Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.84501

Necessidades de saúde dos homens em atenção domiciliar: visibilidade das diferentes masculinidades

Health needs of men in home care: visibility of different masculinities

Necesidades de salud de los hombres en atención domiciliaria: visibilidad de las diferentes masculinidades

Jocelly de Araújo Ferreira[I]; Rita de Cássia Marques[II]; Kênia Lara Silva[II]; Elysângela Dittz Duarte[II]; Rafaela Siqueira Costa Schreck[II]; Bruna Dias França[II]

[I]Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil; [II]Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

RESUMO

Objetivo: analisar as necessidades de saúde dos homens em cuidado domiciliar mediante as diferentes masculinidades **Método:** trata-se de estudo qualitativo, fundamentado no referencial das Necessidades de Saúde. O estudo foi desenvolvido em João Pessoa, na Paraíba, com amostra populacional delimitada por homens em cuidado domiciliar, com faixa etária entre 18 e 59 anos; e por cuidadores. Realizou-se 58 entrevistas e os dados submetidos à Análise de Discurso Crítica proposta por Fairclough. **Resultados:** ressalta-se a necessidade de locomoção como algo indispensável para o homem que se considera livre. Neste sentido, muitos homens, têm a masculinidade ameaçada pelas limitações ocasionadas pelas condições de saúde. A necessidade de curativos os coloca em condições de limitação e segregação. Além disso, identificou-se que as condições impostas a esses homens geram impactos para sexualidade. **Considerações finais:** as necessidades de saúde masculina estão condicionadas ao modelo hegemônico, vinculado às necessidades naturais.

Descritores: Enfermagem; Saúde do Homem; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Atendimento Domiciliar; Masculinidade.

ABSTRACT

Objective: to analyze the health needs of men in home care considering different masculinities. **Method:** this is a qualitative study based on the Health Needs framework. The study was conducted in João Pessoa, Paraíba, with a population sample of men receiving home care, aged between 18 and 59 years, and their caregivers. A total of 58 interviews were conducted, and the data were analyzed using Fairclough's Critical Discourse Analysis. **Results:** the need for mobility was highlighted as essential for men who consider themselves free. In this context, many men experience a threat to their masculinity due to limitations caused by health conditions. The need for wound care places them in a position of limitation and segregation. Additionally, it was identified that these imposed conditions have an impact on their sexuality. **Final considerations:** men's health needs are conditioned by the hegemonic model, linked to natural needs.

Descriptors: Nursing; Men's Health; Health Services Needs and Demand; House Calls; Masculinity.

RESUMEN

Objetivo: analizar las necesidades de salud de los hombres en atención domiciliaria por medio de las diferentes masculinidades. **Método:** se trata de un estudio cualitativo, basado en el marco de las Necesidades de Salud. El estudio fue desarrollado en João Pessoa, Paraíba, con una muestra poblacional delimitada por hombres en atención domiciliaria, de edad avanzada entre 18 y 59 años; y por los cuidadores. Se realizaron 58 entrevistas y los datos fueron sometidos al Análisis Crítico del Discurso propuesto por Fairclough. **Resultados:** se destaca que la necesidad de locomoción es algo indispensable para el hombre que se considera libre. Por ende, muchos hombres ven amenazada su masculinidad por las limitaciones que les generan las condiciones de salud. Necesitar atención los pone en una situación de limitación y segregación. Además, se identificó que las condiciones impuestas a estos hombres afectan su sexualidad. **Consideraciones finales:** las necesidades de salud masculina están condicionadas por el modelo hegemónico, vinculado a las necesidades naturales.

Descriptores: Enfermería; Salud del Hombre; Necesidades y Demandas de Servicios de Salud; Visita Domiciliaria; Masculinidad.

INTRODUÇÃO

A discussão sobre as questões de gênero no processo de saúde e doença tem contribuído para reflexão dos profissionais de saúde sobre os desafios encontrados no atendimento à população masculina. Essa população, devido aos hábitos de vida, comumente está mais exposta às situações de risco que impactam na sua saúde, tais como: violência, acidentes de trânsito e de trabalho, consumo de álcool e outras drogas, bem como a falta de atenção à saúde. Esses fatores contribuem para o aumento da morbimortalidade masculina em praticamente todas as faixas etárias[1].

Os altos níveis de morbimortalidade masculina, na perspectiva dos referenciais de gênero, relacionam-se também às amarras culturais representadas pelo ideário de invulnerabilidade, constituído ao longo da história humana. Esse ideário dificulta a adoção de práticas preventivas de saúde pelos homens, uma vez que, procurar o serviço de saúde pode associá-los a fraqueza, gerando desconfianças sobre a masculinidade socialmente imposta[2].

Autora correspondente Jocelly de Araújo Ferreira. E-mail: jocellyaferreira@hotmail.com
Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Mercedes Neto

Recebido em: 21/05/2024 – Aprovado em: 08/10/2024

CC BY NC ND

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.84501

No Brasil, a expectativa de vida da população masculina foi menor quando comparada à feminina. Enquanto as mulheres vivem em média 79,3 anos, os homens alcançam uma expectativa máxima de 72,2 anos, com uma mortalidade maior do público masculino em quase todas as faixas etárias[3].

Nesse sentido, em busca de responder às necessidades da população masculina, em 2008, o Ministério da Saúde do Brasil (MS), instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com o intuito de proteger a saúde dessa população, por meio de ações de saúde baseadas na realidade dos hábitos masculinos em seus diversos contextos culturais, políticos e econômicos[4].

Entretanto, apesar do esforço do MS, os índices de morbimortalidade continuam frequentes na população masculina brasileira, indicando a necessidade de políticas de saúde específicas[5]. Ressalta-se que a resistência dos homens para os cuidados de saúde pode levar ao agravamento das enfermidades e, consequentemente, eleva os danos, os tratamentos especializados e os gastos em saúde[6]. Nesse sentido, ao refletir sobre como atender as necessidades masculinas e contornar os gastos em saúde, o Atendimento Domiciliar (AD) apresenta-se como uma estratégia potente dentro da Rede de Atenção à Saúde para o homem[7].

Em um estudo sobre o perfil dos pacientes atendidos pelos serviços de AD identificou-se que as comorbidades com maior frequência nos pacientes da AD foram a Hipertensão Arterial Sistêmica, o Diabetes Mellitus e as Neoplasias. Estas comorbidades são mais susceptíveis aos homens, o que evidencia a importância dessa modalidade de cuidado para essa população. Contudo, ainda é preciso trabalhar a cultura de adesão ao cuidado com a saúde dos homens, uma vez que, neste mesmo estudo, a prevalência do acompanhamento desse serviço era para população feminina[8]. Para isso, faz-se importante compreender as necessidades de saúde dos homens acompanhados em domicílio, a fim de destacar suas demandas e dispor indicadores para potencializar as políticas de saúde voltadas ao homem e melhorar a qualidade do cuidado domiciliar ofertado.

Atualmente, descreve-se, quatro tipos de masculinidades: masculinidade hegemônica – associada à legitimidade do patriarcado, que valoriza a dominação dos homens sobre as mulheres – , masculinidade subordinada – refere-se à desigualdade entre os próprios homens – , masculinidade cúmplice – relaciona-se aos homens que não se incluem ao modelo hegemônico – e a marginalizada – remete-se à subordinação decorrente de condições de raça, classe social e grupos étnicos minoritários[9]. A partir desse entendimento, torna-se importante investigar as necessidades de saúde associadas às singularidades em torno dessas masculinidades.

Nessa conjuntura, o presente estudo teve como objetivo analisar as necessidades de saúde dos homens em cuidado domiciliar mediante as diferentes masculinidades.

MÉTODO

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, analítica e interpretativa fundamentado no referencial teórico-epistemológico das Necessidades de Saúde, de Matsumoto[10], que possibilita compreender o significado que os homens atribuem às experiências vivenciadas na atenção domiciliar. Em relação às masculinidades, neste estudo considera-se que essas são produzidas em diferentes contextos sociais, incluindo as relações entre homens, as de dominação, marginalização e cumplicidade, sendo que uma determinada forma hegemônica de masculinade pode ter outras masculidades agrupadas em torno dela[9].

A coleta de dados foi realizada entre janeiro e fevereiro de 2019. O cenário da pesquisa foi o município de João Pessoa, capital da Paraíba, Brasil. Os dados foram obtidos a partir de entrevistas com 24 homens, assistidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município, e 34 cuidadores, responsáveis formais ou informais dos cuidados oferecidos aos homens cadastrados no SAD. Nesta pesquisa, adotou-se a técnica de amostragem não probabilística, por acessibilidade ou conveniência, assumindo todos os sujeitos elegíveis do universo populacional, a fim de contemplar a singularidade e responder aos objetivos deste estudo. Incluíram-se homens, com faixa etária entre 18 e 59 anos, cadastrados no SAD, no momento da coleta, com capacidade verbal preservada e sem *deficit* cognitivo, constatado pela avaliação da pesquisadora. Essa delimitação da faixa etária justifica-se pelos princípios da PNAISH e pela certeza de que homens abaixo de 18 e acima de 59 anos possuem políticas como o estatuto da criança e do adolescente e a do idoso.

Para os cuidadores, os critérios de inclusão foram ser o responsável formal ou informal pelos cuidados sofertados ao homem cadastrado no SAD e, conforme estabelecido na AD, possuir faixa etária superior ou igual a 18 anos. O critério de exclusão foi a presença de *deficit* cognitivo. Consideraram-se responsáveis formais os profissionais de enfermagem ou cuidadores com registro pela Classificação Brasileira de Ocupações contratados pela família e informais os cônjuges e familiares que assumiram os cuidados com os homens em AD.

O primeiro momento da coleta constituiu-se da realização de entrevistas abertas, guiadas pelas questões norteadoras: *Quais as suas necessidades de saúde e o atendimento delas aqui no domicílio?,* para os homens, e *Quais os cuidados que são ofertados ao homem atendido no domicílio, para que as necessidades de saúde dele sejam atendidas?*, para os cuidadores.

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.84501

Os homens e cuidadores foram abordados pessoalmente para a realização das entrevistas, que tiveram um tempo de duração com variação de sete minutos a 85 minutos. As entrevistas aconteceram em vários ambientes dos domicílios, como a sala, o quarto e até a cozinha, lugares que, para os participantes, destacavam-se como áreas de confiança e empatia.

Os dados provenientes das falas dos participantes foram registrados por um gravador digital e foram transcritos na íntegra, adotando convenções que trouxeram adaptações ao padrão sugerido por Marcuschi[11], assim como os modelos de transcrições e orientações descritos no referencial adotado[12,13]. Ao final das transcrições foi produzido um banco de dados de textos decorrentes dos áudios dos participantes.

Os dados empíricos provenientes das entrevistas foram submetidos à Análise de Discurso Crítica (ADC), seguindo a Teoria Social do Discurso[12], por sua ligação aos propósitos teóricos e metodológicos deste estudo e pelas possibilidades de reflexão sobre as condições, nas quais foram construídos e assimilados os discursos.

Quanto aos aspectos éticos, foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que orienta as pesquisas envolvendo seres humanos. Todas as entrevistas foram precedidas da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para garantir o anonimato dos participantes, esses foram representados por códigos alfanuméricos, empregando as letras H para os homens e C para os cuidadores.

RESULTADOS

Os discursos revelam a valorização **das necessidades de boas condições de vida** e sobrevivência dos homens em cuidado domicilar. Essas necessidades são reconhecidas, pelo emprego de vocábulos que, em maior destaque, citam as necessidades naturais e sociais de alimentação, banho e vestuário, ou seja, condições consideradas básicas para a vida.

> *Pra se alimentar [...] eu tem que ter um auxílio [...] Pra me movimentar também sempre eles dois me ajuda O banho quem dá é minha irmã. (H11)*

> *Pra tomar banho eu sempre recebi ajuda da minha esposa e da minha mãe. Pra se alimentar no início tava muito complicado, porque eu não conseguia comer muita coisa, bem porque eu tava sem urinar. Eu tava sem defecar. (H13)*

> *Ajudar a ele se vestir que ele não pode tá se abaixando né, colocar o almoço dele no prato e levar até ele, entendeu. Quando ele for tomar banho, tá perto dele né, pra ele não escorregar, tá perto dele. (C25)*

As formações discursivas são caracterizadas pela manifestação de necessidades de saúde que são essenciais para uma boa condição de vida. Nesse sentido, é ressaltada a necessidade de locomoção e movimentação como algo indispensável para o homem que se considera como livre, ao realizar o ir e vir, trabalhar e executar suas atividades da vida diária.

Os entrevistados, como atores sociais que assumem uma diferenciação na sociedade, mencionam nos discursos a fisioterapia e os exercícios físicos, como condições significativas e imperativas para a garantia do atendimento de uma necessidade que majoritariamente irá proporcionar uma melhor condição de vida. Nesse sentido, no discurso do cuidador C24, identifica-se também a importância da fisioterapia como uma necessidade de saúde dos homens em cuidado domiciliar, identificando-se uma propriedade textual de coesão por conjunção para efeito de realce entre as orações, qualificando-as com característica circunstancial de causa por meio do conectivo porque:

> *Preciso de muita coisa né, de andar [..] fica aqui direto. Só saio pra ir pra fisioterapia e pro médico [...] o que eu preciso mais é alimento e fisioterapia, né. (H8)*

> *É só isso mesmo e quanto à fisioterapia né. Porque agora ele só tá dois dias na semana e eu acho isso pouco demais pra ele, entendeu. Porque eu acho que se parar aí a coisa complica. Por quê? porque quando ele fica em casa, ele fica em casa sábado, domingo e segunda ele não tem fisio né. Só vai ter na terça. [...] os pés dele fica muito duro, muito, e eu movimento sabe, puxo pra lá. Puxo pra cá, assim sabe, do jeito que ela faz eu tento fazer igual, num sei mais eu tento, e o joelho também que fica muito tenso sabe, só isso mesmo. (C24)*

A locomoção é nomeada nos discursos como uma **necessidade natural (existencial)**, em um processo de diferenciação, vista de maneira singularizada no discurso de H1, com o emprego da estratégia discursiva da simbolização metafórica da locomoção como um sonho.

> *Nessa idade, eu preciso de exercício né, todo dia, de banhos diários, de medicamentos e oh eu tenho, oh eu tenho necessidade de andar, vontade de andar e não posso porque oh: ah o mal de Parkinson me atingiu de forma violenta e está travando todo o meu organismo. Eu estou com sonda, [...] urinária e tá travando [...] então a necessidade é que eu preciso de andar. Um sonho é andar porque eu gosto de viajar. (H1)*

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.84501

O cuidado com a integridade da pele emerge, nos discursos, como outra necessidade de condição de vida, correlata às citadas anteriormente. Os homens em cuidado domiciliar, decorrente das morbidades e comorbidades que os acometem, ficam expostos à presença de lesões, que exigem cuidados especiais como os curativos.

Nos discursos, observa-se que a necessidade direcionada às lesões na pele, outorga aos homens características que contrapõe àquelas ideologicamente aceitas pela masculinidade hegemônica, pois para os participantes do estudo, necessitar do curativo os colocam em condições de limitação e segregação, ao excluí-los de ambientes de convívio social e provocar debilidade à sua saúde.

Aponta-se a interdiscursividade nos excertos dos entrevistados com termos técnicos específicos da área da saúde, representado pelos vocábulos escaras, infecção, bactéria, curativo, cicatrização e úlceras integrados ao *corpus* discursivo dos homens e cuidadores entrevistados.

> *Esstão precisando muito da questão da fisioterapia. Eu acredito que ia melhorar bastante a minha situação. Eu tenho escaras, que são ferimentos né, úlceras, então é dificilmente eu sair já pra isso. Minha posição é essa aqui pra tudo, pra comer, pra dormir, pra tomar banho, pra tudo. (H10)*

> *Eu acho que seria preciso uma cirurgia pra mim, eu tô com duas escaras de lado, pra mim pra melhorar minha saúde, seria uma, sei lá uma cirurgia, alguma coisa pra mim recuperar essas minhas duas escaras, que é duas feridas desse tamanho. Aí é onde minha saúde, minha saúde fica mais debilitada ainda, porque se não fosse essas escaras, eu tava bastante bem de saúde. Tem que ter cuidado no banheiro pra não pegar infecção, uma bactéria, entendeu. (H14)*

> *Alimentação, o cuidado do curativo, sempre tendo cuidado, ele bota a perna pra cima; sempre eu orientando ele em todas as formas pra que ele tenha uma cicatrização melhor de como é que se diz, de cicatrização, é eu quem faço. Todos os dias, desde quando ele saiu do hospital. Agora eu só num faço no dia que o SAD vem. Aí eu deixo pra eles ver né, como é que tá, aí quando teve logo no início que eu fazia dois por dia. Era um de manhã e um a tardezinha, porque ele tinha necessidade de fazer. (C27)*

Outro discurso presente em decorrência da busca por uma boa condição de vida pelos sujeitos do estudo refere-se à necessidade de "medicação" para os homens em cuidado domiciliar. Os vocábulos apresentam tal necessidade como eminente de uma rotina diária vivenciada pelos homens em acompanhamento domiciliar. Tal discurso também se encontra na fala dos cuidadores que são em muitas situações responsáveis pela administração e controle dos medicamentos.

> *É trocar a roupa dele, é dá medicação, é da alimentação, porque ele se alimenta de três em três horas. (C4)*

> *Comida, roupa, medicação, tudo isso é eu ajeito né, banho eu boto a cadeira de plástico no banheiro. Ele vai na cadeira de roda. Aí no banheiro ele senta na cadeira, toma o banho aí eu venho puxando a cadeira pra cama. Na cama né, seco tudinho, faço curativo. A coisa mais importante que a gente gosta né, é ele voltar a andar né, voltar a andar e a escara fechar. (C9)*

A sexualidade entendida como sinônimo de sexo, é apontada nos discursos como uma necessidade de saúde importante para os homens em cuidado domiciliar. Para H2 e C8 o sexo está condicionado à uma necessidade de saúde e de capacidade do homem em ter ereção e com isso atribuindo a sua masculinidade à presença ou ausência da virilidade, o que quando não acontece, condiciona um significado de prejuízo e assexualidade, como exemplificado pelas expressões tô lascado, a parte inferior é morta.

> *Hoje, sexualidade nenhuma [...] mas não, a cabeça é doidinha. Eu só vivo na internet olhando essas mulher, nam. Tô lascado, a vontade é enorme (risos) mental né, mas reação nenhuma. (H2)*

> *Assim, e quanto vida, B. só não tem a vida [...] é sexual, né? Isso aí ele não tem, nunca namorou, embora que ele claro, que ele tem aquelas menininhas que ele se agrada, que às vezes chega em casa e a gente fica brincando com ele, que ele diz assim é bonita e tal. Mas assim, pra dizer mesmo, assim que ele teve tem aquela vida ativa de namorar de/não tem. Até porque ele não tem ereção nenhuma ah parte inferior é morta. (C8)*

No discurso da cuidadora C11 percebe-se a menção que ela faz à sexualidade como sexo, e este por sua vez como capacidade de ter ereção. A mãe assume o papel de cuidadora de seu filho, que é portador de hidrocefalia e limitado ao leito com poucos movimentos acima da cintura. Ela projeta no seu filho a sua ideologia em relação ao sexo. É sabido, por meio da cultura de gênero que existe diferença entre homens e mulheres, quando a temática é sexo e sexualidade. A necessidade do homem é vista sob os olhos de sua cuidadora do sexo feminino, assim infere-se que existe uma lacuna na apreensão e no atendimento dessa necessidade de saúde do participante.

> *Sexualidade ele num tem, assim não que ele não sinta ereção. No início ele sentia mais, muitas vezes eu ia dá banho nele e às vezes ele tava ereto daquele jeito. Hoje não e assim até porque eu acho melhor não. Eu prefiro que ele fique assim, entendeu? Porque assim, ele num sente aquilo que a gente num sente. Deixe ele quieto né, porque assim se fosse pra o bem dele eu até dizia não, vá em frente. Às vezes eu até digo a ele, arruma uma namorada, mas assim sabendo que se ele arrumar uma namorada se começar a beijar aquela coisa toda vai estimular e talvez isso até piore né? [...] Então assim, eu prefiro que ele fique quieto. (C11)*

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.84501

Os participantes têm sua masculinidade hegemônica enfraquecida, porque uma das principais qualidades dessa masculinidade para os homens diz respeito ao sexo, as práticas sexuais, a sua virilidade enquanto 'macho' que faz sexo. É importante destacar que C8 e C11, apesar de serem mulheres e reconhecerem essa necessidade dos filhos, de alguma forma preferem que ela não seja atendida. No entanto, independente das mães desses jovens não querer que eles tenham sexo, a vontade externada pela necessidade é sentida por eles.

A cuidadora C23 também mulher envolvida pelas convicções a respeito do gênero masculino, que foi apreendida histórico e culturalmente e reproduzida em suas práticas, reconhece no seu filho a necessidade de saúde representada pelo sexo e sexualidade. Ela reconheceu essa necessidade pelo fato de o filho balbuciar como alguma de suas primeiras palavras o pedido para ir namorar, tendo ereção ao ver qualquer mulher que adentrasse no quarto dele.

> *Entendeu que ele fica/e agora que ele tá falano, é pedino, é pedino pra ir atrás das negas, pedindo atrás pra ir namorar [...] eu digo a ele que não tá, eu digo a ele você não tá pronto ainda pra sair de cima dessa cama não. (C23)*

DISCUSSÃO

As necessidades de saúde estão lotadas entre a natureza e a cultura; sendo assim, não dizem respeito apenas à conservação da vida, mas à realização de uma proposta em que o indivíduo se humaniza de maneira progressiva, atuando como elo entre o específico e o genérico[14]. Necessidade de saúde não é uma concepção explicável nem pelo indivíduo isoladamente, sem a interferência de suas relações sociais e concretas; nem pela sociedade de maneira indistinta, isto é, genérica[15].

Os discursos remetem a necessidade de locomoção e movimentação como algo indispensável para o homem que se considera livre. A liberdade para eles era sinônimo de trabalhar, sair, festejar; e agora é exercitar, fazer fisioterapia, não atrofiar os membros; e sonhar. O senso comum acredita que a doença retira a liberdade das pessoas e sua autonomia, limita suas realizações e, principalmente, na presença de dor, condiciona a percepção de fragilidade do ser. Contudo, ressalta-se que no processo de fragilidade, quando o sujeito do cuidado é amparado por um cuidador que expressa carinho, respeito e proximidade, isso contribui para uma postura de liberdade interior do ser cuidado[16].

Os atores do cuidado têm um papel fundamental na vida desses homens que estão com sua saúde fragilizada. Considera-se que as necessidades de saúde desses homens podem ser identificadas de forma direta e indireta pelos profissionais e cuidadores informais no momento do atendimento ou por meio de observações no cotidiano do cuidado. Entretanto, a literatura reforça a importância do posicionamento dos sujeitos quanto às suas necessidades em saúde, uma vez que, estas vão orientar o cuidado, a partir da compreensão ampliada dos desejos e das expectativas do homem quanto ao seu acompanhamento[17].

Ao mencionarem a descrição das lesões, os sujeitos indicam a iminência do cuidado com a pele como outra necessidade de saúde. As feridas constituem um grande problema para saúde pública, por: aumentar a morbidade dos usuários que possuem, reduzir a qualidade de vida e elevar os custos do cuidado[18].

Para atender essa necessidade as equipes de saúde, os cuidadores e ou familiares desses homens devem cuidar e permanecer vigilantes, para manter a integridade da pele. Evidências sobre prevenção de lesões indicam que, os cuidadores de pacientes com feridas contribuem e se interessam no cuidado das lesões, esse interesse se torna um potencial para as intervenções dos profissionais em busca do atendimento dessa necessidade[19].

Encontra-se nos vocábulos ainda, referências a medicação como uma necessidade essencial para manutenção da vida e comum aos homens com problemas de saúde em acompanhamento domiciliar. Expressões como: "toma o remédio", "traz o remédio" e "dar o remédio" são comuns na rotina de usuários e cuidadores[20].

A medicação passa a desempenhar uma necessidade de saúde que determinará boas condições de vida. Com isso, cabe aos usuários e seus cuidadores a responsabilização da administração desses medicamentos. Neste sentido, a literatura revela uma dificuldade desses atores para o uso dos medicamentos, dentre essas dificuldades estão: a administração no horário correto, erro de administração e uso de medicamentos contra-indicados devido à automedicação e desconhecimento sobre possíveis interações e efeitos das medicações[21].

Para assegurar o acesso ao tratamento e o suprimento dessa necessidade, aponta-se a necessidade da implementação de políticas, engajamento dos cuidadores e profissionais de saúde e ações efetivas de educação em saúde. Dentre as necessidades de saúde apontadas nos discursos dos participantes, identificou-se também aquelas relacionadas ao sexo e à sexualidade.

Em 2000, a Organização Mundial da Saúde identificou a saúde sexual como um direito fundamental de todos os indivíduos[22]. Compreende-se a partir dos discursos que, as preocupações sexuais manifestam-se em graus variáveis para os homens do estudo. A saúde sexual é apontada como uma necessidade de saúde, que contribui significativamente na qualidade de vida. Essas descobertas pressionam os prestadores de cuidados a trabalharem essa temática com os usuários e a contribuir para recuperação da saúde sexual masculina.

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.84501

Todavia, um estudo realizado com profissionais de saúde encontrou muitas barreiras para discussão sobre a sexualidade entre os prestadores de cuidado e seus pacientes. Essas barreiras indicam déficits nos conhecimentos e experiência sobre a temática e desconforto dos profissionais em questionar e abordar questões sexuais[23].

Ressalta-se que enquanto as preocupações com a saúde sexual permanecerem não ditas, devido a um descuido ou tabu, será impossível a implementação de estratégias para lidar com as dificuldades enfrentadas pelos usuários. Cabe aos profissionais de saúde buscar meios para uma comunicação e abordagem efetiva no enfrentamento dessa necessidade de saúde[24].

Assim, as masculinidades constituiem espaço simbólico que estrutura a identidade dos seres humanos, modelando comportamentos e emoções que passam a ter a prerrogativa de modelos a serem seguidos, inclusive com a sua saúde, negando a existência de dor ou sofrimento, de vulnerabilidade, para fortalecer a ideia de virilidade e força[9].

Outro aspecto importante, se refere a posição de poder imposta pelo cuidador deste usuário sobre a sua saúde sexual. Os resultados desta pesquisa evidenciam que, o discurso do cuidador assume uma contradição ao indicar um reconhecimento dessa necessidade, porém, ao deter um “certo” poder sobre esse homem que depende do seu cuidado, o cuidador pode operar como um controlador de tal necessidade.

Considera-se ainda, que esse alguém na maioria das vezes é uma mulher ligada a ele por algum parentesco.[16] Esta relação pode contribuir no controle das necessidades descritas, devido a tabus e constrangimentos gerados na discussão dessa temática.

Dessa forma, os dados deste estudo mostram que a construção social das masculinidades cria barreiras para entender e atender às necessidades de saúde dos homens que recebem assistência domiciliar. É crucial reconhecer e destacar suas particularidades para melhorar a integralidade e equidade dos cuidados de saúde. Esta dificuldade em reconhecer as necessidades de saúde dos homens, tanto por parte dos cuidadores quanto dos pacientes, compromete a aplicação dos princípios do Sistema Único de Saúde. Conscientizar-se dessas limitações é fundamental para transformar essa realidade.

Na teoria das necessidades de saúde, é preciso refletir, teorizar e construir alternativas possíveis para uma práxis capaz de reestruturar a vida cotidiana, decorrente de um novo modo de vida. A mudança no cotidiano de um homem assistido em domicílio, leva à reflexão sobre as suas novas necessidades de saúde, e consequentemente, a partir de apontamentos dessa discussão compreende-se que, é preciso pensar em melhorias e estratégias para a garantia de para uma assistência eficaz das necessidades de saúde desses homens em cuidado domiciliar

A literatura refere que os serviços de saúde têm organizado seus processos de modo a atender parcialmente as necessidades de saúde[20,25], indicando uma dificuldade enfrentada pelos usuários no alcance das boas condições de vida.

Limitações do estudo

Afirma-se como limitação a impossibilidade de aprofundamento sobre o processo de enfrentamento das necessidades em saúde vivenciado pelos homens do estudo, requerendo assim, novas pesquisas para o entendimento desta relação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados discursivos descritos mostram que as necessidades de saúde masculina persistem condicionadas ao modelo biologista ideologicamente hegemônico, vinculado às necessidades naturais (existenciais), bem como aquelas de boas condições de vida ao garantir a sobrevivência. A masculinidade contra-hegemônica, revelada pela saúde fragilizada, permanece agrupada à masculidade hegemônica, fortemente caracterizada pelo discurso da sexualidade e virilidade.

O atendimento às necessidades de saúde está garantido pelas diretrizes que norteiam o SUS e cabe ao sistema local de saúde, prover os recursos para a saúde e seu desenvolvimento social. Conhecer as necessidades dos homens em AD facilita o planejamento e a condução integral de ações.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira JA, Marques RC, Silva KL, Duarte ED, Schreck RSC. Understanding the health needs of men in home care: a strategy for counter-hegemony. Ciênc. Cuid. Saúde. 2021 [cited 2023 Jun 05]; 20:e58613. DOI: http://dx.doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.58613.
2. Abreu TCA, Oliveira GS, Feitosa ANA, Silva ML, Medeiros RLSFM. Integral health care for men's health: military police adherence. Rev. Enferm. UFPE on line. 2018 [cited 2020 Apr 30]; 12(10):2635-42. DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a237503p2635-2642-2018.

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.84501

3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Br). Censo demográfico brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
4. Ministério da Saúde (Br). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes). Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [cited 2023 Jun 05]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf.
5. Oliveira JCAX, Correa ACP, Silva LA, Mozer IT, Medeiros RMK. Epidemiological profile of male mortality: contributions to nursing. Cogitare Enferm. 2017 [cited 2023 Jun 05]; (22)2:e49724. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.49742.
6. Firmino M, Moura GG. A saúde do homem e sua percepção sobre o sistema público de saúde: a UBSF e o atendimento ao público masculino no bairro Morada Nova, Uberlândia/MG. Hygeia. 2020 [cited 2023 Jun 05]; 16:105-20. DOI: https://doi.org/10.14393/Hygeia16053468.
7. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KL, Santos MLM. Home Care within the Unified Health System: challenges and potentialities. Saúde Debate. 2019 [cited 2020 Apr 30]; 43(121):592-604. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123.
8. Silva DVA, Carmo JR, Cruz MEA, Rodrigues CAO, Santana ET, Araújo DD. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. Enferm. Foco. 2019 [cited 2020 Apr 30]; 10(3):112-8. DOI: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.1905.
9. Connell RW, Messerschmidt JW. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. Rev. Estud. Fem. 2013 [cited 2023 Jun 05]; 21(1):241-82. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100014.
10. Matsumoto NF. A operacionalização do PAS de uma Unidade Básica de Saúde no município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.
11. Marcuschi LA. Análise da conversação. São Paulo: Ática; 1986.
12. Fairclough N. Discurso e mudança social. Brasília: Universidade de Brasília; 2001.
13. Magalhães I. Eu e tu: a constituição do sujeito no discurso médico. Brasília: Thesaurus; 2000.
14. Hino P, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Egry EY. Health needs according to the perception of people with pulmonary tuberculosis. Rev. Esc. Enferm. USP. 2012 [cited 2023 Jun 05]; 46(6):1438-45. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600022.
15. Cecilio LCO, Matsumoto NF. uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: Pinheiro R, Ferla AF, Mattos RA, editors. Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2006.
16. Silva YC, Silva KL. Constitution of the caregiver subject at home care: psycho-affective, cognitive and moral dimensions. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2020 [cited 2023 Jun 05]; 24(4):e20190335. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0335.
17. Aikman K, Oliffe JL, Kelly MT, McCuaig F. Sexual health in men with traumatic spinal cord injuries: a review and recommendations for primary health-care providers. Am. J. Mens. Health. 2018 Nov [cited 2020 Apr 30]; 12(6):2044-54. DOI: https://doi.org/10.1177/1557988318790883.
18. Lindhardt CL, Beck SH, Ryg J. Nursing care for older patients with pressure ulcers: A qualitative study. Nurs. Open. 2020 [cited 2023 Jun 05]; 7(4):1020-5. DOI: https://doi.org/10.1002%2Fnop2.474.
19. Guimarães TK, Sousa RR, Coelho DG, Galdino Junior H. Behavior characterization of informal caregivers of wounded patients in the hospital environment. Rev. Eletrônica Enferm. 2017 [cited 2020 Jul 08]; 19:a02. DOI: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.39588.
20. Silva KL, Silva YC, Lage EG, Paiva PA, Dias OV. Why is it better at home? Service users' and caregivers' perception of home care Cogitare Enferm. 2017 [cited 2020 Apr 30]; 22(4):e49660. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.49660.
21. Tramontina MY, Ferreira MB, Castro MS, Heineck I. Comorbidities, potentially dangerous and low therapeutic index medications: factors linked to emergency visits. Ciênc. Saúde Colet. 2018 [cited 2020 Jul 28]; 23(5):1471-82. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.07512016.
22. World Health Organization. Sexual and reproductive health: Defining sexual health [Internet]. Genebra: WHO; 2018 [cited 2023 Jun 05]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/.
23. Pieters R, Kedde H, Bender J. Traininig rehabilitation teams in sexual health care: a description and evaluation of a multidisciplinary intervention. Disabil. Rehabil. 2018 [cited 2020 Apr 30]; 40(6):732-9. DOI: https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1271026.
24. Rothberg D, Ferreira VL, Muniz AJ, Mendonça AVM. Qualidade da comunicação promotora da saúde: como avaliar? Proposta de instrumento de avaliação de campanhas de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Interface (Botucatu). 2022; 26:e220004. DOI: https://doi.org/10.1590/interface.220004.
25. Farão EMD, Penna CMM. The health needs of users and their interaction with primary care. REME Rev. Min. Enferm. 2020 [cited 2020 Apr 30]; 24:e-1299. DOI: http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200029.

Contribuições dos autores

Concepção, K.A.F., R.C.M., K.L.S., E.D.D., R.S.C.S. e B.D.F.; metodologia, K.A.F., R.C.M., K.L.S., E.D.D., R.S.C.S. e B.D.F.; validação, K.A.F., R.C.M., K.L.S., E.D.D., R.S.C.S. e B.D.F.; análise formal, K.A.F., R.C.M., K.L.S., E.D.D., R.S.C.S. e B.D.F.; investigação, K.A.F., R.C.M., K.L.S., E.D.D., R.S.C.S. e B.D.F.; obtenção de recursos, B.D.F..; curadoria de dados, K.A.F., R.C.M., K.L.S., E.D.D., R.S.C.S. e B.D.F.; redação - preparação do manuscrito, K.A.F., R.C.M., K.L.S., E.D.D., R.S.C.S. e B.D.F.; redação – revisão e edição, K.A.F., R.C.M., K.L.S., E.D.D., R.S.C.S. e B.D.F.; visualização, K.A.F., R.C.M., K.L.S., E.D.D., R.S.C.S. e B.D.F.; supervisão, B.D.F.; administração do Projeto, B.D.F. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão publicada do manuscrito.