strengthening and weakening of power as a man of unfailing health: the fear of medical diagnosis imagined as intervenient component for materiality of disease". When examined in light of Symbolic Interactionism, there was the need for the individual to reconfigure his *self*, giving himself the opportunity to break with the conception of a man with superpowers over his health in order to (re)align with healthy behaviors and abandon the self-control of his disease without help from health care services. The study confirms results from previous investigations, but the theoretical model discovered is configured as great contribution if considered as a technological prototype for health professionals to help men reflect and evaluate themselves when interacting with them during educational activities.

**Key words:** Men. Health. Disease. Human health. Health-disease process.

## RESUMEN

ASSUNÇÃO, R. C. **Experiencia de interacción hombre-proceso salud enfermedad: La salud indeleble y la materialidad de la enfermedad.** 2013. 152 f. Tesis (Doctoramiento en Salud Pública) – Facultad de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu.

Esta investigación se lleva a cabo una aproximación cualitativa en la ciudad de Londrina, Paraná, Brasil, y tiene como objetivo comprender la experiencia de interacción con los usuarios del proceso humano de la salud-enfermedad y los servicios de emergencia atendidos con crisis hipertensiva y proponer un modelo teórico de esta experiencia. La saturación teórica se ha configurado mediante el análisis de la 21ª encuesta de clase no directiva, con la pregunta inicial: "- Hábleme de su experiencia en relación con el cuidado de su salud" Las encuestas fueron grabadas en audio y transcritas en su completud, analizadas según las etapas de la Teoría Fundamentada en los datos, desde junio de 2011 hacia junio de 2012. Del análisis de las experiencias surgieron tres subprocesos: concebido el cuidado hacia la salud inherente al femenino: una fantasía de lo masculino; encarcelandose al rol de varón con superpoderes acerca de su salud; probando la materialidad de la enfermedad en las comorbilidades. Del reajuste de los contenidos de estos subprocesos se originó el modelo teórico y la categoría central llamada "moviéndose entre el fortalecimiento y debilitamiento del poder como un varón de salud inquebrantable: el miedo al diagnóstico médico imaginado como contenido que interviene a la materialidad de la enfermedad". Examinado a la luz del interaccionismo simbólico se ha notado la necesidad de uno configurar lo *self*, ofreciendo a uno mismo la oportunidad de romper con la concepción del varón con superpoderes con respeto a su salud y con el fin de (re) alinearse con los comportamientos saludables y dejar el autocontrol de su enfermedad sin la ayuda de los servicios de salud. La investigación confirma los resultados de estudios anteriores, sin embargo, el modelo teórico encontrado se configura como gran aporte si se lleva en cuenta el prototipo tecnológico para que los profesionales de la salud ayuden los varones a reflexionaren y a autoevaluare al interactuaren con ellos mientras ocurran las acciones educativas.

**Palabras clave:** Hombres. Salud. Enfermedad. Salud del varón. Proceso salud-enfermedad.



## LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 - Subprocesso B - Aprisionando-se ao papel de homem superpoderoso sobre sua saúde: subcategorias.....	100
Diagrama 2 - Subcategoria B1 - Autocontrolando e relativizando sinais e sintomas por medo do diagnóstico médico imaginado: elementos .....	101
Diagrama 3 - Subcategoria B2 – Procurando serviços de urgência e emergência ao perder o controle sobre sinais e sintomas: elementos.....	105
Diagrama 4 - Subcategoria B3 – Tentando mudar de estilo de vida ao refletir sobre sua saúde no agravamento de sinais e sintomas: elementos ....	112
Diagrama 5 - Categoria Central – Movendo-se entre o fortalecimento e a fragilização do poder como homem de saúde inabalável: o medo do diagnóstico médico imaginado como componente interveniente para a materialidade da doença .....	121

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).....	31
Quadro 2 – Programas / Políticas implantados no SUS.....	64
Quadro 3- Exemplo de codificação aberta dos dados.....	80
Quadro 4 - Exemplo de Categorização Axial.....	81
Quadro 5 – Características sociodemográficas dos homens com crise hipertensiva participantes da pesquisa que foram atendidos no PS do HU de Londrina no ano de 2010. ....	88
Quadro 6 – Dados de saúde dos homens com crise hipertensiva participantes da pesquisa que foram atendidos no PS do HU de Londrina (Pr) no ano de 2010. ....	90
Quadro 7 - Categorias, subcategorias e elementos que compõem o processo vivencial do homem atendido em serviço de urgência e emergência com crise hipertensiva e seu processo saúde-doença. Londrina, 2012 .....	95
Quadro 8 - Categoria A. Concebendo o cuidado à saúde inerente ao feminino: códigos.....	98
Quadro 9 - Elemento B1.1. Negando sinais e sintomas: códigos.....	102
Quadro 10 - Elemento B1.2. Tentando autocontrolar sinais e sintomas no domicílio, tendo como parâmetro o bem-estar para a alimentação e o sono: códigos .....	103
Quadro 11 - Elemento B1.3. Não procurando atendimento à saúde com medo da confirmação de suposto diagnóstico: códigos .....	104
Quadro 12 - Elemento B2.1. Sendo vencido pelos sinais e sintomas .....	106
Quadro 13 - Elemento B2.2. Procurando atendimento em serviços de urgência e emergência em hospital: códigos .....	107
Quadro 14 - Elemento B2.3. Sentindo-se seguro com a assistência hospitalar .....	108
Quadro 15 - Elemento B2.4. Reconhecendo resolubilidade de unidades da atenção básica, após contrareferenciado à Unidade de Atenção Básica pelo serviço de urgência e emergência .....	112
Quadro 16 - Elemento B3.1 Refletindo sobre sua saúde .....	113
Quadro 17 - Elemento B3.2 Tentando mudar de estilo de vida no	

exacerbamento dos sinais e sintomas .....	114
Quadro 18 - Subcategoria B4. Retomando o papel de autocontrole de sua saúde mediante melhora da sintomatologia .....	115
Quadro 19 - Categoria C. Vivenciando a materialidade da doença nas comorbidades.: códigos .....	117

## SUMÁRIO

<b>DESPERTANDO PARA O TEMA.....</b>	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO I - DELINEANDO O OBJETO DE ESTUDO.....</b>	<b>20</b>
1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS .....	26
1.2 A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA .....	30
1.3 GÊNERO E SAÚDE .....	42
1.4 PROGRAMAS DO SUS VOLTADOS À SAÚDE DO HOMEM.....	61
<b>CAPÍTULO II - PROPONDO OS OBJETIVOS DO ESTUDO.....</b>	<b>71</b>
<b>CAPÍTULO III - DESCREVENDO O MÉTODO.....</b>	<b>73</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	74
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA E ATORES DO ESTUDO .....	75
3.2.1 Breve histórico da cidade de Londrina .....	75
3.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	77
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS .....	77
3.5 REFERENCIAL TEÓRICO .....	81
<b>CAPÍTULO IV - APRESENTANDO OS RESULTADOS.....</b>	<b>85</b>
<b>CAPÍTULO V – DISCUTINDO.....</b>	<b>123</b>
<b>CAPÍTULO VI - TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>131</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>133</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>147</b>
APÊNDICE A - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	148
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	149

<b>ANEXOS</b> .....	<b>150</b>
ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE BIOÉTICA E ÉTICA .....	151
ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE BIOÉTICA E ÉTICA QUANTO A ALTERAÇÃO DO TÍTULO .....	152

**DESPERTANDO PARA O  
TEMA**

Os fatos que contextualizam a vida dificilmente acontecem precedidos ou mediados de explicações. Estas vão se desvelando à medida que refletimos sobre nossas próprias experiências, permitindo, assim, que percebamos o sentido dos eventos que nos direcionaram e oferecendo o sentido da vida.

Lembro-me que, ainda muito jovem, já sentia-me incomodada por temas relacionados com a vida, a morte e o sofrimento humano e, por algum motivo, estes chamavam-me a atenção.

Contudo, foi no segundo grau, atual ensino médio, que despertei o interesse para a área da saúde, influenciada pelas brilhantes aulas ministradas pela professora de Biologia Zenaide, com o livro que trazia consigo, intitulado: Programas e Saúde. Este apresentava em sua capa figuras coloridas, com imagens de pessoas, um mapa do Brasil, várias frutas e outros contextos sociais. Foi essa sinalização que me influenciou a optar por uma profissão na área da saúde, contexto este que certamente me permitiria estabelecer interações com seres humanos.

Em 1994, passei no vestibular para cursar Enfermagem no Centro de Estudos Superiores de Londrina. Foram anos difíceis, porém inesquecíveis. Toda teoria e prática só reforçavam que minha escolha tinha sido certa e, em 1997, conclui a graduação. Como já trabalhava na instituição como auxiliar de enfermagem, fui promovida à função de enfermeira, fato este que me realizou.

Minha experiência na prática da enfermagem junto a homens com crise hipertensiva vem acontecendo há algum tempo, inicialmente como enfermeira assistencial em um hospital geral de grande porte, no município de Londrina, de 1997 a 2001. Nesse período, atuei nas diversas clínicas, como a médico-cirúrgica, a infecto-contagiosa e a unidade de pronto socorro, que incluíam pacientes da sala de emergência, ambulatoriais e internados.

De 2001 a 2010, assumi a docência no curso de Enfermagem de uma universidade particular. Nesse período, ministrei aulas teóricas e também supervisionei estágios das alunas nas unidades de internação de clínica médico-cirúrgica, unidades estas que prestavam assistência a pacientes em especialidades afins.

Ainda nessa instituição, tive a oportunidade, e por que não dizer, o desafio de prestar a prova para o mestrado interinstitucional, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Universidade Estadual de Londrina (UEL) e Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). O mestrado em Enfermagem se deu na Área de Concentração: Enfermagem Fundamental, que ocorreu no período de 28/01/2003 a 02/05/2005 e resultou na dissertação de mestrado intitulada: “Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem na parada cardiorrespiratória em hospital-escola do Paraná”.

Atualmente, sou professora do ensino técnico e tecnológico do Instituto Federal do Paraná – Campus Londrina, instituição esta que oferece curso de Técnico em Enfermagem no qual eu faço parte do corpo docente, ministrando conteúdos teóricos nas disciplinas de Fundamentos de Tecnologias na Enfermagem, Práticas de Fundamentos de Tecnologias na Enfermagem, Assistência a Clientes em Tratamento Clínico, assim como em campos de práticas em unidades de internação hospitalar, onde tenho me deparado com pacientes hipertensos de diferentes faixas etárias ou com complicações ocasionadas pela hipertensão.

Durante minha experiência profissional, em conversas informais com colegas de trabalho ou até mesmo familiares, observei, por várias vezes, que o homem procurava os serviços de saúde em situação de emergência, esquecendo a atenção preventiva. Outro ponto que sempre me chamava atenção era a resistência em procurar o serviço de saúde, mesmo que doente, e quando procurava nem sempre seguia as orientações realizadas pela equipe de saúde, como, por exemplo, tomar os medicamentos pelo tempo estipulado e no horário correto, abster-se de ingerir bebidas alcoólicas, não fazer uso de tabaco e tantas outras orientações. Esse comportamento ou essa forma de lidar com a doença me traziam algumas inquietações que me faziam refletir, porém, naquela época, era apenas uma olhar superficial.

No cenário atual da saúde, observam-se diversos programas e, dentre eles, destaco programas voltados para crianças, mulheres e idosos, porém as questões que envolvem a saúde do homem ainda necessitam de estudos e discussões amplas. Inclusive, é preciso desenvolver estratégias que possam atrair o próprio homem para tais discussões, buscando compreendê-lo nesse processo

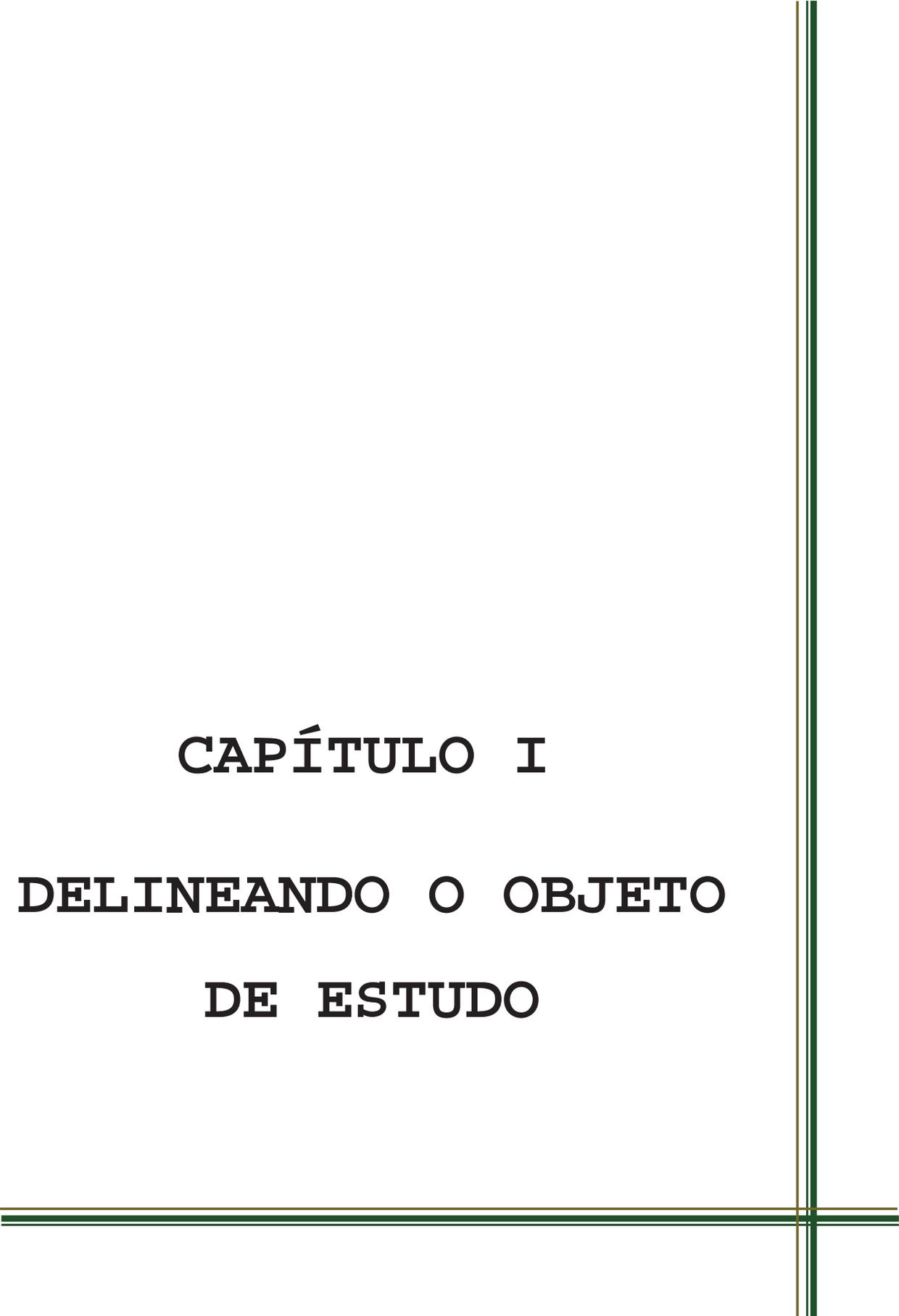
saúde-doença.

As minhas inquietações permaneceram latentes. Somente em 2010, quando me inseri como aluna regular de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu, percebi que tinha em minhas mãos a grande oportunidade de resolvê-las por meio desta tese de doutorado.

Primeiramente, mergulhei na revisão integrativa acerca de pesquisas de gênero para me apropriar da produção do conhecimento e assim dar sustentação à necessidade de se responder ao problema da pesquisa e justificar a sua realização.

Certa da necessidade de conduzi-la e de executá-la, convido o leitor a compartilhar da experiência interacional homem-processo saúde-doença de usuários de serviços de urgência e emergência, com crise hipertensiva, assim como do modelo teórico representativo dessa experiência.

**CAPÍTULO I**  
**DELINEANDO O OBJETO**  
**DE ESTUDO**



A saúde do homem é um tema que tem se repercutido nacionalmente e internacionalmente. As autoridades vêm se utilizando da mídia como estratégia de educação em saúde, visando a alertar a população para um problema de saúde pública.

Dos indicadores tradicionais de saúde, chama-nos atenção aqueles relacionados à mortalidade masculina maior em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas. Eles ressaltam que as esperanças de vida ao nascer e em outras idades são sempre menores entre os homens (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

No Brasil, essas diferenças eram de aproximadamente cinco anos, durante as décadas anteriores a 1980, aumentando nas seguintes. A partir de 2001, as mulheres passaram a ter uma sobrevida de oito anos, em relação à esperança de vida masculina, enquanto nos países desenvolvidos, a diferença é de aproximadamente cinco, como nos Estados Unidos e Canadá (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, condições estas que os impulsionam ao óbito precocemente, quando comparados às mulheres (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

Observa-se que a população brasileira, nos últimos anos, tem passado por processo permanente de intensas mudanças na sua composição demográfica, resultando no aumento da expectativa de vida dos idosos (BRASIL, 2006b).

Viegas (2009) destaca que o envelhecimento mundial procede de alterações nos modelos de sobrevivência e das elevadas taxas de crescimento. Observam-se no passado a prevalência da alta fecundidade, em comparação com a atual, a diminuição da mortalidade infantil, o progresso nas condições de vida da população, o aumento da cobertura previdenciária e a acessibilidade aos serviços de saúde, medicamentos e alimentação, bem como o avanço das condições sanitárias mundiais e o progresso médico-tecnológico.

Esse contexto gera implicações no que se refere ao complexo quadro de saúde-doença do país, uma vez que surgem problemas ambientais e violência, dentre outros relacionados ao processo de envelhecimento populacional. Apesar do descenso das doenças infecciosas, houve o aparecimento de outras doenças, como as não transmissíveis.

No Brasil, as doenças vêm aumentando, constituindo-se nas principais causas de óbitos em adultos, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) fatores de risco para o adoecimento da população idosa (BRASIL, 2006b).

As prevalências de sobrepeso e obesidade cresceram de maneira importante nos últimos trinta anos. Neste cenário epidemiológico do grupo de doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se a obesidade, que é uma doença e um fator de risco para outras comorbidades, como a HAS e a DM2, igualmente com taxas de prevalência em elevação no país (BRASIL, 2006b).

Nesse contexto é necessário que ações sejam desenvolvidas no âmbito da promoção à saúde e prevenção de doenças, pois se constituem nas melhores estratégias. As doenças crônicas, em estágios avançados, podem levar o indivíduo a sequelas irreversíveis ou até mesmo ao óbito, aumentando o ônus pessoal, familiar e para o Estado, portanto, é imprescindível dispensar esforços nas ações direcionadas à atenção primária.

No âmbito do SUS, a atenção primária se caracteriza por um conjunto de ações de saúde voltadas ao individual e coletivo e que abrangem a promoção e a proteção da saúde (BRASIL, 2006a).

Vale destacar que a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em 1986 em Ottawa, considerou a saúde como um processo em permanente construção, sendo ao mesmo tempo, individual e coletiva (CARTA...,1986). Partindo desse pensamento, pressupõe-se que não há nada acabado quando se fala em saúde. Realmente, trata-se de um processo contínuo. Também é importante pontuar que o Estado tem suas responsabilidades, devendo garantir o direito à saúde, bem como disponibilizar meios para o cumprimento desse direito.

Quanto às Políticas de Saúde, destaca-se o Pacto pela Vida, conjunto de reformas institucionais pactuado entre três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao termo de Compromisso de Gestão, que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada um de seus pares (BRASIL, 2009b).

Deseja-se que haja a responsabilidade do indivíduo, que este desenvolva conscientização voltada ao processo saúde-doença, agindo como ator da sua vida.

Para a construção, vale destacar, que uma das prioridades do Pacto em Saúde é a Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem. Em seus princípios e diretrizes, reconhece que a população masculina procura o sistema de saúde por meio da atenção especializada, fato este que leva à preocupação em estruturar, fortalecer e qualificar a atenção primária para que a atenção à saúde não se limite à curativa, mas para que ocorram a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis. Ela também ressalta que:

A não procura pelos serviços de atenção primária faz com que o indivíduo fique privado da proteção necessária à preservação de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos desnecessários se a procura pela atenção houvesse ocorrido em momento anterior. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas (BRASIL, 2008b, p. 5).

Quanto ao preparo dos serviços da atenção primária para atender o homem, Couto et al. (2010) estudaram diversas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) e verificaram que todas funcionavam com instalações suficientes e possuíam diferentes espaços para atendimento nas diversas especialidades, porém, os pesquisadores encontraram que, na caracterização dos serviços, algo chamou atenção:

como os ambientes não favorecem a presença e permanência dos homens, já que todos se apresentam como espaços demarcadamente femininos - observações que sobressaem da totalidade dos diários de campo. Como exemplo, nas áreas comuns e de grande circulação, como recepção e sala de espera, há sempre muitos cartazes, produzidos pelo Ministério da Saúde, veiculando mensagens de promoção da saúde. Temas como promoção do aleitamento materno, pré-natal, prevenção de DST e HIV/AIDS são comuns e apresentam forte conotação feminina, excetuando alguns sobre o uso correto do preservativo e sobre hanseníase. (COUTO et al., 2010, p. 260-261).

A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens buscam menos do que as mulheres os serviços de atenção primária (PINHEIRO et al., 2002; FIGUEIREDO, 2005). No que diz respeito ao sistema de saúde, adentram pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde. Vale ressaltar ainda que, o homem, pela suas características, tem dificuldade em reconhecer suas necessidades, talvez alimentando um pensamento mágico que recusa a possibilidade de adoecer (BRASIL, 2009c).

Outro ponto a ser mencionado é que apesar de muitas mulheres terem conseguido sua independência profissional e financeira, uma condição que pode possibilitar seu auxílio no sustento do lar, o fato é que grande parte da sociedade ainda visualiza o homem como provedor da família. Fato este que reforça ainda mais a ideia de que ele não pode adoecer. Isso soma-se a outros agravantes, como os serviços e as estratégias de comunicação, que privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Ademais, nessa proposta está presente a ideia de que para se chegar a um programa de saúde, é necessário ver o homem como sujeito com direitos a serem fortalecidos.

É necessário destacar e reforçar os direitos dos homens, pois por muitos anos observa-se uma preocupação com a saúde da criança, da mulher e atualmente a saúde do idoso, entretanto, após a Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, os órgãos públicos começaram a ter outro olhar acerca da saúde do homem (BRASIL, 2009c).

Os autores ainda acrescentam que as Políticas de Saúde vêm, recentemente, empreendendo esforços junto à sociedade para que ela reconheça os agravos relativos ao sexo masculino como verdadeiros problemas de saúde pública. Um de seus principais objetivos é promover ações que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular do gênero, nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, tendo como meta o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas que podem ser prevenidas nessa população.

Schubert (2012), coordenador da Política Nacional de Saúde do Homem, durante uma entrevista, enfatizou que “quando procura um serviço de saúde, o homem o faz de forma tardia. Ele só busca serviços especializados, de urgência e de emergência. Isso faz com que o homem só atente quando as doenças já estão instaladas, quando deveria fazê-lo de forma muito mais precoce, preventivamente.

Essa política visa a facilitar e ampliar os cuidados com a saúde, além de sinalizar aos homens acerca da importância de se prevenir doenças e tratá-las enquanto estão no início. A campanha é voltada para o público masculino e tem como um dos objetivos colaborar nas questões relacionadas à resistência que eles apresentam em buscar os serviços de saúde na atenção primária.

Tendo em vista que o objeto desta pesquisa é a experiência interacional homem-processo saúde-doença de usuários de serviços de emergência, passarei a contextualizar o fenômeno do envelhecimento e a transição epidemiológica e sua contribuição para o aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis e especificamente para o da HAS, dentre outras. Contextualizarei também as relações entre gênero e saúde, assim como os programas do SUS voltados à saúde do homem, para depois delinear os objetivos deste estudo.

## 1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

O envelhecimento da população é um fenômeno natural, irreversível e mundial. No Caderno de Atenção Básica n. 19 diz-se que o envelhecimento, outrora considerado um fenômeno, atualmente faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo e tal fato é tão verdadeiro que se estima para o ano de 2050 cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maior parte delas vivendo em países em desenvolvimento (BRASIL, 2006b).

Segundo dados do IBGE (2009) o modelo demográfico brasileiro, até meados do século passado, apresentava um comportamento relativamente estável, onde as mudanças incidiram em função de lentos declínios da mortalidade e períodos de elevação cíclica da imigração estrangeira. Desde o século XIX, tanto os níveis de fecundidade como os de mortalidade mantinham-se com pequenas variações em patamares regularmente elevados, sendo que a mortalidade começou a apresentar leves e graduais declínios já a partir do final do século, enquanto a fecundidade experienciava declínios ainda menos significativos, em algumas regiões específicas, a partir do início do século XX (IBGE, 2006).

Para o IBGE (2012a) nos dados do censo de 2010, a população do Brasil é de 190.755.799 pessoas. Se tomarmos a população idosa por faixa etária, teremos a seguinte distribuição: 60 a 64 anos 65.091.19; de 65 a 69 anos 48.40.810; 70 a 74 anos 3.741.637; 75 a 79 anos 2.563.448 e 80 anos ou mais 2.935.585.

O rápido processo de industrialização e urbanização brasileiro teve intenso impacto na dinâmica populacional, cultural e sanitária do país. Como consequência da queda da mortalidade e da fecundidade, a população envelheceu. A inclusão de novos métodos de trabalho determinou mudanças de costumes de vida na população que vêm sendo muitas vezes instigados pela globalização de mercados e da comunicação (MALTA et al., 2006; LESSA, 2004).

O mundo passa por uma transformação demográfica sem precedentes. Entre hoje e 2050, o número de idosos alargará de 600 milhões para

quase dois bilhões. Em menos de 50 anos, pela primeira vez na história, o mundo terá mais pessoas acima de 60 anos que pessoas com menos de 15 anos. Annan, secretário geral da ONU finalizou o pronunciamento, dizendo:

“Nós envelheceremos um dia, se tivermos este privilégio”. Portanto, é imperioso que olhemos para as pessoas idosas como nós seremos no futuro. É necessário compreender que as pessoas idosas são únicas, com necessidades e talentos, com capacidades físicas e biológicas individuais e não um grupo homogêneo por causa da idade (PESSINI, 2005).

Neste sentido Viegas (2009, p. 19) destaca que...

[...] A mudança demográfica representa um grande desafio para a saúde pública. Parte do contingente idoso apresenta taxas elevadas de vulnerabilidade e dependência, apesar de essa faixa etária ainda desempenhar um papel importante na família e na sociedade. Para muitos, o último estágio da vida representa, além da retirada da atividade econômica, o aumento das morbidades, principalmente por doenças crônicas.

Malta et al. (2006) explicam que o Brasil, ao seguir a tendência mundial, desde a década de 60, vem sofrendo processos de mudança demográfica, epidemiológica e nutricional, evento que causou consequências em relação às alterações nos modelos de ocorrência de doenças, assim como um aumento expressivo da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Entre os anos de 2002 e 2030, o mundo irá sofrer uma mudança considerável na distribuição de óbitos, de grupos etários mais jovens para grupos etários mais avançados e de DCNT (MATHERS; LONCAR, 2006).

Pereira (2007) destaca que o perfil epidemiológico brasileiro vem se alterando de forma considerável nas últimas décadas e diante desse cenário, as DCNT assumem um cenário complexo que vem aumentando progressivamente e assumindo papel de destaque entre as causas de morbimortalidade.

Para Jacoby (2004) os conhecimentos sobre a epidemiologia das DCNT, terapêutica e procedimentos para estudos de tendências surgiram nos países desenvolvidos da Américas do Norte e Europa. Também deles provêm os conhecimentos já existentes sobre prevenção e controle, mesmo que os resultados

nem sempre sejam favoráveis. As epidemias de fatores de risco como a obesidade e do diabetes apareceram nos últimos anos, nestes países e agora já começou a se disseminarem por outros países.

Nos Estados Unidos da América e na maioria dos países da América Latina e do Caribe está se percebendo um aumento da obesidade e de outros distúrbios com que esta está associada, como diabetes, hipertensão e doença cardiovascular. Esses transtornos tomados em conjunto levam dois terços de todas as mortes e oneram os orçamentos para a saúde, bem como a produtividade econômica e a qualidade de vida (JACOBY, 2004).

Nos Estados Unidos da América, a obesidade está por trás das três principais causas de morte sendo elas: diabetes, doenças cardiovasculares e hipertensão. A obesidade ainda é responsável por cerca de 300.000 mortes por ano (muitas delas mortes prematuras). Ela consome até US\$ 100 bilhões por ano em custos de saúde. Para completar, a obesidade já está cobrando um preço maior na saúde das crianças. Doenças que poucos anos atrás eram vistas apenas entre os adultos estão cada vez mais sendo diagnosticadas e tratadas entre os jovens nos Estados Unidos (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2013).

As DCNT são responsáveis por 45,9% da carga mundial de doenças, sendo os principais fatores de risco a hipertensão arterial, tabagismo, consumo excessivo de álcool, inatividade física, sobrepeso e obesidade, consumo inadequado de frutas e hortaliças, hiperglicemia (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2009).

O termo DCNT pode ser caracterizado por um conjunto de doenças com história natural prolongada, fatores de risco complexos e múltiplos, interação de fatores etiológicos desconhecidos ou especificidade de causa desconhecida. Também é caracterizado pela ausência de participação ou participação polêmica de microorganismos entre os determinantes, longo período de latência e longo curso assintomático. O curso clínico, em geral, é lento, prolongado e permanente, e as manifestações clínicas manifestam-se com períodos de remissão e de exacerbação. As doenças crônicas são definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias,

as doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus. A OMS ainda adiciona nesse rol aquelas doenças que colaboram para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas (BRASIL, 2008a).

Campos e Rodrigues Neto (2009) concluíram em seu estudo que realizar um diagnóstico precoce das DCNT para averiguar o impacto desses fatores na qualidade de vida é imprescindível, visto que essas doenças agem silenciosamente. A prevenção e o controle das DCNT, bem como de seus fatores de risco, são essenciais para evitar um aumento epidêmico dessas doenças e suas implicações trágicas para a qualidade de vida dos indivíduos, bem como de toda repercussão no sistema de saúde do país.

As doenças não transmissíveis, quando não levam o indivíduo a óbito precocemente, apresentam impacto enorme sobre a qualidade de vida e isso não se limita somente aos pacientes, mas também se estende aos seus familiares. Não há como negar que todos os membros familiares padecem quando têm que encarar a perda da capacidade de trabalho de um de seus parentes, sem contar com a necessidade do uso contínuo de medicamentos, fato que na maioria das vezes, compromete a renda familiar, além das idas e vindas frequentes aos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Moura (2005) apresenta, como resultado de sua pesquisa, que entre as principais causas específicas dentro dos grandes grupos das DCNT, encontrou, para a concessão de auxílio-doença, as doenças hipertensivas, o diabetes mellitus, as artroses, outras dorsopatias, as neoplasias malignas da mama, os transtornos do humor (afetivos) e a esquizofrenia. Quanto às aposentadorias por invalidez, o autor identificou as doenças cerebrovasculares, o diabetes mellitus, as artroses, as neoplasias malignas dos órgãos digestivos e a esquizofrenia.

Reconhecendo a dimensão que as DCNT vêm assumindo, o Brasil em 2011 apresentou o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Para elaboração do documento, o Ministério da Saúde contou com a cooperação de

diversas instituições como instituições de ensino e pesquisa, vários ministérios do governo brasileiro, ONGs voltadas para área da saúde e entidades médicas entre outros. Tal plano tem por finalidade preparar o Brasil para encarar e deter, nos próximos dez anos, as (DCNT), entre elas: Acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011b).

Compreendendo o contexto que envolve as DCNT foi lançada a Portaria nº 2.993 de 26 de dezembro de 2012 e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2012 (BRASIL, 2012b). Tal portaria autoriza repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde para implantação, implementação e fortalecimento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil (BRASIL, 2012b).

## 1.2 A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

No Caderno de Atenção Básica nº 15, no item III - Critérios Diagnósticos e Classificação, define-se que:

A Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006c, p.14).

Em relação à classificação, dividem-se em dois tipos, sendo o primeiro o da hipertensão arterial primária, que também pode ser denominada essencial ou idiopática. Esta não apresenta uma causa aparente para ser identificada. O segundo tipo é a hipertensão arterial secundária e apenas uma proporção muito pequena dos eventos de hipertensão arterial é relacionada a causas muito bem colocadas, que necessitam ser corretamente diagnosticadas, entendendo que, com a retirada do agente etiológico, é provável controlar ou até mesmo curar a hipertensão arterial (BRASIL, 2006c).

Ao se falar em HAS, é preciso destacar a emergência hipertensiva que, segundo as VI Diretrizes de Hipertensão Arterial, é definida pela “condição em que há elevação crítica da pressão arterial com quadro clínico grave, progressiva lesão de órgãos-alvo e risco de morte, exigindo imediata redução da pressão arterial com agentes por via parenteral” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 31).

A classificação da pressão arterial se dá de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos), conforme Quadro 1.

Quadro 1- Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).

<b>Classificação</b>	<b>Pressão sistólica (mmHg)</b>	<b>Pressão diastólica (mmHg)</b>
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90
Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.		
* <i>Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.</i>		

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p. 8).

A hipertensão arterial é, comumente, uma afecção sem sintomas na qual a avanço anormal da pressão dentro das artérias aumenta o risco de perturbações como o AVC, a ruptura de um aneurisma, uma insuficiência cardíaca, um enfarte do miocárdio e lesões do rim (MANUAL..., 2012). A hipertensão arterial sistêmica apresenta-se como um distúrbio assintomático que faz parte das doenças do aparelho circulatório, tornando-se um importante fator de risco para doenças

decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico (SANTOS et al., 2009).

Para a Sociedade Brasileira de Hipertensão, nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, “ A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA)”. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010, p. 8).

Freeman (2008) e Patel et al. (2007) corroboram com esta definição e acrescentam destacando que está comumente relacionada às alterações funcionais e/ ou estruturais dos órgãos alvos, sendo eles o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos. Está também relacionada às alterações metabólicas, com predisposição aumentada do risco para eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Segundo Patel et al. (2007), a pressão arterial é um determinante importante dos riscos de complicações macro e microvasculares do diabetes tipo 2, e recomendam que há necessidade de redução intensiva da pressão arterial em pacientes diabéticos com hipertensão.

Ao se falar de hipertensão arterial não se poderia deixar de contemplar a JNC VII (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and the Treatment of High Blood Pressure). Trata-se de um relatório completo que contempla as diretrizes atualizadas no que diz respeito à hipertensão e é elaborada direcionada aos profissionais de saúde para que eles possam se manter atualizados no manejo da hipertensão arterial. Vale ressaltar que trata-se de um guia, assim, é necessário o julgamento clínico por parte dos profissionais ao utilizá-lo (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2004).

Segundo Coelho (2003), a JNC VII reforça a relevância da hipertensão arterial como fator de risco para as doenças cardiovasculares e complementa afirmando que suas consequências podem ser minimizadas pela realização de um diagnóstico correto e utilização de condutas adequadas, sejam elas medicamentosas ou não.

O autor complementa que, nesse guia JNC-VII, alguns tópicos se

sobressaem.

Entre eles ressalta a importância da hipertensão arterial sistólica, que deve ser o foco preferencial do tratamento no paciente hipertenso. Destaca também que o risco cardiovascular começa a aumentar desde níveis de pressão arterial sistólica de 115 mmHg e de pressão arterial diastólica de 75 mmHg (COELHO, 2003, p. 145).

Na VI Diretriz Brasileira de Hipertensão em relação ao impacto médico e social da hipertensão arterial sistêmica e doenças cardiovasculares no Brasil e no mundo, os autores explicam que a HAS tem alta prevalência e admitem que apresenta baixas taxas de controle. Também é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais relevantes problemas de saúde pública. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica é um dos fundamentais fatores de morbidade e mortalidade nas doenças cardiovasculares (LESSA, 2001). Sendo um problema de saúde pública mundial e também um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença renal crônica (SANTOS et al., 2011).

No Brasil, em 2007, ocorreram 308.466 mortes por doenças do aparelho circulatório (PATEL et al., 2007). Quanto à mortalidade por doença cardiovascular (DCV), esta aumenta sucessivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmhg de forma linear e contínua (FREEMAN, 2008).

Para o The ACCORD Study Group (2010), em 2001, aproximadamente 7,6 milhões de óbitos no mundo foram conferidos à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doenças isquêmicas do coração (DIC), sendo a maior parte em países de baixo e médio desenvolvimento econômico. Em relação à idade, mais da metade dos indivíduos estavam entre 45 e 69 anos.

Segundo a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão, entre 1990 e 2006, percebeu-se uma tendência lenta e contínua de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo o presidente da Revista Brasileira de Hipertensão, no Brasil, a patologia afeta mais de 30 milhões de brasileiros (36% dos homens adultos

e 30% das mulheres) e frequentemente associam-se às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo, sendo eles o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, e às alterações metabólicas (SCHMIDT et al., 2009).

A HAS também é considerada o mais relevante fator de risco para o desencadeamento das doenças cardiovasculares (DCV), com evidência para o AVC e o infarto do miocárdio, as duas maiores causas isoladas de óbitos no país. Contudo, observa-se que a percepção da população é outra. Informações retiradas da pesquisa Datafolha de novembro de 2009 revelam a percepção errônea da população, que acredita que o câncer é a principal causa de óbitos no Brasil. Em relação à prevenção de doenças, essa mesma pesquisa demonstra que, embora 90% saibam identificar os fatores de risco, como a hipertensão, tabagismo, colesterol e estresse, destes, somente 3% têm medo de ser acometido por uma DCV (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em um estudo realizado no município de Maringá, Estado do Paraná, Brasil, com o objetivo de avaliar a efetividade da ESF no tratamento de doenças crônico-degenerativas, a pesquisa utilizou dados do período de maio de 2006 a setembro de 2009 referentes a 94 pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes *mellitus*. As autoras concluíram que apenas alterações na farmacoterapia prescrita são insuficientes para o controle eficaz dessas enfermidades, sendo imprescindível o desenvolvimento de intervenções da equipe de saúde e que se promova a prática do autocuidado nos indivíduos, bem como de seus familiares (ZAVATINI; OBRELI NETO; CUMAN, 2010).

Segundo Rolande et al. (2012), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é relevante causa de Insuficiência Cardíaca sistólica Crônica (ICC) em países em desenvolvimento. Os autores afirmam que seria indispensável conhecer os fatores de predição de mortalidade para pacientes com essa situação clínica para um melhor tratamento. Os autores concluem, em seu estudo, determinantes prognósticos de pacientes com insuficiência cardíaca sistólica crônica secundária à hipertensão arterial sistêmica, afirmando que:

[...] a idade, a dimensão ventricular esquerda diastólica e a subutilização de terapia com betabloqueadores são preditores independentes de mortalidade

para pacientes com insuficiência cardíaca sistólica crônica secundária à hipertensão arterial sistêmica (ROLANDE et al., 2012, p. 6).

Um estudo foi realizado com moradores de Pelotas, no Rio Grande do Sul, utilizando a CARMEN, que é uma estratégia da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde de combate às doenças crônicas não transmissíveis que prevê intervenções populacionais para a redução simultânea de seus fatores de risco. Os fatores estudados foram tabagismo, sedentarismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e excesso de peso, sendo descritos acumulados, isoladamente e em combinações. O sedentarismo foi o fator de risco mais prevalente (73,2%), seguido do excesso de peso (48,1%). Quanto ao sexo, as mulheres foram mais sedentárias e mais magras que os homens. Mais da metade da população apresenta dois ou três fatores de risco (53,4%). A associação de sedentarismo e excesso de peso ocorreu em 34,7% da amostra e sedentarismo, excesso de peso e hipertensão em 10,8%. O acúmulo de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis é frequente na população estudada e a identificação das suas combinações mais prevalentes é de grande importância para a programação e implementação de intervenções futuras (CAPILHEIRA et al., 2008).

Um estudo transversal incluiu 927 pacientes com DM do tipo 2 atendidos ambulatorialmente em três centros médicos do Rio Grande do Sul - Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os objetivos desse estudo foram avaliar a prevalência das complicações crônicas em pacientes com DM do tipo 2 e aferir os seus possíveis fatores de risco. Os resultados revelaram que, dentre outros fatores de risco, a HAS estava presente em 73% dos pacientes. Praticamente todos apresentavam pelo menos um fator de risco para doença cardiovascular, assim são imprescindíveis seu rastreamento e controle (SCHEFFEL et al., 2004).

Radanovic (2000) realizou uma pesquisa, cujo objetivo era descrever o perfil de atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). Na análise retrospectiva de 228 prontuários de pacientes com doença cerebrovascular, no período de 1989 a 1993, a autora encontrou que a incidência dos fatores de risco constituiu-se em hipertensão arterial sistêmica, 67,5 %; cardiopatias, 24,6%, sendo mais frequente a fibrilação auricular crônica e diabetes, 20,2%.

Besser, Silva e Oliveira (2006) realizaram um estudo cujo objetivo era definir o perfil sociodemográfico de pacientes e a prevalência das doenças cardiovasculares (DCV) nas aposentadorias concedidas na Superintendência de Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho da Secretaria Estadual da Administração e Reestruturação do Estado do Rio de Janeiro (SUPSAQ/SARE-RJ). Os autores, quanto aos resultados, encontraram: houve predomínio do sexo feminino (53,3%), maior densidade de aposentadorias nas faixas etárias entre 40 e 70 anos (96,5%), idade média de aposentadoria de 55 anos e tempo de serviço público de 20 anos. Em relação à patologia, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a doença cardiovascular (DCV) encontrada com maior frequência (86,0%), observando-se índices de associação elevados com aneurismas de aorta (100%), insuficiência renal crônica (96,3%), acidentes vasculares encefálicos com sequelas (96,0%), doença vascular periférica (85,7%), cardiopatia isquêmica (78,4%), angina de peito (74,9%), infarto do miocárdio (72,0%), fibrilação atrial crônica (64,0%), miocardiopatia (62,2%) e estenose aórtica (62,5%). Os autores concluem que as DCV constituem a causa mais frequente de incapacitação laborativa definitiva no serviço público estadual, com ênfase especial para a doença arterial hipertensiva.

Outro estudo foi realizado cujo escopo era a investigação da prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e obesidade em voluntárias da Unidade Prisional do Bom Pastor, a maior penitenciária para mulheres em Recife, Pernambuco. Foram avaliadas 244 (57,9%) das 421 mulheres prisioneiras. Em relação à frequência de obesidade, esta foi semelhante àquelas advindas de estudos com base populacional usando a mesma metodologia. Observaram também que a HAS foi mais frequente nas mulheres com mais idade e maior IMC (BRANDT et al., 2005).

Em relação aos homens encontramos na pesquisa realizada por Amer, Marcon e Santana (2011) cujo objetivo foi Investigar possíveis fatores associados às alterações no índice de massa corporal (IMC). Os resultados apontaram que no sexo masculino, a média de idade foi de 45,3 anos. As prevalências de sobrepeso e obesidade foram de 33%, respectivamente. O problema crônico de saúde apresentou 32%, com maior frequência para a hipertensão arterial.

Galon et al. (2010) buscaram identificar perfis clínicos e angiográficos dos pacientes submetidos a cateterismo cardíaco atendidos em um hospital terciário e tratados por meio de intervenções coronarianas percutâneas (ICP). Concluíram que, dentre os fatores de risco para DAC, os que apareceram com frequência foram hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia. Também perceberam que ocorreu o predomínio da síndrome coronariana aguda.

Uma pesquisa também foi realizada com pacientes atendidos nos centros de saúde de Juiz de Fora com o objetivo de caracterizar clínica e epidemiologicamente a amostra populacional com úlcera de perna (UP). Em relação aos resultados da pesquisa, encontraram que se associavam às úlceras insuficiência venosa (90,3%), hipertensão arterial sistêmica (54%), obesidade (20,2%) e diabetes *mellitus* (16,1%). Os autores destacam que a associação insuficiência venosa-hipertensão arterial foi frequente (43,7%) e significativa para predisposição às úlceras (FRADE et al., 2005).

Segundo Pavan et al. (2012) um dos maiores desafios no manejo da hipertensão arterial é o acertado controle pressórico. Para se conseguir esse objetivo, tem-se difundido a medida residencial da pressão arterial (MRPA) com aparelhos automáticos. Contudo, parte da comunidade médico-científica ainda questiona sua validade, acreditando que as medidas pressóricas domiciliares podem ser incorretas. Partindo dessa discussão, os autores elaboraram um estudo cujo objetivo foi avaliar a correspondência entre as medidas simultâneas da pressão arterial (PA) pelo método auscultatório convencional e método digital automático, habitualmente utilizado na MRPA. Como resultado do estudo, encontraram que a PA verificada pelo método digital automático oferece boa concordância com o método auscultatório tradicional, devendo ser utilizada no auxílio do diagnóstico e monitorização da hipertensão arterial (HA). Desta forma, acredita-se que o controle pressórico apropriado possa ser atingido e as conseqüências da doença possam ser menos devastadoras.

Para Silva et al. (2008), a discussão a respeito da interação entre hipertensão arterial e lesão renal é um tema que vem sendo debatido desde o início do século passado. Dados epidemiológicos recentes apontam a hipertensão arterial sistêmica como o fator de risco mais relevante para a perda progressiva da função

renal em estudos com pacientes acometidos de doença renal crônica terminal.

Os autores ainda acrescentam que o tratamento da hipertensão arterial aponta tanto à prevenção de lesões renais no paciente sem doença prévia como à diminuição da degradação da lesão renal no paciente que já possui a patologia, sendo as metas terapêuticas fundamentadas na diminuição dos valores da pressão arterial, alvo terapêutico < 130/80 mm Hg, preferencialmente com medicamentos que também diminuam a pressão intraglomerular, como inibidores da enzima de conversão da angiotensina e/ou antagonista da angiotensina II.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), dentre os fatores de risco para a HAS, destacam-se idade, gênero, etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, genética e outros fatores de risco cardiovascular. Alterações no estilo de vida são aconselhadas como prevenção primária da HAS, pois diminuem a PA bem como a mortalidade relacionada aos problemas cardiovasculares.

Spinato, Monteiro e Santos (2010) encontraram, como resultado de sua pesquisa, que a motivação para a modificação por meio da ação em grupo constituiu um fator de relevância para o bom desempenho do processo educativo. As autoras observaram que o desejo de alterar hábitos, em alguns casos, tornava-se uma barreira devido à tendência ao imediatismo. Habitados a soluções imediatas, muitas vezes os pacientes não conseguiam esperar por uma bonificação em longo prazo. A proposta educativa se mostrou eficiente, uma vez que a conscientização de que o controle da doença está relacionado à adoção de novos hábitos, inserindo a prática do exercício. Assim sendo, faz-se imprescindível que os profissionais de saúde desenvolvam uma prática profissional alicerçada na interação e troca de experiência com seus pacientes, com intuito de oferecer uma assistência individualizada e humanizada, ou seja holística, ao indivíduo e sua família, enfatizando o autocuidado como parte da vida e necessário ao desenvolvimento humano e ao bem-estar.

Ainda, para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a HAS tem elevada prevalência e baixas taxas de controle, evento este que faz com que a ela seja entendida como um dos fundamentais fatores de risco (FR) modificáveis.

Tornou-se também um dos mais relevantes problemas de saúde pública. A mortalidade ocasionada pela doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a ascensão da pressão arterial (PA) a partir de 115/75 MMHG de forma linear, contínua e independente.

As doenças cerebrovasculares são a primeira causa de óbito em Portugal e a correspondente taxa de mortalidade é das mais elevadas entre os países europeus. A incidência do Acidente Vascular Cerebral (AVC) ocupa um lugar de destaque e, entre os doentes sobreviventes de AVC, cerca de 50% estão dependentes. Ainda em relação à doença vascular cerebral (enfartes cerebrais, hemorragias intracerebrais primárias, hemorragias subaracnóideas, demência vascular), é possível afirmar que a hipertensão arterial tem um papel da maior relevância como fator de risco, como causa, e ainda na prevenção secundária, em todos os tipos de AVC (CORREIA, 2007).

Em relação às questões de custos médicos e socioeconômicos a hipertensão arterial oferece gastos elevados, ocasionados principalmente pelas suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Vários estudos confirmam que o consumo de sódio eleva a pressão arterial, fato que aumenta o risco de ataque cardíaco e acidente vascular cerebral. Diversos países, incluindo os Estados Unidos, estão considerando estratégias que possam auxiliar na diminuição da ingestão de sódio na população. Um estudo foi realizado por Smith-Spangler et al. (2010) com o objetivo de avaliar a relação custo-eficácia de 2 estratégias populacionais para reduzir a ingestão de sódio: a colaboração do governo com os fabricantes de alimentos para cortar voluntariamente a quantidade de sódio em alimentos processados, modelado sobre a experiência do Reino Unido, e um imposto sobre o sódio. Os pesquisadores concluíram que estratégias para diminuir a ingestão de sódio em um nível populacional nos Estados Unidos foram importantes para diminuir consideravelmente a incidência de AVC, fato este que leva a uma economia de bilhões de dólares em despesas médicas.

Após apresentar o panorama da HAS e destacar sua relação com as doenças cardiocirculatórias, será contemplado brevemente a Síndrome Metabólica (SM), por entender sua afinidade com a doença cardiovascular.

Para a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2013), há que despertar não só para patologias isoladas, mas sim é preciso perceber que, ao longo da vida, ou seja, da existência humana, algumas doenças são erradicadas, outras controladas, enquanto outras surgem mudando novamente o panorama das doenças e exigindo toda uma reestruturação voltada para esta problemática. Dessa forma, surgiu, na década de 80, um pesquisador chamado Reaven, ele observou que doenças frequentes, como hipertensão, alterações na glicose e no colesterol, estavam, muitas vezes, associadas à obesidade. E foi além, descobrindo que essas condições estavam vinculadas por de um elo comum, intitulado resistência insulínica. O que tornou esta síndrome metabólica valorizada foi a constatação de sua afinidade com doença cardiovascular e ela está relacionada a uma mortalidade cardiovascular três vezes maior.

A Síndrome Metabólica é o nome designado para um conjunto de alterações metabólicas (dislipidemia, hipertensão arterial, intolerância à glicose, obesidade central e resistência à insulina) que frequentemente se revelam juntas, constituindo fatores de risco para patologia coronariana. É possível afirmar que essa síndrome já ganha a dimensão como um dos principais desafios da prática clínica. Vale destacar que cada componente da síndrome metabólica, por si só, amplia o risco de doença cardiovascular, entretanto, quando combinado, os riscos tornam-se muito mais intensos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999; EXECUTIVE..., 2001; GRUNDY et al., 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2004; LUSIS; ATTIE; REUE, 2008).

Enfim, para concluir, destaco que é preciso que o indivíduo compreenda que o cenário das patologias acompanha a evolução da humanidade. Traduzem-se, também, os ganhos da existência humana, reconhecendo que trata-se de conquistar algumas coisas e perder outras, por exemplo, dependendo das condições financeiras é possível desfrutar de várias vantagens da vida moderna, como *fast food*, automóveis, controle da televisão à mão e tantas outras, mas é preciso atentar para o fato de que, apesar das facilidades, também temos as

desvantagens, e às vezes pagamos caro por elas caso não sejam utilizadas na medida adequada. Nessa compreensão, é imprescindível que o homem reconheça sua condição de saúde e que se sinta responsável por ela no que tange aos fatores modificáveis, alterando, se necessário, seu estilo de vida.

Após apresentar o panorama sobre saúde do homem, envelhecimento e as doenças crônicas com foco na hipertensão arterial, a opção de explorar o contexto proposto emerge das doenças cardiovasculares constituírem importante problema de saúde pública em nosso país.

Alguns autores consideram que 40% das mortes por AVC e 25% das mortes por DAC são decorrentes da HAS. Portanto a HAS é um dos fatores mais relevantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (BRASIL, 2012a, p. 129).

Deve-se, no entanto, lembrar que, no Brasil, a população idosa apresenta um crescimento vertiginoso, de tal forma que, nas próximas duas a três décadas, haverá um aumento de 200% no número de indivíduos > 65 anos, e isso fará com que a prevalência da HAS na população também aumente proporcionalmente (MARTIN et al., 2004; SANTOS et al., 2011).

Para esses autores, uma das formas de apresentação ou mesmo de complicação da hipertensão arterial é a crise hipertensiva. Esta se caracteriza por uma elevação rápida, inapropriada, intensa e sintomática da pressão arterial, com ou sem risco de deterioração rápida dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e artérias), que pode conduzir a um risco imediato ou potencial de vida. Os níveis tensionais estão elevados, levando-se em consideração a pressão arterial diastólica, geralmente >120 MMHG. No entanto, em alguns casos de instalação recente, como nas glomerulopatias agudas, a crise pode ocorrer com níveis relativamente pouco elevados, com uma pressão arterial diastólica em torno de 100 a 110 MMHG.

A crise hipertensiva pode se manifestar como emergência ou urgência hipertensiva. A emergência hipertensiva caracteriza-se pela deterioração rápida de órgãos-alvo e risco imediato de vida, situação não encontrada na urgência hipertensiva. É considerada também como emergência a condição que requer redução rápida da pressão arterial, com o tempo medido em minutos, enquanto na

urgência a pressão pode ser reduzida mais lentamente, com o tempo medido em horas (MARTIN et al., 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em face do contexto, suscitou-me a seguinte inquietação para este estudo:

Como se configura a experiência interacional homem-processo saúde-doença de usuários atendidos em serviço de emergência com crise hipertensiva?

Tal preocupação, justifica-se à medida que este projeto de pesquisa, encontra-se em consonância com a proposta do Ministério da Saúde, que apresenta como uma de suas prioridades a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, esta política destaca que é preciso reconhecer que a população masculina busca os serviços de urgência e emergência, ou seja, através da atenção especializada na maioria das vezes em condições de saúde grave. Também pontua, que é indispensável levar em consideração os determinantes sociais que resultam nos agravos à saúde masculina, bem como buscar compreender como representações sociais sobre a masculinidade afetam a procura da atenção primária, condição esta que os deixam ainda mais vulneráveis ao adoecimento.

A referida política ainda complementa que, as questões que envolvem a saúde do homem será desenvolvida em parceria entre gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos, e agências de cooperação internacional, conforme dispõe a Portaria nº 1.944 MS/GM, de 27/08/2009, no art. 5º, competindo à União estimular e apoiar a realização de pesquisas que possam aprimorar a Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009c).

Tendo encontrado poucas pesquisas publicadas no domínio nacional ou internacional, associada à minha inquietação como educadora, fiquei motivada a realizar este trabalho, como uma possibilidade de oferecer um referencial teórico norteador para as práticas do ensino, da assistência e da pesquisa do processo saúde-doença do homem.

### 1.3 GÊNERO E SAÚDE

Antes de iniciar a revisão descritiva ou narrativa propriamente dita, foi necessário buscar no dicionário a definição da palavra gênero. Esta é definida como grupo da classificação dos seres vivos que reúne espécies vizinhas, aparentadas, afins, por apresentarem entre si semelhanças constantes: o lobo, por exemplo, é uma espécie do gênero "canis". Todas as espécies de roseiras são agrupadas no gênero "rosa". / Maneira de ser ou de fazer: é esse o seu gênero de vestir-se. / Gênero literário, variedade da obra literária, segundo o assunto e a maneira de tratá-lo, o estilo, a estrutura e as características formais da composição: gênero lírico, gênero épico, gênero dramático. / Gênero humano, a espécie humana. / Gênero de vida, modo de viver, de proceder. / A forma que a diferença sexual assume, nas diversas sociedades e culturas, e que determina os papéis e o status atribuídos a homens e mulheres e a identidade sexual das pessoas (AULETE, 2013).

Villela (2005, p. 30) define gênero como:

[...] o conjunto dos dispositivos culturais que transformam corpos com pênis ou com vulva em homem ou mulheres, marcando os corpos como masculino ou femininos, não apenas na sua anatomo-fisiologia, mas na constituição das suas identidades e na sua circulação social.

E qual a definição de saúde? Para Aulete (2013), significa estado do que é são, está normal: poupar sua saúde. / Estado habitual de equilíbrio do organismo: saúde delicada. / Força, vigor, robustez. / Brinde, saudação que se faz bebendo à saúde de alguém. / Vender saúde, tê-la excelente. / Casa de saúde, estabelecimento hospitalar particular.

Para a Organização Mundial da Saúde (1946) a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade.

Posto o conceito de gênero passo a contextualizá-lo na saúde.

Na contemporaneidade, inúmeros deslocamentos, incluindo "novas" identidades culturais, crescentemente interrogam os lugares

tradicionalmente ocupados na sociedade por homens e mulheres. Movimentos sociais como o feminismo, novos sujeitos sociais, uma interação sem precedente dos sujeitos com tecnologias de comunicação que modificam as relações tempo/espaço e introduzem “novas formas de conhecimento”, têm como última arena a identidade do sujeito (PEREIRA JUNIOR; SIQUEIRA; REZENDE FILHO, 2008, p. 1).

Ressel (2003) relata que os papéis de gênero nas sociedades ocidentais tiveram sua origem no patriarcado, um sistema originário em partes das concepções religiosas de um Deus Masculino, que criou a mulher a partir da costela de Adão e converteu o homem no senhor supremo de todas as coisas. Assim, sobrou às mulheres se restringirem ao domínio privado, cuidando do lar e dos filhos, suprimindo-se sexualmente, agradando e promovendo ao marido todos os seus desejos. Tornaram-se submissas ao poder exercido pelo homem e a uma forma de organização das sociedades, na qual os homens dominavam a vida pública, o âmbito do trabalho e do poder.

Pereira Junior, Siqueira e Rezende Filho (2008) apresentam um artigo realizado a partir de recorte da dissertação de mestrado intitulada “Paternidade e saúde discutidos por jovens de escolas públicas em vídeos documentários”. A pesquisa foi realizada em dois grupos de jovens, meninos e meninas, em relação às questões da saúde reprodutiva, da sexualidade e de gênero, de alunos de escolas públicas situadas na região metropolitana do Rio de Janeiro. Nessa pesquisa, os autores encontram que já existe, no adolescente, uma educação voltada para as questões que relacionam homem e mulher. Inclusive, em um dos depoimentos, um dos adolescentes argumentou “desde que você nasceu.... você nasce para pegar mulher”, e a justificativa foi “prá não virar gay depois”. O entrevistador aprofundou-se ainda mais e questionou porque a gente aprende a ser assim? Alguém respondeu “porque é o certo”. Outra aluna tentou dizer que, hoje em dia, cada um tem a sua opção, porém outro aluno argumenta “mas desde o início da criação do homem, se Deus quisesse dois homens juntos, botava dois homens juntos, não botava Adão e Eva, botava Adão e Adão”, a discussão termina com uma aluna relatando que iria responder isso também e outros adolescentes concordaram.

Observa-se nesta discussão que as pessoas, desde que nascem, recebem uma educação pré-estabelecida e esta é vista como natural e inquestionável. Aqueles que se arriscam a pensar diferente corre o risco de enfrentar

grandes conflitos ou até de serem rejeitados pela sociedade.

Segundo Helman (2003, p. 146)

Todas as sociedades humanas dividem suas populações em duas categorias sociais, chamadas “masculinas” e “femininas”. Essa divisão é baseada em uma série de pressupostos (derivados da cultura em que ocorrem) sobre diferentes atributos, crenças e comportamentos característicos dos indivíduos incluídos em cada uma das categorias.

O autor ainda complementa que, embora seja universal a divisão binária da humanidade em dois gêneros, ao ser analisada atentamente, ela se revela um fenômeno claramente muito complexo, com diversas variações em relação à maneira como os comportamentos masculino e feminino são definidos nos diferentes grupos culturais (HELMAN, 2003). Segundo Prazeres (2003, p. 16) “o conceito de Gênero diz respeito à construção social do “ser-se homem” ou “ser-se mulher”, elaborada a partir das diferenças biológicas entre ambos os sexos.”

A controvérsia *nature versus nurture* constitui, especialmente desde o século passado, uma das principais discussões do pensamento social, o que equivale, na antropologia, ao debate sobre as ideias de natureza e ideias de cultura. Mas em resumo, a discussão natureza versus cultura argumenta, basicamente, se o comportamento e a mente humanos (incluindo inteligência e personalidade) bem como as diferenças notadas ou visíveis entre grupos humanos (grupos étnicos e religiosos, classes sociais e gêneros, entre outros) são resultados do organismo em si ou do ambiente de criação (HELMAN, 2003).

De acordo com Aquino (2005), a forte crítica ao essencialismo da biomedicina objetivava, em princípio, extrair as mulheres da posição exclusiva da reprodução, apresentando um novo olhar, ou seja, dando visibilidade a inúmeras necessidades de saúde até então negligenciadas, isso denominado viés de gênero nas ciências biomédicas. Isso contribuiu para uma enorme quantidade de estudos e proposições direcionados à saúde das mulheres e suas peculiaridades.

Para Helman (2003) a natureza foi definida com base biológica e caracteriza-se como algo fixo, universal e imutável, enquanto que a cultura é vista como a influência do mundo tanto social como cultural, mais exposta às mudanças e

também mais dependente de contextos locais. Defender exclusivamente a linha orgânica, seria complicado, poderia significar que determinado grupo de pessoas ou (gênero) seria considerado biologicamente inferior a outro e que essa condição jamais poderia ser mudada, não dando importância às influências relacionadas ao ambiente que o grupo poderia sofrer.

“No século passado, essa abordagem foi frequentemente utilizada para justificar a perseguição, a colonização e a exploração de vários grupos de pessoas em diversas partes do mundo” (HELMAN, 2003, p. 146).

Ao ocultar a masculinidade embutida do ser humano universal, ou seja o homem, apresentando uma neutralidade, reafirmam-se as bases da discriminação (AQUINO, 2005). Ao passo que, ao contemplar a identidade sexual, é razoável afirmar que tanto as influências biológicas quanto as ambientais fazem parte da definição de gênero de qualquer indivíduo. Em todas as sociedades, homens e mulheres possuem formas corporais e ciclos fisiológicos distintos. As mulheres convivem com a menstruação, podem passar pela gravidez e a maternidade, enquanto os homens não. Também há diferenças emocionais e comportamentais entre ambos (HELMAN, 2003).

Quando se fala de diferenças, vale destacar que, em relação às questões sexuais, Madureira (2005) nos explica que a sexualidade incontrolável é considerada característica do homem ‘normal’, pelo menos na juventude, quando grande número de relações sexuais com mulheres é considerado uma necessidade. Depois disso, a dificuldade de controle sobre o desejo sexual passa a ser reprovada, mas não discriminada.

Ao se pensar em comportamentos dos homens, aqui chamo a atenção para a homossexualidade, Madureira (2005, p. 160) destaca que:

A homossexualidade é também considerada como um risco. A ‘manifestação’ dela no outro, também do sexo masculino, subverte a lógica da ‘diferença natural e complementar’ entre homens e mulheres ao colocá-la entre pessoas do seu próprio sexo. Interpreto como se cada um pensasse assim: “Será que se o outro é homossexual, eu, que também sou do sexo masculino, posso ser também?”. Assim o homem trata de vigiar-se continuamente, como se temesse que a homossexualidade despertasse dentro de si, mesmo que na forma de curiosidade, dúvidas sobre sua masculinidade. Teme também que algo nele possa sugerir aos outros que

seja homossexual, e, do mesmo modo, vigia o comportamento dos outros homens com os quais convive.

A autora ainda reforça que, a presença constante da ameaça representada pela homossexualidade e pelo homossexual estimula o homem a perseguir o modelo dominante de masculinidade, vivendo de acordo com ele para evitar dúvidas sobre sua heterossexualidade (MADUREIRA, 2005).

Quando se fala sobre gênero, não pode esquecer a luta do feminismo dos anos 60, que surgiu com o objetivo de igualdade na diferença sexual. Exigindo a não hierarquização das especificidades de homens e mulheres, lutou por uma igualdade social que reconhecesse as diferenças, e hoje expressa-se na noção de “equidade de gênero” (GIFFIN, 2002).

Na divisão do mundo em esferas “generificadas”, a “divisão sexual do trabalho” que o feminismo questionou, assentou-se a identidade masculina no seu atributo de provedor, e a feminina no seu papel de doméstica e reprodutiva, de mãe. Em termos de sexualidade, esperava-se o exercício da sexualidade masculina desde cedo, fora do âmbito familiar/reprodutivo, enquanto a feminina foi limitada à reprodução de filhos legítimos (GIFFIN, 2002, p. 104).

Corroborando esse pensamento, um estudo que apreendeu, do discurso de alcoolistas, as interfaces entre gênero e saúde mental e refletiu sobre as possibilidades de atuação do enfermeiro nesse contexto, também verificou que família e gênero feminino relacionavam-se à provisão de cuidados ao alcoolista e oferta de apoio e que essas mesmas mulheres poderiam comportar-se, passivamente, estando sujeitas à violência impostas pelo masculino (LIMA; BRAGA; GUBERT, 2010). Mais uma vez a literatura trás que a sociedade ainda apresenta um comportamento tradicional, ou seja, acaba vendo a mulher como cuidadora e submissa, e o homem caracteriza-se como algo fixo, universal e imutável, como nos lembra Helman (2003).

Outro ponto a ser destacado é a reivindicação de “direitos reprodutivos”, discussão que progrediu do entendimento de que controlar a fecundidade seria uma condição imprescindível na luta pela igualdade social dos gêneros nas sociedades, onde a esfera privada, da família, foi feminilizada e desvalorizada, enquanto os valores dominantes foram direcionados à atuação no

mundo privado. O corpo reprodutivo feminino deveria ser controlado, tanto em nome de uma sexualidade mais igualitária, como também livre da ameaça da gravidez não desejada. Assim, poderia pensar em ensaiar condições mais equitativas para concorrer na esfera pública da política e do mundo do trabalho remunerado (GIFFIN, 2002).

Para Gomes e Resende (2004), tendemos a lidar com a feminilidade como um dado da natureza e com a masculinidade como uma conquista cultural. O homem manteve-se protegido no silêncio, comprometedor de toda possibilidade de diálogo com a família, especialmente com os filhos. Foi sempre apoiado pela cultura que, sendo patriarcal, reservou-lhe lugar acima da trama doméstica constituída, sobretudo pela mulher e pela criança. Atualmente, essa situação vem-se modificando, lenta e progressivamente, devido a todas as transformações sofridas pela sociedade, transformações estas que se encontram indissociáveis no que diz respeito à sociedade e família. Porém, a mudança de hábitos não acompanha o ritmo da transformação de valores.

Na dimensão das relações homem-mulher, encontramos Madureira (2005) explicando que é histórica-social e culturalmente conferido ao homem o papel de provedor. Acredita-se que essa forma de concepção tem enraizamento na tradição patriarcal, que reserva ao homem um mundo diferenciado, o mundo público, da rua, e à mulher o mundo privado, do lar, constituindo uma diferenciação entre produção e reprodução, na qual o acoplamento 'homem-trabalho produtivo' e 'mulher-trabalho reprodutivo' é fortemente ressaltado. Essa distinção coloca para o homem a obrigação de suprir as necessidades materiais para a sobrevivência da família, na qual o sustento da mulher está embutido.

Atualmente observa-se mudança no que diz respeito às questões de trabalho. Hoje, muitas mulheres são chefes de família. Segundo Ventura (2009), há que se atentar para uma informação relevante: observa-se que, no período entre 1996 e 2006, o percentual de mulheres denominadas chefes de família, ou seja, aquelas que são responsáveis pelos custos das despesas familiares, aumentou. Acredita-se que esse crescimento possa estar relacionado à maior participação e destaque das mulheres no mundo do trabalho, fato este que permite uma maior contribuição feminina no rendimento familiar como também a maior expectativa de

vida das mulheres. Pode também estar relacionado ao aumento de uniões ou casamentos desfeitos e as outras mudanças culturais que apreciaram a autonomia das mulheres.

A autora ainda complementa que é interessante notar que, entre os diversos tipos de estrutura familiar, o que chama atenção é a maior proporção de mulheres “chefes” de família sem a presença do marido e com filhos maiores de 14 anos (29,4%).

Segundo Taquette (2007), a própria divisão tradicional de trabalho (homem no público, provedor da família, e mulheres no lar, nos cuidados domésticos) pressupunha um salário-família. Apesar de o feminismo procurar combater essa divisão em nome da igualdade de gênero e do direito das mulheres de atuarem também no público e na expectativa de os homens dividirem as atividades domésticas, a urgência crescente de todos os homens e mulheres trabalharem tem exigido e levado muitas mulheres ao mundo do trabalho em condições humilhadas e momentos inapropriados: frequentemente observa-se que a mulher não encontra um substituto apropriado para cuidar dos filhos. Ocorrem, então, as queixas da “dupla jornada” e da sobrecarga que acompanham essa nova “igualdade” na esfera do trabalho remunerado.

Canesqui (2010), em seu artigo Temas e Abordagens das Ciências Sociais e Humanas em Saúde na Produção Acadêmica de 1997 a 2007, reuniu 498 textos, incluindo resenhas de livros e artigos. O material foi analisado e classificado em oito temas, dentre eles gênero e saúde. Sob a perspectiva de gênero, incrementaram-se na área da Saúde Coletiva a partir da década de 2000, quando já era longa sua trajetória nas ciências sociais e na demografia por influência do feminismo.

Durante muitos anos, as diferenças entre sexos, no que diz respeito ao adoecimento e à morte, foram consideradas naturais, tendo sua explicação alicerçada na biologia, ciência neutra e objetiva. As diferenças mais evidentes eram relacionadas ao aparelho reprodutor, o que incluía não apenas doenças, como por exemplo, as mulheres podem ser agredidas por neoplasias de colo de útero, enquanto os homens podem ser acometidos pelo câncer de próstata, mas também

uma série de eventos associados à menstruação, à gestação, ao parto e ao puerpério, experiências estas limitadas exclusivamente às mulheres (AQUINO, 2005).

A autora ainda complementa que muitas outras doenças, como as cardiovasculares, apresentavam distribuição diferenciada entre mulheres e homens, mas isso poderia ser facilmente esclarecido pelo fato de a mulher apresentar maior proteção hormonal e pelo estresse naturalmente sofrido pelo homem (AQUINO, 2005).

A perspectiva de que existiria um ideal de masculinidade ou de feminilidade é correlata com a de gênero como uma estrutura de poder, que age indistintamente, mesmo que de modos múltiplos, sobre homens e mulheres. E, se é impraticável alguém tomar parte da cultura fora dos limites do gênero, sugere-se também que este direciona para uma idealização de homens e mulheres que, sendo complexa de ser cumprida na prática, pode se converter em sintoma ou agravo à saúde (VILLELA, 2005).

Segundo Madureira (2005), é comum a tradicional exclusão do homem da prática dos cuidados em saúde (consigo próprio e com outros), espaço considerado e direcionado às mulheres, e a dependência que os homens geralmente têm delas nesta arena ampliam a percepção da vulnerabilidade masculina.

Ao longo dos últimos séculos, o imaginário de corpo foi edificado a partir do olhar masculino que privilegiou o feminino. Vale ressaltar, no entanto, algumas diferenças no que diz respeito às representações desses papéis, ou seja, o masculino apresenta-se representado pela força, enquanto o feminino, pela beleza. Atualmente, esses aspectos são percebidos por um novo olhar e em diferentes matizes (HOFF, 2004).

Iniciando uma reflexão a respeito das diferenças biológicas sexuais do masculino e feminino, observa-se que as atribuições relativas a cada sexo modificam-se de acordo com o deslocamento do tempo, no espaço e nas diferentes situações que, na atual sociedade consumista, parecem dissolvidas no que se refere às noções de identidade, gênero e sexualidade (CEMIN; OTT, 2008).

É possível perceber que, na prática, ocorre a reprodução de alguns comportamentos relacionados à cultura e gênero que aprendemos desde o nosso nascimento. Avançando um pouco mais nessa discussão, Mattioda (2007) diz que a cultura é incorporada nas pessoas desde crianças, a diferença entre o masculino e o feminino. Observa-se que a família e a escola, desde cedo, pontuam as diferenças entre os meninos e as meninas, entre os homens e as mulheres. Assim, percebe-se que já se inicia a construção até mesmo antes de o bebê nascer, quando os pais, ansiosos pela chegada do filho, iniciam todo o planejamento do enxoval de acordo com o sexo.

Diante disso, a aquisição da identidade de gênero e o processo global da socialização do masculino ou do feminino estão profundamente relacionados às primeiras experiências com as pessoas que exercem as tarefas do cuidar do bebê e da criança (PRAZERES, 2003).

Para Conchão (2008), os papéis do feminino e masculino são edificados, decifrados, internalizados e personalizados, de acordo com as características peculiares de cada sociedade, do ciclo de suas vidas e de suas experiências subjetivas como homens e mulheres.

Ao alcançar a fase da adolescência, o ser que já personificou as imagens do masculino e feminino começa a imaginar o aspecto na sua visão ideal, da imagem corporal que a sociedade naquele contexto estabelece. É possível observar que os meninos ficam estimulados a ter corpos musculosos, atléticos enquanto as meninas buscam modelar seu corpo pautado no referencial masculino, afinal é a eles que pretendem mobilizar (BAGGIO et al., 2009).

Prazeres (2003) observou que, nos últimos anos, tem sido dada mais ênfase à relação existente entre os papéis sociais masculinos ou femininos, aos comportamentos que lhes estão associados, bem como ao impacto das relações interpessoais na saúde das populações.

É importante destacar que ao se falar em saúde, um ponto a ser questionado é como o homem se vê, e aqui destaco o resultado de uma pesquisa realizada com um grupo de adolescentes/jovens de um projeto de inclusão social com o objetivo de compreender os significados atribuídos aos papéis masculino e

feminino. O resultado evidenciou que os adolescentes/jovens atribuíram ao papel masculino o significado da “fortaleza e poder masculino”. Foram expressos pela força, virilidade, rigidez, controle e posse, representados por desenhos e imagens nos cartazes elaborados por eles. A fortaleza e a virilidade masculina também foram expressas por meio do órgão sexual masculino (PRAZERES, 2003).

Em outro estudo realizado por Nascimento et al. (2011) sobre as representações sociais de saúde e de doença e as práticas de saúde masculina junto a homens residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte-MG, entre 45 e 55 anos, As autoras evidenciaram que a falta de cuidado masculino com a saúde talvez esteja sendo superestimada. Elas são cautelosas em dizer que não se está afirmando que já se chegou a uma situação ideal. Entretanto, a presença do cuidado como elemento central para a representação de doença, a afirmação da realização de exames de rotina por um terço dos entrevistados e, finalmente, a afirmação de 52% dos sujeitos de cuidado efetivo com a própria saúde sugerem que não se tem que iniciar do zero.

O autor ainda acrescenta, quem sabe seja hora de dar início e investir em trabalhos que busquem não apenas as causas do não cuidado, mas sim as motivações identificadas por homens que cuidam de forma adequada da própria saúde, quem sabe a partir daí possa-se pensar em vislumbrar as motivações daqueles que não se cuidam da própria saúde.

Schraiber, Gomes e Couto (2005) ressaltam que temos presenciado nos últimos anos, na área da Saúde Coletiva e na das Ciências Sociais aplicadas à saúde, uma progressiva preocupação em colocar no centro da análise os homens e a(s) masculinidade(s). Carrara (2005) teceu alguns comentários referentes à história e aos possíveis significados da emergência dos homens – considerados categoria de gênero e não mais representantes universais da espécie humana – como objetos de pesquisa e intervenção científica.

Villela (2005), em seu artigo Gênero, Saúde dos Homens e Masculinidades, explica que, a grosso modo, para as mulheres, uma identidade de gênero edificada a partir de um ideal de maternidade decidiria o exercício da sua sexualidade. Para os homens, do exercício livre da sua sexualidade resultaria a sua

identidade de gênero, sendo o *gênero* a estrutura social que daria suporte a estes mecanismos identitários e de atuação. Este fato coloca os gays, que embora tenham uma identidade de gênero peculiar, a exercerem sua sexualidade de modo tão livre como qualquer outro homem, como mais um dos sujeitos a serem considerados quando se vai pensar sobre o tema "masculinidades". Explicado de outra forma, a condição para que um sujeito se identifique como gay é ter uma identidade – biológica e de gênero – masculina, ao menos inicialmente. Vale ressaltar que se queremos compreender, propositivamente, a questão "homens e saúde." Para conseguir essa compreensão é imperante analisar as práticas e necessidades dos homens gays em relação ao seu corpo e à saúde. Villela (2005, p. 1) nos alerta para questões que surgem em decorrência deste processo como:

Quais as consequências para a saúde da estetização e erotização pública do corpo masculino, trazido para a mídia por homens gays e hoje já generalizada? Existiriam diferenças qualitativas entre o desejado "cuidado de si", e o fisiculturismo, que recentemente, inclusive, provocou até a morte de jovens adolescentes no interior do País? A demanda atual para que os homens "cuidem mais da sua saúde" corresponderiam à crescente redução do trabalho de cuidar tradicionalmente exercido por mulheres no âmbito doméstico? Qual o limite entre a tentativa de levar os homens aos serviços de saúde e a medicalização dos seus corpos, fenômeno vivenciado e denunciado pelas mulheres, em especial entre as décadas de 1970 e 1980? E até que ponto a explosiva venda do Viagra e de seus similares não seria mais um atestado de que os homens não admitem limites ao exercício da sua masculinidade? (VILLELA, 2005, p. 1).

Rohden (2011) discute em seu artigo O Homem é Mesmo a sua Testosterona a promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. A autora destaca que trata da construção atual de novos diagnósticos médicos e de um correspondente mercado consumidor em potencial direcionados ao distúrbio androgênico do envelhecimento masculino ou andropausa, "doença" que acometeria os homens a partir dos 35-40 anos de idade. A expectativa utilizada centra-se nos estudos sociais da ciência e gênero e individualmente na necessidade de investigar as redes que surgiram no processo de construção dessa nova categoria. Ao analisar a produção científica e da trajetória da construção da andropausa como fenômeno de interesse público, surge um processo inédito de medicalização do homem e da sexualidade masculina, pautado na centralidade dos hormônios como modelo dominante no que diz respeito ao entendimento corporal. Vale ressaltar que nesse processo da andropausa e

medicalização, destaca-se a promoção de uma complicada vinculação simbólica que associa juventude, saúde, beleza e atividade sexual nos processos de patologização das fases ou de condições de vida e na recusa do envelhecimento.

Ao observar a sociedade ou até mesmo comportamentos domésticos percebe-se que o trabalho para o homem aparece como obrigação, algo que faz parte do seu ser. Talvez isso ocorra até mesmo por toda a história que o coloca numa posição de destaque no sentido de força física. Assim, cabe ao homem conseguir para si e seus dependentes, de forma digna, condições básicas de sobrevivência: alimento, habitação, vestuário, saúde, educação e lazer. Por fim, resta ao homem estar inserido no contexto social, como ser humano ativo e produtivo, participante, exercendo plenamente sua condição de cidadão (VILLELA, 2005).

Considerando a dimensão social do processo saúde-doença, Villela (2005) afirma que não há como negar as questões de gênero no processo de adoecer.

Para Schraiber, Gomes e Couto (2005), estudar especialmente o homem pode ser compreendido como uma proposta que vai contra o ponto de vista de gênero, uma abordagem que está se consolidando. No entanto, ressaltam que não há empenho da dimensão relacional de gênero, ao se focar, especificamente em um estudo, o homem ou a mulher, pois é sabido que o masculino só pode ser avaliado em relação ao feminino e vice-versa. Estudar o homem indica procurar a singularidade de um dos pares e clarear novas demandas de ressignificação do masculino, resultantes de deslocamentos advindos no campo do gênero. É imprescindível mudar o olhar para que, assim, se possa buscar uma saúde voltada a ele.

Gomes (2003) destaca que aspectos relacionados à percepção ou não da crise da masculinidade, em particular, e aos sentidos atribuídos à sexualidade masculina, em geral, causam reflexos no campo da saúde, divulgando e pontuando dificuldades, especialmente, no que se refere à promoção de medidas preventivas. É fácil exemplificar os problemas e dificuldades para se promover medidas preventivas que demandem a discussão da representação da sexualidade

masculina. Entre eles, podemos enfocar a atenção para a prevenção do câncer de próstata.

No Brasil, o câncer de próstata é, sabidamente, um grave problema de saúde pública. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens (atrás apenas do câncer de pele não melanoma). Em valores absolutos, é o sexto tipo mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de cânceres. Em relação à taxa de incidência, esta é cerca seis vezes maior nos países desenvolvidos quando comparada com a dos países em desenvolvimento. O INCA apresenta que a estimativa de novos casos é de 60.180 (2012), sendo que, em 2009, ocorreram 12.274 mortes por câncer de próstata (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2012).

Ainda segundo o INCA, a detecção precoce do câncer de próstata é de fundamental importância para que se aumentem as possibilidades de cura. Entre as medidas preventivas, ressalta-se o toque retal exame que deverá ser realizado por profissionais de medicina.

Gomes (2003) ressalta que o toque retal é, relativamente, uma medida profilática de baixo custo. No entanto, sabe-se que é um procedimento que mobiliza o imaginário masculino, e esse fato é tão importante a ponto de afastar inúmeros homens da prevenção do câncer de próstata. É importante perceber que essa rejeição não pode ocorrer, essencialmente, por falta de informações sobre a efetividade dessa medida preventiva. Quando arrebatados pelo senso comum, homens com informações necessárias também apresentam comportamentos de resistência no que diz respeito a se prevenirem. Dessa forma apresentam-se vulneráveis ao acometimento da doença.

O autor complementa que no entanto, observa-se que a mulher não apresenta tanta resistência no que diz respeito à prevenção, apesar de ainda apresentar deficiências. Verifica-se que elas oferecem maior adesão ao realizar o exame preventivo quando comparadas com homens. Existe uma cultura muito forte associada ao toque das partes íntimas do corpo masculino sem relação às questões sexuais, fato que dificulta a prática de exames preventivos, por exemplo, o de câncer

de próstata.

É ascendente a produção de pesquisas que abordam a relação homens e saúde, especialmente direcionadas aos temas como acesso e uso de serviços (FIGUEIREDO, 2005) perfis de morbimortalidade (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005) e representações sobre saúde e adoecimento em grupos sociais peculiares (FIGUEIREDO, 2008; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Pinheiro et al. (2002), em seu artigo *Gênero, Morbidade, Acesso e Utilização de Serviços de Saúde no Brasil*, delineiam um panorama sobre morbidade mencionada, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Os recortes etário e de sexo, despontam que, em termos da auto-avaliação do estado de saúde, 23,5% das mulheres e 18,2% dos homens referem seu estado de saúde como deficiente. A pesquisa também pontua para assinaladas diferenças por sexo quanto ao motivo da procura de serviços de saúde, mesmo quando excluídos os partos e os atendimentos de pré-natal. É nítido que as mulheres buscam mais serviços de saúde para prática de exames de rotina e prevenção (40,3% mulheres e 28,4% homens), enquanto os homens buscam mais serviços de saúde por motivo de doença (36,3% homens e 33,4% mulheres). Apesar disto, quando investigado o tipo de serviço procurado, observa-se que os de Atenção Primária à Saúde (APS) são os mais mencionados por ambos os sexos (32,6% nas mulheres e 30,2% nos homens). Vale destacar que a procura de pronto-socorro, farmácia e ambulatório de sindicato prevalecem entre os homens, enquanto ambulatórios especializados (ambulatório de clínica) são mais procurados pelas mulheres.

Para Braz (2005), a questão relacionada ao homem aparentemente não consta da pauta de prioridades das políticas públicas de saúde em nosso país. Esse fato ocorre não porque o homem se apresenta com menos doenças, mas pela resistência de ele buscar os serviços de saúde. Embora as mulheres estejam inclusas em níveis maiores de morbidades e adoecimentos, os homens são os maiores índices de mortalidade e essa questão tem sido pouco abordada e discutida.

Em outro estudo, Gomes et al. (2011a) apontam que há de se atentar para o fato de os serviços de saúde não reconhecerem a singularidade dos

homens, fato este que pode trazer dificuldades para que esses sujeitos incorporarem-se como protagonistas de seus cuidados.

Os homens reprimem suas necessidades de saúde e apresentam dificuldades para expressá-las, buscando menos que as mulheres o atendimento dos serviços de saúde. É possível observar que, na atenção primária, essa situação torna-se mais enfática, pois os serviços são designados principalmente às mulheres, às crianças e aos idosos (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO et al., 2002). Para os homens, o ambiente das unidades básicas de saúde são feminilizados, o que desenvolve neles a sensação de não pertencimento àquele espaço. Da parte dos serviços, estudos mostram que o sistema de cuidados edifica um comportamento de saúde dentro da referência dominante de atribuições de gênero, direcionando à invisibilidade dos homens (SCHRAIBER, 2005). Assim, os serviços de atenção primária apresentam dificuldades para acionar práticas de prevenção e promoção da saúde dos homens.

No campo da saúde, os estudos de gênero têm sido aproveitados especialmente quando se aborda a saúde da mulher. A autora destaca que os trabalhos que abordam a masculinidade e sua interseção com a saúde só começam a receber destaque a partir do final da década de noventa, incentivados pela expansão da epidemia de AIDS (AQUINO, 2006).

É possível observar que a afinidade entre algumas marcas de gênero e certos agravos à saúde surge, por exemplo, na reflexão sobre o exercício da sexualidade masculina, em que a disseminação do HIV entre mulheres e, posteriormente, entre homens que se identificavam como heterossexuais, ilustrou de modo dramático uma das implicações da norma socialmente imposta aos homens e aceita tranquilamente pela sociedade em geral, da prática sexual intensa e desregrada, múltipla e variada, como declaração de "virilidade". A epidemia de Aids também apontou que estas múltiplas parcerias podiam se dar com corpos masculinos ou femininos, independente de o homem se identificar como "homem" e heterossexual, o que ressalta a complexa relação que existe entre as idéias de "homens", "masculinidades" e as práticas sexuais. Tal complexidade serve, dentre outras coisas, para informar e alertar o profissional de saúde que a investigação sobre a forma de obter prazer sexual deve constar das anamneses clínicas, devendo

ser realizada em todos os indivíduos, independente da forma como a pessoa se identifica ou do que a sua performance corporal sugere (VILLELA, 2005).

O autor ainda pontua que é possível perceber que além da epidemia de AIDS, há um aumento progressivo da visibilidade de gays, lésbicas, transexuais e travestis, fato este que tem acarretado demandas peculiares de saúde aos sistemas e serviços. Esta população reivindica espaços para atendimento de gays que possuam profissionais capacitados em questões de saúde sexual de homens que fazem sexo com homens e também em saúde mental, para auxiliar a lidar melhor com questões relacionados ao preconceito, à estigmatização e à violência de que são vítimas, bem como à ampliação do acesso à cirurgia de readequação sexual, incluindo o tratamento prévio com hormônios e silicone. É essencial pontuar que estas demandas não apenas auxiliam a aprofundar as diretrizes do SUS de universalidade e equidade, como também incentivam a crítica ao caráter binário que se atribui ao gênero, e reforçam a suposição de que gênero e sexualidade se constituem em esferas distintas da experiência humana, e que sua vinculação se dá de modo diverso, quer seja de homens ou de mulheres, em função do papel que cada um exerce na reprodução (VILLELA, 2005).

Figueiredo e Schraiber (2011) encontraram em sua pesquisa que, em relação aos sujeitos que foram pesquisados, eles constroem uma multiplicidade de representações acerca do modo como se vive a masculinidade. Percebe-se uma variedade de concepções para a possibilidade de ser homem ou ser mulher. Os resultados apontaram seis categorias que predominaram nos discursos dos entrevistados, sendo eles: trabalho, corpo, sexualidade, a contraposição à mulher e as transformações nas relações de gênero.

Os autores ainda destacam a categoria trabalho como valor moral para a provisão da família:

Para os usuários, o sentido moral que os leva a se afirmarem como sujeitos dignos e de bom caráter funda-se em atitudes e condutas consideradas necessárias para serem reconhecidos como sujeitos detentores de tais valores. Entre tais atitudes, o trabalho assume uma dimensão central, pois permite que os homens "cumpram com suas obrigações". Nesse sentido, o ser identificado como trabalhador confere ao homem uma virtude moral dignificante, afirmando-o perante os outros, proporcionando-lhe reconhecimento social: "*Ser homem idealmente, para começar, é você ter*

*dignidade. Você ser honesto e cumprir com suas obrigações em todo sentido, entendeu?" (Edmundo, 58 anos) (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011, p. 1).*

Gomes et al. (2011b) discutiram em seu artigo *Os homens não Vêm!* a ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. Tratou-se de uma pesquisa que se baseia em uma análise qualitativa de entrevistas individuais semi-estruturadas de vinte profissionais e do material de dois grupos focais com doze trabalhadoras de nível médio de enfermagem de dois serviços de saúde em atenção primária do município do Rio de Janeiro (RJ). Os autores debruçaram na discussão da ausência e/ou invisibilidade masculina nos serviços de atenção primária, com precedente ausência da inclusão dos homens nos cuidados preventivos. Os dados da pesquisa assinalam para duas dimensões que devem ser foco de atenção, sendo elas: a estrutural e a simbólica. A estrutural desvenda precário investimento na organização do serviço numa perspectiva de gênero, reforçando o senso comum de que os homens não são usuários da atenção primária. A simbólica descreve a não consideração de temas do universo masculino, como por exemplo, o problema que homens têm em se despir para o profissional, exigindo uma privacidade no atendimento.

Os autores complementam que trabalhar nessas questões pode ser um caminho que venha contribuir na transformação das práticas que tornam os homens invisíveis nos programas de saúde de atenção primária, separando-os da condição de cuidadores de si e dos outros. É imprescindível caminhar na lógica de avaliar a satisfação do homem em relação aos serviços de saúde, o que pode contribuir para que eles possam repensar suas ações. Assim, quem sabe, poderão atender às demandas de seus usuários masculinos. Escutar dos próprios sujeitos pode ser um dos caminhos a ser percorrido para essa adequação, permitindo avaliar a satisfação ou insatisfação desses usuários em relação ao atendimento que lhes é oferecido.

Continuando com este pensamento, encontramos Costa et al. (2008), que, em seu estudo, apresentou uma análise reflexiva dos métodos de avaliação em saúde em uma perspectiva do cuidado pensado e praticado, partindo das necessidades dos usuários. Diversas são as formas e abordagens dos processos avaliativos na busca de uma melhor apreensão do objeto de avaliação.

Nesse contexto, a satisfação do usuário aparece como um indicador de qualidade dos serviços de saúde, atrelada à maior adequação e promoção de reais mudanças nas práticas de saúde. A valorização da presença do usuário no processo avaliativo permitirá uma peculiar atuação, repensando as práticas atuais de saúde – quem sabe tornando-as mais humanas, acolhedoras e, portanto, mais resolutivas.

A percepção dos usuários acerca do serviço, além de se relacionar com suas expectativas, divulga o modo como ele se apropria da cultura dominante, fato que poderá influenciar seus discursos e argumentos a respeito do que valoriza ser um bom serviço ou uma boa prática de atenção à sua saúde (GOMES et al., 2011a).

Costa et al. (2008) destacam que a avaliação em saúde, como proposta indutora de mudanças, deve pautar em um método que tenha como prioridade a participação e a inclusão do usuário nas atividades inerentes ao próprio processo, ponderando-o não como um evento desconexo, mas sim interativo, promocional e emancipador/libertador. Para que isso ocorra, é necessário compreender que devem ser superadas propostas isoladas, incapazes de compreender a realidade – principalmente o contexto e os seus múltiplos significados – de cada região, desconsiderando seus sujeitos.

Os autores ainda acrescentam que é imprescindível não só originar informações, mas utilizá-las, aplicá-las para a produção de melhoria das condições de vida incluída a saúde de uma população. Deste modo, a avaliação da satisfação do usuário apresenta-se de fato, como um instrumento potencializador nos estudos das relações interpessoais no âmbito dos serviços de saúde.

Complementando, Gomes et al. (2011a) destacam a necessidade de se confeccionar pesquisas direcionadas para identificar a percepção de homens usuários na atenção básica sobre o atendimento a eles prestados, uma vez que, na literatura, tais estudos apresentam-se escassos, ou até mesmo inexistentes em termos de realidade nacional.

Canesqui (2010) reforça que há necessidade de discussão de uma agenda que seja capaz de diversificar a pauta e aumentar o objetivo temático das contribuições das ciências sociais e humanas em saúde. Seria recomendável, tendo-

se em vista sua importância para a produção e o aperfeiçoamento do conhecimento sobre saúde e doença da população, sobre mudanças na sociedade, sobre política e os serviços.

Segundo a Organización Panamericana de la Salud (LOLAS STEPKE, 2000), nos passos para alcançar as metas de equidade no campo da saúde, como a saúde para todos, é necessário partir do reconhecimento básico de que “todos” somos iguais. É sabido que há diferenças entre países e regiões e a disparidade em relação à saúde que refletem nas estatísticas e nos perfis de saúde.

A construção deste capítulo teve como objetivo fazer uma reflexão sobre gênero e saúde. De forma alguma teve a pretensão de esgotar um assunto relevante e tão complexo, mas sim a de nos enriquecer com algumas experiências dos diversos autores que foram apresentados. Pode-se perceber que não há como pensar em saúde de forma isolada, estática. Há que se pensar que esta só existe se existir também um contexto. Assim, ao refletir as questões gênero e saúde, foi possível entender que elas estão interligadas. Quando se fala em gênero, não há como não pensar na sociedade, nos valores; não há como não refletir sobre os papéis destinados ao homem e à mulher e todos os frutos advindos desse processo. São questões arraigadas no íntimo do indivíduo, que imperam de forma gritante nas diversas questões. Neste capítulo, busquei contemplar as relacionadas ao gênero e à saúde, quer seja na compreensão do conceito e contextos que envolvem a saúde, quer seja na construção e implementação de políticas públicas que devem primar por uma assistência humanizada individualizada e independente de gênero. Afinal, simplesmente nos reportando à Constituição Federal do Brasil, a saúde é direito de todos e dever do Estado.

#### **1.4 PROGRAMAS DO SUS VOLTADOS À SAÚDE DO HOMEM**

Anteriormente à concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, o Ministério e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde operavam basicamente na área de prevenção de doenças, com destaque às doenças transmissíveis, utilizando-se de recursos como os programas verticais, campanhas de vacinação e de controle de endemias rurais e urbanas. Quanto ao acesso da

população a serviços de assistência médica, os brasileiros eram repartidos em três grupos: os que tinham condições de pagar inteiramente pelos serviços médicos, os trabalhadores segurados com acesso à rede de Previdência social e a população rural e indigente, ou seja, aqueles sem qualquer direito explícito e escasso ou nenhum acesso aos cuidados médicos pessoais (BRASIL, 2005).

O Brasil institucionalizou o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros com a promulgação da Constituição Federal em 1988, quando criou o Sistema Único de Saúde (SUS). As discussões prévias, consolidadas na VIII Conferência de Saúde e materializadas na Constituinte pela luta dos sanitaristas, gestores e políticos comprometidos com a reforma do sistema vigente ofereceram ao povo brasileiro a oportunidade de efetivar um sistema integrado e gratuito que cuida da prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde, fortalecendo a cidadania (BRASIL, 2011a, p. 7).

Corroborando esse pensamento, Cohn (2009) complementa que a Constituição Federal de 1988 foi, com certeza, o que marcou a história da democracia brasileira, em especial no que tange aos direitos sociais. A partir daí, no caso da saúde, contava-se com um marco legal que delineava o organograma institucional do sistema de saúde brasileiro, com seus princípios e diretrizes, e que chegaria a ser edificado a partir de então.

Na XII Conferência Nacional de Saúde, a definição de saúde torna-se expandida, não sendo mais vista somente pelo prisma da biomedicina, mas, sim, muda-se a forma de pensar. Então, a saúde fica definida como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Tal definição requer perceber o indivíduo de forma holística e entender saúde como qualidade de vida (BRASIL, 2003).

Nesse mesmo documento, o conceito de cidadania que a Constituição assevera deve ser demonstrado nas condições de vida e da participação social da população (BRASIL, 2003).

Fazendo um retrospecto, é possível perceber que, no decorrer da história, ocorreram relevantes mobilizações sociais, com destaque ao movimento da reforma sanitária, que envolveu trabalhadores do setor saúde, setores acadêmicos e população e resultou na organização da VIII Conferência Nacional de Saúde e na

mobilização e articulação para aprovação do texto da Constituição Federal outorgada pelo Congresso Nacional em 1988, a qual definiu a saúde como “um direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 2005). Nesse documento, ficaram estabelecidas também as fundamentais diretrizes do Sistema Único de Saúde, a saber:

- I. Universal, permitindo o acesso irrestrito a todos os brasileiros;
- II. Descentralizado, com ênfase na gestão municipal (local);
- III. Com redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, permitindo mecanismos de integração e sistemas de referência;
- IV. Integral, oferecendo todos os tipos de serviços, voltados à promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação;
- V. Com gestão única em cada esfera de governo e
- VI. Com participação e controle da comunidade.

Para a regulamentação do Sistema foi ainda aprovada, pelo Congresso Nacional, a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. De acordo com o Capítulo IV (da Competência e das Atribuições), SEÇÃO I (das Atribuições Comuns), o Art. 15 define atribuições dos 3 níveis de governo (federal, estadual e municipal (BRASIL, 2013), enquanto a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 2013).

O SUS é tido como a política de maior inclusão social praticada no Brasil e, em se tratando de termos constitucionais, representa em afirmativa política do compromisso do Estado brasileiro para com seus cidadãos. É notório que seu progresso é expressivo, mas há que admitir que continuam problemas a serem encarados para consolidá-lo de fato como um sistema público universal e equânime. Sem dúvida esse é o desafio de todos (BRASIL, 2011a).

Victora et al. (2011) destacam em seu artigo Condições de Saúde e Inovações nas Políticas de Saúde no Brasil: o caminho a percorrer que é possível perceber um progresso apreciável em determinados aspectos das condições de saúde da população e do sistema de saúde, porém em franco contraste com a estagnação ou mesmo decadência de outros indicadores. O Brasil encontra-se como uma das dez maiores economias globais, mas ainda tem um extenso caminho a cursar até chegar os níveis de saúde vigorantes nas nações mais bem-sucedidas do mundo.

Apesar das dificuldades ainda encontradas no SUS, não podemos deixar de reconhecer as conquistas. Desta forma, será apresentado a seguir um quadro que foi elaborado pautado nas informações contidas no manual intitulado: O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios (BRASIL, 2009a). De tal modo, será possível contemplar alguns programas/políticas já implantados no SUS.

Quadro 2 – Programas / Políticas implantados no SUS

<b>PROGRAMAS/POLÍTICAS</b>	<b>ATRIBUIÇÃO</b>
<b>Melhor em Casa</b>	Tem como objetivo ampliar o atendimento domiciliar aos brasileiros no Sistema Único de Saúde (SUS),
<b>Combate à Dengue</b>	Visa a desenvolver ações para o controle da doença
<b>S.O.S Emergências</b>	Ação estratégica e gradativa para qualificar a gestão e o atendimento nas urgências do SUS.
<b>Farmácia Popular</b>	Visa ampliar o acesso da população aos medicamentos essenciais, comercializados por preços mais baixos do que os apresentados no mercado.
<b>Academia da saúde</b>	Objetiva estimular a criação de espaços públicos apropriados para a prática de atividade física e lazer.
<b>Saúde da Família</b>	Criado em 1993. O objetivo da Saúde da Família é atuar na manutenção da saúde e na prevenção de doenças, interferindo, assim, no modelo focado somente no modelo hospitalar.
<b>Pronto Atendimento</b>	São Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 h. São estruturas de complexidade intermediária entre as UBS e as portas de urgência hospitalares.
<b>Doação de Órgãos</b>	Trata-se de uma ação do Ministério da Saúde,

	que visa conscientizar a população sobre a importância da doação de órgãos.
<b>Projeto Expande</b>	Lançado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) e o Ministério da Saúde. Tem como objetivo estruturar a integração da assistência oncologia no Brasil.
<b>Cartão Nacional de Saúde</b>	Instrumento que visa a possibilitar a vinculação dos procedimentos executados, no âmbito do SUS, ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados.
<b>SAMU 192</b>	O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência do Ministério de Saúde tem objetivo de prestar assistência à população em situação de urgência.
<b>De Volta para Casa</b>	Propõe a reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais e egressas de longas internações.
<b>Olhar Brasil</b>	Tem o objetivo principal de identificar problemas visuais em alunos matriculados na rede pública de Ensino Fundamental e em pessoas com mais de 60 anos de idade.
<b>Bancos de Leite Humano</b>	Visa a promover a expansão quantitativa e qualitativa dos bancos de leite humano no Brasil.
<b>Controle do Tabagismo</b>	Suas ações objetivam prevenir doenças e diminuir a incidência do câncer e de outras doenças associadas ao tabaco.
<b>HumanizaSUS</b>	Trata-se de uma Política Nacional de Humanização amparada em estratégias construídas por gestores, trabalhadores e usuários do SUS para qualificar a atenção e gestão em saúde.
<b>Programas de Controle do Câncer</b>	Têm como objetivos oferecer subsídios para o avanço do planejamento das ações de controle desses tipos de câncer, no contexto da atenção integral à saúde da mulher no Brasil.
<b>QualisSUS-Rede</b>	Trata-se de uma estratégia de apoio à organização das redes de atenção à saúde.
<b>Brasil Sorridente</b>	Envolve um conjunto de ações estratégicas que têm por objetivo ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira.
<b>DST/Aids (PN-DST/AIDS)</b>	Tem como missão reduzir a incidência de

	HIV/aids e melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids. Para isso, formula políticas, diretrizes e estratégias que orientam ações de promoção à saúde, de prevenção e de assistência.
<b>Malária</b>	Tem como objetivos gerais reduzir a morbimortalidade por malária, reduzir a transmissão em áreas urbanas da Amazônia e manter a ausência de transmissão nas áreas onde a doença foi interrompida.
<b>Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos</b>	Traz ações, gestores, órgãos envolvidos, prazos e origem dos recursos, com abrangência de toda a cadeia produtiva relacionada à inserção das plantas medicinais e fitoterápicas e desenvolvimento do serviço no SUS.
<b>Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional</b>	Visa a garantir o acesso da população aos medicamentos importados para o tratamento de doenças de rara incidência, portanto, classificados como “excepcionais”.
<b>Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino</b>	Mecanismo que reconhece instituições hospitalares como sendo de ensino, assegurando condições adequadas de formação para os profissionais da área da Saúde (de acordo com critérios mínimos, estabelecidos pela Portaria Interministeriais MS/MEC nº 1.000, publicada pelos Ministérios da Educação e da Saúde).
<b>Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (Pnass):</b>	Objetiva avaliar os serviços de saúde do SUS, buscando apreender, da forma mais completa e abrangente possível, a realidade em que os mesmos se inserem, em suas diferentes dimensões.
<b>Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)/ Psiquiatria</b>	Institui um processo sistemático e anual de avaliação e supervisão da rede hospitalar especializada de psiquiatria, assim como em hospitais gerais com leitos psiquiátricos, com o objetivo de avaliar a assistência prestada nos hospitais psiquiátricos brasileiros vinculados ao SUS.
<b>Programa Nacional de Triagem</b>	Tem como objetivo promover a detecção de

<b>Neonatal (PNTN)</b>	patologias congênitas em fase pré-sintomática em todos os nascidos vivos, permitindo o tratamento precoce e, conseqüentemente, diminuindo a morbidade, suas conseqüências e a mortalidade gerada pelas doenças triadas.
<b>Programa Produtos Dispensados de Registro (Prodir)</b>	É um sistema da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde, de fiscalização de alimentos que possibilita o monitoramento, pela Internet, de 44 categorias de alimentos dispensados de registro por oferecerem pouco risco sanitário à população
<b>Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF):</b>	Consiste na suplementação medicamentosa de sulfato ferroso para todas as crianças de 6 meses a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto, com o objetivo de reduzir a prevalência de anemia por deficiência de ferro dessa população em todo o país.
<b>Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A</b>	Busca reduzir e erradicar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de seis a cinquenta e nove meses de idade e mulheres no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar), residentes em regiões consideradas de risco para essa deficiência.

Fonte: Brasil (2009a).

Ao se falar do SUS, aproveito o momento para destacar que o Estado reconheceu que há necessidade de pensar nas questões que envolvem a saúde do homem, e sua preocupação foi expressa por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em agosto de 2009. No referido documento, o Ministério da Saúde afirma que “os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer” (BRASIL, 2009a). Ainda nessa política, o Estado assume o desafio de demolir as barreiras “socioculturais e educacionais” e garantir a ampliação das ações e serviços de saúde.

Contudo, faz-se necessário rememorar a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem e seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2009c).

O Ministério da Saúde, nos 20 anos do SUS, apresenta uma das prioridades desse governo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, desenvolvida em parceria entre gestores dos SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional (BRASIL, 2009c, p. 3).

A proposta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem aponta para a necessidade de qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de cuidado que resguarde a integralidade da atenção. É preciso reconhecer que a população masculina busca o sistema de saúde através da atenção especializada muitas vezes em condições em que doença já se encontra em estágio grave. Essa realidade aponta que é imperioso investir em mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária para que, assim, a atenção à saúde não se reduza à recuperação, garantindo, principalmente, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis (BRASIL, 2008a).

Os autores complementam que o PNAISH, além de demonstrar as principais causas de morbi-mortalidade na saúde do homem, aponta a necessidade da consideração de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, levando em consideração que representações sociais sobre a masculinidade afetam a procura da atenção primária, bem como refletem, de maneira crucial, na vulnerabilidade dessa população às circunstâncias de violência e de risco para a saúde (BRASIL, 2008a).

Continuando, na referida política, é possível encontrar as principais enfermidades e agravos à saúde do homem, motivos pelos quais efetivamente buscam o sistema de saúde. Quanto ao diagnóstico os autores realizaram uma classificação didática, sendo elas: Indicadores demográficos, Violência, População privada de liberdade, Alcoolismo e Tabagismo, Pessoa com deficiência, Adolescência e Velhice, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Indicadores de Mortalidade, Causas externas, Tumores, Outras causas de mortalidade. Quanto aos indicadores de mortalidade, foram considerados em Causas externas, Tumores e Outras causas de morbidade (BRASIL, 2008a).

Vale destacar que a metodologia utilizada na construção da PNAISH se constituiu perante um recorte estratégico dessa população, enfocando, assim, homens adultos. Tal estratégia foi pensada ponderando que meninos e idosos são

conduzidos aos serviços de saúde. O recorte quanto à faixa etária foi homens compreendendo a faixa de 25 a 59 anos. Embora não configurasse exceção da população alvo da política, constituiu uma estratégia metodológica indispensável para o atendimento ao desafio a ser enfrentado na atenção especializada (BRASIL, 2008a).

Este grupo etário corresponde a 41,3 % da população masculina ou a 20% do total da população do Brasil. Ele corresponde a parcela preponderante da força produtiva, e além do mais, exerce um significativo papel sociocultural e político (BRASIL, 2008a, p.8).

Quanto aos princípios, visa a nortear as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, zelando pela humanização da atenção. Quanto às diretrizes, estas foram organizadas pensando nos conceitos integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade, sendo guiadas pela humanização e qualidade da assistência, princípios que devem permear todas as ações realizadas em saúde (BRASIL, 2008a).

Em relação aos objetivos, almeja promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, colaborando, de maneira eficaz, para a diminuição da morbidade e mortalidade, por meio do enfrentamento racional das diversas variáveis que envolvem esse contexto. As responsabilidades institucionais da PNAISH foram estabelecidas pautadas nas diretrizes provindas do Pacto pela Saúde 2006, acatando a autonomia e as competências das três esferas de governo, sendo elas a União, estados e municípios (BRASIL, 2008a).

Para concluir o breve mapeamento da PNAISH, no capítulo 10, os autores destacam a necessidade da avaliação dessa política e explicam que a mesma deverá ocorrer “de acordo com as pactuações realizadas em âmbito federal, estadual e municipal, com destaque para o monitoramento dos indicadores do Pacto pela Vida” (BRASIL, 2008a).

Apesar de a saúde ser um direito garantido por lei, como citado na Constituição Federal Brasileira, no Art. 196 diz-se que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 1).

Observa-se que as políticas públicas não conseguem contemplar todas as necessidades dos indivíduos. Assim, outros desafios vão surgindo, o panorama das doenças vai se modificando e as intervenções vão sendo pensadas e implantadas, às vezes de maneira não tão dinâmica e resolutivas como se espera.

Finalizando, segundo Campanucci e Lanza (2011), somente a partir dos resultados de diversas pesquisas e de um minucioso diagnóstico a respeito da situação de saúde dos homens brasileiros, o Estado reconheceu que a forma de socialização da população masculina interfere e compromete expressivamente seu estado de saúde, e que a condição de saúde dos homens no Brasil é um problema de saúde pública. Assim, começou a prestar atenção nesse novo e grande desafio.

## **CAPÍTULO II**

### **PROPONDO OS OBJETIVOS DO ESTUDO**

Diante das exposições a que o homem está sujeito no decorrer da vida, que podem ser fatores limitantes e, muitas vezes, levá-lo a desenvolver doenças que, se não diagnosticadas e tratadas a tempo, poderão comprometer sua saúde e levá-lo ao óbito, pretende-se com este estudo:

- compreender a experiência interacional homem-processo saúde-doença de usuários de serviços de emergência;
- propor um modelo representativo dessa experiência.

Isso implica entender o homem em todas as suas dimensões, considerando suas suposições, valores e crenças, padrões de comportamento, sutilezas, organização e, principalmente, sua percepção em relação aos cuidados com a sua saúde. Essa compreensão nos permitirá propor um modelo representativo que poderá ser utilizado na elaboração de estratégias voltadas à atenção à saúde do homem.

# CAPÍTULO III

## DESCREVENDO O MÉTODO

### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Segundo Strauss e Corbin (2008), a pesquisa qualitativa é definida como qualquer tipo de pesquisa que produza resultados até então não alcançados, por meio de procedimentos estatísticos ou outros meios de quantificação. Os autores ainda complementam que pode se referir à pesquisa sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos, e também sobre o funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenômenos culturais e interação entre nações.

A pesquisa qualitativa responde a inquietações muito específicas. Ela se preocupa, nas crenças sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Dessa forma, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2005).

O método qualitativo ainda é recomendado quando se tem pouco conhecimento sobre um fenômeno ou se pretende descrevê-lo de acordo com o ponto de vista do sujeito. Ademais, esse tipo de pesquisa, geralmente, é conduzido no ambiente natural, a fim de que o contexto no qual o fenômeno ocorre seja considerado como parte dele (FIELD; MORSE, 1985).

Para essas autoras, as abordagens qualitativas são indutivas. Isso significa que hipóteses e teorias emergem durante o procedimento de coleta e análise dos dados, onde o pesquisador examina os dados buscando descrições, padrões e relações hipotetizadas do fenômeno para, então, retornar ao campo para obter mais dados e testar a hipótese. Dessa forma, a teoria vai sendo construída passo a passo, ajustando-se ao contexto da pesquisa e sendo relevante somente para esse período de tempo.

## 3. 2 CENÁRIO DA PESQUISA E ATORES DO ESTUDO

### 3.2.1 Breve histórico da cidade de Londrina

O norte do Paraná, uma região de terra roxa muito fértil, era, até poucas décadas atrás, uma extensa floresta. A colonização franca foi assinalada pela ousadia de homens que saíram de Minas Gerais ou de São Paulo e foram chegando à área de Cambará entre 1904 e 1908. Enquanto isso, amplas áreas de terra roxa de comando estadual, localizadas a oeste do Rio Tibagi, continuavam praticamente inexploradas, sofrendo os efeitos de um arrastado e inútil plano de colonização do governo. Em 1920, percebia-se uma séria insatisfação em relação às expectativas de ocupação da área em virtude da demora do Estado.

Existiam recursos financeiros limitados e uma visível incapacidade oficial. O quadro se agravou com a deflagração da Primeira Guerra Mundial, que não apenas travancou o fluxo de imigrantes, mas também provocou desconfiança naqueles que já se localizavam na região.

O governo estadual começa, a partir de 1922, a ceder terras a empresas privadas de colonização, preferindo usar seus recursos na constituição de escolas e estradas. A história da Companhia de Terras Norte do Paraná inicia-se em 1924. Esta era subsidiária da firma inglesa Paraná Plantations Ltd., que deu grande impulso ao processo de desenvolvimento na região norte.

A Companhia realizou algo que resultou no *slogan* de que “a mais notável obra da colonização que o Brasil já viu” foi à divisão dos terrenos em lotes relativamente pequenos. Com certeza, os ingleses promoveram, dessa forma, uma verdadeira reforma agrária sem influência do Estado no norte do Paraná, proporcionando aos trabalhadores sem posses a oportunidade de tomarem os pequenos lotes, já que as formas de pagamento eram adequadas às condições de cada comprador. Tal proposta atraiu e incentivou muito a concentração da produção, principalmente da cafeeira, a explosão demográfica, a expansão de núcleos urbanos e o surgimento de classes médias rurais.

Em 1929, surgiu Londrina como o primeiro posto avançado desse

projeto inglês. Na tarde do dia 21 de agosto de 1929, chegou a primeira expedição da Companhia de Terras Norte do Paraná ao local denominado Patrimônio Três Bocas, local em que o engenheiro Dr. Alexandre Razgulaeff cravou o primeiro marco nas terras onde nasceria Londrina. O belo nome da cidade foi uma homenagem oferecida a Londres - “pequena Londres”, pelo Dr. João Domingues Sampaio, um dos primeiros diretores da Companhia de Terras Norte do Paraná.

Londrina se estabilizou como Polo Regional de bens e serviços e se tornou, absolutamente, a terceira mais importante cidade do Sul do Brasil na década de 90, quando foi desenvolvido o primeiro Plano Diretor. Nesse momento, a cidade oferecia uma estrutura voltada para áreas residenciais em praticamente todo seu território, sobressaindo à região central em virtude do desenvolvimento da construção civil, que era evidenciada através de inúmeros edifícios de padrão médio e alto. A região norte da cidade, que nas décadas anteriores se enquadrava como região rural, revelou-se como maior área residencial da cidade, apresentando uma concentração de conjuntos habitacionais financiados pelo BNH (LONDRINA, 2013).

O município de Londrina encontra-se localizado no norte do estado do Paraná e fica afastado 379 km de sua capital, Curitiba. Em relação à área, possui uma total de 1.650,809 km<sup>2</sup> e temperatura média anual de 20°C (LONDRINA, 2013).

Segundo dados revelados pelo censo de 2011 do IBGE (2012b), a população londrinense é constituída de 511.278 habitantes, o que a coloca como a segunda cidade mais populosa do Paraná e a quarta maior cidade do Sul do Brasil. Reconhecida como importante centro regional, suas atividades desenvolvem-se no comércio, serviços e agroindústrias. Sua região metropolitana, da qual é sede, possui 801.756 habitantes.

Este estudo foi realizado com homens com crise hipertensiva, atendidos no Pronto Socorro (PS) do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HURNPR) no ano de 2010. Foram elencados homens que foram atendidos do PS com diagnóstico médico de crise hipertensiva, por entender que tal condição o deixaria em situação de vulnerabilidade quanto a sua saúde, portanto colocando-a em risco.

A Instituição situa-se no Centro de Ciências da Saúde (CCS) do

câmpus da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e cumpre a missão do exercício do ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade. Trata-se do maior hospital público do Norte do Paraná, atendendo pacientes oriundos de 250 municípios. Possui 294 leitos para a assistência de alta complexidade de todas as especialidades médicas, assim como oferece atendimento ambulatorial.

Realiza, mensalmente, a média de 1.000 internações, 600 cirurgias, 71.900 atendimentos no Pronto Socorro e 9.100 atendimentos ambulatoriais. Conta com 1.650 servidores, incluindo docentes da área de enfermagem, medicina e fisioterapia (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2010).

### **3.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS**

Antecedendo a coleta de dados, submeteu-se o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa do HURNPR, processo número CEP 34244/2010 – CAAE: 0275.0.268.000-10. Ele recebeu aprovação por meio do Parecer CEP/UEL 277/2010, em 12 de maio de 2011 (Anexo A). Após a realização do trabalho, foi encaminhado novamente a esse comitê para alteração no título da pesquisa (Anexo B). Esse mesmo Comitê solicitou ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) uma listagem contendo os endereços dos pacientes que haviam sido atendidos no PS do HU com crise hipertensiva no ano de 2010. Subsequentemente, solicitou-se autorização dos pacientes para participarem deste estudo, em conformidade à Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, que aprovou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

### **3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS**

De posse da listagem dos pacientes fornecida pelo SAME, contendo: nome, número do prontuário, idade, endereço, cidade, estado, CEP, telefone, estado civil e data do atendimento, realizou-se a seleção dos atores desta pesquisa de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ser morador na área urbana de Londrina, ter idade acima de trinta anos de idade, ter sido atendido no PS do HU com o diagnóstico médico de crise hipertensiva no ano de 2010, mesmo que

negasse a doença, porém, por contato telefônico concordasse em receber a pesquisadora em seu domicílio para que pudesse conhecer a finalidade da pesquisa e manifestar o interesse ou não de nela participar. Foram excluídos os pacientes com incapacidade cognitiva e de comunicação para que não houvesse interferência nos achados da pesquisa. Essa característica foi conferida com base na coerência da conversa durante o contato telefônico e durante a entrevista.

Por contato telefônico viabilizou-se o agendamento de visita domiciliar para que os pacientes pudessem conhecer a finalidade da pesquisa. Caso concordassem em participar do estudo, assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A) e escolhiam um local e horário em que pudessem ser entrevistados, visando a garantir o sigilo das informações acerca de sua experiência com o processo saúde-doença.

A coleta dos dados transcorreu de junho de 2011 a junho de 2012, com 9 homens, por meio de entrevista não estruturada do tipo não diretiva que teve como questão de partida a seguinte pergunta: – Conte-me sobre a experiência em relação aos cuidados com a sua saúde?

Durante o procedimento, foram feitas perguntas que provocavam uma ampliação da resposta original em busca de maiores detalhes, explicações ou mesmo aprofundamento do tema. Essas perguntas são denominadas por Wright e Leahey (2009) como “questões circulares”, pois direcionam-se às informações originadas do próprio participante e contribuem para a compreensão da experiência vivenciada. Cabe ainda acrescentar que as questões circulares, de acordo com sua nomenclatura, estabelecem um movimento circular ao gerar novas respostas e novas perguntas.

Minayo (2005, p. 91) relata que as “entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade e se classificam de acordo com sua organização”.

A entrevista aberta ou em profundidade é aquela em que o informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do pesquisador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões (MINAYO, 2005).

As entrevistas foram audiogravadas por gravador digital, transcritas literalmente após os encontros e deletadas.

Em seguida, foram analisadas segundo o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), conhecida internacionalmente por *Grounded Theory*.

Trata-se de método que tem por finalidade conhecer o fenômeno no contexto em que este ocorre, observando a interrelação entre os significados e ação.

Segundo os idealizadores da *TFD*, Glaser e Strauss (1967), essa metodologia consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir das informações obtidas e analisadas sistemática e comparativamente. Para eles, a teoria significa uma estratégia para trabalhar os dados em pesquisa que proporciona modos de conceitualização para descrever e explicar.

Esses autores apresentam um método de análise comparativa constante, com o qual o pesquisador, ao comparar incidente com incidente nos dados, estabelece categorias conceituais que servem para explicar o dado. A teoria, então, é gerada por um processo de indução, no qual categorias analíticas emergem dos dados e são elaboradas conforme o trabalho avança, uma vez que as categorias começam a emergir dos dados.

Este é um processo que Glaser e Strauss (1967) descrevem como amostragem teórica: o pesquisador decide que dados coletar em seguida, em função da análise que vem realizando. Nesse sentido, a amostragem adotada não é estatística, mas teórica, visto que o número de sujeitos ou situações que devem integrar o estudo é determinado pelo que eles denominaram de saturação teórica. Isso significa que, quando as informações começam a ser repetidas, dados novos ou adicionais não são mais encontrados.

Nessa perspectiva, faz-se necessário o desenvolvimento de uma sensibilidade teórica, a qual permite ao pesquisador uma percepção dos significados dos dados e, a partir daí, a elaboração da teoria (GLASER; STRAUSS, 1967). Um dos requisitos básicos para o desenvolvimento dessa sensibilidade teórica é o pesquisador iniciar seu trabalho de campo sem preconceitos prévios, com o intuito

de estar aberto às informações da coleta dos dados.

Dentre os componentes que emergem dos dados estão as categorias que, segundo essas autoras, são abstrações do fenômeno observado nos dados e formam a principal unidade de análise da TFD. A teoria se desenvolve por meio do trabalho realizado com as categorias, que faz emergir a categoria central, sendo geralmente um processo como consequência da análise.

As fases da análise dos dados segundo Strauss e Corbin (2008) são:

**Codificação aberta.** O passo inicial, uma vez redigido o texto da observação ou entrevista, consistirá em quebrar os dados em pequenos pedaços, e cada um deles representará um incidente específico ou fato. Para isso, os dados foram analisados linha por linha e parágrafo por parágrafo, buscando-se incidentes e fatos. Cada incidente foi codificado como um conceito ou abstração do dado.

Um exemplo de análise pode ser visualizada no quadro 3.

Quadro 3- Exemplo de codificação aberta dos dados.

ENTREVISTA	CÓDIGOS
Minha experiência é eu procurar um médico, / tomar o remédio que ele passa e continuar tomando. Vou para um canto ve outro e remédio em cima./ Eu não me sinto descuidado, porque eles tomam conta de mim, tanto no HU, como no HC e no posto de saúde. Só que eu percebo que o hospital me dá mais atenção. Eu chego lá, chamam por meu nome e me dão muita atenção, então eu continuo com o hospital me cuidando [...]/.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procurando atendimento médico (H.1.1)</li> <li>- Tomandos os remédios prescritos (H.1.1)</li> <li>- Preferindo seguir o tratamento oferecido pelo o hospital ao invés da unidade de atenção básica, porque se sente atendido com mais atenção (H.1.1)</li> </ul>

Fonte: Do próprio autor.

**Codificação axial.** Uma vez identificadas as categorias, efetuou-se nova comparação, dessa vez entre categorias, o que determinou uma melhor estruturação do conceito. Desse modo, ocorreu um processo de redução das categorias e, por meio de comparação, identificou-se a ideia que melhor explicou o fenômeno daquele grupo de categorias. Assim, foram identificadas as categorias e seus componentes (subcategorias e elementos).

No quadro 4 pode-se visualizar um exemplo de categorização Axial:

Quadro 4 - Exemplo de Categorização Axial

CÓDIGOS	CATEGORIAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procurando atendimento médico (H.1.1)</li> <li>- Começando a ir ao médico só depois que ficou doente (H.6.1)</li> <li>- Indo ao médico somente quando começou a ter uns probleminhas de saúde (H.8.1)</li> <li>- Médico dando uma receita ao diagnosticá-lo com pressão alta (H.9.6)</li> </ul>	<p><b>PROCURANDO MÉDICO</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não gostando de ir ao médico (H.4.6)</li> <li>- Não sabendo dar explicação porque para ele difícil ir ao médico (H.4.6)</li> <li>- Negando ter procurado ajuda em relação ao problema do intestino (H.5.5)</li> <li>- Pensando em buscar ajuda para saber o que está acontecendo com o intestino. já pensou várias vezes mas até o momento não foi ainda (H.5.5)</li> <li>- Considerando não buscar auxílio para o problema no intestino por não apresentar nenhum sintoma (H.5.5)</li> <li>- Relatando nunca frequentar o médico para nada (H.7.4)</li> <li>- Não buscando auxílio médico, apesar da dor (H.8.6)</li> </ul>	<p><b>NÃO PROCURANDO MÉDICO</b></p>

Fonte: Do próprio autor.

**Codificação seletiva.** Uma vez identificadas as categorias e seus componentes, passou-se a ordená-las de maneira a identificar uma que seria central, ou melhor, aquela categoria com a qual todas se relacionavam. Para chegar a ela, foram elaborados esquemas que foram, então, aplicados aos dados. Depois, verificou-se qual deles melhor expressou a experiência interacional homem-processo saúde-doença de usuários de serviços de urgência e emergência.

### 3.5 REFERENCIAL TEÓRICO

Após configurar a experiência e o modelo teórico acerca da interação homem-processo saúde-doença de usuários de serviços de urgência e emergência segundo a TFD, procedeu-se a análise à luz do Interacionismo Simbólico.

Embora seja um equívoco atribuir todas as idéias básicas subentendidas no interacionismo simbólico a uma única pessoa, George Herbert Mead foi, indubitavelmente, o gerador primordial do movimento. Nesse sentido, Mead pode ser chamado o “pai” do interacionismo simbólico (LITTLEJOHN, 1986).

No entanto, Mead jamais utilizou a expressão interacionismo simbólico, quem a criou foi Blumer, um de seus seguidores, em 1937, responsável por compilar as idéias de seu mestre. Assim, nominou uma abordagem, relativamente distinta para o estudo da vida e da ação humana em grupo.

Quatro aspectos importantes distinguem essa abordagem das demais da psicologia:

1. *“O interacionismo simbólico cria uma imagem mais ativa do ser humano e rejeita a imagem deste como um organismo passivo e determinado. Os indivíduos interagem e a sociedade é constituída de indivíduos interagindo”* (CHARON, 1989).
2. *“O ser humano é compreendido como um ser agindo no presente, influenciando não somente pelo que aconteceu no passado, mas pelo que está acontecendo agora. A interação acontece neste momento: o que fazemos agora está ligado a essa interação”* (CHARON, 1989).
3. *“Interação não é somente o que está acontecendo entre pessoas, mas também o que acontece dentro dos indivíduos. Os seres humanos atuam em um mundo que eles definem. Agimos de acordo com o modo que os definimos a situação que estamos vivenciando, embora essa definição possa ser influenciada por aqueles com quem interagimos, ela é também resultado de nossa própria definição, nossa interpretação da situação”* (CHARON, 1989).
4. *“O interacionismo simbólico descreve o ser humano mais ativo no seu mundo do que outras perspectivas. O ser humano é livre naquilo que ele faz. Todos definimos o mundo em que agimos e parte dessa definição é nossa, envolve a escolher consciente, a direção de nossas ações em face dessa definição, a identificação dessas ações e a de outros e a nossa própria redireção”* (CHARON, 1989).

## Conceitos

- **Símbolo**

É o conceito central, pois segundo o Interacionismo Simbólico, sem eles não podemos interagir uns com os outros. São uma classe de objetos sociais usados para representar alguma coisa.

Os símbolos são desenvolvidos socialmente, através da interação; eles não são concordados universalmente dentro dos grupos humanos, mas são arbitrariamente estabelecidos e mudados através da interação dos seus usuários; existe uma linguagem de sons e gestos que é significativa e inclui regras permitindo que se combine os sons ou gestos em declarações significantes. Para ser simbólico, o organismo cria ativamente e manipula símbolos na interação com os outros (CHARON, 1989).

- **self**

No Interacionismo Simbólico o *self* é um objeto social em relação ao qual o indivíduo age. O ator configura o *self* na interação com os outros. O *self* não somente surge na interação, mas como todo objeto social é definido e redefinido na interação. Surge, na infância, inicialmente através da interação com os pais e outros significativos, mudando constantemente na medida em que a criança vivencia novas experiências interagindo com outros.

“Como eu me vejo, como eu me defino, o julgamento que faço de mim mesmo é altamente dependente das definições sociais que encontro durante minha vida” (CHARON, 1989).

- **Mente**

Mente é a ação, ação que usa símbolos e dirige esses símbolos em relação ao *self*. É o indivíduo tentando fazer algo, agir em seu mundo. É a comunicação ativa com o *self* através da manipulação de símbolos. O mundo é transformado em um mundo de definições por causa da mente; a ação é resposta não a objetos, mas a interpretação ativa do indivíduo a esses objetos. (CHARON, 1989).

É a interação simbólica do organismo humano com seu *self*.

- **assumir o papel do outro**

Este conceito está intimamente relacionado aos anteriores, porque consiste em atividade mental e torna possível o desenvolvimento do *self*, a aquisição e o uso de símbolos e a própria atividade mental. *“É através da mente que os indivíduos entendem o significado das palavras e ações de outras pessoas”* (CHARON, 1989).

- **ação humana**

A interação com o *self* e com os outros leva o indivíduo a tomar decisões que direcionam o curso da ação.

As ações são causadas por um processo ativo de tomada de decisão pelo sujeito, que envolve a definição da situação e esta por sua vez, envolve interação consigo mesmo e com os outros. Dessa forma, é a definição da situação feita pelo ator que é central para como a ação ocorrerá. (CHARON, 1989).

- **interação social**

Conforme apresentamos, todos os conceitos básicos para o Interacionismo Simbólico surgem da interação e são parte dela.

Quando interagimos, nós nos tornamos objetos sociais uns para os outros, usamos símbolos, direcionamos o *self*, engajamo-nos em ação mental, tomamos decisões, mudamos direções, compartilhamos perspectivas, definimos realidade, definimos a situação e assumimos o papel do outro. (CHARON, 1989).

Assim, o reconhecimento da existência de atividades como estas, permite a compreensão da natureza da interação.

**CAPÍTULO IV**  
**APRESENTANDO OS**  
**RESULTADOS**



A análise dos dados, segundo os passos metodológicas da TFD, permitiu compreender a experiência interacional homem-processo saúde-doença de usuários de serviços de urgência e emergência, assim como elaborar um modelo teórico representativo dessa experiência.

As categorias identificadas e as relações teóricas estabelecidas possibilitaram o desenvolvimento de um processo analítico e explicativo das ações e das interações que compõem o processo vivenciado por esses homens, o qual denominou-se movendo-se entre o fortalecimento e a fragilização do poder como homem de saúde inabalável: o medo do diagnóstico médico imaginado como componente interveniente para a materialidade da doença.

Esse processo é composto por três subprocessos que representam o significado simbólico da experiência interacional do homem com seu processo saúde-doença. Cada categoria representa um subprocesso dos três intitulados: concebendo o cuidado à saúde inerente ao feminino: uma fantasia do masculino; aprisionando-se ao papel de homem com superpoderes sobre sua saúde; vivenciando a materialidade da doença nas comorbidades. As categorias, bem como suas subcategorias e elementos, são apresentados no quadro 7.

Visando salvaguardar o anonimato dos atores participantes deste estudo, optou-se por identificá-los alfanumericamente. A letra “H” significa homem, o primeiro número refere-se à ordem da entrevista e o segundo número à página transcrita de onde foi extraído o fragmento de sua entrevista.

Antes de apresentar os subprocessos, faz-se necessário caracterizar os atores.

O total de pacientes com crise hipertensiva atendidos no PS do HURNPR no ano de 2010 foi de 62 pacientes, porém fizeram parte do estudo 21, devido ao fato de o referencial metodológico da TFD recomendar a saturação teórica como critério para encerrar a coleta de dados, ou seja, quando nenhum dado relevante surgir da análise, mostrando, assim, que as categorias se desenvolveram em termos de propriedades e dimensões e que as relações entre elas estão bem estabelecidas e validadas pelos próprios dados e modelo teórico.

Preocupou-se, também, em levantar dados sociodemográficos (Apêndice B), como idade, profissão ou ocupação, estado civil, escolaridade, constelação familiar, renda familiar e lazer, conforme apresentado no Quadro 5, assim como dados de saúde (Apêndice B): se possuía plano de saúde, quando precisava de medicamentos onde buscava, doenças referidas, idade do diagnóstico de HAS, medicamentos em uso, antecedentes de doenças cardiovasculares, quantas vezes buscou o Pronto Socorro devido à hipertensão arterial e se precisou de internação pelo mesmo diagnóstico, dispostos no Quadro 6.

Quadro 5 – Características sociodemográficas dos homens com crise hipertensiva participantes da pesquisa que foram atendidos no PS do HU de Londrina no ano de 2010.

Homem	idade	Profissão ou Ocupação	estado civil	Escolaridade	Constelação familiar	Renda familiar	Lazer
H1	73 anos	Aposentado (funrural).	Casado	Nunca foi à escola.	03 (ele a esposa e 1 filha de 40 anos).	01 Salário Mínimo.	Não tem.
H2	69 anos	Aposentado e trabalha com firma de vendas.	Casado	Ensino Médio	Paciente + esposa + 2 filhas + 2 netos = 6.	03 a 04 Salários Mínimos.	Ir a chácara e, pelo menos 1 vez ao mês, fazer churrasco com os amigos.
H3	60 anos	Aposentado.	Casado	3º ano do Ensino Fundamental.	Ele + esposa +1 filho solteiro de 39 anos (tem sete filhos e, destes, seis são casados).	01 Salário Mínimo e ½.	Pescaria
H4	72 anos	Aposentado.	Casado	2º ano do Ensino Fundamental, mais MOBIL, mais 02 ou menos 02 anos.	Ele + esposa + 2 filhas e 1 filho casados e separados. Disso resultou que 2 netinhas moram juntas.	01 Salário Mínimo.	Tem um bar e faz churrasco com os amigos.
H5	73 anos	Aposentado.	Casado	2º ano do Ensino Fundamental.	Ele + esposa = 2	01 Salário Mínimo.	Jogar sinuca, ir ao bar.
H6	67 anos	Motorista. Atualmente aposentado por acidente de trabalho.	Casado	3º ano do Ensino Fundamental.	Ele e a esposa	01 Salário Mínimo.	Jogar truco no bar com amigos.
H7	58 anos	Aposentado desde 2001.	Casado	Químico industrial, (2º) Técnico.	Paciente + esposa + filho	03 Salários Mínimos.	Jogava bola e pescava (hoje não faz mais devido ao coto).
H8	56 anos	Era porteiro. Hoje é aposentado devido aos problemas do coração.	Casado	8º ano do Ensino Fundamental completo.	4 pessoas (ele a esposa, 1 filho de 14 anos e o cunhado de 35 anos)	R\$ 1.500,00.	Pescar no Pesque e Pague 1x por semana.
H9	74 anos	Aposentado. Antes era pedreiro.	Casado	8º ano do Ensino Fundamental completo.	2 pessoas (ele e a esposa)	1 salário mínimo.	Não tem.
H10	44 anos	Técnico de segurança da	viúvo	ensino médio	3 pessoas (ele mais 2	R\$ 2.000,00	ficar em casa com os filhos

		UEL (Universidade Estadual de Londrina)					filhos)			
<b>H11</b>	50 anos	Protético	Casado	2º Grau + Curso técnico	ele+esposa+dois filhos (um com 22 anos e outro com 26 anos)	03 Salários Mínimos	Muito raramente futebol			
<b>H12</b>	55 anos	Comerciante	Solteiro	2º Grau.	ele + mãe	02 Salários Mínimos	Atualmente nada, devido à mobilidade (fratura).			
<b>H13</b>	36 anos	Técnico RX; docente de técnico em RX; advogado	Casado	Graduado em Direito	03 pessoas	03 Salários Mínimos	Brincar com filho, atividade física 02 vezes por semana			
<b>H14</b>	38 anos	Instalador de som (comerciante).	Casado	5º Série	ele +esposa e 03 filhos (1 filho 20 anos , 1 de 18 anos e outro filho 12 anos) total=5	03 Salários Mínimos	Ir a igreja			
<b>H15</b>	40 anos	Serviço geral, segurança, auxiliar de soldador, pensionista desde 2005	Solteiro	2º Grau	pcte +mãe e 03 irmãos (19 anos 31 anos, 25 anos)	02 Salários Mínimos	Assistir TV, ir ao cinema, internet			
<b>H16</b>	50 anos	vendedor autônomo	casado	ensino fundamental	= 4 filhos +pcte esposa= 6 pessoas	não possui renda fixa não soube precisar o valor	Não tem é caseiro			
<b>H17</b>	54 anos	Pensionista desde 2008	Casado	8ª Série	pcte+esposa e 03 filhos (1 filho de 25 anos , 1 filho de 23, 1 filho de 16 anos)	04 Salários Mínimos	Assistir futebol e pescar			
<b>H18</b>	38 anos	Técnico de manutenção elétrica da UEL (Universidade Estadual de Londrina)+ 1 outro emprego que presta assessoria) tem 02 empregos	casado	3º grau completo	ele+ esposa + 1 filho de 11 anos= 3 pessoas	R\$ 5.000,00	pescar e andar de bicicleta 1x por semana			
<b>H19</b>	33 anos	Técnico de enfermagem em um hospital privado+ também trabalha em serviços gerais do HU	solteiro	Técnico de enfermagem e Técnico em eletrônica	paciente+mãe+1 irmão=03 pessoas	05 salários mínimos	dança 4x por semana			
<b>H20</b>	55 anos	Taxista	casado	3º incompleto colegial	paciente+esposa+ 1 filho=03 pessoas	R\$ 2.500,00	trabalhar			
<b>H21</b>	55 anos	Trabalha com comunicação visual (placas de	casado	2º Grau	Ele + Esposa + 01 filha	R\$ 2.000,00 (dois mil reais).	Assistir TV, navegar na internet,			

	identificação).				de 09 anos.		tocar guitarra.
--	-----------------	--	--	--	-------------	--	-----------------

Fonte: Do próprio autor.

Quadro 6 – Dados de saúde dos homens com crise hipertensiva participantes da pesquisa que foram atendidos no PS do HU de Londrina (Pr) no ano de 2010.

Homem	Plano de saúde	Quando precisa de medicamentos	Doenças referidas	Idade do diagnóstico	Medicamentos em uso	Antecedentes de doenças cardiovasculares	PS por HA	Internação por HA
H1	SUS	Farmácia privada	DM2 + HAS, Artrose, MMSS. Já sofreu IAM.	60 anos	Glibenciamida, Amiodil, Losartan, sulfato de glicosamida 1,5 mg, diosmina 900 mg, diomina, artrolina, ibuprofeno S/N.	A mãe teve trombose. Quase todos têm, inclusive netos e bisnetos.	3 vezes	1 vez
H2	SUS	Farmácia privada	HAS	67 anos	Enalapril 5 mg	A irmã teve problemas cardíacos, mas não soube informar qual.	2 vezes	Nenhuma vez
H3	SUS	Farmácia privada	HAS, gota, retirada do rim D por CA em 29/03/2010 no HU. Fez quimioterapia, mas abandonou o tratamento, alcoolismo.	Não sabe relatar.	Colchicina de 01 até 03 comprimidos, dependendo da dor, captopril 25 mg.	O pai faleceu por CA de rim; e mãe faleceu por leucemia.	Nenhuma (relata que foi por dor no rim).	Nenhuma vez
H4	SUS	Farmácia privada	HAS, meio rim (não fez retirada, mas apenas meio rim funciona, descobriu há mais ou menos 06 anos), DM (chegou a tomar	Aos 50 anos, aproximadamente..	Furosemida 40 mg, sinvastatina 40 mg, alopurinol 300 mg, symbicor T (fumarato de formoterol diidratado/budesonida) 10 mg.	Não soube informar.	la por conta do bronquite e chegou a PA estava alta.	Nenhuma vez

<b>H5</b>	SUS	Farmácia privada	insulina atualmente não toma nada), bronquite.	60 anos	Atenolol, controle de PSA.	O pai faleceu de doença de Chagas e a mãe foi a óbito de repente (não soube a causa).	3 vezes	Nenhuma vez
<b>H6</b>	SUS	Farmácia privada	HAS, gases intestinais, cirurgia de próstata.	47 anos	Metoprolol 100 mg, marevan 5 mg, hidroclorotrazida 25 mg, sinvastatina 40 mg.	Não há	4 vezes	Internado várias vezes..
<b>H7</b>	SUS	Farmácia privada	HAS, DM, IRC (há 03 anos), faz diálise peritoneal 04 vezes ao dia, está no 4º cateter, faz diurese, o CAPD é para auxiliar, problemas na visão, problemas na circulação em decorrência do DM, problema circulatório há 03 anos, coto MIE há mais ou menos 04 meses.	45 anos	AAS infantil, carbonato de cálcio 500 mg, omeprazol 20 mg, anlodipina 10 mg, furosemida 40 mg, celestazol 100 mg, haloperidol 100 mg, insulina NPH 20 Unidades.	Não	não	Nenhuma vez
<b>H8</b>	Plano Funeral União, que usa em último caso +	Farmácia privada	HAS + DM + colesterol aumentado e problemas de (HIPOTIREOIDIS-	50 anos (descobriu HA após sentir dor no peito)	Puran 125 mg, enapril de 10mg, esprilulactona 25 mg, carvedioliol 12,5mg, AAS 100mg,	Da parte da mãe predomina HA e problemas no coração	Devido a dor no peito, nunca pela HA.	Nenhuma vez

	SUS		MO), infartou e fez angioplastia.			sinvastatina de 40mg, ranitidina.			
<b>H9</b>	SUS	UBS + Farmácia privada	Cirurgia de coluna aproximadamente aos 11 anos, cirurgia do estômago devido à perfuração pelo uso de medicação contínua por 6 anos, cirurgia de próstata há 01 ano (2011) + dificuldade auditiva bilateral mais acentuada à direita. Há um ano, começou apresentar esquecimento, apresenta problema de tireóide. realizada cirurgia para correção de catarata há menos de um ano.	Não se lembra	+ lansoprazol claritromicina 500mg, amoxicilina triidratada 500mg, Exelon (rivastigmina) 3,0mg, Medprazol 20mg, Euporstatin 02mh, Levotiroxina sódica 100MCG, Captopril 25mg, Simeficonona 40mg S/N, Lactulose 667 mg/d S/N.		Não se lembra.	Nenhuma vez	
<b>H10</b>	SAS, mas também utiliza o SUS	Farmácia privada	Depressão, ansiedade, HAS, refere insônia	42 anos (depressão e HA)	donaren 50mg a noite	pai faleceu de infarto	3 vezes	1 vez	
<b>H11</b>	SUS	Farmácia privada	HAS	45 anos	Enalapril 25mg e clorana	DM, HAS, CA (não especificou o órgão	3 vezes	nenhuma	
<b>H12</b>	SUS	Farmácia privada	HA; tornozelo D e E, joelho D fratura; paralisia infantil aos 02	+/- 40 anos	Espironolactolona 25 mg e glicomin 5 mg	Tireóide	nenhuma segundo o paciente ele vai para a UBS	nenhuma	

<b>H13</b>	SUS		Farmácia privada	anos de idade; cirurgia joelho; fratura fêmur D e joelho D 2005, faz tratamento HC com gastro; fratura na coluna por trauma	28 anos	Losartan 50 mg	Não tem repetição	4 vezes	nenhuma
<b>H14</b>	SUS		Farmácia privada	HA; cirurgia de apendicite há mais ou menos 18 anos.	29 anos	Medicação controle de PA, quando precisa enalapril 10mg	Adotivo não tem conhecimento dos familiares	2 vezes	2 vezes quando sofreu IAM
<b>H15</b>	SUS		Farmácia privada	HA; DM nefrogênico familiar; em 2002 queda de altura própria e perfuração da bexiga, e em 2009 queda no banheiro e bateu a bexiga novamente; pino no pé D em 1998 e em 1992 pino no pé E	38 anos	Clonidina 0,2 mg; nifedipina retard 20 mg; atenolol 50 mg; hidralazina 50 mg; minoxidil 10 mg; haloperidol 10 mg; furosemida 40 mg; carbonato de cálcio 500 mg; vitamina D 01	Não, apenas DM nefrogênico	. 4 vezes	nenhuma
<b>H16</b>	SUS		Farmácia privada	HAS ciatalgia, hérnia de disco, obesidade	48 anos	S/N enalapril de 10mg e captopril de 20mg	Não	Várias vezes	2 vezes
<b>H17</b>	SUS		Farmácia privada	HA; dificuldade auditiva (2003) bilateral, porém mais acentuado a D; labirintite; dormência de um lado da cabeça;	53 anos	Interferon 20 mg; labirin S/N 01 cp. De 20 mg; ginkobitoba S/N	mãe faleceu de problemas na cabeça não sabe a causa, o pai foi por derrame o paciente relata que o pai não tinha HA	nenhuma	nenhuma

<b>H18</b>	SAS, DASC Divisão de Assistência à Saúde da Comunidade, que é do HU), mas também utiliza o SUS	Farmácia privada	esclerose cerebral, mas não foi comprovado; esquecimento alteração motora. hipertensão arterial	33 anos	nenhum esta fazendo academia para diminuir o peso	não tem	2 vezes	nenhuma
<b>H19</b>	DASC ( Divisão de Assistência à Saúde da Comunidade) , mas também utiliza o SUS se necessário	Farmácia privada	Bronquite segundo paciente após deixar de fumar, relata não ser hipertenso foi apenas uma crise de 160/100mmhg	a crise ocorreu aos 33 anos	nenhum	HÁ e DM tipo II	1 vezes	nenhuma
<b>H20</b>	SUS	Farmácia privada	DM+HÁ retirou a vesícula há mais o menos 2 anos.	51 anos	glibenclamida 5 mg; e metformina (500 mg	DM tipo II ( o pai teve até que amputar perna D)	nenhuma foi pela dor na vesícula	nenhuma
<b>H21</b>	Não.	Farmácia privada	Relata não ter.	52 anos	Enalapril 20 mg ½ comprimido vo manha, e ½ noite; Citraoastatina 40 mg 01 comprimido vo noite; AAS 100 mg ao meio dia; Espirolactona 20 mg.	Relata não ter.	Relata Nunca. que	Relata que nunca, porém foi internado 03 vezes devido ao mau estar, cansaço e falta de ar IAM

Fonte: Do próprio autor.

Quadro 7 - Categorias, subcategorias e elementos que compõem o processo vivencial do homem atendido em serviço de urgência e emergência com crise hipertensiva e seu processo saúde-doença. Londrina, 2012

Categorias = subprocessos	Subcategorias	Elementos
A. Concebendo o cuidado à saúde inerente ao feminino: uma fantasia do masculino		
B. Aprisionando-se ao papel de homem com superpoderes sobre sua saúde.	B1. Autocontrolando e relativizando sinais e sintomas por medo do diagnóstico médico imaginado.	B1.1. Negando sinais e sintomas
		B1.2. Tentando autocontrolar sinais e sintomas no domicílio, tendo como parâmetro o bem-estar para a alimentação e o sono.
		B1.3. Não procurando atendimento à saúde com medo da confirmação do suposto diagnóstico.
	B2. Procurando serviços de urgência e emergência ao perder o controle sobre os sinais e sintomas.	B2.1. Sendo vencido pelos sinais e sintomas.
		B2.2. Procurando atendimento em serviços de urgência e emergência em hospital.
		B2.3. Sentindo-se seguro com a assistência hospitalar.
B2.4. Reconhecendo resolubilidade de unidades da atenção básica, após contrareferenciado à Unidade de Atenção Básica pelo serviço de urgência e emergência		
B3. Tentando mudar de estilo de vida ao refletir	B3.1. Refletindo sobre sua saúde.	

	sua saúde no agravamento dos sinais e sintomas.	B3.2. Tentando mudar de estilo de vida no exacerbamento dos sinais e sintomas.
	B4. Retomando o papel de autocontrole de sua saúde mediante melhora da sintomatologia.	
C. Vivenciando a materialidade da doença nas comorbidades		

Fonte: Do próprio autor.

## DESCOBRINDO OS SUBPROCESSOS

### **Subprocesso A. Concebendo o cuidado à saúde inerente ao feminino: uma fantasia do masculino**

Trata-se da concepção masculina de que o cuidado com a saúde é inerente ao feminino e, portanto, não se cuidar da saúde é um comportamento peculiar ao homem, principalmente aos pertencentes às gerações mais velhas. A atitude de não procurarem serviços de saúde em caráter preventivo está relacionada ao exagerado senso de orgulho masculino, assumido no papel de herói e protagonista de possuir uma saúde inabalável ou seja, que nada de ruim irá lhe acontecer no decorrer dos tempos. No desempenho desse papel, mostra-se capaz de vivenciar uma sorte incomum e para isso adota comportamentos de riscos à sua saúde e vida, para ser notabilizado por si mesmo e seu grupo por feitos guerreiros, expressos na coragem e abnegação como homem por natureza. É por essas razões que se consideram pessoas indisciplinadas, justificando a procura por assistência à saúde uma perda de tempo, quando se pode gozar de momentos prazerosos, envolvendo atividades comumente não saudáveis e suprimindo a oportunidade de estarem com suas famílias, principalmente para o jantar. Por isso, são os maiores frequentadores de bares, onde se envolvem com jogos, associado ao consumo de bebidas alcoólicas e tabaco. Mesmo em situações de vulnerabilidade da saúde, muitos deles não conseguem romper com a fantasia e justificam o não abandono de seus comportamentos, amparados em frases cujas mensagens denotam que é

melhor aproveitar a vida, por ser a morte um fenômeno inevitável. Dessa forma, consideram a procura de um serviço de saúde em última instância e, muitas vezes, negando realizarem exames preventivos que concebem ferir a sua masculinidade. Conjunto de cenas que os levam a vivenciarem a realidade quando surpreendidos por doenças já em estágios mais avançados. Por fim, viver o enredo dessa experiência, sem rompê-la, tem contribuído para uma menor expectativa de vida de homens, quando comparados às mulheres, consideradas por eles mais cuidadosas com a saúde (Quadro 8).

[...] É ilusão pensar que os homens se cuidam bem. As mulheres se cuidam muito mais que os homens. [...] A minha mulher vai ao médico de quinze ou vinte dias, e eu não. Os homens, geralmente, não têm esse hábito (H.3.7). [...] Nós, homens, temos um grande defeito. Nós só procuramos ajuda quando achamos que é realmente necessário, portanto, dificilmente vamos ao médico. Esse é o problema, confiamos demasiadamente que nunca vai acontecer nada. No meu caso procurei porque vi que outras pessoas que tinham passado por situações difíceis poderiam ter amenizado seus sofrimentos se tivessem feito um simples *check-up*. Mas de um modo geral, o homem vai deixando de cuidar de sua saúde, por acreditar que nada irá lhe acontecer (H.2.4). Eles pensam que são reis e no final percebem que não são, principalmente quando chegam a uma idade, quando tudo fica mais complicado, e aí bate o arrependimento (H.3.7). [...] Muitos homens só [...] querem trabalhar (e) não perdem tempo para ir atrás de médico. Pensam que procurar médico é [...] uma coisa errada (H.1.5). É muita ignorância do homem não admitir certos exames [...]. Eles não costumam ser como as mulheres, que vão fazer exames preventivos desde os dezesseis ou dezessete anos. Apesar de achar que os homens mais jovens estão mudando, pois são mais elegantes e vaidosos (depilam, usam maquiagens, fazem os pés e as mãos) e até procuram o médico mais que os mais velhos. [...] Os mais velhos são mais ignorantes, porque agem como machões e conseqüentemente acabam sofrendo mais com doenças graves no decorrer da idade (H.7.5). [...] São poucos os homens que se cuidam (H.5.6) porque se interessam mais por botecos (H.3.7). Lá, acabam se envolvendo por muitas horas com jogos, principalmente o de sinuca (H.6.6), fumam e tomam bebidas fortes (H.5.6) e se vangloriam por gozarem da vida dessa maneira, porque irão morrer de qualquer jeito (H.9.7). Então, quem é o machista? Aquele cara que goza de vigor físico e que ainda não adoeceu e, portanto nunca precisou procurar o médico [...] (H.11.5).

### Quadro 8 - Categoria A. Concebendo o cuidado à saúde inerente ao feminino: códigos

- homens não se cuidando porque só pensam em trabalhar (H.1.5)
- homens pensam que é perda de tempo procurar médico (H.1.5)
- considerando um dos grandes defeitos dos homens o fato de não se cuidarem (H.2.4)
- homens procuram o médico só quando acham que precisam, caso contrário não procuram (H.2.4)
- homens deixando de cuidar da saúde porque pensam que nunca acontecerá nada com eles (H.2.4)
- considerando que a maioria dos homens não se cuida (H.6.5)
- homens não praticando hábitos saudáveis (H.6.5)
- achando que as mulheres cuidam mais da saúde que os homens (H.3.7)
- considerando que os homens não costumam ir ao médico porque preferem ir a botecos e jogar bola (H.3.7)
- achando que os homens não se cuidam porque se consideram reis (aquele que detém o poder absoluto ou grande parcela de poder sobre si) (H.3.7)
- considerando que homens geralmente não se cuidam porque não têm hábitos saudáveis, frequentam botecos, bebem e fumam (H.5.6)
- considerando que a morte ocorrerá procurando ou não o médico (H.5.6)
- achando que os homens se envolvem em jogos (sinuca), perdendo o horário de voltar para casa e de jantar (H.6.6)
- reconhecendo que homens são indisciplinados com relação a hábitos que envolvem cuidados com sua saúde (H.6.6)
- Associando o fato de homens não se cuidarem ao machismo (H.7.5)
- Considerando que homens que não admitem determinados exames são ignorantes pelo machismo (H.7.5)
- Achando que a maioria dos homens não se cuida quando comparados às mulheres (H.7.5)
- Considerando que homens mais velhos são piores com os cuidados com a saúde (machões, ignorantes, atrapalhados) do que os mais jovens (H.7.5)
- Considerando que os homens deveriam cuidar mais de sua saúde para não serem surpreendidos, como ocorreu com ele (H.8.6)
- Considerando homens ignorantes quando dizem que não se cuidam porque irão morrer de qualquer maneira e, então, preferem gozar a vida (H.9.7).
- Então, quem é o machista? Aquele cara que goza de vigor físico e que ainda não adoeceu e, portanto nunca precisou procurar o médico [...] (H.11.5).
- Possui acesso a todas as informações via internet, revista, jornal, mas se cuida muito pouco (H.13.1).
- A maioria dos homens não se cuidam (H.13.3).
- O homem deveria fazer com periodicidade check-up médico (H.13.3).

- Relatando não ter cuidados com sua saúde (H.14.1).
- Os homens não se cuidam tanto quando comparados as mulheres, não buscam fazer check-up (H.14.5).
- De forma geral o homem não se cuida (H.15.3).
- Muitos homens não gostam de ir ao médico por se dizerem fortões (H.15.3).
- Muitos homens não se cuidam (H.16.5).
- O homem não se cuida, só se cuida quando esta passando bem mal (H.18.11).
- Hoje em dia a mulher também trabalha igual então acho que é relaxo, é da natureza, sei lá (H.18.13).
- Declara que sua experiência com saúde é péssima, não liga para saúde (H.19.1).
- Considerando que não se cuida (H.20.3).
- O homem é bem mais relaxado em relação aos cuidados com a saúde comparado com a mulher, ela tem mais cuidados com a vida, o homem já é mais atirado e não se cuida tanto (H.20.7).
- O homem não se cuida (H.21.23).
- Nuca vi um homem se preocupar com a saúde não possui o hábito de ir ao hospital, ele não procura o médico de forma preventiva (H.21.23).
- O homem não faz exames médicos (H.21.24).

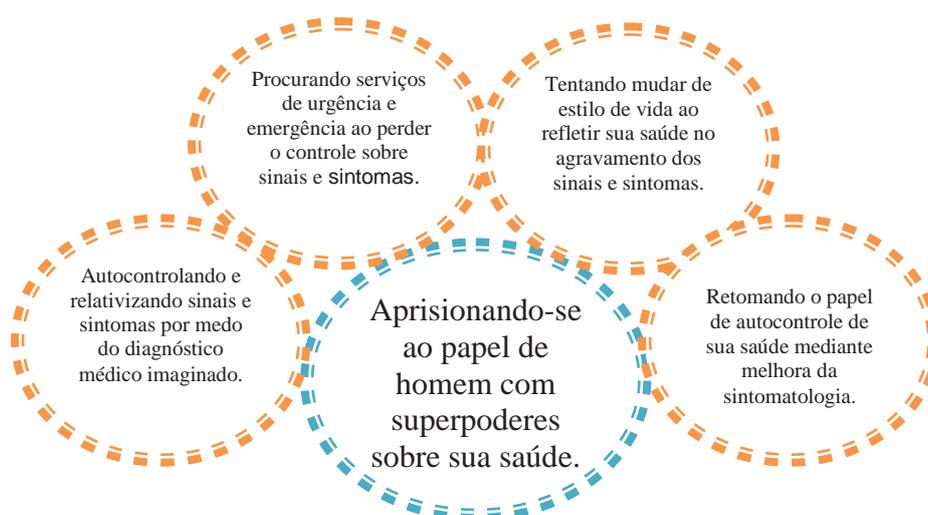
Fonte: Do próprio autor.

### **Subprocesso B. Aprisionando-se ao papel de homem com superpoderes sobre sua saúde**

Trata-se de um conjunto de subcategorias que encadeiam movimento cíclico para o aprisionamento do homem em subprocesso que aumenta sua vulnerabilidade para a materialização de fatores de riscos oferecidos pela doença, quando não consegue romper psicicamente com o poder imaginário de autocontrole para fatores de riscos, emanado da fantasia de que o cuidado à saúde é inerente ao feminino. Representado por cenas que envolvem aquele homem que, mesmo procurando serviços de urgência e emergência ao perder o controle sobre sinais e sintomas, e portanto, em situação de fragilização de seu poder, não se mostrou suficiente para ajudá-lo a romper definitivamente com o papel. Razão que enfraquece sua competência psíquica para mudar sua concepção e consequentemente de estilo de vida. Mesmo tendo refletido sobre sua saúde no agravamento dos sinais e sintomas, volta a se fortalecer no papel, justamente quando viu-se diminuída sua preocupação com a instalação dos fatores de riscos. Como será demonstrado no encadeamento das quatro subcategorias:

autocontrolando e relativizando sinais e sintomas por medo do diagnóstico médico imaginado; procurando serviços de urgência e emergência ao perder o controle sobre sinais e sintomas; tentando mudar de estilo de vida ao refletir sua saúde no agravamento dos sinais e sintomas; retomando o papel de autocontrole de sua saúde mediante melhora da sintomatologia (Diagrama 1).

Diagrama 1 - Subprocesso B - Aprisionando-se ao papel de homem superpoderoso sobre sua saúde: subcategorias.

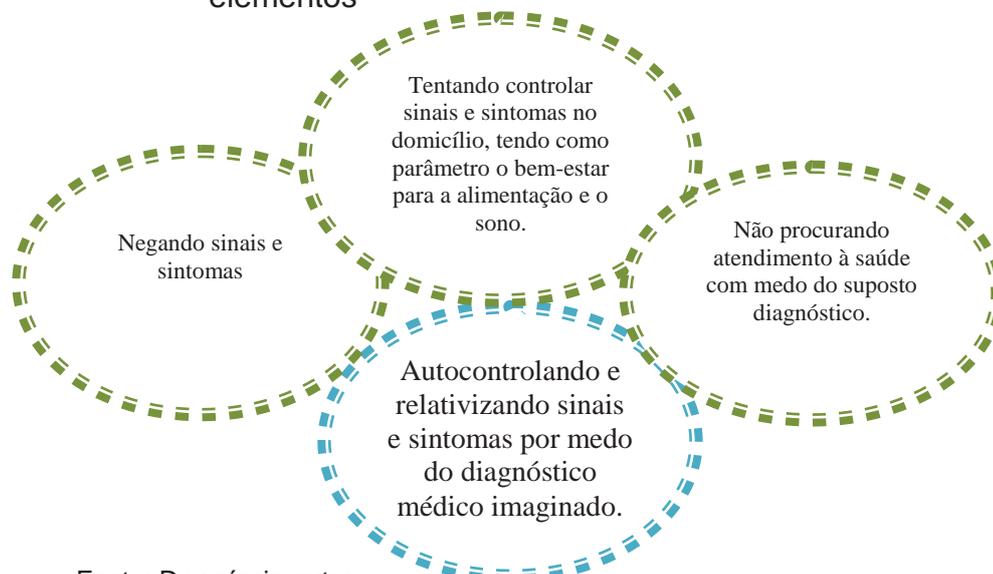


Fonte: Do próprio autor

### **Subcategoria B1. Autocontrolando e relativizando sinais e sintomas por medo do diagnóstico médico imaginado**

Trata-se de estratégia para se esquivar de serviços de atenção à saúde, como ameaça que representam esses serviços para a materialização de sinais e sintomas no diagnóstico médico imaginado (fatores de riscos) e à convicção de homem com superpoderes sobre sua saúde. Razão que o leva a relativizá-los em seu discurso e autocontrolando-os, muitas vezes, domesticamente ou suportando-os até que seu limiar de resistência lhe permita, antes de procurar atendimento como último recurso, sendo o desempenho desse autocontrole a autoridade adquirida do poder emanado pelo papel desempenhado. Essa subcategoria reuniu três elementos: negando sinais e sintomas; tentando controlar sinais e sintomas no domicílio, tendo como parâmetro o bem-estar para a alimentação e o sono; não procurando atendimento à saúde com medo do suposto diagnóstico (Diagrama 2).

Diagrama 2 - Subcategoria B1 - Autocontrolando e relativizando sinais e sintomas por medo do diagnóstico médico imaginado: elementos



### Elemento B1.1. Negando sinais e sintomas

Trata-se do discurso de negação daquele homem que não admite qualquer possibilidade dos sinais e sintomas apresentados e correlacionados ao comprometimento de seu estado de saúde, portando-se desatento, distraído e desinteressado quando se toca no assunto que não parece lhe incomodar (Quadro 9).

[...] Eu não conseguia relacionar que era aquilo que me dava dor e fadiga à noite, mas aí eu notei que aquela mancha preta do lado, que já estava querendo estourar. Aí é que decidi ir ao hospital. Foi quando o Doutor X me chamou e disse que tinha uma notícia desagradável. Ele falou: – O Senhor está com câncer no rim (silêncio do ator) [...]. Em 2001, quando eu estava fazendo uma viagem para Guarapari, Espírito Santo, eu comecei a sentir mal. Uma dor muito forte nas costas. Aí eu falei: – Isso não é nada! Tomava cachaça e melhorava [...] (H.3.4). [...] Minha pressão sempre foi alta. Sempre quando ia fazer fisioterapia, nem podia fazer de tão alta que estava [...]. Você sabe que eles medem a pressão primeiro. Se tiver muito alta, não pode fazer [...]. O homem, geralmente, não se cuida muito bem (risos). [...] Ele sempre deixa para ir na última hora [...] (H.4.4). [...]

### Quadro 9 - Elemento B1.1. Negando sinais e sintomas: códigos

- Não prestando atenção ao crescimento da mancha preta na barriga (H.3.4).
- Não associando a dor e a fadiga noturna àquela mancha na região lombar (tumor) (H.3.4).
- Indo ao hospital somente quando a mancha preta (tumor) estava a ponto de estourar (H.3.4).
- Ignorando as dores fortes nas costas, falando que a dor não era nada (H.3.6).
- Não associando a bronquite à pneumonia (H.4.2).
- Reconhecendo que sua pressão sempre esteve alta. Muitas vezes, nem fisioterapia podia fazer de tão alta que a pressão estava (H.4.4).

Fonte: Do próprio autor

### **Elemento B1.2. Tentando autocontrolar sinais e sintomas no domicílio, tendo como parâmetro o bem-estar para a alimentação e o sono**

É a autoridade adquirida do poder por meio do papel desempenhado na fantasia de homem inabalável. Para tanto, tenta resolver ou amenizar sintomatologias em estágios suportáveis antes de buscar atendimento em serviços de saúde. Para isso, utilizam-se de medidas caseiras, envolvendo o emprego de experimentos que envolvem acertos e erros na solução dos problemas. Como a ingestão de chás, outras substâncias, dietas especiais ou mesmo o aumento da dose do medicamento prescrito, assim como a busca pelo autocontrole da dor, tendo estes como parâmetros avaliativos de eficiência intervencional. Utilizam-se de símbolos que conferem bem-estar interpretado na condição de comer e dormir, e que, por sua vez, traduzem boa saúde sinalizados pela ausência de dor, dentre outras sintomatologias (Quadro 10).

[...] Para eu ir ao médico, tenho que estar quase morrendo. Minha filha fala para eu ir ao médico, mas eu prefiro ficar esperando para ver se melhora em casa [...] (H.4.5). [...] O único problema que tenho atualmente é de intestino. Eu não sei a proveniência e o que é. [...] Eu tomo chás de camomila e de flor da Amazônia, aí fico bom e depois volta [...]. Mas enquanto não dói, como e durmo bem, então eu não vou atrás de saber o que é [...] (H.5.5). [...] Eu costumo tomar aguardente para acalmar minha dor de estômago (H.3.6). [...] A dor que tenho ultimamente é no pé. Tenho que resolver isso, mas ainda dá para suportar [...] (H.9.5). [...] Quando doía minha cabeça, tomava um remedinho qualquer e passava. Hoje, eu penso que passava entre aspas (H.11.1). [...] Tive uma leve dor de cabeça, quando estava trabalhando. Não me dei conta que fosse hipertensão, porque passou, mas depois a dor voltou, senti moleza no corpo e comecei a ver estrelinhas. Sentei e falei para o meu chefe, que me encaminhou para verificar a pressão. Ela estava dezesseis por dez [...] (H.19.3)

Quadro 10 - Elemento B1.2. Tentando autocontrolar sinais e sintomas no domicílio, tendo como parâmetro o bem-estar para a alimentação e o sono: códigos

- Relatando que sua pressão estava alta mesmo tomando remédio à noite, continuava o remédio direto à noite, e a continuava pressão horrível, era muita dor, pressão e o diabetes (H.1.2).
- Associando o mal-estar estomacal à ingestão de alimentos gordurosos (H.3.3).
- Melhorando as lombalgias (tumor) quando tomava cachaça (H.3.6).
- Esperando até o último momento para ver se resolve em casa, antes de procurar o médico (H.4.5).
- Relatando que tem controlado a reincidência do problema no intestino com o consumo de chá de camomila e flor da Amazônia (H.5.5).
- Associando problema do intestino de acordo com o que come (H.5.5).
- Não indo atrás de avaliação de saúde, porque, no momento, está se alimentando e dormindo bem, sem dor intestinal (H.5.5).
- Não buscando auxílio médico, apesar da dor (H.8.6).
- Considerando que nunca ficou em hospital (H.5.4).
- Considerando nunca ter ido ao hospital (H.8.4).
- Revelando nunca ter ficado internado por pressão alta (H.9.6).
- Tentando resistir às dores no pé para não procurar atendimento (H.9.5).
- Quando doía tomava um remedinho qualquer, passava, acho que passava entre aspas (H.11.1).
- Trabalhando sentiu uma leve dor de cabeça, não se deu conta, pensou que fosse à toa... mais um pouquinho a dor de cabeça voltou, deu moleza no corpo sentando-se e vendo estrelinhas durante o dia, relatou ao chefe que o encaminhou para verificar a pressão, que estava em média dezesseis por dez (H.19.3).
- Quando doía minha cabeça, tomava um remedinho qualquer e passava. Hoje, eu penso que passava entre aspas (H.11.1).
- Tive uma leve dor de cabeça, quando estava trabalhando. Não me dei conta que fosse hipertensão, porque passou, mas depois a dor voltou, senti moleza no corpo e comecei a ver estrelinhas. Sentei e falei para o meu chefe, que me encaminhou para verificar a pressão. Ela estava dezesseis por dez [...] (H.19.3)

Fonte: Do próprio autor

**Elemento B1.3. Não procurando atendimento à saúde com medo da confirmação de suposto diagnóstico**

Reação ao temor de sinais e sintomas se correlacionarem ao diagnóstico de saúde não promissor, à concretização da convicção de homem inabalável. Portanto, o não acesso à avaliação de saúde pode retardar o conhecimento de fato que pode inspirar sofrimento e a possibilidade de vivenciar a interface com a falibilidade de sua convicção (Quadro 11).

[...] Eu acho que os homens não deveriam deixar para descobrir uma doença na hora que não conseguem mais suportar, como aconteceu comigo. Eu ainda tive sorte, pois fiquei um ano ou mais sofrendo com dor no peito. Não sabia o que era e não queria ir ao médico. Quando fui, ainda deu tempo, porque não cheguei a enfartar. Hoje, eu acredito que esperar enfartar é muito pior [...] (H.8.6). [...] Eu tenho hipertensão e não sei explicar, mas para mim foi sempre muito difícil ir ao médico. Aí vai ficando (risos) [H.4.6].

#### Quadro 11 - Elemento B1.3. Não procurando atendimento à saúde com medo da confirmação de suposto diagnóstico: códigos

- Não gostando de ir ao médico (H.4.6).
- Não sabendo dar explicação ao fato de não gostar de ir ao médico (H.4.6).
- Sendo difícil para ele tomar a decisão de ir ao médico (H.4.6).
- Negando ter procurado ajuda em relação ao problema do intestino (H.5.5).
- Pensando em buscar ajuda para saber o que está acontecendo com o intestino, porém, já pensou por várias vezes, mas não conseguiu ir até o momento (H.5.5).
- Revelando, que o único problema de saúde que tem atualmente é o relacionado ao intestino, que não sabe o que é (H.5.4).
- Não sabendo se é intestino infeccionado (H.5.5).
- Pensando muita coisa, acerca da razão do intestino ter uma má circulação de gás (H.5.5).
- Relatando nunca ter frequentado um médico e nada (H.7.4).
- Ficando um ano mais ou menos sofrendo com dor (obstrução cardíaca + bloqueio de ramo), sem saber o que era porque não queria ir ao médico (H.8.6).
- Revelando dor no pé que o incomoda, decorrente de perfuração com prego no passado (H.9.5)

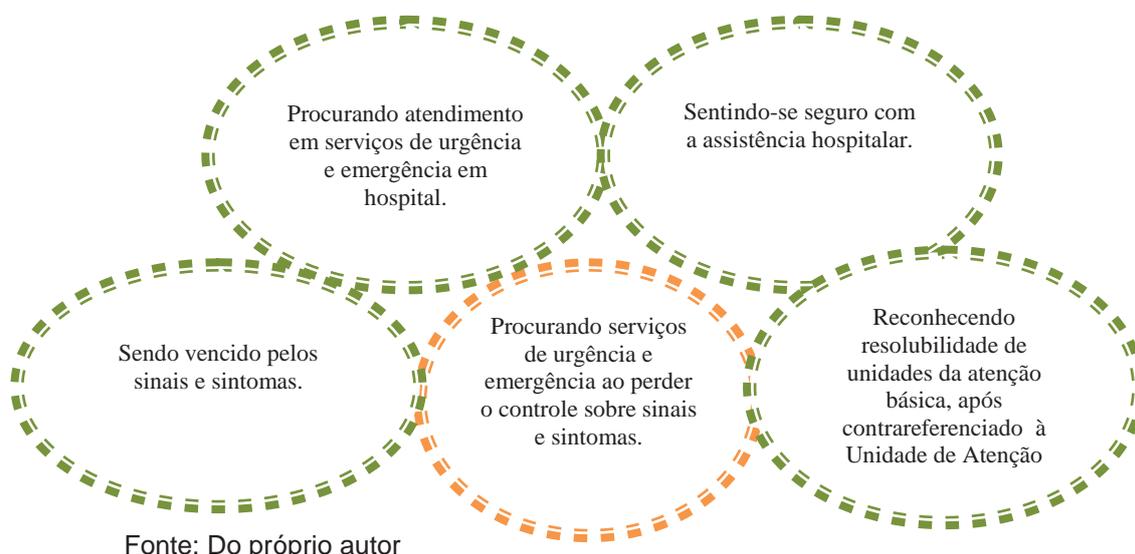
Fonte: Do próprio autor

#### **Subcategoria B2. Procurando serviços de urgência e emergência ao perder o controle sobre sinais e sintomas**

Trata-se do movimento empreendido por aquele homem que não conseguiu êxito no controle de sinais e sintomas no seu âmbito e correlaciona-os à possível materialização da hipótese diagnóstica que vislumbra e, portanto, considera sua vida sob risco, dirige-se à serviço de urgência e emergência, considerado de maior segurança para o atendimento de seu quadro, mediante a capacidade de resolubilidade do serviço quando comparado às unidades de atenção básica do município. Essa subcategoria abrangeu o encadeamento de quatro elementos: vencido pelos sinais e sintomas; procurando serviços de urgência e emergência; sentindo-se seguro com a assistência hospitalar; reconhecendo resolubilidade de unidades de atenção básica à saúde após contrareferenciado à Unidade de

Atenção Básica pelo serviço de urgência e emergência (Diagrama 3).

Diagrama 3 - Subcategoria B2 – Procurando serviços de urgência e emergência ao perder o controle sobre sinais e sintomas: elementos



### Elemento B2.1. Sendo vencido pelos sinais e sintomas

Momento em que a pessoa dá-se por vencida na luta em manter o domínio sobre o controle de sua saúde, sem procurar atendimento, mediante o quadro clínico descompensado, indicado por sinais e sintomas já não mais controláveis e que poderão configurar em riscos à sua saúde e vida, quando utilizou de todos seus recursos pessoais disponíveis em seu domicílio (Quadro 12).

[...] Eu não sabia que tinha hipertensão, só fiquei sabendo quando passei muito mal e precisei ir para o HU. [...] Eu já vinha sentindo em casa, há algum tempo, que alguma coisa não estava bem, pois sentia uma certa agonia [...] e no mesmo momento ficava vermelho [...] (H.7.1). [...] Fiquei ruim. A pressão subiu, foi para 22 por 16. Precisei ser levado para o HU, onde fui medicado e fiquei bom [...] (H.5.3).

### Quadro 12 - Elemento B2.1. Sendo vencido pelos sinais e sintomas

- Sentindo que piorou a dor lombar e abdominal (H.1.3).
- Apresentando HAS e diabetes descompensada (H.1.2).
- Apresentando HAS descompensada (H.2.2).
- Apresentando pico hipertensivo (H.3.4).
- Passando mal quando a pressão subiu para vinte e dois por dezesseis (H.5.3).
- Começando a passar mal de repente, dentro de um segundo (H.6.3).
- Revelando ter pressão alta (H.9.5).
- Considerando que o dia em que passou mal foi uma experiência difícil porque estava deitado e sentiu-se mal (H.2.1).
- Passando mal inesperadamente uma noite, quando foi ajudar em uma festa da igreja (H.2.2).
- Considerando muito complicado quando ficou agitado ao sentir-se mal (H.2.3).

Fonte: Do próprio autor

### **Elemento B2.2. Procurando atendimento em serviços de urgência e emergência em hospital**

Trata-se do movimento empreendido pelo homem em busca de assistência à saúde em serviços de urgência e emergência, para ajudá-lo a restabelecer a sua saúde, depois de ter postergado o máximo possível a procura de atendimento médico, em face do medo de descobrir-se com comorbidades (Quadro 13).

[...] Quando ia saindo para trabalhar, deu uma tontura que precisei agarrar num poste. Fui levado na hora para o HU. Minha pressão estava muito alta. Fui medicado e depois que controlou, voltei para casa de ambulância. Deixei para a última hora e veja no que deu, precisei ser carregado para ir ao médico [...] (H.6.3). [...] Eu tenho bronquite e só procuro o hospital quando estou com pneumonia. Desta vez eu não consegui perceber que estava com pneumonia, então demorei para ir ao HU [...] (H.4.2). [...] Procurei o HU e verificaram minha pressão e me informaram que estava dezoito por catorze (H.16.1). [...] Procurando atendimento no PS (Pronto Socorro) quando sinto dor de cabeça (H.18.1). [...] Procurando hospital quando percebeu que ao andar duzentos metro ou uma subidinha qualquer, não conseguia subir (H.21.9).

### Quadro 13 - Elemento B2.2. Procurando atendimento em serviços de urgência e emergência em hospital: códigos

- Indo ao HU com a pressão alta e o diabetes (H.1.2).
- Relatando que sua pressão estava alta mesmo tomando remédio à noite. Continuava o remédio direto à noite, e a pressão horrível, era muita dor, pressão e o diabetes (H.1.2).
- Vizinho levando-o ao HU devido à HAS (H.2.1).
- Relatando que esteve internado no HU quando a pressão estava alta (H.3.4).
- Considerando que foi ao hospital quando a bronquite evoluiu para pneumonia (H.4.2).
- Procurando ir ao médico por causa da bronquite quando estava muito atacada (H.4.3).
- Relatando que se o homem não tiver cuidados, vai na última hora (H.4.5).
- Sendo levado ao hospital por ambulância ao sentir tontura na rua, enquanto ia para o trabalho (H.6.3).
- Procurando ir ao médico por causa da bronquite quando estava muito atacada (H.4.3).
- Considerando ir na última hora. É assim com ele, que para ir ao médico precisa estar quase morrendo (H.4.5).
- Sendo orientado pela filha para ir ao médico, mas fica esperando ver se melhora em casa, quando vê que não tem jeito, aí vai (H.4.6).
- Considerando que as pessoas só buscam auxílio médico na hora que precisam, não fazendo-o de forma preventiva (H.8.2).
- Buscando o mais rápido possível atendimento hospitalar HU (H.13.2).
- Relatando que deveria ter sido triado pela UBS antes de ir para o hospital (H.13.2).
- indo pro hospital HU, onde verificaram sua pressão e sendo informado que sua pressão estava dezoito por catorze (H.16.1).
- Procurei o HU e verificaram minha pressão e me informaram que estava dezoito por catorze (H.16.1).
- Procurando atendimento no PS (Pronto Socorro) quando sinto dor de cabeça (H.18.1).
- Procurando hospital quando percebeu que ao andar duzentos metro ou uma subidinha qualquer, não conseguia subir (H.21.9).

Fonte: Do próprio autor

### Elemento B2.3. Sentindo-se seguro com a assistência hospitalar

Trata-se do estado de satisfação ao interpretar que suas necessidades e desejos foram prontamente atendidos, no cenário de urgência e ou emergência, garantindo-lhe condições que o assegurassem de qualquer dano ou risco ao ter sua situação de saúde estabilizada, mediante o tratamento eficiente, subsidiado por resultados quase imediatos de exames clínicos, radiodiagnósticos e

laboratoriais (Quadro 14).

#### Quadro 14 - Elemento B2.3. Sentindo-se seguro com a assistência hospitalar

- Sendo acompanhado no HU, onde foi operado da próstata (H.5.3).
- Considerando ter ido para o hospital, foi atendido, resolveram seu problema (e pronto), já voltou para casa, carregado de carro (H.6.3).
- Relatando que o que eles fizessem estava bom, e eles perguntavam: “Como você está? E ele respondia: “Estou bem, estou na mão de vocês, são profissionais, cuidam bem, não posso falar nada” (H.6.3).
- Reconhecendo estar nas mãos de profissionais que cuidam bem dele, não podia falar nada (H.6.4).
- Indo para o HU por problemas de circulação nos dedos do pé que resultaram em amputação (H.7.3).
- Considerando que teve que ficar no hospital (HU) por mais um mês devido um ponto da amputação que infeccionou (H.7.4).
- Considerando ter ficado bom após procedimento de desentupir uma veia. Está bem hoje (H.8.3).
- Considerando que, após ter sido bem atendido no HU, voltou ao Posto e começou a tomar o remédio (H.2.1).
- Contando como foi o atendimento no HU (H.8.3).
- Considerando que em dois mil e dez, quando foi ao HU, foi ótimo. Até hoje, a Universidade tem sido uma beleza pra ele (H.8.3).
- Pontuando que sempre que precisa, vai ao HU e é bem atendido (H.8.3).
- Exemplificando que, inclusive, teve uma época (situação) em que teve que fazer um ecocardiograma e o médico não deu a autorização. No dia em que foi fazer o exame, contou para a atendente, que explicou a situação para a chefia geral, a qual autorizou dizendo: “Pode fazer o ECG para o senhor Milton que ele é nosso paciente” (H.8.3).
- Percebendo individualização em seu atendimento (H.8.4).
- Demonstrando que, pelo fato de ser reconhecido pelas pessoas que o atenderam no HU, isso fez com que o ECG fosse realizado mesmo sem ter o pedido médico (H.8.4).
- Pertencendo ao HU desde o HC, hoje é acompanhado pela Santa Casa, mas tudo encaminhado pelo HU (H.8.4).
- Considerando que o HU encaminhou para o HC, que o encaminhou para a Santa Casa (H.8.4).
- Sendo acompanhado até hoje pela Santa Casa, inclusive, quinta-feira agora tem consulta lá (H.8.4).
- Retornando à Santa Casa para levar o ecocardiograma e todos os exames: de sangue, de urina, de fezes para o médico ver (H.8.4).
- Tendo a Santa Casa como hospital referência, e tendo a segurança de ser atendido prontamente, caso sintasse mal (H.8.4).
- Tendo muita confiança nos médicos também, achava que tudo ia dar certo (H.8.5).
- Sentindo que os próprios médicos já passavam essa firmeza, não vai ter problema, vai dar tudo

- certo (H.8.5).
- Ficando mais seguro devido às palavras de conforto faladas pelos médicos, mas sempre um pouquinho preocupado (H.8.5).
  - Considerando que quanto mais rápido se faz o diagnóstico e a intervenção, no caso do enfarto, ele acredita que fica mais fácil tentar resolver o problema (H.8.6).
  - Considerando que ficou internado no HU por dez dias para os médicos chegarem à decisão do que ia fazer. Uns falavam que iriam abrir seu peito para fazer cirurgia, depois outra hora, diziam que ainda não tinham decidido. Nisso, ficou onze dias internado (H.8.7).
  - Considerando que os médicos chegaram à conclusão de que a angioplastia resolveria seu caso, e graças a Deus, resolveu (H.8.7).
  - Ficando internado dois dias no HU, depois foi encaminhado ao HC, que o encaminhou para Santa Casa, onde ficou internado (H.8.7).
  - Revelando que, após a angioplastia feita na Santa Casa, nunca mais voltou a ser internado (H.8.7).
  - Considerando que o atendimento da Santa Casa foi ótimo, não tendo do que reclamar, trataram-no muito bem e os médicos nunca faltavam, quando precisava falar com médico, era fácil. (H.8.7).
  - Revelando que um atendimento ótimo compreende visitas médicas constantes e também a facilidade em falar com os médicos (H.8.8).
  - Relatando ter sido muito bem atendido também no HU. Hoje, é claro, você vai e tem um monte de pacientes e, às vezes, demora um pouquinho mais e tal, mas sempre tem aquela tese: entrou lá dentro (no HU), você sai de lá bom ou não sai (H.8.8).
  - Considerando que os médicos do (HU) são muito bons, querem descobrir a doença de tudo quanto é tipo, fazem todos os exames que tem que fazer, assim como ele fez, ecocardiograma, ressonância magnética, tomografia, fez tudo ali e não pagou um tostão (H.8.8).
  - Considerando que além de ter sido bem atendido no HU, não teve custo algum (H.8.8).
  - Considerando-se curado após a cirurgia da próstata (H.9.4).
  - Não retornando mais ao hospital por outro motivo (H.9.4)
  - Explicando que estar curado significa não ter algo que o perturbe (H.9.5).
  - Percebendo melhora porque conseguiu diminuir o remédio para urinar (H.9.5).
  - Não se lembrando de como chegou no HU no dia em que foi atendido (H.9.5).
  - realizando muitos exames quando atendido no HU (H.2.1).
  - Relatando que, sempre os médicos pedem para fazer ultrassom, faz tempo que não pedem, mas ele está sempre tratando (H.4.2).
  - Fazendo exame da próstata (H.5.3).
  - Sendo encaminhado para o HU, onde fizeram novamente o exame (H.5.3).
  - Fazendo os exames periódicos dos rins, colhe todo mês fósforo, potássio, de anemia, para saber como está e vai levando a vida como pode (H.7.1).
  - Relatando que, mesmo agora doente, sempre alguém o leva para fazer exames no hospital (H.7.5).
  - Tendo problema do coração, fez uma angioplastia (H.8.2).
  - Revelando ter passado por procedimento no HU para desentupir uma veia (H.8.3).
  - Demonstrando confiança no exame de sangue, pois consegue verificar tudo que está anormal

(H.8.6).

- Fazendo angioplastia na Santa casa, ficou dois três dias, a internação durou onze dias ao todo.

(H.8.7).

- Procurando atendimento no HU acompanhado do filho (H.1.3).

- Considerando-se bem atendido ao perceber a equipe atenta ao seu problema (H.1.1).

- Médico X solicitando RX e realizando-o (H.11).

- Recebendo o diagnóstico de pedras no rim mediante o RX e demais exames (H.1.1).

- Médicos realizando a litotripsia (H.1.1).

- Realizando cateterismo cardíaco e concomitantemente angioplastia transluminal (H.1.3).

- Sentindo-se bem cuidado no HU (H.1.1).

- Sentindo-se seguro ao ser cuidado por médico conhecido e experiente (H.1.3).

- Pontuando que nunca mais foi ao HU com problema de pressão alta nem de diabetes (H.1.4).

- Considerando que o doutor foi muito bom, resolveu de forma eficiente seu problema, fez cirurgia e sentiu apenas alguma coisinha (H.3.1).

- Considerando ter ido ao HU em dois mil e dez devido um negócio (um problema) no pâncreas, uma pedra tinha subido teve que tirar a vesícula, estava inflamada (H.3.2).

- Revelando que, após o atendimento no HU, está bem graças a Deus (H.5.3).

- Considerando que depois de ter sido encaminhado ao HU, as coisas melhoraram muito (H.5.4).

- Ficando internado no HU de quatro a cinco dias (H.5.4).

- Sentindo-se aliviado quando o eletrocardiograma descartou infarto (H.10.2)

- Considerando que foi bem atendido no hospital HU (H.10.3)

- Os residentes e alunos estavam preocupados com o seu problema de saúde (H.10.3)

- Recebendo medicações para o problema de saúde(H.10.3)

- Sendo avaliado de hora em hora (H.10.3)

- Relatando que a médica entregou-lhe receita na alta e o orientou quanto a necessidade de tomar dois medicamentos para descansar e que deveria tomar o remédio para a pressão (H.10.4)

- Considerando que o atenderam rapidamente, graças a Deus, não deu para pensar muita coisa (H.13.2)

- Percebendo que o triaram e encaminharam rapidamente para o médico, que foi me acalmando, tomei medicação e fiquei em observação (H.13.2)

- Considerando que fizeram todos os exames (eletrocardiograma, RX do tórax, CK-MB e outros que não se lembra) e os resultados deram todos negativos, e que eu não tinha nenhuma anomalia cardíaca e fui liberado (H.13.2)

- Cuidando da saúde, esta bem, o hospital ajudou bastante (H.15.3)

- Reconhecendo que o atendimento hospitalar foi bom para ele (H.15.3)

- Considerando ter sido bem atendido, pelas enfermeiras, médicos e tomando medicamento (H.15.3)

- Sendo bem atendido no hospital (H.16.5)

- Considerando ter ficado internado várias vezes no HU e atendem bem (H.16.5)

- Considerando Dr. XX é gente boa (H.16.5)

- Considerando ter sido bem atendido, o tempo que padeceu no hospital, tem gente que fala mal,

mas não viu nada de errado (H.16.5)

- Pontuando que o atendimento do hospital não é o que as pessoas falam (H.16.5)

- Sendo comunicado que estava internado, fizeram coleta até de sangue (H.17.1)

- Passando por uma bateria de exames no HU para chegar ao diagnóstico, exames do coração, fizeram eletrocardiograma (H.21.10)

- Após exames descobriram que já havia infartado e tinha sofrido um novo enfarto, aí tomaram as primeiras providências (H.21.10)

- Revelando que entrou no HU e esta melhor do que antes, o pessoal me tratou muito bem, a junta médica as enfermeiras são anjos aqui na terra (H.21.18)

Fonte: Do próprio autor

Elemento B2.4. Reconhecendo resolubilidade de unidades da atenção básica, após contrareferenciado à Unidade de Atenção Básica pelo serviço de urgência e emergência

Decorre do agravamento de seu quadro clínico mediante a postergação da procura de cuidados à saúde em unidades de atenção básica. Assim, não reconhece a resolubilidade desse serviço, pois quando procura assistência à saúde, o faz em situação de atendimento de urgência e emergência em hospital terciário. Caso procure serviços de atenção básica à saúde nessa situação, certamente irão encaminhá-lo para atendimento em nível terciário. Em muitos casos, o homem só iniciará acompanhamento na atenção básica, depois de encaminhado por serviço terciário de saúde (Quadro 15).

[...] A hora que aparece um problema, a mulher costuma ir à UBS (Unidade Básica de Saúde, com mais rapidez para resolver seus problemas. O homem protela muito para buscar os serviços de saúde. Faz tudo errado e é por isso que quando procura ajuda é no HU (13.3) [...]. [...] Eu não ia ao médico. Tomava remédio dia e noite e a pressão sempre alta. A pressão e o diabetes. Depois que fiquei internado no HU, nunca mais tive nada. Eles cuidaram de mim. Depois, fui encaminhado para o postinho e o médico de lá até diminuiu meus remédios e acabou. Agora não passo mal [...] (H.1.2). A UBS (Unidade Básica de Saúde) me encaminhou na hora para o HU, pois minha pressão estava muito alta. A enfermeira disse-me que mais de 22 [...] (H.3.4).

**Quadro 15 - Elemento B2.4. Reconhecendo resolubilidade de unidades da atenção básica, após contrareferenciado à Unidade de Atenção Básica pelo serviço de urgência e emergência**

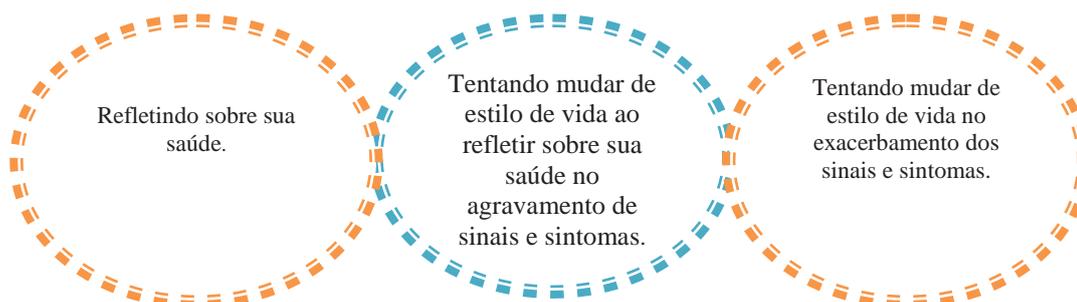
- A hora que aparece um problema, a mulher costuma ir à UBS (Unidade Básica de Saúde, com mais rapidez para resolver seus problemas. O homem protela muito para buscar os serviços de saúde. Faz tudo errado e é por isso que quando procura ajuda é no HU (13.3)
- Considerando que, depois que cuidaram de mim no HU, o médico do posto até diminuiu os medicamentos (H.1.2).
- Unidade Básica de Saúde resolvendo problemas de menor complexidade (H.1.4).
- Relatando que a UBS o encaminhou diretamente para o HU (H.3.4).
- Passando a ser acompanhado só no Posto de saúde, depois de internado no HU (H.5.4).

Fonte: Do próprio autor

**Subcategoria B3. Tentando mudar de estilo de vida ao refletir sobre sua saúde no agravamento de sinais e sintomas**

Advém do abalo da representação masculina de sua infalibilidade, de que nada aconteceria com sua saúde, arremetendo-o à reflexão e à realidade de que se faz necessária a mudança de estilo de vida e conseqüentemente adesão ao tratamento. Inicia-se quando se aproxima da materialização dos fatores de risco da doença, como o infarto agudo do miocárdio e do acidente vascular cerebral, que são os mais lembrados no momento da crise hipertensiva e de seu tratamento. Esta subcategoria abarcou dois elementos: refletindo sobre sua saúde; tentando mudar de estilo de vida no exacerbamento dos sinais e sintomas (Diagrama 4).

**Diagrama 4 - Subcategoria B3 – Tentando mudar de estilo de vida ao refletir sobre sua saúde no agravamento de sinais e sintomas: elementos**



Fonte: Do próprio autor

### Elemento B3.1 Refletindo sobre sua saúde

Trata-se do momento em que o indivíduo tem sua consciência desperta por sinais e sintomas relativos à descompensação da doença, fazendo-o presumir a materialidade de comorbidades que poderão suscetibilizá-lo à morte e ou comprometer seriamente sua qualidade de vida. As principais são o infarto e o acidente vascular cerebral, condições consideradas piores quando comparadas à HAS. É por esta razão que, amedrontado com a exacerbação dos sinais e sintomas dirige-se a serviços de urgência e emergência, na confiança da resolubilidade que o serviço oferece e apoiado em suas crenças religiosas no restabelecimento de sua saúde (Quadro 16).

[...] Nunca tomei cuidado com minha saúde. Fui deixando acontecer e levando a vida. Não parei para pensar sobre cuidados com saúde (H.21.1).  
 [...] É meio difícil de dizer. Na hora que passei mal, pensei em tantas coisas.  
 [...] Foi muito complicado, porque fiquei bastante agitado na hora [...]. Pensava que pudesse ser um enfarte. Só nisso pensava. Ainda bem que contei com um amigo que procurava me acalmar (H.2.3). [...] Quando passei mal e precisei ir para o HU com pressão alta, eu pensei muitas coisas ruins, como ter um derrame (risos) [...] (H.5.4). [...] A única coisa que passava por minha cabeça é que não voltaria mais para casa, porque na situação que eu fui para o HU, foi só por Deus mesmo e o médico que me tratou e conseguiu me levantar [...] (H.6.3).

#### Quadro 16 - Elemento B3.1 Refletindo sobre sua saúde

- Nunca tomei cuidado com minha saúde. Fui deixando acontecer e levando a vida. Não parei para pensar sobre cuidados com saúde (H.21.1).
- Considerando ser difícil falar sobre o que pensou quando foi atendido no HU, pensou em tanta coisa (H.2.3).
- Considerando que, pelo seu estado, pudesse ser enfarte, ficou muito agitado porque a pessoa fica perdida (H.2.3).
- Quando chegou ao HU, não sabe se a enfermeira mediu certo, estava vinte e seis por dezessete (H.3.4).
- Pensando que, com a pressão subindo, era possível (poderia) dar um derrame, sei lá colocava muita coisa ruim na cabeça (H.5.4).
- Associando que pressão alta pode levar a um derrame (H.5.4).
- Pensando que ia para o hospital e não voltaria mais devido à situação em que foi prá lá (H.6.3)
- Considerando sua situação (seus sinais e sintomas), foi só por Deus mesmo e o médico que o tratou e o levantou (H.6.3).
- Quando passou mal e foi para o HU, a única coisa que pensava era que estava na mão de Deus, do médico e das enfermeiras que cuidavam (H.6.3).
- Acreditando que se esperar enfartar, fica muito mais difícil (H.8.6).

- Apesar de não querer ir ao médico, quando foi, ainda deu tempo, não chegou a enfartar (H.8.6).
- Pedindo a Deus para que ficasse bom quando teve que ir ao hospital (H.1.6).
- Agradecendo a Deus pelo médico que cuidou dele (H.1.6).
- Pedindo à Deus para não deixá-lo morrer naquela cama (H.3.2).
- Agradecendo a Deus por ter passado pelos problemas de saúde no HU (H.9.4).

Fonte: Do próprio autor

### **Elemento B3.2 Tentando mudar de estilo de vida no exacerbamento dos sinais e sintomas**

Trata-se do momento em que o homem fica mais suscetível a romper com o poder emanado do papel de homem inabalável com sua saúde, porém, para isso, precisaria constituir competência psíquica para não retornar ao papel de autocontrole de sua saúde em face de a melhora da sintomatologia e assim capacitando-o a seguir o tratamento (Quadro 17).

[...] Considerando que começou a preocupar-se com a saúde em dois mil e um, quando estava fazendo uma viagem para Guarapari Espírito Santo, aí começou a sentir-se mal, uma dor muito forte nas costas (H.3.5). [...] Considerando que quando a pressão sobe, para de tomar (bebida alcoólica) e assim por diante. [...] Parando de tomar cerveja, após apresentar problemas no rim (H.5.3). [...] Procurando não fazer extravagância depois que ficou hipertenso.

#### **Quadro 17 - Elemento B3.2 Tentando mudar de estilo de vida no exacerbamento dos sinais e sintomas**

- Considerando que começou a se preocupar com a saúde em dois mil e um, estava fazendo uma viagem para Guarapari Espírito Santo, aí começou a sentir mal, uma dor muito forte nas costas (H.3.5).
- Considerando que quando a pressão sobe, para de tomar (bebida alcoólica) e assim por diante (H.5.1).
- Parando de tomar cerveja após apresentar problemas no rim (H.5.3).
- Parando de consumir bebidas alcoólicas, maneirando na ingestão de comidas gordurosas e salgadas, assim como na ingestão de café ao se descobrir hipertenso (H.6.4).
- Procurando não fazer mais extravagâncias depois que ficou hipertenso (H.7.1).
- Relatando que tentou mudar o hábito alimentar (H.19.6)
- Por temer ficar internado novamente, para tanto precisou manter uma alimentação adequada (H.21.5)
- Pensando em fazer reeducação alimentar, para conseguir diminuir os efeitos maléficos que as

- comidas gostosas tem em sua vida, para continuar vivendo pelo menos mais cinco a dez anos (H.21.5)
- Pensando direito após a cirurgia e recomeçando tudo de novo, novas amizades, novas perspectivas de trabalho, pensou que a cirurgia seria o fim, mas na verdade está sendo o recomeço (H.21.6)
  - Tentando mudar os hábitos alimentares, mas não é algo que goste (H.21.6)
  - Revelando que em sua casa ele quem cozinha e lava a louça, não deixa sua mulher ir para o fogão (H.21.6)

Fonte: Do próprio autor.

#### **Subcategoria B4. Retomando o papel de autocontrole de sua saúde mediante melhora da sintomatologia**

Trata-se do retorno ao subprocesso denominado relativizando sinais e sintomas por continuar com medo do diagnóstico médico se materializar, uma vez que não constituiu competência psíquica para romper com o poder emanado da fantasia de homem inabalável com sua saúde (Quadro 18).

[...] Eu cheguei até a fazer um acompanhamento lá no HU. Aí, quando disseram que estava tudo bem, mas que eu precisava continuar medindo a pressão, foi quando deixei de lado [...] (H.2.2). Eu acho muito difícil seguir as recomendações com o tratamento. Tomar o remédio até que é mais fácil, mas as outras coisas não [...] (H.6.5).

#### **Quadro 18 - Subcategoria B4. Retomando o papel de autocontrole de sua saúde mediante melhora da sintomatologia**

- Deixando levar e acontecer, pois não apresenta problema aparente (H.2.2).
- Relatando que, apesar de ter sido orientado a controlar a pressão, deixou de lado (H.2.2).
- Considerando não buscar auxílio para o problema no intestino por não apresentar nenhum sintoma no momento (H.5.5).
- Considerando difícil se manter dentro das recomendações de tratamento (H.6.5).
- Tomando só o remédio, mas não tomando os outros cuidados (H.6.5).

Fonte: Do próprio autor.

**Categoria C. Vivenciando a materialidade da doença nas comorbidades.**

Significa aquelas experiências em que a doença ultrapassou a capacidade de controle, evoluindo para comorbidades mais graves como

insuficiência renal crônica e obstruções arteriais, chegando a situações extremas, como de múltiplas amputações e de tornar-se dependente de tratamento dialítico. Para algum deles, uma preocupação mais constante com sua saúde só ocorrerá nesse momento, quando a doença sai do plano da invisibilidade para a materialidade, como por exemplo: amputações, procedimentos dialíticos, infarto agudo do miocárdio, dentre outros (Quadro 19).

[...] O homem quando chega ao médico, na maioria das vezes, é tarde demais (H.15.4). [...] Eu nunca tive nenhuma doença e [...] trabalhava direto. Só vim adoecer depois de uns anos para cá, que deu esse problema de enfarte. Meus irmãos morreram nem sei do que, porque não fomos acostumados a ir ao médico [...]. Eu nunca tinha ido ao médico antes. Só comecei a ir porque apresentei um problema de saúde há uns dois anos atrás [...]. Eu piorei e meu filho me levou para o HU. Lá viram que eu estava com a pressão alta e já foi dando aquele negócio ruim, faltando fôlego. Deu um tipo de enfarte. Eles precisaram cortar uma veia aqui na virilha para desentupir com um tipo de arame [...]. Fiquei 30 dias internado com a perna elevada. Agora estou bem. [...] Nunca mais tive nada, porque a minha pressão está bem controlada. Agora a comida não é salgada e nem é doce. Não é doce porque tenho diabetes também. [...] Eu nunca mais precisei ir ao HU, com problema de pressão alta nem do diabetes, porque depois que saí do HU, o posto passou a resolver, com muita tranquilidade os meus problemas de saúde (H.4.3). [...] Há uns dez, quinze anos atrás fui fazer uma consulta e descobri que estava com problema renal também [...]. Há três anos, eu faço diálise peritoneal em casa. Eu não tinha hipertensão, só o diabetes. Agora tanto a hipertensão quanto o diabetes estão controlados, pois tive problema de circulação, que ocasionou a amputação de minha perna esquerda, abaixo do joelho. Agora estou esperando cicatrizar bem para adaptar uma prótese. Estou seguindo rigorosamente com os exames laboratoriais periódicos [...]. Não faço mais extravagâncias. Não faço mais nada que não posso. Alimento-me bem. Depois de passar por tudo isso, surgiram outros problemas, pois estou me tratando e me cuidando [...] (H.7.1). [...] De dois mil para cá é que começou a dar uns probleminhas de saúde e aí eu tive de ir ao médico. [...] Precisei operar da coluna, depois tive problema do coração e fiz uma angioplastia. Hoje eu estou bem, graças a Deus. Mas antes eu não ia mesmo ao médico, só na hora que realmente precisava. Depois disso, passei a fazer um *check-up* todo ano [...] (H.8.2). [...] O homem é macho até cair em uma cama, mas depois que caiu, não tem mais jeito, não tem o que fazer. É a partir daí que ele começa a pensar se valeu a pena todo o machismo que tinha (H.11.4). [...] O homem só vai se cuidar quando já tem algum problema instalado (H.21.23). [...] Quando tem um problema uma dor por exemplo, em última instância o homem fala, vou ter que ir ao médico (H.21.24). [...] Procurou o médico da empresa no (agravamento dos sinais e sintomas....) e ele pediu afastamento, para procurar saber o que realmente estava acontecendo (H.17.5).

### Quadro 19 - Categoria C. Vivenciando a materialidade da doença nas comorbidades.: códigos

- O homem quando chega ao médico, na maioria das vezes, é tarde demais (H.15.4). [
- Chegando no HU, a pressão estava alta, já deu aquele negócio ruim faltando fôlego, deu um tipo de enfarte (H.1.3).
- Começando tratamento para os rins com remédios que durou uns quinze anos, hoje já faz três anos de bolsa peritoneal que troca quatro vezes ao dia (H.7.1).
- Tendo problema de circulação que ocasionou amputação da perna esquerda, abaixo do joelho, está esperando cicatrizar, tem tudo pra botar uma prótese (H.7.1).
- Relatando que já pegou quase todo tipo de doença e ainda tem (H.7.1).
- Explicando que, na época do frio, o dedo maior rachou deu um problema, infeccionou, deu problemas nos ossos e foi amputado, na sequência os outros dois dedos do lado também complicaram, foi amputado, sobraram dois, que posteriormente também foram amputados devido a uma infecção (H.7.3).
- Revelando que, de repente, daí surgiu um problema desses (obstrução cardíaca e bloqueio de ramo), você fica preocupado (H.8.4).
- Dizendo não ter muito o que falar, quando convidado a contar um pouco mais sobre o problema do coração (H.8.2).
- Sendo informado pelos médicos que estava com bloqueio de ramo esquerdo e obstrução de veia cardíaca (H.8.3).
- Revelando que precisou ter problemas de saúde para aprender que uma vez por ano tem que fazer um *check-up*, vê se está tudo certo (H.8.6).
- Considerando que quando descobriu o diabetes, daí começou a fazer todos os tratamentos possíveis de prevenção (H.7.1).
- Tratando do diabetes, da próstata cuidando da visão sempre, indo ao oftalmologista, exames de sangue periodicamente para ver como estão as coisas (H.7.1).
- Considerando descobrir por acaso (HÁ) sentiu que a cabeça começou a doer demais, procurou o hospital e a pressão estava vinte por onze (H.11.1).
- Sendo informado pelo médico que é hipertenso, após ter passado mal na casa de sua mãe (H.14.4).
- Após exames descobriram que já havia infartado e tinha sofrido um novo enfarto, aí tomaram as primeiras providências (H.21.10).
- O homem é macho até cair em uma cama, mas depois que caiu, não tem mais jeito, não tem o que fazer. É a partir daí que ele começa a pensar se valeu a pena todo o machismo que tinha (H.11.4).
- O homem só vai se cuidar quando já tem algum problema instalado (H.21.23).
- Quando tem um problema uma dor por exemplo, em última instância o homem fala, vou ter que ir ao médico (H.21.24).
- Procurou o médico da empresa no (agravamento dos sinais e sintomas....) e ele pediu afastamento, para procurar saber o que realmente estava acontecendo (H.17.5).

Fonte: Do próprio autor.

## DESCOBRINDO A CATEGORIA CENTRAL E O MODELO TEÓRICO

A análise dos três subprocessos que representam o significado simbólico da experiência do homem atendido em serviço de urgência e emergência com crise hipertensiva com seu processo saúde-doença e a análise da forma como esses subprocessos interagem entre si possibilitaram identificar o processo representado pela categoria central - movendo-se entre o fortalecimento e a fragilização do poder como homem de saúde inabalável: o medo do diagnóstico médico imaginado como componente interveniente para a materialidade da doença. Desse modo, a integração entre as categorias emergentes das experiências e sua articulação com a categoria central permitiram a construção de um modelo teórico (Diagrama 5) que abstraiu a experiência interacional com o processo saúde-doença de homens nessa situação específica.

A concepção do cuidado à saúde inerente ao feminino é masculina e, portanto, não se cuidar da saúde é uma conduta peculiar ao homem, sobretudo aos pertencentes às gerações mais velhas. O costume de não buscarem serviços de atenção à saúde de maneira preventiva, pode estar associado ao seu papel assumido na sociedade como herói, portando alimenta a fantasia de ser inabalável ou seja, que nada de ruim irá lhe acontecer no decorrer dos tempos. No desempenho desse papel, mostra-se capaz de vivenciar uma sorte incomum e para isso adota comportamentos de riscos à sua saúde e vida para ser celebrado por si mesmo e seu grupo por feitos guerreiros, expressos na coragem e devotamento como homem por natureza. Por tais motivos, consideram-se pessoas desregradas, explicando a busca por assistência à saúde como uma perda de tempo, porque se pode gozar de momentos prazerosos, abarcando atividades frequentemente não saudáveis e eliminando a chance de ficarem com suas famílias, especialmente para o jantar. Assim, os homens são frequentadores assíduos de bares, locais onde passam horas, envolvidos com jogos, na maioria das vezes acompanhado da ingestão de bebidas alcoólicas e utilização de tabaco.

O não rompimento com essa concepção impulsiona-o a vivenciar tal estilo de vida, tornando-o mais exposto a desenvolver doenças crônicas não transmissíveis e conseqüentemente fatores de riscos advindos do não seguimento do tratamento para essas doenças. Esse movimento compreende o segundo

subprocesso, denominado aprisionando-se ao papel de homem com superpoderes sobre sua saúde, caracterizado por movimento cíclico entre o fortalecimento e a fragilização do poder emanado do papel como homem de saúde inabalável, que o habilita ao autocontrolando e relativizando sinais e sintomas por medo do diagnóstico médico imaginado.

Essa habilidade se constitui, também, como estratégia utilizada para se esquivar de serviços de atenção à saúde, como ameaça que representam esses serviços para a materialização de sinais e sintomas no diagnóstico médico imaginado (fatores de riscos) e conseqüentemente compreendido como fragilização de seus superpoderes. Essa é a razão que o leva a relativizá-los em seu discurso e autocontrolá-los, muitas vezes domesticamente, ou suportando-os até que seu limiar de resistência lhe permita, antes de procurar atendimento como último recurso. As ações que sinalizam tal comportamento são: Negando sinais e sintomas; tentando controlar sinais e sintomas no domicílio, tendo como parâmetro o bem-estar para a alimentação e o sono; não procurando atendimento à saúde com medo do suposto diagnóstico.

Entretanto, num dado momento, esse homem acaba vencido pelos sinais e sintomas de sua doença e, conseqüentemente, fragilizado no seu poder de autocontrole, dirige-se à procura de serviços de urgência e emergência mediante o medo de o diagnóstico médico se materializar nas comorbidades, sendo os mais lembrados: AVC e IAM.

Ainda sob o impacto dessa ameaça, o homem acaba tentando mudar de estilo de vida ao refletir sobre sua saúde, entretanto, esse feito se mostra difícil de se sustentar na experiência, quando não se consegue romper psicologicamente com o poder imaginário de autocontrole para fatores de riscos, emanado da fantasia de que o cuidado à saúde é inerente ao feminino. Representado por cenas que envolvem aquele homem que, mesmo procurando serviços de urgência e emergência ao perder o controle sobre sinais e sintomas, e portanto, em situação de fragilização de seu poder, não se mostrou suficiente para ajudá-lo a romper definitivamente com o papel. Isso enfraquece sua competência psíquica para mudar sua concepção e conseqüentemente de estilo de vida. Mesmo tendo refletido sobre sua saúde no agravamento dos sinais e sintomas, volta a se

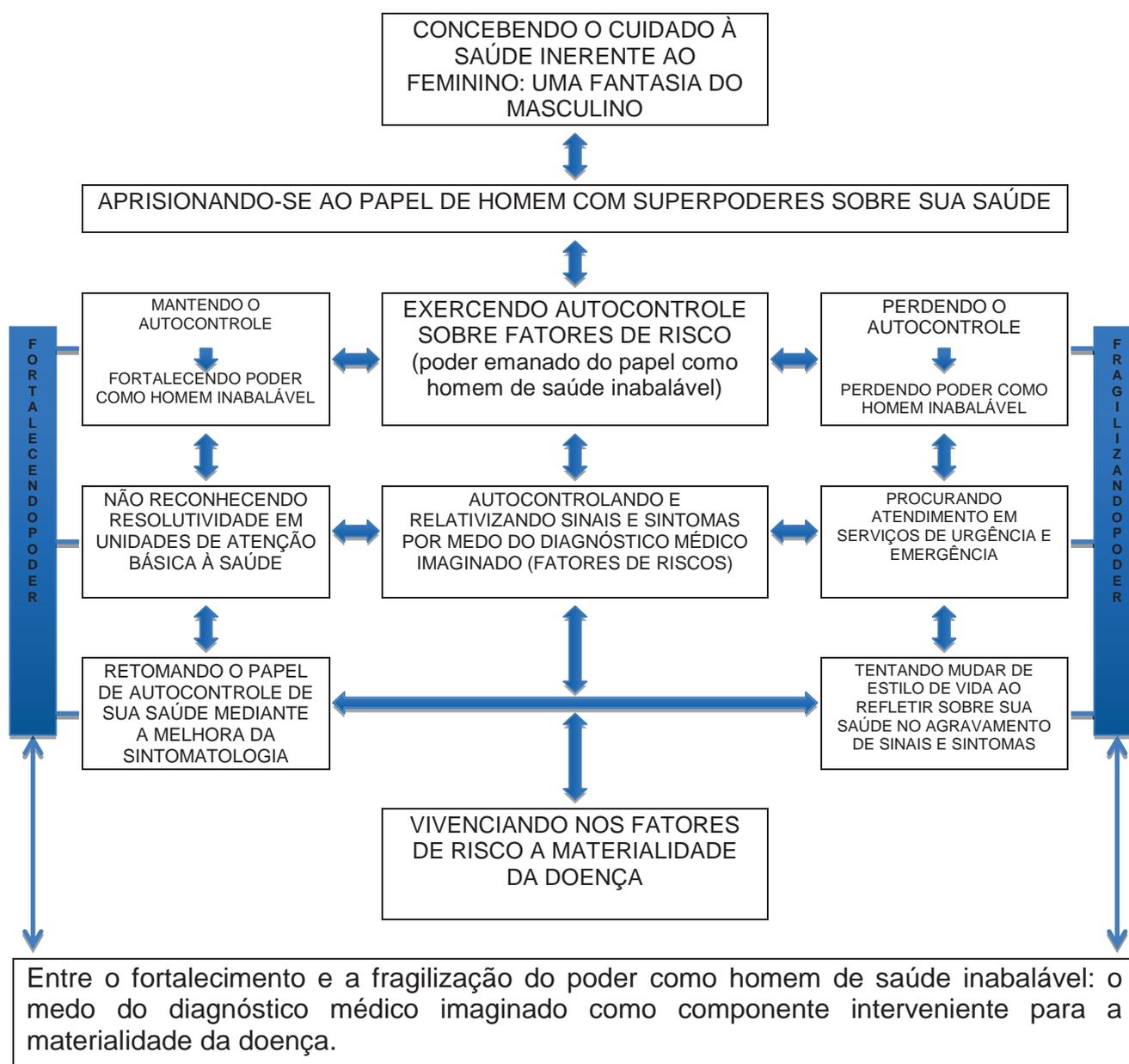
fortalecer no papel, justamente quando viu-se diminuída sua preocupação com a instalação dos fatores de riscos. Esse contexto denominou-se retomando o papel de autocontrole de sua saúde mediante melhora da sintomatologia.

São por essas razões que, mesmo vivenciando situações de vulnerabilidade da saúde, muitos homens não conseguem romper com a fantasia e justificam o não abandono de seus comportamentos, amparados em frases cujas mensagens denotam que é melhor aproveitar a vida, por ser a morte um fenômeno inevitável. Dess forma, consideram a procura de um serviço de saúde em última instância e, muitas vezes, negando realizarem exames preventivos que concebem ferir a masculinidade dos mesmos. Esse conjunto de cenas os levam a vivenciarem a realidade de serem surpreendidos por doenças já em estágios mais avançados quando comparados às mulheres. Por fim, o subprocesso aprisionando-se ao papel de homem com superpoderes sobre sua saúde impulsiona-o a vivenciar o terceiro subprocesso, intitulado vivenciando a materialidade da doença nas comorbidades.

Esse é o último subprocesso da experiência, quando a doença ultrapassou a capacidade de controle, evoluindo para comorbidades mais graves, como insuficiência renal crônica e obstruções arteriais, chegando a situações extremas como de múltiplas amputações e de tornar-se dependente de tratamento dialítico. Para algum deles, uma preocupação mais constante com sua saúde só ocorrerá nesse momento, quando a doença sai definitivamente do plano da invisibilidade para a materialidade, como por exemplo: amputações, procedimentos dialíticos, dentre outros.

Por fim, compreende-se que quando o masculino interage com seu processo saúde-doença movendo-se entre o fortalecimento e a fragilização do poder como homem de saúde inabalável, tendo o medo do diagnóstico médico imaginado como componente interveniente para a materialidade da doença, aumenta a sua previsibilidade de vivenciar comorbidades incapacitantes, como as já citadas, conforme representado no diagrama 5.

Diagrama 5 - Categoria Central – Movendo-se entre o fortalecimento e a fragilização do poder como homem de saúde inabalável: o medo do diagnóstico médico imaginado como componente interveniente para a materialidade da doença

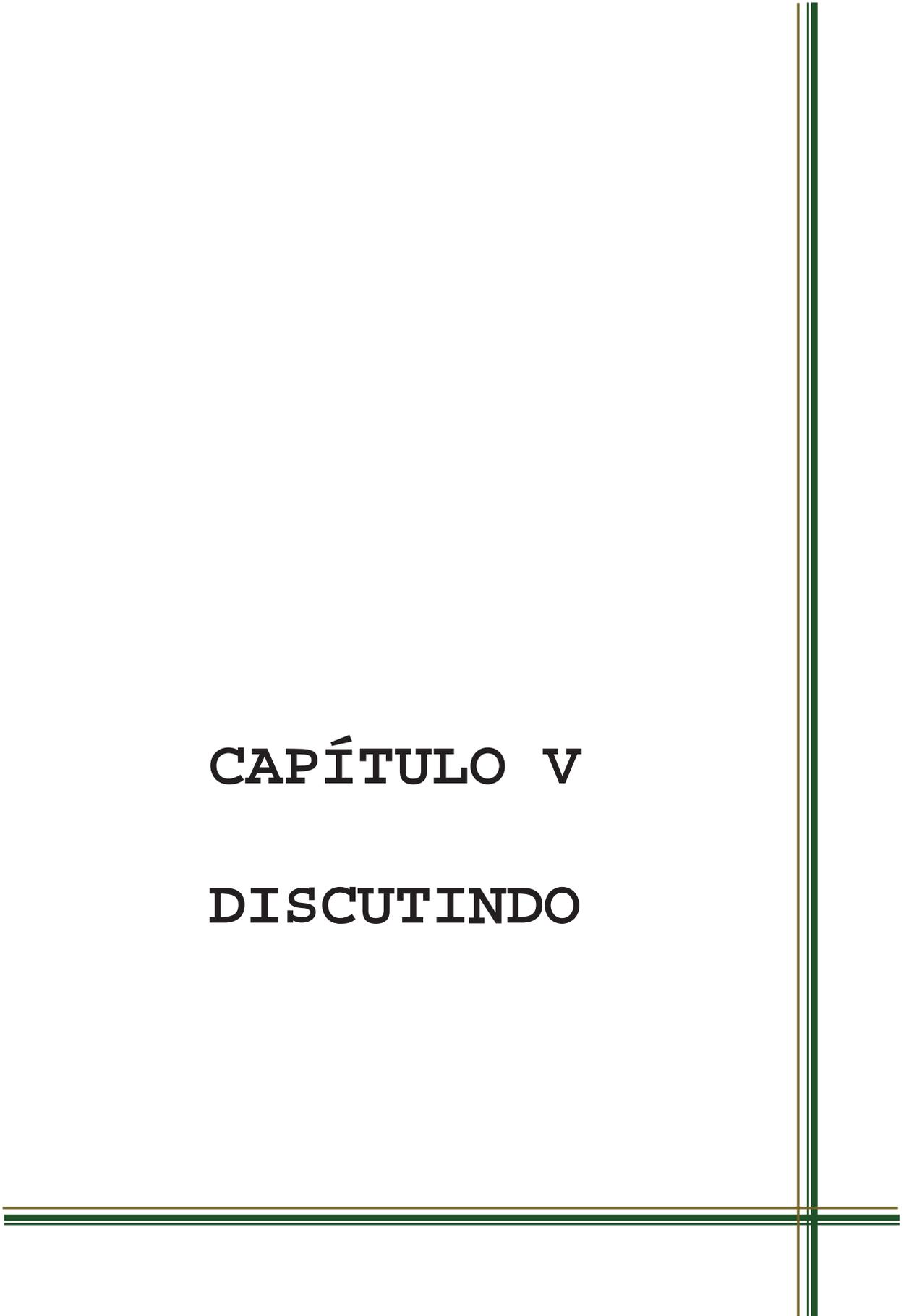


Fonte: Do próprio autor

Realizou-se a validação do modelo teórico mediante o retorno aos dados e o mesmo se mostrou capaz de explicar a maioria deles, conforme uma das estratégias recomendadas por Strauss e Corbin (2008).

# **CAPÍTULO V**

## **DISCUTINDO**



A proposta inicial desta pesquisa, era elucidar a experiência interacional homem processo saúde-doença por faixa etária. Contudo, no decorrer do desenvolvimento da pesquisa, não se verificou diferenças nas respostas dos pacientes entrevistados, independentemente da faixa etária. Assim foi constituído um único grupo amostral.

Com a realização desta pesquisa permitiu-se compreender a experiência interacional do homem atendido em serviço de urgência e emergência com seu processo saúde-doença, assim como elaborar um modelo teórico que abstraísse a experiência. Contudo mostrou-se ainda necessário o aprofundamento da compreensão sobre o medo do diagnóstico médico imaginado, assumir no modelo uma condição de componente interveniente para a materialidade da doença desse homem.

Considerando por um lado, o medo, sentimento inquietante em face de ameaça ou possibilidade de fracasso, e por outro, ser atribuição do profissional da saúde a realização de atividades educativas de prevenção dessas comorbidades debilitantes, assim como auxiliar o cidadão a promover a sua saúde, é que se propõe aprofundar a compreensão, à luz do Interacionismo Simbólico, acerca das relações entre esse sentimento e a materialidade da doença.

Segundo o Interacionismo Simbólico, o *self* (o ego/a própria pessoa) na interpretação que Blumer faz do pensamento de Mead, significa que a pessoa pode ser objeto de sua própria ação, ou seja, objeto de si própria (BLUMER, 1986). Ao afirmar que o indivíduo possui um *self*, Mead enfatiza que, da mesma forma que o indivíduo age socialmente com relação a outras pessoas, ele interage socialmente consigo mesmo e age em relação a si próprio. Assim sendo, a pessoa pode tornar-se objeto de suas próprias ações dentro da sociedade que, de acordo com Mead, precede a existência do *self* (HAGUETTE, 2010).

Para os interacionistas, o *self* é um objeto social, por meio do qual o indivíduo age. O fato de possuí-lo converte o ser humano em um tipo especial de ator, transforma sua relação no mundo e dá, à sua ação, um caráter único (BLUMER, 1986). Assim, o *self* representa um processo social no interior do indivíduo que envolve duas fases analíticas distintas: (1) O Eu é a tendência

impulsiva do indivíduo. É o aspecto inicial, espontâneo e desorganizado da experiência humana. Logo, representa as tendências não direcionadas do indivíduo; (2) Mim representa o 'outro' incorporado ao indivíduo. Logo, ele compreende o conjunto organizado de atitudes e definições, compreensões e expectativas – ou simplesmente sentidos – comuns ao grupo. Em qualquer situação, 'Mim' compreende o outro generalizado e, raramente, um outro particular (HAGUETTE, 2010).

Para os interacionistas, *self* é um objeto e interage com os outros, por isso é definido, redefinido e muda constantemente. Nessa perspectiva, pode-se afirmar que: como eu me vejo, como eu me defino, o julgamento que tenho de mim mesmo são todos altamente dependentes das definições sociais que encontro na vida (CHARON, 1989).

Neste estudo, o fato de o homem se julgar indisciplinado ao adotar comportamentos de riscos à sua saúde, por não conceber o cuidado à saúde como um comportamento inerente ao gênero, torna-o vulnerável ao adoecimento. Figueiredo (2005) corrobora ressaltando que a despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens buscam menos do que as mulheres os serviços de atenção primária. Adentram ao sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Vale lembrar ainda que, o homem, pelas suas peculiaridades inerentes ao gênero, apresenta dificuldade em reconhecer suas necessidades, quem sabe mantendo um pensamento mágico que rejeita a probabilidade de adoecer (BRASIL, 2009c).

Uma vez configurado seu *self* a assumir na sociedade um papel de herói e protagonista da fantasia do masculino provido de saúde inabalável, ele o capacita a ações de sorte incomuns, por meio de comportamentos de riscos à sua saúde e de vida, como forma de representar simbolicamente sua coragem e abnegação como homem por natureza. Os símbolos que traduzem esses comportamentos de riscos envolvem desde a não procura de assistência à saúde e o envolvimento com hábitos não saudáveis, como: tabagismo, consumo de álcool, dentre outros.

O não rompimento com essa concepção e conseqüentemente com

essas interações impulsiona-o a vivenciar tal estilo de vida, tornando-o mais exposto quando comparado à mulher e a desenvolver agravos da saúde, como doenças crônicas não transmissíveis, do tipo HAS, diabetes tipo II, além de dependência por substâncias psicoativas, dentre outras.

O contexto apresentado é corroborado por estudos realizados com homens de culturas diferentes da latino-americana, demonstrando que os comportamentos desfavoráveis à saúde têm se relacionado, também, aos ideais dominantes de masculinidade (OLIFFE, 2009). Este tema é tão atual e relevante, que trata-se de uma das prioridades da PNAISH, a qual aponta ser necessário levar em consideração que, as representações sociais sobre a masculinidade, interferem na busca pela atenção primária (BRASIL, 2008a; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

A contento, pesquisas de gênero vêm associando o cuidado à saúde inerente ao feminino, uma vez que o imaginário masculino tem considerado o cuidado à saúde um atributo da mulher, culturalmente imaginada frágil e, portanto necessitada de zelo (TAQUETTE, 2007). Ao contrário, espera-se um homem forte, provedor da família e capaz de enfrentar desafios, sem demonstrações de fraquezas, segundo Madureira (2005) é histórica- social e culturalmente confiado ao homem o papel de provedor. Todas essas questões podem estar relacionadas ao fato da não valorização do corpo para a promoção da saúde, condição que aumenta sua vulnerabilidade às doenças (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; COUTO et al., 2010).

Em decorrência, estudos epidemiológicos verificam a longevidade como característica feminina, uma vez que historicamente os homens tendem a morrer antes, acometidos por doenças debilitantes, por não buscarem apoio em serviços de saúde e por adotarem comportamentos de riscos (CREIGHTON; OLIFFE, 2010; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005) como o tabagismo e a ingestão de bebidas alcoólicas (FORUM, 2006). Essa tendência já foi considerada inevitável e hoje é abordada como passível de mudança (CREIGHTON; OLIFFE, 2010).

De posse de tais agravos e aprisionado ao papel de homem com

superpoderes sobre sua saúde, o modelo teórico emerso neste trabalho, do mesmo modo que os já realizados, sinalizou-o, mais vulnerável a vivenciar a materialidade da doença por meio das incapacidades ou a morte induzidas pelos fatores de riscos, como amputações por insuficiência circulatória, AVC, IAM, insuficiência renal, dentre outras comorbidades decorrentes da competência de autocontrolar-se de maneira independente do apoio de serviços de saúde, conferida pelo poder emanado do papel. Dessa forma, a própria capacidade de reconhecer que suas ações são suficientes para manter sua doença sob autocontrole, sinaliza ao seu *self* que não há necessidade de procurar unidades de atenção à saúde, como uma forma de mantê-lo fortalecido no poder.

Nas ações de autocontrole, ele passa até a relativizar sinais e sintomas correlacionados aos fatores de riscos, principalmente o AVC e o IAM, como os mais rememorados. Uma vez que a materialização dessas doenças simboliza a fragilização do poder conferido pelo papel desempenhado, ele sofre do medo do diagnóstico médico imaginado, como ameaça de fracasso no papel que representa perante ele e a sociedade de homem com superpoderes sobre sua saúde.

Essa peculiaridade é uma das razões que contribuem para que esse homem se mantenha afastado de unidades de atenção básica de saúde por estas se apresentarem como ameaças ao exercício de seus superpoderes. Isso explica, a relação que esse homem mantém, predominantemente, com serviços de urgência e emergência, quando completamente vencido pela perda do autocontrole sobre sinais e sintomas, muitas vezes, sob ameaça de vida.

Estudos conduzidos em outros países corroboram a relutância de homens em suportarem sintomas, ao invés de buscarem auxílio à saúde, assim como de se recusarem a discutir questões relacionadas à doença (FORUM, 2006; OLIFFE et al., 2010; VIEIRA, 2013). Mesmo sob suspeita de lesão ou doença, preferem manejar os sinais e sintomas (FORUM, 2006).

Essa é a condição interacional que o aproxima da materialidade do agravamento de sua saúde por comorbidades, fragilizando o poder emanado pelo papel que até então vinha vivenciando e, portanto, reconfigurando o seu *self* da necessidade de redirecionar suas ações para mudança de estilo de vida e,

consequentemente, adesão ao tratamento.

De acordo com o Interacionismo Simbólico, a mente é ação que usa símbolos e dirige esses símbolos em relação ao *self* (CHARON, 1989). Seguindo esse raciocínio, pode-se inferir que a pessoa, ao tentar fazer algo, age em seu mundo e se comunica com o *self*, por meio da manipulação de símbolos. O seu mundo se transforma por causa das definições de mundo interpretado pela mente, de modo que a ação resulta da interpretação ativa da pessoa aos objetos.

Desta forma, esta pesquisa mostra que aquele homem que retoma o papel de autocontrole de sua saúde, mediante melhora da sintomatologia e, portanto, aprisionado ao subprocesso cíclico, entre o fortalecimento e a fragilização do poder como homem com supoderes e agora no autocontrole sobre os fatores de riscos de sua doença ou doenças, é o mais vulnerável a materializá-los.

É a fase em que a doença ultrapassou a capacidade de controle, evoluindo para comorbidades mais graves, como: insuficiência renal crônica e obstruções arteriais, culminando em situações extremas de múltiplas amputações e de tornar-se dependente de tratamento dialítico. Para algum deles, uma preocupação mais constante com sua saúde só ocorrerá nesse momento, quando a doença sai definitivamente do plano da invisibilidade para a materialidade.

Essa é uma característica que não se mostra peculiar somente ao homem e sim às experiências de pessoas com doenças crônicas, conforme verificado por Souza, Mazeto e Bocchi (2010), que, ao analisarem as experiências de mulheres com osteoporose, verificaram que a experiência também empreendeu movimento cíclico entre relaxar o tratamento e a retomada do mesmo, visando ao bem-estar e mediada pela visibilidade ou não da doença, segundo a sua interação com os sinais e sintomas correlacionados a ela. Esse processo é intitulado - autogerindo o tratamento da osteoporose no regaste do bem-estar, mediado pela (in)visibilidade de indicadores da doença – que, por sua vez, contribuía para a sua evolução.

Contudo, compreende-se, nesta pesquisa, que o medo de fatores de riscos assume no modelo teórico condição de componente interveniente para a materialidade da doença, quando o movimento das ações desse homem o mantém

aprisionado entre o fortalecimento e a fragilização do poder no papel de homem de saúde inabalável. Poder retroalimentado positivamente por ações de autocontrole da saúde e negativamente mediante a exacerbação de sinais e sintomas. Condição última, que significa perda do controle sobre eles, fazendo-o sentir vulnerável aos fatores de risco e conseqüentemente com seu poder fragilizando. Esse homem, muitas vezes, não consegue romper com esse ciclo, em razão de o momento em que tenta mudar de estilo de vida se dar durante a reflexão sobre sua saúde no agravamento de sinais e sintomas. Justamente no momento da experiência que sofre de intensa fragilidade de seu poder de autocontrole no papel desempenhado junto à sociedade. Se nesse momento não se empoderar para romper com esse ciclo, terá grandes chances de retomar o papel de autocontrole tão logo melhore sua sintomatologia, fato que o aprisiona na representação desse papel e conseqüentemente será impulsionado a vivenciar a materialidade da doença, por meio de comorbidades, a maioria delas incapacitantes.

Vieira et al. (2013) encontraram resultados bastante semelhantes aos desta pesquisa, mostrando também que a falta de cuidados de homens com a saúde se dava pela própria dificuldade que tinham de se reconhecerem doentes e o medo da descoberta de alguma doença grave.

Segundo o Interacionismo Simbólico, a interação com o *self* e com os outros leva o indivíduo a tomar decisões que direcionam o curso de ação. É essa a definição da situação feita pelo ator que é central sobre como a ação ocorrerá (CHARON, 1989). Portanto, é necessário ao indivíduo reconfigurar o seu *self*, dando a si mesmo a oportunidade de romper com a concepção de homem com superpoderes sobre a sua saúde para poder (re)alinhar a comportamentos mais saudáveis, abandonar o autocontrole de sua saúde sem auxílio de serviços de saúde. Uma vez que, segundo Evans et al. (2011), pouco tem sido feito para desconstruir esse contexto à luz do gênero. Para tanto, recomenda-se aos profissionais da saúde que:

a) promovam ações terapêuticas, por meio de grupos operativos voltados à educação em saúde, visando a estimular homens a refletirem sobre o processo cíclico, expresso no modelo, e à adoção de nova concepção do processo saúde-doença, promoção de saúde e prevenção de complicações. Favoreto e

Cabral (2009) recomendam o emprego dessa estratégia por mostrar-se efetiva no tratamento de doenças crônicas, não só com a adesão aos tratamentos farmacológicos, mas também na valorização e legitimação de significados e saberes desenvolvidos a partir das vivências pessoais e coletivas, contribuindo em mudanças nas concepções sobre o processo saúde-doença entre seus participantes. Baldissera et al. (2008) destacam em seu estudo, que embora seja difícil mudar os hábitos de vida, todos os pacientes devem ser incentivados a adotar hábitos de vida saudáveis. Ainda complementam, que cabe aos profissionais de saúde, defender propostas de educação em saúde direcionadas para as mudanças de comportamento, alicerçada na compreensão de significados sobre a realidade em que o indivíduo está inserido;

b) utilizem o modelo teórico descoberto, não somente como instrumento para tentar localizar a direção que o indivíduo adotou, ou está adotando, mas também como tecnologia educacional, para trabalhar o comportamento do indivíduo (ou do grupo) por meio da reflexão;

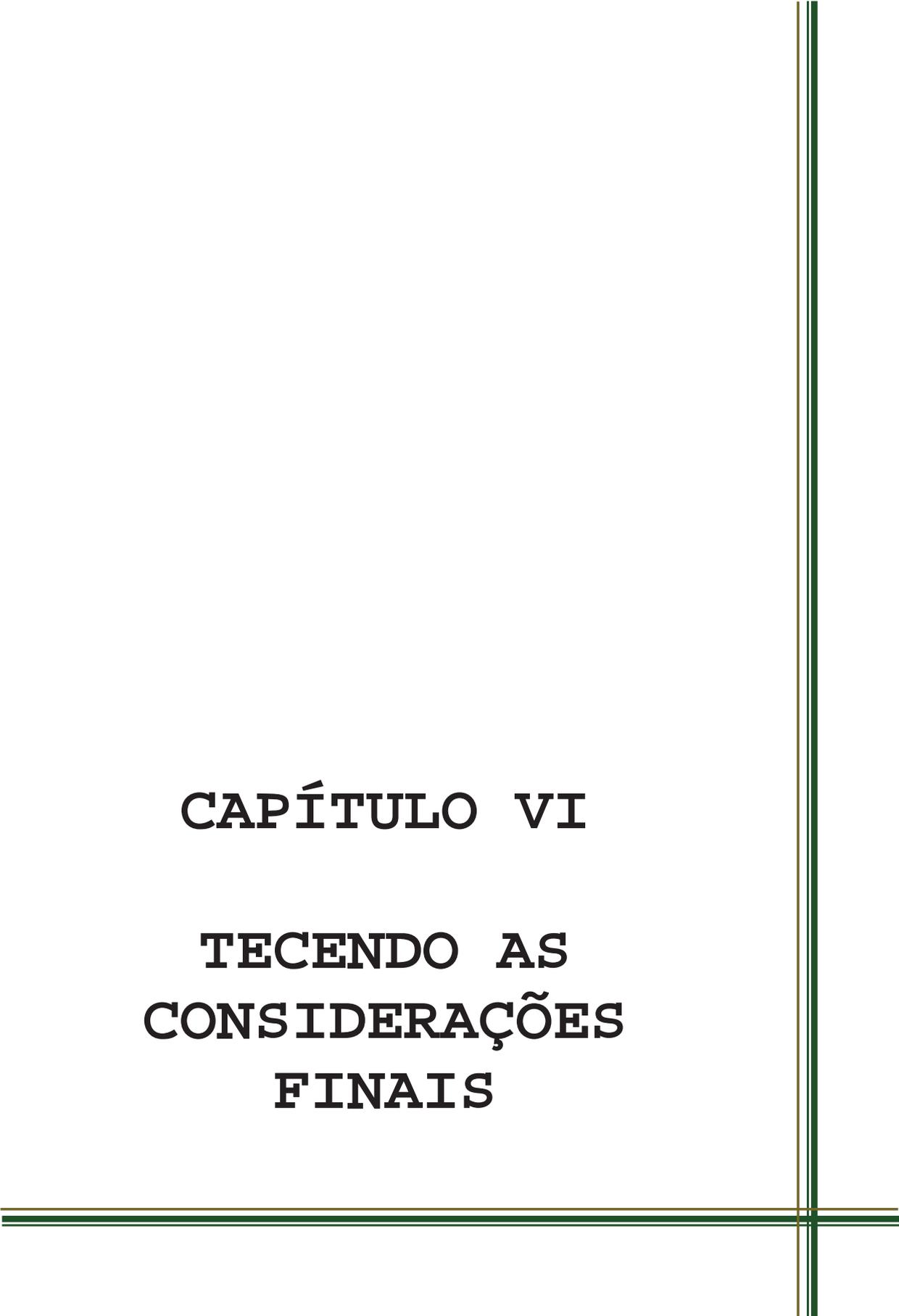
c) compreendam que o processo de enfrentamento da não adesão ao tratamento das doenças crônicas está além de atividades prescritivas de terapias medicamentosas e não medicamentosas. É preciso adotar ações educativas, dentro de abordagem compreensiva e multiprofissional, levando-se em conta o paradigma biopsicossocial;

d) empreendam movimento para a capacitação da equipe de saúde que, juntamente, com os gestores da atenção básica busquem estratégias para operacionalizar a política da saúde do homem.

Ao se analisar o modelo teórico descoberto, movendo-se entre o fortalecimento e a fragilização do poder como homem de saúde inabalável: o medo do diagnóstico médico imaginado como componente interveniente para a materialidade da doença, sob a luz do conhecimento já produzido, percebeu-se que ele corrobora os achados de estudos previamente citados. Entretanto, parece que sua maior contribuição é utilizá-lo como um protótipo tecnológico para profissionais da saúde ajudarem homens a refletirem e se auto-avaliarem, ao interagirem com o modelo teórico em ações educativas.

**CAPÍTULO VI**

**TECENDO AS  
CONSIDERAÇÕES  
FINAIS**



O uso da TFD como embasamento metodológico e do Interacionismo Simbólico como referencial teórico permitiram compreender a experiência interacional do homem atendido em serviço de urgência e emergência com seu processo saúde-doença. Possibilitou ainda a construção de um modelo teórico que facilita a elaboração de estratégias para intervenção terapêutica, de acordo com o momento vivenciado pelo indivíduo. A contento, sugere-se, aqui, a condução de estudos para avaliar o impacto de se utilizar esse modelo como tecnologia de educação em saúde, com o propósito de levar os homens a refletirem sobre seus comportamentos relativos à saúde.

Ademais, a realização deste trabalho reforçou a necessidade da adequação dos serviços de saúde, pautados nos princípios já estabelecidos na PNAISH, que visa nortear as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, zelando pela humanização da atenção. Quanto aos objetivos, almeja promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, colaborando, de maneira eficaz, para a diminuição da morbidade e mortalidade por meio do enfrentamento racional das diversas variáveis que envolvem esse contexto. As responsabilidades institucionais da PNAISH estão fundamentadas nas diretrizes do Pacto pela Saúde, publicado em 2006, acatando a autonomia e as competências das três esferas de governo, sendo elas: a União, estados e municípios (BRASIL, 2009c), mas percebe-se que pouco foi operacionalizado até o momento.

Por fim, é preciso repensar os temas relacionados à saúde do homem, que vão desde atributos do gênero, permeando, na atenção primária, as questões da gestão de recursos estruturais e humanos, estimulando nesta população o sentimento de pertencer ao espaço de promoção, proteção e recuperação da sua saúde.

# REFERÊNCIAS

AMER, N. M.; MARCON, S. S.; SANTANA, R. G. Índice de massa corporal e hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 96, n. 1, p. 47-53, 2011.

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 121-132, ago. 2006.

\_\_\_\_\_. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 18-34, 2005.

AULETE digital. Disponível em: <<http://www.auletedigital.com.br/>>. Acesso em: 5 maio 2013.

BAGGIO, M. A. et al. O significado atribuído ao papel masculino e feminino por adolescente de periferia. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 872-78, out./dez. 2009.

BALDISSERA, V. D. A. et al. Mudanças vivenciadas por hipertensos após o diagnóstico da doença Changes experienced by hypertensive people after the disease diagnosis. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 304-309, 2008.

BESSER, H. W.; SILVA, N. A. S.; OLIVEIRA, G. M. M. A epidemiologia clínica das doenças cardiovasculares incapacitantes do ponto de vista laborativo. **Revista da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 318-325, jul./ago. 2006.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective e method**. Berkeley: University of Califórnia, 1986.

BRANDT, C. T. et al. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas em mulheres detidas numa Unidade Prisional em Recife. **Anais da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco**, Recife, v. 50, n. 2, p. 75-80, 2005.

BRASIL. **12ª Conferência Nacional de Saúde**: conferência Sergio Arouca: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CES\\_consolidado.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CES_consolidado.pdf)>. Acesso em: 13 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a. 291 p. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011, 1).

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/constituicao\\_196\\_200.html](http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/constituicao_196_200.html)>. Acesso em: 5 maio 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 5 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis:** DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 23 jul. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z:** garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus\\_3edicao\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf)>. Acesso em: 6 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Orientações acerca dos indicadores de monitoramento avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010 – 2011:** conforme Portaria nº 2669 GM/MS de 03 de novembro de 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/PACTO2010/arquivos/MANUAIS%20E%20ORIENTA%C3%87%C3%95ES/pacto2010/Instrutivo\\_2010.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/PACTO2010/arquivos/MANUAIS%20E%20ORIENTA%C3%87%C3%95ES/pacto2010/Instrutivo_2010.pdf)>. Acesso em: 22 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648, de 28 de Março de 2006a.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto\\_de\\_Gestao/portarias/GM-648.html](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html)>. Acesso em: 22 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009c.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html)>. Acesso em: 25 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_28.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf)>. Acesso em: 2 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 192. (Cadernos de atenção básica, 19).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. (Cadernos de Atenção Básica, 16).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 64 p. (Série normas e manuais técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. (Série Pactos pela Saúde 2006, 8).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. **Portal da Saúde: ações e programas**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/342/acoes-e-programas.htm>>. Acesso em 13 de fevereiro de 2013.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.993, de 26 de dezembro de 2012b**. Autoriza repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil. Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/portaria\\_2993.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/portaria_2993.pdf)>. Acesso em: 5 mar. 2013.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-104, 2005.

CAMPANUCCI, F. S.; LANZA, L. M. B. A atenção primária e a saúde do homem. In: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2, 2011, Londrina. **Anais...** Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2011.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Doenças crônicas não transmissíveis: fatores de risco e repercussão na qualidade de vida. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 4, p. 561-581, out./dez. 2009.

CANESQUI, A. M. Temas e abordagens das ciências sociais e humanas em saúde na produção acadêmica de 1997 a 2007. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 1955-1966, 2010.

CAPILHEIRA, M. F. et al. Risk factors for chronic non-communicable diseases and the CARMEN Initiative: a population-based study in the South of Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2767-2774, 2008.

CARRARA, S. Comentários diagonais sobre a emergência dos homens na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jan./mar. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100007)>. Acesso em: 6 mar. 2013.

CARTA de Ottawa: primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. 1986. Disponível em: <[http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta\\_ottawa.pdf](http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf)>. Acesso em: 12 mar. 2013.

CEMIN, A. B., OTT, A. M. T. Antropologia do desenvolvimento e direitos humanos: violência de gênero e etnocidadania. In: FAZENDO O GÊNERO, 8., 2008, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 2008. Disponível em: <[http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST62/Cemin-Ott\\_62.pdf](http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST62/Cemin-Ott_62.pdf)>. Acesso em: 6 mar. 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Overweight and obesity**. <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/trend/index.htm>.

CHARON, J. M. **Symbolic interactionism**: an introduction, an interpretation, an integration. 3. ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall, 1989.

COELHO, O. R. Comentários sobre VII JOINT. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, abr./jun. 2003. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/10-2/comentarios.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2013.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1614-1619, jul. 2009.

CONCHÃO, S. A. Masculino e feminino: a primeira vez. Análise de gênero sobre a sexualidade adolescente. In FAZENDO O GÊNERO, 8., 2008, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 2008. Disponível em: <[http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST62/Silmara\\_Conchao\\_62.pdf](http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST62/Silmara_Conchao_62.pdf)>. Acesso em: 6 mar. 2013.

CORREIA, M. Risco global e risco territorial na doença aterosclerótica: hipertensão arterial e doença vascular cerebral: a visão do neurologista. **Revista Factores de**

**Risco**, Lisboa, n. 6, p. 58-62, jul./set. 2007. Disponível em:

<<http://www.spc.pt/DL/RFR/artigos/87.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2013.

COSTA, G. D. et al. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312008000400006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 jun. 2013.

COUTO, M.T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-70, abr./jun. 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a03v14n33.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2013.

CREIGHTON, G.; OLIFFE, J. L. Theorising masculinities and men's health: a brief history with a view to practice. **Health Sociology Review**, v. 19, n. 4, p. 409-418, 2010.

EVANS, J. et al. Health, illness, men and masculinities (HIMM): a theoretical framework for understanding men and their health. **Journal of Men's Health**, v. 8, n. 1, p. 7-15, 2011.

EXECUTIVE summary of the third report of the national cholesterol education program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 285, n. 19, p. 2486-97, 2001.

FAVORETO, C. A. O.; CABRAL, C. C. Narratives on the health-disease process: experiences in health education operational groups. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 7-18, jan./mar. 2009.

FIELD, P. A.; MORSE, J. M. **Nursing research**: the application of qualitative approaches. Rockville: Aspen Publication, 1985.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 6 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. **Masculinidades e cuidado**: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária. 2008. 295 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.

FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 935-944, 2011.

FORUM. **Innovative Practice Ethnography and Men's Health Research**, v. 3, n. 1, p. 104'-108, 2006.

FRADE, M. A. C. et al. Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, jan./fev. 2005.

FREEMAN, R. M. B. Neurogenic orthostatic hypotension. **New England Journal Medicine**, Massachusetts, v. 358, p. 615-24, 2008.

GALON, M. Z. et al. Perfil clínico-angiográfico na doença arterial coronariana: desfecho hospitalar com ênfase nos muito idosos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 4, set./out. 2010.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 103-112, 2002.

GLASER, B.; STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory**. New York: Aldine, 1967.

GOMES, A. J. S.; RESENDE, V. R. O pai presente: o desvelar da paternidade em uma família contemporânea. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 119-125, maio/ago. 2004.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000300017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000300017&script=sci_arttext)>. Acesso em: 5 fev. 2013.

GOMES, R. et al. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, nov. 2011a. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001200024&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001200024&script=sci_arttext)>. Acesso em: 8 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Os homens não vêm! ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011b.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-74, 2007.

GRUNDY, S. M. et al. Definition of metabolic syndrome: report of the National Heart, Lung, and Blood Institute / American Heart Association conference on scientific issues related to definition. **Circulation**, Dallas, v. 109, p. 433-8, 2004.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 2010.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOFF, T. M. C. Corpo masculino: publicidade e imaginário. **E-compós**, v. 1, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.compos.org.br/seer/index.php/e-compos/article/view/24/25>>. Acesso em: 6 fev. 2013.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1766](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766)>. Acesso em: 10 abr. 2012a.

\_\_\_\_\_. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referências em 1º de julho de 2011**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011/tab\\_Brasil\\_UF.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011/tab_Brasil_UF.pdf)>. Acesso em: 14 abr. 2012b.

\_\_\_\_\_. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/indic\\_sau de.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_sau de.pdf)>. Acesso em: 14 abr. 2012.

\_\_\_\_\_. **Indicadores sociodemográficos: prospectivos para o Brasil 1991-2030**. São Paulo: Airbeit, 2006. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/publicacao\\_UNFPA.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/publicacao_UNFPA.pdf)>. Acesso em: 14 abr. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER- INCA. **Tipos de câncer: próstata**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>>. Acesso em: 28 mar. 2012.

JACOBY, E. The obesity epidemic in the Americas: making healthy choices the easiest choices. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 15, n. 4, abr. 2004. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892004000400013](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892004000400013)>. Acesso em: 6 fev. 2013.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. K. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2013.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, out./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a14v9n4.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 383-92, 2001.

LIMA, H. P.; BRAGA, V. A. B.; GUBERT, F. A. Interface entre gênero e saúde mental no discurso de alcoolistas: estudo qualitativo **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 9, n. 2, ago. 2010.

LITTLEJONH, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

LOLAS STEPKE, F. (Ed.). **Bioética y cuidado de La salud**: equidad, calidad, derechos. Ciudad de Parnamá: Organización Panamericana de la Salud, 2000. Disponível em: <<http://www.actabioethica.cl/docs/bioeticaycuidado.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2013.

LONDRINA. **História da cidade**. Disponível em: <[http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3&Itemid=5](http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=5)>. Acesso em: 5 maio 2013.

LUSIS, A. J.; ATTIE, A. D.; REUE, K. Metabolic syndrome: from epidemiology to systems biology. **Nature Reviews Genetics**, London, v. 9, n. 11, p. 819-30, 2008.

MADUREIRA, V. S. F. **A visão masculina das relações de poder no casal heterossexual como subsídio para a educação em saúde na prevenção de DST/AIDS**. 2005. 287 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 5 fev. 2013.

MANUAL merck. **Hipertensão arterial**. Disponível em: <<http://www.manualmerck.net/?id=51>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

MARTIN, J. F. V. et al. Perfil de crise hipertensiva: prevalência e apresentação clínica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 83, n. 2, p. 125-30, ago. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2004001400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2004001400004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 6 mar. 2013.

MATHERS, C. D.; LONCAR, D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. **PLoS Medicine**, San Francisco, v. 3, n. 11, 2006.

MATTIODA, S. R. G. O processo de formação da identidade de gênero através da literatura infanto-juvenil. In: ARMADILHAS, 16., 2007. Campinas. **Anais...** Campinas,

2007. Disponível em: <[http://www.alb.com.br/anais16/sem03pdf/sm03ss01\\_07.pdf](http://www.alb.com.br/anais16/sem03pdf/sm03ss01_07.pdf)>. Acesso em: 6 fev. 2013.

MINAYO, M. C. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MOURA, A. A. G. **A repercussão das doenças crônicas não- transmissíveis (DCNT) na concessão de auxílios-doença e aposentadorias por Invalidez no Instituto Nacional de Seguro Social (INSS)**. 2005. 142 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

NASCIMENTO, A. R. A. et al. Masculinidades e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte – MG. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, jan./mar. 2011.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. **The seventh report of the joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure**. Bethesda, 2004. Disponível em: <<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2013.

OLIFFE, J. Health behaviors, prostate cancer, and masculinities: a life course perspective. **Men and Masculinities**, v. 11, p. 346-366, 2009.

OLIFFE, J. L. et al. Health promotion and illness demotion at prostate cancer support groups. **Health Promotion Practice**, United States, v. 11, n. 4, p. 562-71, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1946. Disponível em: <[www.onuportugal.pt](http://www.onuportugal.pt)>. Acesso em: 19 de jan. 2013.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Health statistics from the americas**. Geneva: WHO, 2003.

PATEL, A. et al. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. **Lancet**, London, v. 8, n. 370, p. 829-40, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17765963>>. Acesso em: 3 dez. 2012.

PAVAN, M. V. et al. Similaridade entre os valores da pressão arterial aferida pelo método auscultatório com aparelho de coluna de mercúrio e o método oscilométrico automático com aparelho digital. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 34, n. 1, jan./mar. 2012.

PEREIRA JUNIOR, G.; SIQUEIRA, V. H. F.; REZENDE FILHO, L. A. C. Paternidade relacionada à saúde, sexualidade e gênero: analisando discursos entre jovens a partir da realização audiovisual. In: FAZENDO O GÊNERO, 8., 2008, Florianópolis.

**Anais...** Florianópolis, 2008. Disponível em:

<[http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST21/Pereira\\_Jr-Siqueira-Rezende\\_Fo\\_21.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST21/Pereira_Jr-Siqueira-Rezende_Fo_21.pdf)>. Acesso em: 5 mar. 2013.

PEREIRA, P. M. H. **Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na estratégia saúde da família**. 2007. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007. Disponível em:

<<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007pereira-pmh.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2013.

PESSINI, L. Envelhecimento humano desafios e perspectivas. **Revista Mundo e Missão**, São Paulo, n. 94, p. 38-39, ago. 2005. Disponível em:

<<http://www.pime.org.br/mundoemissao/mmsaudedesafios.htm>>. Acesso em: 14 abr. 2012.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PRAZERES, V. **Saúde juvenil no masculino: gênero e saúde sexual e reprodutiva**.

Lisboa: Direcção-Geral, 2003. Disponível em: <<http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SJM Masculino.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2013.

RADANOVIC, M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 58, n. 1, mar. 2000. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2000000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2000000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 5 fev. 2013.

RESSEL, L. B. **Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem: um estudo na perspectiva cultural**. 2003. 333 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ROHDEN, F. “O homem é mesmo a sua testosterona”: promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro.

**Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 17, n. 35, p. 161-196, jan. Jun. 2011.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v17n35/v17n35a06.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2013.

ROLANDE, D. M. S. et al. Determinantes prognósticos de pacientes com insuficiência cardíaca sistólica crônica secundária à hipertensão arterial sistêmica.

**Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 98, n. 1, jan. 2012.

SANTOS, E. M. et al. Valor da equação Cockcroft-Gault na triagem de função renal reduzida em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 33, n. 3, jul./set. 2011.

SANTOS, T. S. et al. Abordagem atual sobre hipertensão arterial sistêmica no atendimento odontológico. **Odontologia Clínico-Científica**, Recife, v. 8, n. 2, p. 105-109, abr./jun. 2009.

SCHEFFEL, R. S. et al. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 3, jul./set. 2004.

SCHMIDT, M. I. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão não in baseada Brasil Inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 74-82, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000900010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000900010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 5 fev. 2012.

SCHRAIBER, L. B. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa de Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Org.). **Gênero e saúde: programa saúde da família em questão**. Rio de Janeiro: Abrasco/UNFPA, 2005. p. 39-61.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, jan./mar. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100002)>. Acesso em: 5 mar. 2013.

SCHUBERT, B. **Saúde do homem**: muitos deles procuram atendimento médico quando já é tarde demais. Entrevista concedida a Alan Borges. Disponível em: <<http://www.clubenoticia.com.br/entrevistas/show/43>>. Acesso em: 27 set. 2012.

SILVA, G. V. et al. Alterações renais na hipertensão arterial sistêmica. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 175-181, abr./jun. 2008.

SMITH-SPANGLER, C. M. et al. Population strategies to decrease sodium intake and the burden of cardiovascular disease: a cost-effectiveness analysis. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 152, n. 8, p. 481-7, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n. 3, set. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2007001500012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012)>. Acesso em: 19 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 6 mar. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Síndrome metabólica**. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/sindrome-metabolica/>>. Acesso em: 19 mar. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 7, n. 4, 2004.

SOUZA, L. B.; MAZETO, G. M. F. S.; BOCCHI, S. C. M. Self-managing osteoporosis treatment for well-being recovery mediated by the (in)visibility of the disease signs. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 398-405, 2010.

SPINATO, I. L.; MONTEIRO, L. Z.; SANTOS, Z. M. S. A. Adesão da pessoa hipertensa ao exercício físico: uma proposta educativa em saúde. **Texto & Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 256-64, abr./jun. 2010.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAQUETTE, S. R. (Org.). **Violência contra mulher adolescente-jovem**. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 2007.

THE ACCORD STUDY GROUP. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 362, p. 1575-1585, 2010.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário. SAME – Estatística. **Pacientes com idade entre 30 e 79 anos, do sexo masculino, atendidos no Pronto Socorro em 2010, com CID I10**. Londrina: UEL, 2010.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3. ed. Brasília:UNFPA, 2009.

VICTORA, C. G. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **The Lancet**, London, p. 90-102, maio 2011.

Disponível em:

<<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor6.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2013.

VIEGAS, K. **Prevalência de diabete *mellitus* na população de idosos de Porto Alegre e suas características sociodemográficas e de saúde**. 2009. 197 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

VIEIRA, K. L. D. et al. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 120-127, 2013.

VILLELA, W. Gênero, saúde dos homens e masculinidades. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n1/a03fv10n1.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications**. Geneva: World Health Organization; 1999. Disponível em: <[http://www.staff.ncl.ac.uk/philip.home/who\\_dmc.htm](http://www.staff.ncl.ac.uk/philip.home/who_dmc.htm)>. Acesso em: 25 mar. 2013.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 4. ed. São Paulo: Roca, 2009.

ZAVATINI, M. A.; OBRELI NETO, P. R.; CUMAN, R. K. N. Estratégia saúde da família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, dez. 2010.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG \_\_\_\_\_, domiciliado(a) na Rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar da pesquisa intitulada: **“EXPERIÊNCIA INTERACIONAL HOMEM-PROCESSO SAÚDE DOENÇA: A SAÚDE INABALÁVEL E A MATERIALIDADE DA DOENÇA”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Rosana Claudia de Assunção COREN-PR 84617. Declaro que fui esclarecido (a) quanto ao(s):

- 1 – objetivo do estudo que visa compreender a experiência do homem em relação ao cuidado com a sua saúde;
- 2 – os conhecimentos obtidos por meio desta pesquisa poderão subsidiar medidas que possam alicerçar as práticas voltadas à saúde do homem, bem como servirá como base para estudos futuros;
- 3 – fato de as entrevistas serem gravadas, onde a pesquisadora se comprometerá a guardar o anonimato de minhas informações e destruir as fitas após o término da pesquisa;
- 4 – ter a liberdade de não participar desta pesquisa, bem como desistir da mesma em qualquer momento, sem nenhum prejuízo a minha pessoa ou familiares;
- 5 – fato de a pesquisadora estar disponível para esclarecimentos que julgar necessários e em caso de não me sentir atendido (a), poderei entrar em contato com a pesquisadora no seguinte telefone: 043 3344-5813.ou 043 3371 77 89, assim como se não me considerar atendido poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, pelo telefone (043) 33712000.

---

Entrevistado  
Rosana Claudia de Assunção\*  
Pesquisadora

---

Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi  
(Orientadora)

\* Rua São Jerônimo, 185, centro, CEP 86010-480, Londrina, Paraná.

## APÊNDICE B

### INTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

#### Formulário Para Caracterização Dos Participantes Da Pesquisa

Iniciais do Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Constelação familiar: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Renda familiar: \_\_\_\_\_

Lazer: \_\_\_\_\_

Possui plano de saúde: \_\_\_\_\_

Quando precisa de medicamentos: \_\_\_\_\_

Doenças referidas: \_\_\_\_\_

Idade do diagnóstico: \_\_\_\_\_

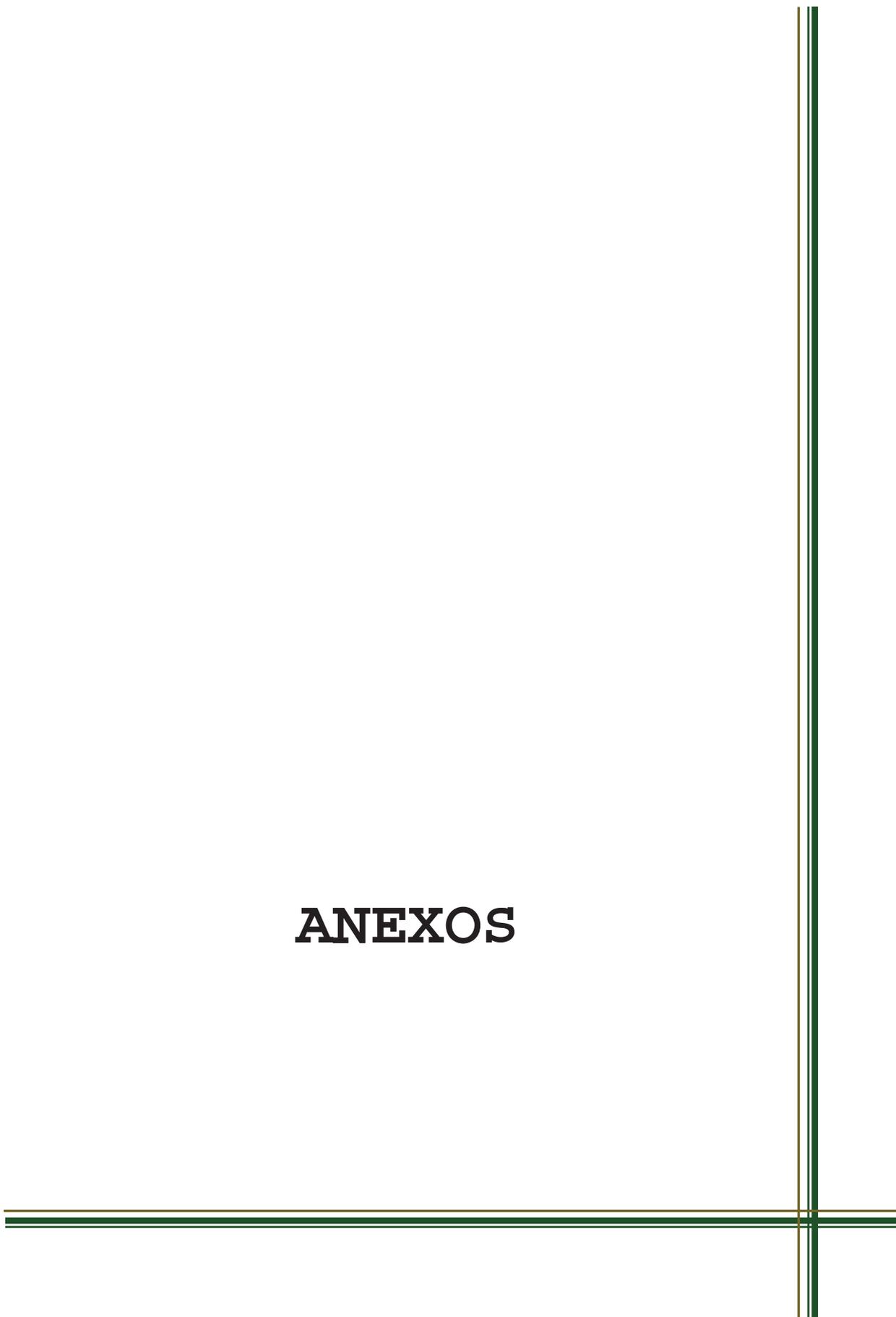
Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares de doenças cardiovasculares: \_\_\_\_\_

Quantas vezes precisou procurar o Pronto Socorro por causa da HAS: \_\_\_\_\_

Quantas vezes foi internado por causa da HAS: \_\_\_\_\_

# ANEXOS



## ANEXO A

## APROVAÇÃO DO COMITÊ DE BIOÉTICA E ÉTICA

 Universidade Estadual de Londrina COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
<b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS</b> Universidade Estadual de Londrina Registro CONEP 268	
Parecer CEP/UEL: 277/2010 CAAE: 0275.D.268.000-10 Processo: 34244/2010 Folha de Rosto: 385700	Londrina, 12 de maio de 2011.
Pesquisador(a): Rosana Claudia de Assunção Unidade/Órgão: UNESP – Faculdade de Medicina de Botucatu	
Prezado(a) Senhor(a):  O 'Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina' (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:  <b>"Experiência Interacional Homem-processo Saúde-Doença, em Cinco Faixas Etárias de Usuários de Serviços de Emergência com Crise Hipertensiva."</b>	
Situação do Projeto: <b>APROVADO</b>  Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.	
Atenciosamente,    <b>Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli</b> Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos Universidade Estadual de Londrina	
Rua Nelson Mandela, 100 - Caixa Postal 600 - Londrina - Paraná - Brasil CEP: 86051-900 - Fone: (41) 3371-1000 FAX: (41) 3371-1111 - E-mail: cep@uel.br Hospital Universitário Centro de Ciências da Saúde: Avenida Robert Koch, 51 - Vila Operária - Fone: (41) 3371-2000 FAX: (41) 3371-4211 e 3371-1115 - Caixa Postal 191 - CEP: 86038-150 LONDRINA - PARANÁ - BRASIL	

## ANEXO B

## APROVAÇÃO DO COMITÊ DE BIOÉTICA E ÉTICA QUANTO A ALTERAÇÃO DO TÍTULO



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**  
Universidade Estadual de Londrina  
Registro CONEP 5231

<b>Parecer de Emenda CEP/UEL:</b>	277/2010
<b>CAAE:</b>	0275.0.268.000-10
<b>Data da Relatoria:</b>	12/05/2011
<b>Pesquisador(a):</b>	Rosana Claudia de Assunção
<b>Unidade/Órgão:</b>	UNESP – Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezado(a) Senhor(a):

O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

**"EXPERIÊNCIA INTERACIONAL HOMEM-PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: a saúde inabalável e a materialidade da doença."**

**Emenda:** Alteração do título, já efetuada acima, para adequação da tese de doutorado.

Situação do Projeto: **Aprovado**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa

Londrina, 29 de julho de 2013.


**Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos  
Universidade Estadual de Londrina