

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

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

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

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

^IUniversidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil; ^{II}Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

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.

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:** resalta-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.

INTRODUCCIÓN

La discusión sobre las cuestiones de género en el proceso de salud y enfermedad ha contribuido para que los profesionales de la salud reflexionen sobre los desafíos que enfrentan al brindarle atención a la población masculina. Esta población, debido a sus hábitos de vida, en general, está más expuesta a situaciones de riesgo que afectan su salud, tales como: violencia, accidentes de tránsito y laborales, consumo de alcohol y otras drogas, así como también falta de atención médica. Esos factores contribuyen al aumento de la morbilidad y mortalidad masculina en prácticamente todas las franjas etarias¹.

Los altos niveles de morbilidad y mortalidad masculina, desde la perspectiva de las referencias de género, también se relacionan con los vínculos culturales representados por la idea de invulnerabilidad, que se establecieron a lo largo de la historia humana. Esta ideología dificulta que los hombres adopten prácticas preventivas de salud, dado que si acuden a los servicios de salud se los puede considerar débiles y se puede sospechar de su masculinidad socialmente impuesta².

En Brasil, la esperanza de vida de la población masculina era menor que la de la población femenina. Mientras que las mujeres viven una media de 79,3 años, los hombres alcanzan una esperanza de vida máxima de 72,2 años, y la tasa de mortalidad de los hombres es mayor en casi todas las franjas etarias³.

En este sentido, en un intento por responder a las necesidades de la población masculina, en 2008, el Ministerio de Salud (MS) de Brasil estableció la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre (PNAISH), con el objetivo de proteger la salud de esta población, a través de acciones de salud basadas en la realidad de los hábitos de los hombres en sus diferentes contextos culturales, políticos y económicos⁴.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud, las tasas de morbilidad y mortalidad de la población masculina brasileña siguen siendo similares, lo que indica que es necesario implementar políticas de salud específicas⁵. Cabe destacar que la resistencia de los hombres a recibir atención médica puede conducir al empeoramiento de las enfermedades y, por ende, al aumento de los daños, de los tratamientos especializados y de los costes de salud⁶. Por ello, al reflexionar sobre cómo satisfacer las necesidades de los hombres y evitar costos en salud, la Atención Domiciliaria (AD) se presenta como una poderosa estrategia dentro de la Red de Atención a la Salud de los hombres⁷.

En un estudio sobre el perfil de los pacientes atendidos por los servicios de AD, se identificó que las comorbilidades más frecuentes en los pacientes con AD fueron Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes *Mellitus* y Neoplasias. Esas comorbilidades se presentan más en los hombres, lo que resalta la importancia que tiene este tipo de atención para la población masculina. Sin embargo, aún es necesario trabajar en la cultura de adhesión a la atención de salud de los hombres, ya que, según los resultados de ese mismo estudio, en ese servicio prevaleció la atención a la población femenina⁸. Para ello, es importante comprender las necesidades de salud de los hombres que reciben atención en el hogar, con el fin de visibilizar sus demandas y obtener indicadores que permitan potenciar las políticas de salud dirigidas a los hombres y mejorar la calidad de la atención domiciliaria que se brinda.

Actualmente, se describen cuatro tipos de masculinidades: masculinidad hegemónica, asociada a la legitimidad del patriarcado, que valora la dominación de los hombres sobre las mujeres; masculinidad subordinada, se refiere a la desigualdad entre los hombres; masculinidad cómplice, se relaciona con los hombres que no forman parte del modelo hegemónico; y la marginada, que se refiere a la subordinación resultante de condiciones de raza, clase social y grupos étnicos minoritarios⁹. Por consiguiente, es importante investigar las necesidades de salud asociadas a las particularidades que giran en torno a esas masculinidades.

Por lo tanto, el presente estudio tuvo como objetivo analizar las necesidades de salud de los hombres en atención domiciliaria por medio de las diferentes masculinidades.

MÉTODO

Se trata de un estudio con enfoque cualitativo, analítico e interpretativo basado en el marco teórico-epistemológico de las Necesidades de Salud, de Matsumoto¹⁰, que permite comprender el significado que los hombres les atribuyen a las experiencias en la atención domiciliaria. En lo que respecta a las masculinidades, en este estudio se considera que las mismas se producen en diferentes contextos sociales, y afectan las relaciones entre hombres, las de dominación, marginación y complicidad, y que una determinada forma hegemónica de masculinidad puede tener otras masculinidades agrupadas en torno a ella⁹.

La recolección de datos se realizó entre enero y febrero de 2019. El escenario de la investigación fue el municipio de João Pessoa, capital de Paraíba, Brasil. Los datos fueron obtenidos de las entrevistas realizadas a 24 hombres, que reciben atención del Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) del municipio, y a 34 cuidadores, responsables formal o informalmente de la atención que se les brinda a los hombres registrados en el SAD. En esta investigación se adoptó la técnica de muestreo no probabilístico, por accesibilidad o conveniencia, se consideró elegibles a todos los sujetos del universo poblacional, con el fin de contemplar la singularidad y cumplir con los objetivos de este estudio. Se incluyeron hombres con edades entre 18 y 59 años, inscritos en el SAD en el momento de la recolección, que pudieran expresarse verbalmente y no tuvieran déficit cognitivo, según la evaluación de la investigadora. La delimitación de la franja etaria se debe a los principios del PNAISH y a que se sabe que los hombres menores de 18 y mayores de 59 están incluidos en las políticas del estatuto del niño y del adolescente y del adulto mayor.

Para los cuidadores, los criterios de inclusión fueron ser responsable formal o informal del cuidado que se le brinda al hombre registrado en el SAD y, según lo que establece la AD, tener 18 años o más. El criterio de exclusión fue la presencia de déficit cognitivo. Se consideraron responsables formales los profesionales de enfermería o cuidadores registrados en la Clasificación Brasileña de Ocupaciones contratados por la familia, y responsables informales a los cónyuges y familiares que cuidaban a los hombres en AD.

La primera etapa de recolección constó de entrevistas abiertas, guiadas por las preguntas orientadoras: *¿Cuáles son sus necesidades de salud y cuáles se satisfacen aquí en el domicilio?*, para los hombres, y *¿Qué cuidados se le brinda al hombre atendido en el domicilio para que sus necesidades de salud estén cubiertas?*, para los cuidadores.

Se contactó personalmente a los hombres y a los cuidadores para realizar las entrevistas, que duraron entre siete y 85 minutos. Las entrevistas se desarrollaron en diversos ambientes dentro del hogar, como la sala, el dormitorio e incluso la cocina, lugares que, según los participantes, se destacaban como lugares de confianza y empatía.

Los datos de los discursos de los participantes se registraron usando una grabadora digital y se transcribieron completamente, se adoptaron convenciones para adaptarlos al estándar sugerido por Marcuschi¹¹, así como a los modelos y directrices de transcripción descritos en el marco adoptado^{12,13}. Una vez que se finalizó la transcripción, se elaboró una base de datos de textos resultantes de los audios de los participantes.

Los datos empíricos de las entrevistas fueron sometidos al Análisis Crítico del Discurso (ACD), siguiendo la Teoría Social del Discurso¹², debido a que se vincula con los propósitos teóricos y metodológicos de este estudio y a que permite reflexionar sobre las condiciones en que las se elaboraron los conceptos y discursos asimilados.

En cuanto a los aspectos éticos, se respetaron los lineamientos y estándares regulatorios establecidos por la Resolución N° 466/2012 del Consejo Nacional de Salud, que rige las investigaciones con seres humanos. Antes de realizar las entrevistas, todos los participantes firmaron el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCLI). Para garantizar el anonimato de los participantes, se utilizaron códigos alfanuméricos, las letras H para hombres y C para cuidadores.

RESULTADOS

Los discursos revelan que de los hombres en atención domiciliaria valoran **las necesidades de buenas condiciones de vida** y supervivencia. Estas necesidades se reconocen mediante el uso de palabras que, de manera más destacada, mencionan las necesidades naturales y sociales de alimentación, baño y vestimenta, es decir, condiciones que se consideran básicas para la vida.

Para alimentarme [...] necesito ayuda [...] Para desplazarme también, siempre me ayudan los dos [...] mi hermana es la que me baña. (H11)

Para bañarme siempre recibía ayuda de mi esposa y mi madre. Al principio me costaba mucho comer porque no podía comer muchas cosas, porque no orinaba. No defecaba. (H13)

Ay/udarlo a vestirse porque no puede agacharse, ponerle el almuerzo en el plato y llevárselo, ya sabes. Cuando se va a bañar, estar cerca de él, cierto, para que no se resbale, estar cerca de él (C25)

Las formaciones discursivas se caracterizan por manifestar las necesidades de salud esenciales para una buena condición de vida. En este sentido, se destaca la necesidad de locomoción y movimiento como algo indispensable para el hombre que se considera libre, para poder ir y venir, trabajar y realizar las actividades de la vida diaria.

Los entrevistados, como actores sociales que asumen una diferenciación en la sociedad, mencionan en sus discursos la fisioterapia y los ejercicios físicos, los consideran condiciones significativas e imperativas para garantizar la satisfacción de una necesidad que les dará en general una mejor condición de vida. Al respecto, en el discurso del cuidador C24, también se identifica la importancia de la fisioterapia como una necesidad de salud para los hombres en atención domiciliaria, se identifica una propiedad textual de cohesión por conjunción con el propósito de resaltarla en las oraciones, se la cualifica con característica circunstancial de causa a través del conector porque:

Necesito muchas cosas, verdad, caminar [...] queda ahí derecho. Sólo salgo para ir a fisioterapia y al médico [...] lo que más necesito es alimentación y fisioterapia, verdad. (H8)

Es eso realmente y lo que tiene que ver con la fisioterapia, ¿verdad? Porque ahora sólo va dos días por semana y creo que eso no es demasiado poco para él, ¿sabes? Porque creo que si no va la cosa se complica. ¿Por qué? porque cuando se queda en casa, se queda en casa sábado, domingo y lunes no tiene fisio, ¿verdad? Tiene recién el martes. [...] sus pies están muy duros, muy duros, y los muevo, ya sabes, los muevo para acá. Los muevo para allá, ya sabes, como ella lo hace, trato de hacer lo mismo, no lo sé hacer, pero lo intento, y la rodilla también se pone muy tensa, ya sabes, eso es todo. (C24)

La locomoción se menciona en los discursos como una **necesidad natural (existencial)**, en un proceso de diferenciación, se ve de forma puntual en el discurso de H1, con el uso de la estrategia discursiva de la simbolización metafórica de la locomoción como un sueño.

[...] a esta edad necesito ejercicio, ya sabes, todos los días, baños diarios, medicación y ay tengo, ay necesito caminar, quiero caminar y no puedo porque ay: ay la enfermedad de Parkinson me agarró de forma violenta y me está bloqueando todo el cuerpo. Tengo un catéter [...] urinario y se tapa [...] así que lo que necesito es caminar. Un sueño es caminar porque me gusta viajar. [...] (H1)

El cuidado de la integridad de la piel surge en los discursos como otra de las necesidades de condición de vida, relacionada con las mencionadas anteriormente. Los hombres en atención domiciliaria, debido a las morbilidades y comorbilidades que los afectan, están expuestos a la aparición de lesiones, que requieren cuidados especiales como vendajes.

En los discursos, se observa que la necesidad de cuidar las lesiones cutáneas les confiere a los hombres características que contrastan con las aceptadas ideológicamente por la masculinidad hegemónica, dado que, para los participantes del estudio, necesitar un vendaje los pone en una situación de limitación y segregación, al excluirlos de los ambientes sociales y causarles problemas de salud.

La interdiscursividad se indica en los extractos de los entrevistados con términos técnicos específicos del área de la salud, representados por las palabras escaras, infección, bacterias, vendaje, cicatrización y úlceras incorporados al *corpus* discursivo de los hombres y cuidadores entrevistados.

Realmente necesito la fisioterapia. Creo que mejoraría mucho mi situación. Tengo escaras, que son lesiones, ya sabes, úlceras, así que es difícil para mí salir por eso ahora. Esta es mi posición para todo, para comer, para dormir, para ducharme, para tod . (H10)

Creo que necesito una cirugía, tengo dos escaras en el costado, para mejorar mi salud, sería una, no sé, cirugía, algo para recuperarme de mis dos escaras, que son dos heridas de este tamaño. Ahí es donde mi salud, mi salud se debilita aún más, porque si no fuera por estas escaras, tendría bastante buena salud. Hay que tener cuidado en el baño para no agarrarse una infección, una bacteria, ya sabes. (H14)

La alimentación, encargarse del vendaje, siempre teniendo cuidado, él levanta la pierna, siempre lo guío en todos los sentidos para que tenga una mejor cicatrización, como se dice, cicatrización, soy yo quien lo hace. Todos los días desde que salió del hospital. Ahora sólo no lo hago el día que llega el SAD. Ahí los dejo a ellos que lo vean, ya sabes, cómo está, cuando le salieron al principio lo hacía dos veces al día. Era uno por la mañana y otro por la tarde, porque lo necesitaba. (C27)

Otro discurso presente como resultado de la búsqueda de buenas condiciones de vida por parte de los sujetos del estudio se refiere a la necesidad de “medicación” para los hombres en la atención domiciliaria. Las palabras presentan esta necesidad como una parte importante de la rutina diaria que experimentan los hombres que reciben atención domiciliaria. Este discurso también se encuentra en los testimonios de los cuidadores que son, en muchas situaciones, responsables de administrar y controlar los medicamentos.

Es cambiarle de ropa, darle medicamentos, darle de comer, porque come cada tres horas. (C4)

Comida, ropa, medicamentos, de todo eso me encargo, ya sabes, lo baño, pongo la silla de plástico en el baño. Va en silla de ruedas. Luego, en el baño, se sienta en la silla, se ducha y luego yo vengo y acerco la silla a la cama. En la cama, ya sabes, lo seco todo, le pongo el vendaje. Lo más importante que nos gustaría, verdad, es que vuelva a caminar, verdad, que vuelva a caminar y que se cierre la escara. (C9)

La sexualidad, entendida como sinónimo de sexo, se destaca en los discursos como una importante necesidad de salud para los hombres en atención domiciliaria. Para H2 y C8, el sexo está condicionado por una necesidad de salud y la capacidad del hombre de tener una erección y se lo atribuye a su masculinidad, a la presencia o ausencia de virilidad, que cuando esto no sucede, condiciona un sentido de daño y asexualidad, como lo ejemplifican las expresiones estoy mutilado, la parte inferior está muerta.

Hoy, no hay sexualidad [...] pero no, la mente está loca. Sólo estoy todo el tiempo en Internet mirando a esas mujeres. Estoy mutilado, las ganas son enormes (risas) mentalmente, verdad, pero no reacciona. (H2)

Así, y en cuanto a vida, B. simplemente no tiene vida, sexual, ¿verdad? Él no tiene eso, nunca tuvo novia, aunque claro están esas chicas que le gustan, que a veces vienen a casa y jugamos con él, que él dice es bonita y demás. Pero, para decirlo claramente, que él tiene esa vida amorosa activa/ no tiene. Incluso porque no puede tener una erección, su parte inferior está muerta. (C8)

En el discurso de la cuidadora C11 se nota que ella menciona la sexualidad como sexo, y este a su vez como capacidad de tener una erección. La madre asume el papel de cuidadora de su hijo, que tiene hidrocefalia y se encuentra postrado en cama y hace pocos movimientos por encima de la cintura. Proyecta su ideología sobre el sexo en su hijo. Se sabe, a través de la cultura de género, que existe una diferencia entre hombres y mujeres, cuando el tema es el sexo y la sexualidad. La necesidad del hombre es vista a través de los ojos de su cuidadora que es del sexo femenino, por lo que se infiere que existe un vacío en la comprensión y satisfacción de esa necesidad de salud del participante.

No tiene ninguna sexualidad, no es que no sienta una erección. Al principio él sentía más, muchas veces iba a bañarlo y a veces estaba erecto así. Hoy no es así porque creo que es mejor que no. Prefiero dejarlo así, ¿entiendes? Porque así él no siente lo que nosotros no sentimos. Déjalo en paz, claro, porque si fuera por su bien incluso diría que no, adelante. A veces hasta le digo, búscate una novia, pero sabiendo que, si consigue novia, si se besan, todo eso lo estimulará y tal vez hasta empeore, ¿no? [...] Entonces prefiero que se quede tranquilo. (C11)

Los participantes ven debilitada su masculinidad hegemónica, porque una de las principales cualidades de esta masculinidad para los hombres tiene que ver con el sexo, con las prácticas sexuales, con su virilidad como 'macho' que

tiene sexo. Es importante destacar que C8 y C11, a pesar de ser mujeres y reconocer que sus hijos tienen esa necesidad, de alguna manera prefieren que no sea satisfecha. Sin embargo, independientemente de que las madres de estos jóvenes no quieran que tengan relaciones sexuales, ellos sienten el deseo expresado por la necesidad.

La cuidadora C23, también mujer influenciada por las convicciones sobre el género masculino, que aprendió histórica y culturalmente y reproduce en sus prácticas, reconoce que su hijo tiene la necesidad de salud que representa el sexo y la sexualidad. Ella reconoció esta necesidad debido a que una de las primeras palabras que su hijo balbució fue que quería tener novia, y que tenía una erección cuando veía a cualquier mujer que entraba en su habitación.

Entendió que el quiere/y ahora que habla, pide, pide ir atrás de las chicas, pide salir para tener novia [...] Le digo que no, le digo que no está, que aún no está listo para salir de esa cama. (C23)

DISCUSIÓN

Las necesidades de salud se encuentran ubicadas entre la naturaleza y la cultura; por ende, no se refieren sólo a la conservación de la vida, sino a la realización de una propuesta en la que se humaniza al individuo de manera progresiva, y actúan como vínculo entre lo específico y lo genérico¹⁴. La necesidad de salud no es una concepción que pueda ser explicada por el individuo de forma aislada, sin la interferencia de sus relaciones sociales y concretas; ni por la sociedad de forma indistinta, es decir, genérica¹⁵.

Los discursos hacen referencia a la necesidad de locomoción y movimiento como algo indispensable para el hombre que se considera libre. La libertad para ellos era sinónimo de trabajar, salir, festejar; y ahora se trata de hacer ejercicio, hacer fisioterapia, que no se atrofién las extremidades; y soñar. El sentido común cree que la enfermedad les quita libertad y autonomía a las personas, limita sus logros y, principalmente, cuando provoca dolor, condiciona la percepción de la fragilidad del ser. Sin embargo, se destaca que, en el proceso de fragilidad, cuando el sujeto de cuidado recibe el apoyo de un cuidador que le expresa afecto, respeto y cercanía, esto contribuye a que la persona cuidada tenga una actitud de libertad interior¹⁶.

Quienes llevan a cabo los cuidados juegan un papel fundamental en la vida de esos hombres cuya salud es frágil. Se considera que las necesidades de salud de dichos hombres pueden ser identificadas de forma directa e indirecta por los profesionales y cuidadores informales cuando les brindan atención o a través de observaciones en el cuidado diario. Sin embargo, la literatura refuerza la importancia de posicionar a los sujetos en función de sus necesidades de salud, dado que son las que guían el cuidado, a partir de una mayor comprensión de los deseos y expectativas del hombre sobre su seguimiento¹⁷.

Al mencionar la descripción de las lesiones, los sujetos señalan la importancia del cuidado de la piel como una necesidad más de salud. Las heridas constituyen un gran problema para la salud pública, ya que: aumentan la morbilidad de los usuarios que las padecen, reducen la calidad de vida y aumentan los costos de la atención¹⁸.

Para satisfacer dicha necesidad, los equipos de salud, cuidadores y/o familiares de esos hombres deben cuidar y permanecer atentos para mantener la integridad de la piel. La evidencia sobre prevención de lesiones indica que los cuidadores de pacientes con heridas contribuyen y se interesan en el cuidado de las lesiones, este interés se convierte en un potencial para que los profesionales realicen intervenciones en busca de satisfacer esa necesidad¹⁹.

Las palabras también hacen referencia a la medicación como una necesidad esencial para mantener la vida y común a los hombres con problemas de salud que reciben atención domiciliaria. Expresiones como: “toma el medicamento”, “traer el medicamento” y “dar el medicamento” son comunes en la rutina de usuarios y cuidadores²⁰.

La medicación se convierte en una necesidad de salud que determinará las buenas condiciones de vida. Por lo tanto, los usuarios y sus cuidadores son responsables de administrar estos medicamentos. En este sentido, la literatura revela que tienen dificultades para utilizar los medicamentos, entre las dificultades mencionadas se encuentran: administración en el horario correcto, error de administración y uso de medicamentos contraindicados por automedicación y desconocimiento sobre posibles interacciones y efectos de los medicamentos²¹.

Para garantizar el acceso al tratamiento y la satisfacción de esa necesidad, se destaca que es necesario implementar políticas, la participación de los cuidadores y profesionales de la salud y acciones efectivas de educación para la salud. Entre las necesidades de salud que sobresalen en los discursos de los participantes, también se identificaron las relacionadas con el sexo y la sexualidad.

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud identificó la salud sexual como un derecho fundamental para todas las personas²². De los discursos se desprende que las preocupaciones sexuales se manifiestan en diversos grados para los hombres del estudio. La salud sexual se identifica como una necesidad de salud, que contribuye significativamente a la calidad de vida. Estos hallazgos instigan a los proveedores de atención a trabajar este tema con los usuarios y a contribuir a la recuperación de la salud sexual masculina.

Sin embargo, un estudio realizado con profesionales de la salud encontró que había muchas barreras para que los proveedores de atención y sus pacientes discutieran la sexualidad. Estas barreras indican que hay déficits de conocimiento y experiencia sobre el tema y que los profesionales sienten malestar al preguntar y abordar las cuestiones sexuales²³.

Cabe destacar que mientras no se hable de las preocupaciones sobre la salud sexual, debido a descuidos o tabúes, será imposible implementar estrategias para abordar las dificultades que enfrentan los usuarios. Les corresponde a los profesionales de la salud encontrar formas de comunicar y abordar eficazmente esa necesidad de salud²⁴.

Por otro lado, las masculinidades constituyen un espacio simbólico que estructura la identidad de los seres humanos, y moldea comportamientos y emociones que ahora tienen la prerrogativa de modelos a seguir, incluso la salud, niegan la existencia de dolor o sufrimiento, de vulnerabilidad, para fortalecer la idea de virilidad y fuerza⁹.

Otro aspecto importante se refiere a la posición de poder que impone el cuidador de este usuario sobre su salud sexual. Los resultados de esta investigación muestran que el discurso del cuidador asume una contradicción al indicar que reconoce esa necesidad, pero que al tener un “cierto” poder sobre el hombre que depende de su cuidado, el cuidador puede operar como controlador de dicha necesidad.

También se considera que ese alguien suele ser una mujer vinculada a él por algún parentesco¹⁶. Esta relación puede contribuir al control de las necesidades descritas, debido a los tabúes e incomodidad que surgen en la discusión de ese tema.

Por ende, los datos de este estudio revelan que la construcción social de las masculinidades crea barreras para comprender y satisfacer las necesidades de salud de los hombres que reciben atención domiciliaria. Es crucial reconocer y resaltar las particularidades de los mismos para mejorar la integralidad y equidad de la atención médica. Dicha dificultad para reconocer las necesidades de salud de los hombres, tanto por parte de los cuidadores como de los pacientes, compromete la aplicación de los principios del Sistema Único de Salud. Es fundamental tomar conciencia de las limitaciones para transformar esta realidad.

En la teoría de las necesidades de salud, es necesario reflexionar, teorizar y construir posibles alternativas para llevar a cabo una praxis que pueda reestructurar la vida cotidiana, producto de una nueva forma de vida. El cambio en la vida cotidiana de un hombre que recibe atención domiciliaria lleva a reflexionar sobre sus nuevas necesidades de salud y, por consiguiente, a partir de las notas de esta discusión, se considera que es necesario pensar en mejoras y estrategias para garantizar una atención efectiva de las necesidades de salud de los hombres en atención domiciliaria.

La literatura afirma que los servicios de salud han organizado sus procesos para satisfacer parcialmente las necesidades de salud^{20,25}, lo que indica que los usuarios enfrentan dificultades para lograr buenas condiciones de vida.

Limitaciones del estudio

Una limitación es que no se puede profundizar en el proceso de afrontamiento de las necesidades de salud que experimentan los hombres del estudio, por ende, se requiere que se realicen nuevas investigaciones para comprender esta relación.

CONSIDERACIONES FINALES

Los hallazgos discursivos descritos muestran que las necesidades de salud de los hombres siguen estando condicionadas por el modelo biológico ideológicamente hegemónico, vinculado a las necesidades naturales (existenciales), así como a las de buenas condiciones de vida para garantizar la supervivencia. La masculinidad contrahegemónica, revelada por una salud debilitada, sigue agrupada con la masculinidad hegemónica, fuertemente caracterizada por el discurso de la sexualidad y la virilidad.

La satisfacción de las necesidades de salud está garantizada por las directrices que orientan el SUS y le corresponde al sistema local de salud proporcionar los recursos para la salud y su desarrollo social. Conocer las necesidades de los hombres en AD facilita la planificación e implementación integral de acciones.

REFERENCIAS

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>.

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, Egly 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%2Fnop.2.474>.
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]. Geneva: 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. Training 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>.

Contribuciones de los autores

Concepción, K.A.F., R.C.M., K.L.S., E.D.D., R.S.C.S. y B.D.F.; metodología, K.A.F., R.C.M., K.L.S., E.D.D., R.S.C.S. y B.D.F.; validación, K.A.F., R.C.M., K.L.S., E.D.D., R.S.C.S. y B.D.F.; análisis formal, K.A.F., R.C.M., K.L.S., E.D.D., R.S.C.S. y B.D.F.; investigación, K.A.F., R.C.M., K.L.S., E.D.D., R.S.C.S. y B.D.F.; obtención de recursos, B.D.F.; curaduría de datos, K.A.F., R.C.M., K.L.S., E.D.D., R.S.C.S. y B.D.F.; redacción – original preparación de borradores, K.A.F., R.C.M., K.L.S., E.D.D., R.S.C.S. y B.D.F.; revisión y edición, K.A.F., R.C.M., K.L.S., E.D.D., R.S.C.S. y B.D.F.; visualización, K.A.F., R.C.M., K.L.S., E.D.D., R.S.C.S. y B.D.F.; supervisión, B.D.F.; administración del proyecto, B.D.F. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.