



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Gabriela Dandara Fernandes Ferreira

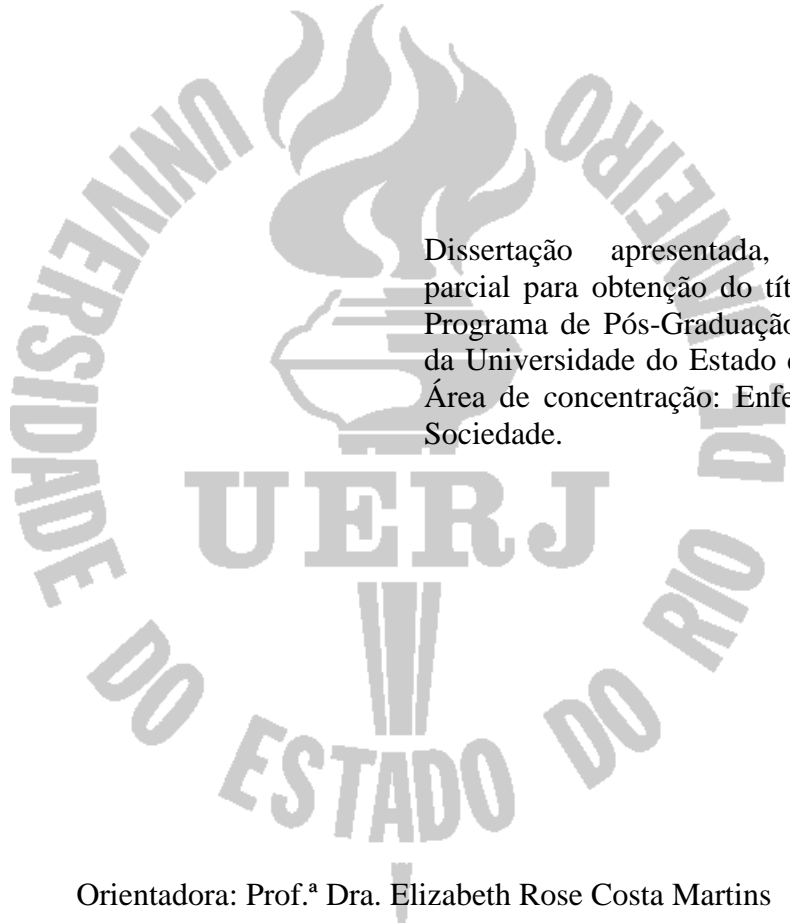
**Percepção do enfermeiro sobre o cuidar do homem: uma perspectiva de
gênero**

Rio de Janeiro

2019

Gabriela Dandara Fernandes Ferreira

Percepção do enfermeiro sobre o cuidar do homem: uma perspectiva de gênero



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Elizabeth Rose Costa Martins

Rio de Janeiro

2019

Gabriela Dandara Fernandes Ferreira

Percepção do enfermeiro sobre o cuidar do homem: uma perspectiva de gênero

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 15 de fevereiro de 2019.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Elizabeth Rose Costa Martins (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Cristiane Maria Amorim Costa

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof. Dr. Carlos Dimas Martins Ribeiro

Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas mais especiais em minha vida: Meus pais, Ronaldo e Patrícia, meus avós, Diamantina e Francisco, Paulo, meu companheiro de vida! Minha tia Andréa e prima Amanda, Meus filhos de quatro patas: Mel, Theo, Juca, Belo e Amora, e, por fim, e mais importante: Bernardo, meu filho e meu maior presente! A sua existência é o reflexo mais perfeito da existência de Deus! AMO VOCÊS!

AGRADECIMENTOS

Durante estes dois anos, só tenho a agradecer a todos que passaram pelo meu caminho e deixaram um pouco de si. Embora seja muito difícil transformar sentimentos em palavras, tenham a certeza que a presente dissertação não poderia ter sido concluída sem o precioso apoio de todos vocês e que eu serei eternamente grata por isso!

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pela dádiva da vida, por seu amor infinito e por colocar pessoas tão especiais para me guiar e me apoiar nesta trajetória! Ainda não descobri o que eu fiz para merecer tanto!

À minha família – a melhor que poderia existir – meu eterno agradecimento! Meus pais, Ronaldo e Patrícia, por todo amor incondicional e investimento em meus estudos, meus avós, Diamantina e Francisco, por todo amor a mim dedicado, Paulo, meu companheiro de todas as horas, minha tia Andréa e prima Amanda, por estarem sempre presente em minha vida e fazerem parte da minha história e, por fim, e mais importante: ao meu filho Bernardo, obrigada por existir e ser minha mola propulsora que me inspira a ser uma pessoa melhor a cada dia (“Já não vivo nem morro em vão, sou mais eu porque sou você”). Minha família é meu porto seguro e minha maior gratidão é poder ter vocês caminhando ao meu lado. Não haveria palavras suficientes que pudessem expressar o quanto é infinito meu amor por vocês!

À minha orientadora, Elizabeth Rose Costa Martins, por ter me escolhido e acreditado que eu era capaz. Só tenho a agradecer aos seus ensinamentos, orientações, palavras de incentivo, puxões de orelha, paciência e dedicação. Você esteve ao meu lado durante esses dois anos (incluindo finais de semana) e não mediu esforços para me ajudar, sempre com uma solução simples para os meus problemas, que pareciam ser gigantes. Agradeço a Deus por colocar você em minha vida! Tenho orgulho em dizer que um dia fui sua mestrande.

Meus respeitosos agradecimentos aos membros da banca examinadora, Prof.^a Dra. Cristiane Maria Amorim Costa e Prof. Dr. Carlos Dimas Martins Ribeiro, por tão gentilmente aceitarem o convite para participar e pelas valiosas contribuições realizadas a esta dissertação. Sinto-me honrada em ter pessoas tão qualificadas e especiais caminhando juntas neste importante capítulo de minha trajetória profissional. Sem vocês este sonho não teria sido realizado de forma tão especial. Obrigada de coração!

À direção e corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, agradeço por todo conhecimento construído e por

estimular meu raciocínio crítico e reflexivo no que se refere não apenas à Enfermagem, mas à sociedade como um todo. Obrigada por cada semente plantada!

Aos demais funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, por toda a dedicação e paciência com os mestrandos. Destaco, em especial, a funcionária Cida, sempre levando aquele combustível indispensável para as aulas ministradas, valorizado por todos os mestrandos: o famoso cafezinho! Obrigada pelo carinho, Cida – como eu adorava quando você aparecia!

À bibliotecária Diana, com seu jeito irreverente, carisma e competência ÍMPAR. Sua participação foi inesquecível e extremamente valiosa. Obrigada e parabéns por desempenhar seu trabalho com maestria e de forma tão especial. Você é um ser humano ÚNICO! Continue sendo luz na vida de todos os mestrandos que passarem pelo seu caminho!

À Andréa, revisora textual, pela disponibilidade, competência e dedicação. Obrigada pelas contribuições tão valiosas para o enriquecimento da minha dissertação!

Aos meus colegas da turma de mestrado, pelos momentos vividos (bons e ruins), pelas palavras de apoio e por toda a experiência compartilhada. Destaco especialmente: Helena Viana, Cintia Duarte, Diego Silva, Paula Moraes, Laila Herbache e Juliana. Obrigada por cada risada compartilhada, vocês tornaram tudo muito mais especial e divertido!

Aos sujeitos do estudo, que aceitaram participar desta pesquisa e contribuíram com seus relatos e enriqueceram esta dissertação. Obrigada, enfermeiros, pelo tempo dedicado, atenção e confiança.

Aos meus colegas de trabalho da Policlínica Piquet Carneiro, destacando o setor repouso – minha eterna equipe, onde fiz amigos para toda a vida! Obrigada por fazerem parte da minha trajetória profissional até hoje e me permitirem voar, sabendo que sempre poderei voltar ao ninho quando houver necessidade! Vocês estarão sempre lá! Eu amo especialmente vocês!

A toda a equipe do Centro de Atenção à Saúde do Homem, campo de trabalho onde se deu a motivação para a realização de meu estudo. Agradeço ao autor deste pioneiro projeto, Ronaldo Damião, por me integrar na equipe de profissionais deste centro de excelência no que se refere aos cuidados com a população masculina. Agradeço especialmente à Maria José da Silva, coordenadora de enfermagem do referido setor, por todo o incentivo a mim dedicado. Atua na profissão com uma vasta experiência adquirida ao longo de toda sua jornada profissional – um diamante (muito bruto!) que só brilha para quem ela bem entende! Sinto-me honrada em poder beber da fonte de sua sabedoria! Não tenho palavras para expressar toda a gratidão e admiração que sinto pela senhora! Obrigada por tudo!

A toda a equipe da Clínica de Enfermagem em Estomaterapia: Patrícia Silva, Camila Cantarino, Patrícia Ferraciolli, Miriam, Caroline Rodrigues, Orzélia. Obrigada por toda a parceria e amizade de sempre. Agradeço pela paciência, pela pronta disponibilidade em ajudar e por todo incentivo a mim oferecido! Vocês fazem os meus dias mais felizes e eu amo fazer parte desta equipe! Destaco especialmente as coordenadoras idealizadoras desta clínica: Dra. Deborah Machado e Dra. Norma Valéria Dantas – vocês são inspirações para a minha vida! Muito obrigada por fazerem meus olhos brilharem por esse lindo campo de atuação que é a Estomaterapia!

Agradeço aos meus amigos especiais que contribuíram direta ou indiretamente na realização deste estudo e torceram pelo meu sucesso. Sou abençoada e adquiri ao longo desta vida MUITOS e VERDADEIROS amigos. Seria impossível citar todos e correria o risco de esquecer algum que fosse igualmente importante! No entanto, aos meus amigos deixo sempre muito clara a importância que têm em minha vida, não restando a menor dúvida de quem está ou não incluído neste seleto grupo! Amigos, vocês são presentes que Deus me deu para tornar a minha vida mais feliz e são fundamentais para a minha sobrevivência! Destaco, neste grupo, ela que esteve presente acompanhando toda esta jornada mais de perto: minha amiga Cláudia Rodrigues, companheira de todas as horas! Obrigada pela sua lealdade e por estar sempre presente me ajudando a superar os desafios desta jornada! Eu amo você e sou muito grata por você existir!

Nesse caminho, não poderia deixar de citar meus filhos de quatro patas: Mel, Theo, Juca, Belo e Amora, tão especiais em minha vida, que em muitos momentos me fizeram companhia e me encheram de lambeijos, revitalizando todas as minhas energias! Amo incondicionalmente vocês. Obrigada por esse amor tão puro!

A todos os voluntários do grupo de proteção animal Adotapetz, do qual faço parte e coordeno, por terem compreendido minhas ausências e seguirem firmes na luta pelo nosso sonho em conjunto: transformar a vida de animais de rua abandonados, dando-lhes um lar de verdade, digno e cheio de amor! Obrigada por renovarem minhas esperanças em um mundo melhor e acreditarem que boas pessoas existem e, principalmente, que boas pessoas JUNTAS podem transformar sonhos em realidade!

Ninguém vence sozinho! Obrigada a todos!

Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso.

Charles Chaplin

RESUMO

FERREIRA, Gabriela Dandara Fernandes. **Percepção do enfermeiro sobre o cuidar do homem**: uma perspectiva de gênero. 2019. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O estudo tem como objeto compreender como o enfermeiro percebe o cuidar do homem na perspectiva de gênero. Tendo como objetivos gerais: Analisar a percepção do enfermeiro acerca do cuidar da população masculina, e específicos: Descrever a compreensão do enfermeiro sobre o cuidar da população masculina; Desvelar as particularidades da população masculina numa perspectiva de gênero expressas pelos enfermeiros e Discutir sobre a promoção do cuidado integral no cuidar do homem à luz da Teoria Humanista de Petterson e Zderad. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. O cenário do estudo foi um hospital universitário situado no município do Rio de Janeiro, em unidades de internação clínica e cirúrgica, tendo sido os participantes 15 enfermeiros e 5 residentes de enfermagem. O instrumento de coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada e para a análise dos dados foi aplicada a técnica de análise de conteúdo. Através da análise dos dados emergiram três categorias: A visão do enfermeiro sobre o cuidar do homem, Estereótipos de gênero masculino reproduzidos pelo enfermeiro no cuidado e A promoção do cuidado integral ao homem na perspectiva do enfermeiro: obstáculos e desafios. Os resultados mostram que mesmo o conceito de gênero se encontrando no centro da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), os enfermeiros demonstram dificuldades quanto ao entendimento e, conseqüentemente, em inseri-los e contextualizá-los, tanto em sua vida pessoal, bem como em sua prática profissional. Tais déficits podem estar associados à falta de preparo profissional desde a graduação, assim como nos serviços de educação continuada, além da representação coletiva no que se refere aos estereótipos de gênero masculino. Cabe, assim, ao enfermeiro, por meio do encontro dialógico, percebê-las, considerando as heterogeneidades dessa população. Conclui-se que vislumbrar o homem como único e singular em sua existencialidade, especificidades e necessidades próprias é um desafio para o cuidar, especificamente o de enfermagem, uma vez que diferentes homens exigem atenções também diferenciadas. Para tal, é imprescindível ampliar o debate sobre gênero, suas implicações para o cuidado e a capacitação profissional, para a garantia da integralidade do cuidado à população masculina.

Palavras-chave: Saúde do homem. Cuidado. Assistência integral à saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

FERREIRA, Gabriela Dandara Fernandes. **The nurse and the care of the man from a gender perspective**. 2019. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

The objective of this study was to understand how the nurse perceives the care of the man from a gender perspective and the following guiding questions: What is the nurse's perception about the care of the man from a gender perspective? Considering this gender perspective, how can the nurse promote the integrality of care when caring for the man? Objective: To analyze the nurses' perception about caring for the male population and specific objectives: to describe the nurses' understanding of caring for the male population, to reveal the perspective of the nurse related to caring for the male population and its particularities from a gender and discussing the promotion of integrality in caring for man in the light of the Humanist Theory of Paterson and Zderad. This is an exploratory-descriptive study with a qualitative approach. The study scenario was a university hospital located in the Municipality of Rio de Janeiro, in clinical and surgical hospitalization units. The participants were 20 nurses from the established inclusion criteria. In the treatment of the testimonies we used the content analysis according to Bardin whose results were discussed in light of Paterson and Zrad's Humanistic Theory. It was observed that, although the concept of gender is at the center of the National Policy of Integral Health Attention to Men, health professionals still find it very difficult to insert them and contextualize it both in their personal practice as well as in their professional practice. Such deficits may be associated with a lack of professional qualification from college as well as in continuing care services. Nurses verbalized that the caregiver's gender may interfere with care. Some particularities expressed by nurses in the care of the male population were identified. Regarding Integrality, the respondents presented difficulties in answering on how to take care of the man completely. They pointed to the nursing consultation as a factor of great relevance. Highlighting the link and non-verbal communication as essential for the promotion of individualized and comprehensive care for the male population. Conclusion: The present study made it possible to expand the debate about the subjectivity of the masculine universe, reflecting on the recognition of its relative particularities and its implications for nursing care. The results of this research will provide nurses with the necessary tools to improve nursing care planning aimed at the promotion, maintenance and restoration of human health. This contributing to an individualized care that truly satisfies the specific demands of man, inserting them as the protagonist of care, attending them in their integrality. It is hoped that this study will contribute to and stimulate further research on the subject, as well as broaden the debate about gender and its implications for care, especially with regard to human health.

Keywords: Men's health. Care. Comprehensive Health Care. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Artigos selecionados para o estudo capturados na BVS, no período de 2009 a 2017.....	20
Quadro 2 – Artigos selecionados para o estudo capturados na BVS no período de 2009 a 2017.....	21
Quadro 3 – Teoria humanística de Paterson e Zderad.....	40
Quadro 4 – Categorias que emergiram da análise dos dados. Rio de Janeiro, 2018.....	52
Quadro 5 – A aplicabilidade da teoria humanista no cuidado integral ao homem.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CASH	Centro de Atenção à Saúde do Homem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DISHUPE	Divisão de Saúde do Hospital Universitário Pedro Ernesto
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNH	Programa Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	REFERENCIAL TEMÁTICO	23
1.1	Percurso histórico sobre a saúde do homem no Brasil	23
1.2	Gênero e masculinidades	25
1.3	Saúde do homem e as implicações para o cuidado de enfermagem	30
1.4	O cuidado integral e a assistência de enfermagem ao homem	35
2	REFERENCIAL TEÓRICO	38
2.1	A teoria humanista de Paterson e Zderad e o cuidar do homem: pressupostos para a prática de enfermagem	38
3	METODOLOGIA	43
3.1	Caracterização do estudo	43
3.2	Cenário do estudo	43
3.3	Participantes do estudo	44
3.4	Aspectos éticos da pesquisa	45
3.5	Coleta de dados	45
3.6	Análise dos dados	46
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
4.1	Caracterização dos participantes do estudo	49
4.2	Categorização dos resultados	51
4.2.1	<u>Categoria 1: A visão do enfermeiro sobre o cuidar do homem</u>	54
4.2.2	<u>Categoria 2: Estereótipos do gênero masculino reproduzidos pelo enfermeiro no cuidado</u>	61
4.2.2.1	Subcategoria 1: “O homem fala pouco”.....	61
4.2.2.2	Subcategoria 2: “O homem não se cuida”.....	63
4.2.2.3	Subcategoria 3: A desqualificação da dor masculina.....	66
4.2.2.4	Subcategoria 4: “O cuidado associado à figura feminina”.....	67
4.2.2.5	Subcategoria 5: “O valor da sexualidade masculina”.....	69
4.2.3	<u>Categoria 3: A promoção do cuidado integral ao homem na perspectiva do enfermeiro: obstáculos e desafios</u>	73
	CONCLUSÃO	85

REFERÊNCIAS	89
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.....	96
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	97
ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	99

INTRODUÇÃO

A saúde do homem ganhou relevância nas últimas décadas, devido às elevadas taxas de mortalidade e morbidade que afetam esse grupo, assim como a sua baixa procura pelos serviços de atenção primária à saúde (MENDONÇA; ANDRADE, 2010). No entanto, sua inclusão em ações de saúde é desafiadora, pois o homem apresenta um conjunto de características socioantropológicas que se refletem no desconhecimento sobre a importância do autocuidado e a desvalorização do corpo no sentido da saúde como questão social.

Sob este aspecto, Schraiber, Gomes e Couto (2005) afirmam que pesquisadores de diferentes campos disciplinares têm buscado compreender questões culturais que potencializam ou limitam os cuidados em saúde a serem assumidos por homens.

Os primeiros estudos acerca da saúde de homens surgiram no final dos anos 1970, nos Estados Unidos. É oportuno acrescentar que tais estudos, de acordo com Sabo (2002), possuíam caráter exploratório, tangenciados pela teoria e política feminista, organizando-se conceitualmente em torno da premissa de que a masculinidade tradicional produzia déficit de saúde.

No entanto, por volta dos anos 1980, tal perspectiva avançou de forma mais consistente, observando-se, inclusive segundo Courtenay e Keeling (2002), uma mudança de terminologia: de estudos dos “homens” para estudos de “masculinidades”. Para Kimmel (1992), assumir o uso do termo – masculinidades – no plural significa admitir a ideia de diversidade de formas de ser masculino e que masculinidades significam diferentes coisas para diferentes grupos de homens em diferentes momentos. Contudo, Courtenay e Keeling (2002) reconhecem que tais estudos refletiam a luz da masculinidade tradicional, dificultando a compreensão de múltiplas masculinidades.

Quirino (2012) afirma que, a partir dos anos 1990, através do movimento feminista a questionar as relações de poder entre os sexos, estabeleceu-se a perspectiva de gênero, ampliando as reflexões sobre a construção social das masculinidades. Tong (2009) relata que as feministas que lutavam pela igualdade acreditavam que reforçar as diferenças de gênero era reforçar as causas de dominação masculina em uma sociedade sexista, ou seja, reforçava que as mulheres eram sentimentais, submissas e aptas aos trabalhos domésticos. Já aos homens cabia o trabalho intelectual e ser o provedor, isto é, chefe de família. Portanto, as feministas lutavam por igualdade e buscavam minimizar essas diferenças de gênero.

Sob esta ótica, Schraiber, Gomes e Couto (2005) trazem que, entre outras coisas, passou-se a discutir as singularidades de homens no processo saúde-doença. Os homens foram introduzidos nos estudos com o intuito de entender os processos de saúde e doença dos diferentes segmentos de homens, articulando-os a outras categorias, tais como raça/cor, etnia, orientação sexual, classe, religião etc.

Mas, afinal, o que é gênero? Segundo Heilborn (1999), o conceito de gênero existe para diferenciar a dimensão biológica da social, pois é a cultura que humaniza as espécies. A antropologia, ciência que estuda a diversidade cultural, compreende que a construção do gênero é estabelecida pela cultura, por meio dos simbolismos inerentes às atividades masculinas e femininas.

A cultura social, ao longo da história, foi estabelecendo ao sexo masculino estereótipos enraizados desde a infância, definindo a forma como os homens usam e percebem os seus corpos. Nesta perspectiva, Connell (1995) afirma que os homens muitas vezes assumem comportamentos considerados pouco saudáveis, relacionados a um modelo de masculinidade idealizada, a masculinidade hegemônica.

A consequência dessa institucionalização dos gêneros acabou atribuindo aos homens características sociais que potencializaram o descuido dos homens com a sua saúde. O Ministério da Saúde (MS) reitera tal afirmação quando diz que “[...] os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino” (BRASIL, 2009a).

No Brasil, a saúde do homem se tornou uma das prioridades do MS a partir de 2008, concretizando-se com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), lançada em 2009 pelo MS; tendo como objetivo geral a promoção de melhorias nas condições de saúde da população masculina no Brasil, propõe o enfrentamento racional dos fatores de risco mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população (BRASIL, 2009b).

Nesta perspectiva, foi implementado no ano de 2011, em um ambulatório vinculado a uma universidade pública do estado do Rio de Janeiro, o Centro de Atenção à Saúde do Homem (CASH) visando ao acolhimento a nível secundário desta clientela. O espaço citado dispõe de equipe multiprofissional que atua na prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST), disfunções sexuais, doenças da próstata, entre outras demandas e necessidades pertinentes à população masculina, bem como no desenvolvimento

do ensino e pesquisa voltados à temática, tendo até o presente momento o total de 10.000 homens atendidos desde a sua implementação.

Desta feita, resgata-se como a temática se encontra contextualizada na minha trajetória como enfermeira assistencial no CASH, onde tive oportunidade de trabalhar com a população masculina e compreender as singularidades do universo masculino e suas particularidades.

Como enfermeira, vivenciei situações que evidenciaram as dificuldades enfrentadas pelos homens em se cuidar, levando à busca pelo atendimento quando existe um agravo da saúde, tornando o tratamento de maior complexidade. Muitos desdobramentos das masculinidades permeiam as atitudes, os comportamentos, os sentimentos e as emoções experienciadas pelos sujeitos e seus corpos e constructos de ser masculino (BRASIL, 2009a).

Compreendendo a complexidade que envolve a saúde do homem, inseri-me no grupo de pesquisa desenvolvido na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), formado por enfermeiros, graduandos e pós-graduandos de enfermagem. Esses encontros permitiram discussões e reflexões, levando ao aprofundamento de questões relacionadas ao universo masculino e estimulando pesquisas voltadas à temática.

Tais discussões me fizeram refletir sobre o quanto é necessário o profissional de enfermagem estar preparado para atender às demandas e necessidades desta população que é tão particular. Em contrapartida, o quão deficiente era o atendimento mediante tais demandas e necessidades, pois ao atender um cliente com hipertensão, por exemplo, o profissional se preocupa com o sistema cardiovascular, não percebendo esse cliente como homem dentro de um contexto singular e que poderia ter um comprometimento até então velado.

Assim, a temática saúde do homem foi se delineando em minha trajetória profissional como enfermeira, convivendo com profissionais que demonstravam em suas atitudes as dificuldades em lidar com as particularidades do ser homem.

Através de trocas de experiências com profissionais que atuam na assistência de enfermagem, pude perceber que, de um modo geral, apresentam um déficit de conhecimento relacionado às particularidades do gênero masculino, inclusive o desconhecimento de uma política de atenção integral à saúde do homem. Diante dessa situação, não os percebem como sujeitos do cuidado, compreendendo-os de forma generalizada como “representante universal da espécie humana” e não como uma população dotada de características, demandas e necessidades específicas (BRASIL, 2009a).

Outro aspecto importante a ser destacado se refere aos conceitos pré-estabelecidos sobre a população masculina por parte dos próprios profissionais de saúde, tais como: “o homem não cuida de sua saúde”, “seja forte, homem não sente dor”, “homem que é homem

não chora”, dentre outras afirmações comuns em nossa prática profissional quando o assunto está relacionado à saúde do homem.

Essas e outras crenças pessoais podem refletir nas práticas profissionais do enfermeiro direcionadas aos homens sob seus cuidados. Ao afirmar, por exemplo, que homem não chora e não sente dor, o enfermeiro desqualifica a dor deste indivíduo, bem como desvaloriza suas demandas emocionais – afinal, nem toda dor é física. Além disso, reforça estereótipos enraizados na sociedade, como, por exemplo, a virilidade masculina, que tanto afasta os homens dos serviços de saúde (BRASIL, 2009a).

Outra prática comum, durante a consulta de enfermagem com o homem, é abordar apenas o acompanhante do sexo feminino (filha, esposa) quando presente. Esta prática nos remete à visão cultural do cuidado como sendo essencialmente feminino e distante do universo masculino. Dessa forma, o diálogo ocorre entre o enfermeiro e a acompanhante do sexo feminino, e o homem muitas vezes fica excluído. Tal conduta não permite ao homem ser protagonista de seu próprio cuidado, através da verbalização de suas queixas, dúvidas e angústias com suas próprias palavras.

O déficit de conhecimento relativo aos cuidados com o homem durante a assistência de enfermagem é reflexo da falta de capacitação dos profissionais (MEDEIROS, 2013). Neste sentido, Santana et al. (2011) acrescentam que essas dificuldades iniciam na própria graduação, que não os prepara para trabalhar com a população masculina.

Os autores afirmam ainda que, quando existente, o conhecimento é restrito apenas à área urológica, limitando o homem a um segmento corporal – a próstata –, destoando da amplitude e magnitude que a PNAISH pretende alcançar.

A PNAISH, desde sua implementação em 2009, propõe a capacitação técnica dos profissionais de saúde objetivando a melhoria das informações e orientações sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem (BRASIL, 2009b). No entanto, analisar o homem sob a perspectiva de gênero é desafiador, pois historicamente sempre se privilegiaram grupos populacionais considerados mais vulneráveis como a mulher, a criança e o idoso (BRASIL, 2009b).

Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte (BRASIL, 2009b).

Neste sentido, Schraiber, Gomes e Couto (2005) apontam a necessidade de refletir sobre as questões de gênero e evidenciar novas demandas de “ressignificação” do masculino,

considerando as diversas formas de possibilidade de ser homem decorrentes de deslocamentos ocorridos no campo do gênero, para a promoção de melhorias no cuidado prestado à população masculina.

Para tal, é necessário compreender o enfoque de gênero e sua aplicabilidade na assistência de enfermagem, repensando práticas profissionais que incluam o homem enquanto sujeito do cuidado. Rodrigues e Ribeiro (2012) reforçam esta ideia ao afirmar que refletir sobre as especificidades da população masculina, compreendida em um contexto ampliado, contribui para ações mais efetivas no planejamento do cuidado à saúde do homem.

Entretanto, Albuquerque et al. (2014) referem que o enfermeiro possui ainda uma visão reducionista sobre os significados de ser homem e tem dificuldade para compreender tal conceito, comprometendo, deste modo, o cuidado integral a esta população. A falta de compreensão das particularidades que envolvem a construção social do homem pode dificultar as barreiras sociais e culturais relativas ao cuidado, refletindo em uma assistência superficial que não se aproxima do universo masculino e tampouco satisfaz suas demandas.

Diante da problemática apresentada, percebe-se a necessidade de refletir sobre a prática de enfermagem no que se refere aos cuidados com a saúde do homem. Ferreira (2013) reconhece que o enfermeiro possui um papel fundamental na articulação de estratégias de promoção ao cuidado integral e individualizado para a população masculina. No entanto, como ser agente de mudança sem estar preparado e capacitado para desenvolver um cuidado integral?

Então, para compreender a percepção do enfermeiro mediante este cenário desafiador, traçou-se como objeto de estudo compreender como o enfermeiro percebe o cuidar do homem na perspectiva de gênero.

Perante o objeto exposto, surgiram as seguintes questões norteadoras: Qual a percepção do enfermeiro sobre o cuidar do homem numa perspectiva de gênero? Considerando esta perspectiva de gênero, como o enfermeiro pode promover a integralidade da assistência ao cuidar do homem?

Para atender às questões norteadoras, formulou-se como objetivo geral: Analisar a percepção do enfermeiro acerca do cuidar da população masculina; e como objetivos específicos:

- a) Descrever a compreensão do enfermeiro sobre o cuidar da população masculina;
- b) Desvelar as particularidades da população masculina numa perspectiva de gênero expressas pelos enfermeiros;

- c) Discutir sobre a promoção do cuidado integral no cuidar do homem à luz da Teoria Humanista de Petterson e Zderad.

Justificativa do estudo

Entendeu-se como justificativa do estudo a problemática em si, inicialmente apresentada, acrescida da dificuldade em discutir e refletir sobre a temática – saúde do homem, bem como a produção de conhecimento sobre o objeto de estudo em tela, apontando a existência de lacunas nesta produção.

A saúde do homem vem se fortalecendo nos últimos anos, desde a implementação da PNAISH. Nesse cenário, observa-se a necessidade de refletir sobre o cuidado ao homem com enfoque na questão de gênero, considerando as representações sociais de masculinidade em nossa sociedade. Compreendendo, ainda, que cada indivíduo tem uma perspectiva individual sobre estas questões, baseada em sua própria realidade e dentro da realidade em que atua.

Para subsidiar este estudo, realizou-se a pesquisa de artigos relacionados à temática, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com a finalidade de avaliar o conhecimento científico já produzido sobre os cuidados com a saúde do homem, considerando a perspectiva relacional de gênero. A referida pesquisa teve início em agosto de 2017, onde foi utilizado o cruzamento dos descritores “saúde do homem” e “cuidado” utilizando o operador booleano “and”.

Os critérios de inclusão foram: artigos, realizados no período de 2009 a 2017, disponibilizados na íntegra, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Tal recorte temporal justificou-se por 2009 ser o ano em que a PNAISH foi lançada, ampliando e ressignificando o debate sobre a temática.

Foram encontradas 1.349 publicações mediante os descritores mencionados acima. Após a análise dos resumos, observou-se que estas publicações traziam o “homem” como representante universal da espécie, abordando-o de forma generalizada enquanto “ser humano”, enquadrando estudos que discorriam tanto sobre homens como mulheres.

Deste quantitativo, selecionaram-se os estudos que contemplavam o cuidado com o homem numa perspectiva de gênero, trazendo-o como protagonista central da temática, restando assim, um total de 96 artigos selecionados, pois abordavam o cuidado com o homem como temática. Após descartar artigos duplicados, restaram 76.

Para uma análise mais acurada, delimitaram-se os artigos que tivessem correlação com o objeto de estudo proposto e que trouxessem a perspectiva do enfermeiro diante do cuidar do

homem. Neste sentido, foram encontrados 10 artigos, conforme expresso no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1 – Artigos selecionados para o estudo capturados na BVS, no período de 2009 a 2017

Nº Ordem	Nome do Artigo	Autores	Ano
01	Planejamento familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras	CASARIN, S. T.; SIQUEIRA, H. C. H.	2009
02	Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros	MOREIRA, R. L. S. F.; FONTES, W. D; BARBOZA, T. M.	2014
03	O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde	ALBUQUERQUE, G. A et al.	2014
04	Opinião de profissionais sobre a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	ARAÚJO, M. G. et al.	2014
05	Saberes e práticas do enfermeiro acerca do câncer de pênis	COSTA, L. S.; TEIXEIRA, J. K. F.; CASTRO, S. F. F.	2015
06	Entraves para a implementação de programas assistenciais dirigidos ao público masculino: visão de profissionais de saúde	BRITO, R. S; SANTOS, D. L. A.	2013
07	A percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família sobre a saúde do homem	AGUAR, R. S.; SANTANA, D. C; SANTANA, T. C.	2015
08	Saúde dos homens: abordagem na formação de enfermeiros	RIBEIRO, D. B. et al.	2013
09	Conceitos e práticas dos enfermeiros da estratégia saúde da família: saúde do homem	NUNES, G. B. L.; BARRADA, L. P.; LANDIM, A. R. E. P.	2013
10	Conhecimento acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família	CARVALHO, F. P. B. et al.	2013

Fonte: A autora, 2019.

Quadro 2 – Artigos selecionados para o estudo capturados na BVS no período de 2009 a 2017

Código	Objetivo	Método	Local
01	Objetivou conhecer a visão das enfermeiras sobre a busca das ações e serviços de planejamento familiar pelos homens nos municípios de uma regional de saúde do Rio Grande do Sul	Exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, entrevista semiestruturada com análise de conteúdo	Rio Grande do Sul, Brasil
02	Conhecer as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no contexto da saúde do homem na atenção básica no município de João Pessoa – PB	Exploratória-descritiva com abordagem qualitativa e análise de conteúdo	Paraíba, Brasil
03	Compreender a percepção de enfermeiros sobre as implicações das questões de gênero na saúde do homem e na oferta de serviços a este público	Pesquisa qualitativa, entrevistas semiestruturadas	Ceará, Brasil
04	Identificar a opinião de profissionais de saúde para a efetivação da PNAISH	Pesquisa exploratória/descritiva com abordagem qualitativa	Rio Grande do Norte, Brasil
06	Identificar obstáculos para a inserção de programas assistenciais voltados para o público masculino na atenção primária à saúde	Exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa	Natal, RN
07	Analisar a percepção do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família sobre a saúde do homem	Pesquisa bibliográfica, de natureza qualitativa e descritiva	Brasília, DF
08	Objetivou-se analisar como a temática relacionada à saúde dos homens é abordada nos currículos dos Cursos de Graduação em Enfermagem em um município do Rio Grande do Sul – RS	Pesquisa documental, qualitativa	Rio Grande do Sul, Brasil
09	Descrever e analisar os conceitos e as práticas do enfermeiro relacionadas à Saúde do Homem, dentro da Estratégia Saúde da Família de Teresina – PI	Descritiva e qualitativa	Teresina, Piauí
10	Analisar o entendimento dos profissionais de saúde sobre o conteúdo e a aplicabilidade da PNAISH na Estratégia de Saúde da Família, bem como compreender, a partir dos profissionais de saúde, como se dá o processo de inserção da população masculina nos serviços e quais estratégias são utilizadas para implementar essa política	Analítica, qualitativa, pesquisa social.	Rio Grande do Norte, Brasil

Fonte: A autora, 2019.

Os estudos que analisaram a saúde do homem na perspectiva do enfermeiro evidenciaram as dificuldades de inserção da população masculina no sistema de saúde, como também o déficit na capacitação do profissional voltado à saúde do homem, trazendo o

conhecimento insuficiente sobre a PNAISH, pois não existem práticas de educação e instrumentalização nessa área, o que dificulta a assistência de qualidade.

Observou-se ainda que, dentre os 10 artigos que consideravam a perspectiva do profissional enfermeiro sobre o cuidar do homem, nove deles foram realizados em unidades básicas de saúde, descrevendo as dificuldades particulares vivenciadas a este nível de assistência. Este resultado nos leva a refletir sobre o déficit de estudos relativos aos cuidados com o homem nos demais níveis de assistência, e tal observação foi o ponto de partida para a elaboração deste estudo.

Nesta linha de pensamento, a temática “saúde do homem”, hoje, faz parte da realidade social, tornando-se necessária a reflexão sobre a prática profissional, em particular a de enfermagem, pela natureza de suas atividades.

Portanto, ao dar voz ao enfermeiro que atua no âmbito hospitalar, pretende-se compreender como este percebe a assistência de enfermagem voltada ao homem, identificando as particularidades dessa população na perspectiva do profissional, encontradas neste nível de assistência. Através desta compreensão, será possível refletir sobre o cuidado prestado, identificar lacunas e transformá-las, no intuito de desenvolvê-lo com maior propriedade e qualidade.

Diante dos resultados apresentados, cabe destacar, ainda, que apenas um estudo discorre sobre a abordagem da saúde do homem durante a graduação. Ribeiro et al. (2014) afirmam que essa temática é abordada de forma generalista, superficial, fragmentada e bastante descontextualizada do ambiente sociocultural dos homens, refletindo no despreparo deste no que tange às demandas específicas da população masculina.

Este estudo é parte integrante da pesquisa “O cuidado de enfermagem baseado na equidade, integralidade e universalidade para a população adulta”, coordenada pela Professora Doutora Elizabeth Rose Costa Martins, docente da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Está inserido na Linha de Pesquisa “Fundamentos Filosóficos, Teóricos e Tecnológicos do Cuidar em Saúde e Enfermagem” do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UERJ.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

1.1 Percurso histórico sobre a saúde do homem no Brasil

Diversos autores reconhecem a década de 1970 como um marco para os estudos norte-americanos sobre “homem e saúde” (MEDEIROS, 2013; SABO, 2002; VIEIRA et al., 2011). Traduziam um pensamento exploratório, influenciado pelas políticas feministas e organizava-se em torno da premissa de que a masculinidade tradicional produzia déficit de saúde. Havia, assim, uma visão obsoleta a respeito do homem, em que ele era visto como um representante universal da espécie humana, não sendo singularizado nas questões de gênero (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

A partir dos anos 1990, esse tema começou a ser abordado dentro de uma perspectiva diferenciada, valorizando as questões de gênero e da masculinidade hegemônica. Nesse cenário, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 2008, no âmbito do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, a Área Técnica de Saúde do Homem (BRASIL, 2009a). Nesse departamento, os homens passaram a ser reconhecidos como sujeitos, ao lado de outros focos mais antigos de ações de saúde específicas: mulheres, adolescentes e jovens, idosos, pessoas com deficiência, usuários de serviços de saúde mental e indivíduos sob custódia.

Em 2008, foi criada no Brasil a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) pelo médico sanitarista José Gomes Temporão, em março de 2008, um ano após assumir o MS, no segundo mandato do presidente Luís Inácio Lula da Silva (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Instituída pela Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009b), a referida política foi resultado do consenso de uma série de cinco seminários, realizados entre o mês de abril e junho de 2008, com sociedades médicas, profissionais da saúde, pesquisadores, acadêmicos, representantes do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e de entidades civis organizadas para discutir os principais problemas de saúde que acometem os homens.

Destacam-se como principais objetivos da PNAISH a promoção de ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos. Através desse conjunto de ações,

pretende-se elevar a expectativa de vida e reduzir dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis na população masculina (BRASIL, 2009b).

Para isso, a PNAISH está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) – com as estratégias de humanização, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde (BRASIL, 2009a).

No Brasil, a Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012). No entanto, de acordo com Brasil (2009a), os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada, gerando como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. Deste modo, a PNAISH reitera a necessidade de fortalecer e qualificar a atenção primária, garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis.

A PNAISH foi formulada com base em estudos que trouxeram informações fundamentadas dos indicadores de elevadas taxas de morbidade e mortalidade da população masculina, visando a reforçar a importância de uma atenção mais integral, para que ocorram mudanças no comportamento que os homens adotam em relação à saúde. Reconhece, ainda, a importância de abordar as questões na perspectiva de gênero, reiterando a necessidade de considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem, destacando que as masculinidades são construídas histórica e socioculturalmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação. Para tal, preconiza-se que os serviços de saúde reconheçam os homens como pessoas que necessitam de cuidados e, assim, incentive-os na promoção da própria saúde (BRASIL, 2009a).

Para atender a tais demandas, a PNAISH propõe a qualificação dos profissionais de saúde. Entretanto, cabe ressaltar que mesmo que a criação da PNAISH seja um grande passo em direção ao aprimoramento do atendimento à saúde da população masculina, Medeiros (2013) afirma que ainda não se têm percebido mudanças efetivas no SUS.

Segundo Moura et al. (2012), a avaliação das ações iniciais da implantação da PNAISH revelou tanto aspectos favoráveis quanto lacunas a serem preenchidas. Os referidos autores salientam que ainda há muito a ser feito, como: adequação da estrutura para atendimento na atenção básica, desenvolvimento de ações de promoção contra os agravos mais frequentes nesta população, incentivo à responsabilização do homem com a própria saúde, bem como inseri-lo em ações de saúde dentro dos meios sociais em que vive.

O compromisso dos municípios com o fortalecimento da PNAISH ainda é bastante tímido, embora haja interesse dos homens em ampliar sua participação nas atividades desenvolvidas pela Unidade Básica de Saúde (UBS), desde que dirigidas às suas reais necessidades (BRASIL, 2009a).

Cabe destacar que as ações em saúde pública dirigidas à população masculina devem ser vistas como um avanço também para as políticas feministas e de gênero, na medida em que trazem benefícios para a vida dos homens, mas também para a vida das mulheres (MEDRADO; LYRA; AZEVEDO, 2011).

1.2 Gênero e masculinidades

Nas últimas décadas, diversos estudos têm sido realizados referentes à relação homem e saúde, com enfoque de gênero, para compreender como este influencia o comportamento masculino e como a construção social das diferentes masculinidades afeta a saúde dos homens adolescentes, adultos e idosos (ALBUQUERQUE et al., 2014).

Ao analisar as questões de gênero na atualidade, Ferreira (2013) admite ser necessária a busca de informações na história, na antropologia, na filosofia, entre outras, para compreendermos como as relações entre os seres humanos vêm sendo construídas desde as sociedades mais antigas até nossa época. Buscou-se utilizar o entendimento de gênero para verificar como estas características construídas e determinantes dos papéis masculinos interferem na busca dos homens pelo cuidado à sua saúde. Entretanto, faz-se necessário, previamente, uma breve explanação sobre o que é gênero e conceitos relacionados.

Gênero refere-se tanto a homens como a mulheres e surgiu a partir do movimento feminista, que passou a questionar as relações de poder entre os sexos. O termo “gênero” foi, segundo Scott (1995), utilizado inicialmente por feministas americanas, na década de 1960, com o objetivo de enfatizar o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo, e rejeitar o determinismo biológico, implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual”. Posteriormente, segundo Moreira e Carvalho (2016), na década de 1980, surgiram os estudos sobre gênero e saúde no Brasil, rompendo com as explicações naturalistas baseadas nas diferenças biológicas. Até então, de acordo com Aquino (2006), predominavam os estudos sobre saúde da mulher, em geral relacionados à saúde materno-infantil.

Os estudos sobre gênero cresceram, principalmente a partir dos anos 2000, em substituição àqueles que abordavam homens e mulheres numa diferenciação puramente biológica (YOSHIDA; ANDRADE, 2016). Segundo Aquino (2006), os homens foram introduzidos nos estudos a partir da década de 1990, quando se passou a questionar o modelo da masculinidade hegemônica e, com a epidemia de aids, tornaram-se objeto dos estudos sobre sexualidade.

No período de 1994-2004, a produção científica na área da saúde pública sobre a relação homem-saúde tinha como principais temáticas: doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a aids; reprodução e violência; a maioria deles com abordagem quantitativa (GOMES et al., 2006).

Dentro da identidade de gênero, há dois grandes grupos: cisgênero – identifica-se com o mesmo gênero do seu sexo biológico; transgênero – identifica-se com o gênero oposto ao do seu sexo biológico (MACHIN et al., 2011). Esta dicotomia “cisgênero” x “transgênero” parece pôr o sexo como um fato ou parâmetro fixo (absolutamente independente da cultura ou dos valores), diante do qual a identidade de gênero se constitui, numa igualdade ou diferenciação em relação ao sexo. Entretanto, a variável “sexo” tem também suas ambiguidades e fluidez (haja vista a intersexualidade).

Por conseguinte, o termo sexo (biológico) se refere ao corpo em si, compreendendo três níveis: cromossômico, hormonal e anatômico. Ou seja, biologicamente, nascemos menino ou menina, em função de um órgão sexual e as características secundárias (barba, seios). Existe ainda a intersexualidade (conhecida antigamente como hermafrodita, termo não mais adequado por ter caráter estigmatizador). Pode se manifestar de formas diferentes, seja por conta de as gônadas apresentarem características intermediárias entre os dois sexos, ou o aparelho genital não condizer com o tipo cromossômico (geralmente associados a anomalias cromossômicas) (MACHIN et al., 2011).

E, por fim, outro termo muito confundido entre a população refere-se à “orientação sexual”, (e não “opção sexual”). Esta diz respeito à atração da pessoa no sentido afetivo, amoroso e sexual (MACHIN et al., 2011).

Entender a expressão “gênero” é necessário para refletir sobre as diferenças e desigualdades culturais, compreendendo de que forma irá interferir na postura do homem em relação ao cuidado. Sob esta ótica, considerar o gênero como categoria de análise nos permite ainda compreender a construção social do masculino, e as relações de poder entre homens e mulheres.

Um importante momento histórico na construção dos modelos masculinos e femininos, na forma como são entendidos hoje, foi o processo de industrialização iniciado na Europa do século 18. Com o deslocamento do trabalho para fora do espaço doméstico, a família passou de unidade produtora para unidade consumidora. Apesar da utilização de mão de obra feminina e infantil, num primeiro momento, o trabalho na fábrica era basicamente masculino, o que reforçava a divisão sexual do trabalho e a cisão entre o espaço público e privado, cabendo o primeiro aos homens, e o segundo, às mulheres (WANG; JABLONSKI; MAGALHÃES, 2006).

Neste cenário, Bourdieu (2007) descreve que cabia ao homem realizar todos os atos perigosos, como matar o boi, cuidar da lavoura ou da colheita, enquanto que, para as mulheres, reservava-se o contrário: trabalhos domésticos, privados, escondidos, como o cuidado das crianças e dos animais. Nesta perspectiva, estabelece-se o que Bourdieu (2007) chama de “a dominação masculina”, em que a mulher assume os papéis subalternos na sociedade, na condição de subordinada ao masculino. O processo de dominação, descrito por ele, é representado pela força ou violência simbólica, sem qualquer coação física.

Nesse cenário, os homens também são, ao mesmo tempo, prisioneiros e vítimas da representação dominante, como afirma Bourdieu (2007, p. 57):

O privilégio da condição de dominante é também uma “cilada” que impõe a todo homem o dever de afirmar, em toda e qualquer circunstância, a sua virilidade. O homem “verdadeiramente homem” é aquele que se sente obrigado a estar à altura da possibilidade que lhe é oferecida de fazer crescer sua honra buscando a glória e a distinção na esfera pública.

Neste sentido, Courtenay e Keeling (2002) nos levam a refletir sobre os comportamentos que demonstram a masculinidade hegemônica: a negação de fragilidade, o controle emocional e físico, a aparência de forte e viril, a não procura por ajuda, um interesse incessante em sexo, manifestação de comportamento agressivo e dominação física. Comportamentos socialmente construídos que, se por um lado, podem levar os homens à maior exposição a riscos que levem ao adoecimento, por outro, mantêm a cultura da dominação masculina (YOSHIDA; ANDRADE, 2016).

Tais estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino (BRASIL, 2009a), contribuindo, assim, para o distanciamento dos homens das ações relacionadas ao autocuidado e uma maior exposição a situações de risco, na tentativa de atestar a sua masculinidade. E isto se reflete, então, nas altas taxas de mortalidade por causas externas,

principalmente as relacionadas às mortes violentas, na população masculina (BRASIL, 2009a).

Medeiros (2013) afirma que homens e mulheres, pais e mães, contribuem para a perpetuação do poder masculino. Seus medos colaboram para que cada um observe a receita de como ser homem ou mulher e quem não está no formato aceito corre o risco de ser marginalizado.

Nesse cenário, Bourdieu (2007) reflete sobre toda essa estrutura de dominação, afirmando que dominantes e dominados são cúmplices e perpetuam, de forma consciente ou inconsciente, o poder do homem, que ora é vilão, ora é mocinho. Discorre ainda sobre o desaparecimento progressivo da dominação masculina:

Só se pode chegar a uma ruptura da relação de cumplicidade que as vítimas da dominação simbólica têm com os dominantes com uma transformação radical das condições sociais de produção das tendências que levam os dominados a adotar, sobre os dominantes e sobre si mesmos, o próprio ponto de vista dos dominantes (BOURDIEU, 2007, p. 48).

Para Saffioti (1987), as estruturas de dominação não se transformam meramente através de legislações ou políticas, embora reconheça que estas medidas sejam importantes, pois permitem a qualquer cidadão prejudicado pelas práticas discriminatórias recorrer à justiça. Porém, segundo o referido autor, enquanto perdurarem discriminações legitimadas pela ideologia dominante, especialmente contra a mulher, os próprios agentes da justiça tenderão a interpretar as ocorrências que devem julgar à luz do sistema de ideias justificadoras do presente estado de coisas.

Em contrapartida, Medeiros (2013) afirma que, na sociedade contemporânea, a aparente hegemonia da dominação e do poder masculino parece estar abalada, sendo possível identificar situações conflitantes com aquelas anteriormente padronizadas de uma sociedade patriarcal ideal: mulheres no mercado de trabalho, homens cuidando dos filhos e de tarefas domésticas, mulheres provendo famílias, homens e mulheres assumindo orientações sexuais diversas, e pesquisas científicas atestando mudanças de padrões sociais entre homens e mulheres.

Nessa direção, Farrell (1991) afirma que os homens se tornam fracos pela sua fachada de fortes, e as mulheres se tornam fortes pela sua fachada de fraqueza. O referido autor é defensor do masculinismo, movimento que defende os direitos dos homens e acredita que os homens estão em situação de inferioridade na sociedade. No Brasil, este termo foi descrito a

primeira vez pelo Professor Doutor Luiz Cuschnir, em sua tese apresentada em 1988, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) (CUSCHNIR, 2011).

Ainda destaca o referido autor que o masculinismo vem repensar os estereótipos vigentes e construir novos modos de estar no mundo, para além das demandas e cobranças impostas historicamente aos homens. Segundo o autor, o objetivo deste movimento é tentar reverter o mito de que o homem não precisa de ajuda e proteção.

Nesta direção, Farrell (1991), refletindo sobre a posição do homem na sociedade, acrescenta que estes são obrigados a servir as forças armadas, ir às guerras; ficam sem os filhos no divórcio (e ainda são obrigados a continuar a prover o sustento destes); morrem mais cedo que as mulheres, de acordo com estatísticas; não têm ações de saúde específicas para eles; são levados a escolher sempre as profissões que pagam mais, por seu papel social de provedor da família, mesmo que esta escolha não seja o seu desejo.

Medeiros (2013) afirma que as literaturas científicas sobre masculinidades corroboram o fato de o homem encontrar-se em um momento de “crise”, de quebra de paradigmas do que é ser masculino. A denominada crise da masculinidade apresenta-se num cenário em que os papéis femininos e masculinos começam a ser questionados, repensados e restabelecidos na sociedade (GOMES, 2003; GOLDENBERG, 2000).

Nesta concepção, Medeiros (2013) descreve que movimentos sociais, como o feminismo, a luta pelo direito de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, funcionaram como a mola propulsora para esse momento de crise masculina, uma vez que proporcionou uma mudança de comportamento, trazendo à tona na sociedade as discussões sobre a sexualidade e as relações interpessoais.

O autor ainda destaca que tais mudanças no comportamento, como: maior liberdade sexual, maior poder de decisão das mulheres sobre o seu corpo (através do uso das pílulas anticoncepcionais), bem como a normalização de modelos de orientação sexual, como o homossexualismo e o bissexualismo, também podem ter servido de estopim para a crise da masculinidade. Especialmente no que se refere à orientação sexual, que levou o homem heterossexual a conviver com novos modelos de homens (homossexuais, bissexuais).

Cuschnir (2011) reflete que o homem está cada dia mais desorientado diante das exigências atuais: tem de se mostrar macho sem ser machista; frio e calculista, para dar conta da lógica das relações econômicas e, ao mesmo tempo, ser terno e acolhedor no lar; além disso, para o referido autor, o homem precisa continuar a exercer o papel de provedor da família, mas também tem de repartir a responsabilidade da manutenção da casa e da educação

dos filhos; sem falar da exigência de ser firme na hora da decisão, mas sensível e capaz de se colocar no papel dos outros, e, finalmente, que seja atlético e mostre que cuida de seu corpo.

Nessa mistura de masculinidades, encontram-se os metrossexuais, homem alfa, beta, ômega, homem novo, homem velho, homem em transformação. Vários conceitos são usados atualmente para a sociedade classificar os tipos de masculinidades, devendo-se considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem conforme expresso na PNAISH (MEDEIROS, 2013).

Diante do exposto, o gênero deve ser alvo de reflexões e esta consideração é fundamental para a promoção da equidade na atenção a essa população, promovendo mudanças significativas nos cuidados à sua saúde.

1.3 Saúde do homem e as implicações para o cuidado de enfermagem

O cuidado é um fenômeno universal e suas formas de manifestação variam dentre os diversos grupos. Para Waldow e Borges (2011), o aspecto fundamental do cuidado é o deslocamento de interesse de nossa realidade para a do outro, ou seja, para que “eu me emocione, para que desperte em mim algo que perturbe a minha própria realidade ética, devo encarar a realidade do outro como uma possibilidade para a minha própria realidade”. Emerge, assim, segundo os autores, a concepção do cuidado como “relacional”, isto é, o “eu” com o outro e para o outro. Neste sentido, o cuidado é compreendido por “interessar-se pelo outro”, ajudar a outra pessoa a se desenvolver e crescer, reconhecendo-o como sujeito e promovendo o seu bem-estar.

Cuidar é inerente à condição humana; cuidar e ser cuidado faz parte do ser humano, sendo assim é importante delinear quais são os significados deste conceito no âmbito disciplinar de enfermagem. Para Leininger (1981), o comportamento e as práticas referentes ao cuidado são o que distingue a enfermagem de outras disciplinas. Considera o cuidado como o ato mais específico e poderoso para a enfermagem, mas que precisa ser documentado, compreendido e utilizado de forma terapêutica.

A partir destas reflexões, no que diz respeito à população masculina e suas particularidades, o enfermeiro, como integrante da equipe multidisciplinar, possui um papel importante enquanto articulador de medidas que promovam um cuidado integral e individualizado.

A percepção ampliada do enfermeiro sobre a relação entre gênero e saúde do homem é de fundamental importância para o planejamento deste cuidado diferenciado. Esta compreensão favorece o conhecimento de particularidades da população masculina, facilitando o reconhecimento de suas barreiras pessoais e sociais relativas ao cuidado e à promoção da saúde (ALBUQUERQUE et al., 2014).

Durante muito tempo, na saúde, as diferenças entre homens e mulheres foram naturalizadas com base em teorias biológicas. Isso resulta de concepções de gênero, nas quais o homem é considerado modelo universal do humano e a mulher como outro, especial, desviante (AQUINO, 2006).

No entanto, os indicadores de saúde têm mostrado claramente que a mortalidade masculina é maior em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas. A cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Quando comparados com as mulheres, o tempo de vida deles é 7,6 anos menor (BRASIL, 2010). Fica claro que os homens apresentam uma maior predisposição e vulnerabilidade a adquirirem doenças, em relação às mulheres, decorrentes da maior exposição a fatores de risco comportamentais e culturais permeados pelos estereótipos de gênero.

Moura (2012) evidencia, em seu estudo, uma desigualdade nas causas de óbitos entre homens e mulheres, reforçando as diferenças de gênero: homens se envolvem mais em situações de acidentes e violências, levando à morte prematura (causas externas), de modo que não têm como adoecer e morrer de outras causas, como as mulheres.

O autor ainda destaca as mortes por transtornos mentais e comportamentais e por doenças do aparelho digestivo, provavelmente associadas com comportamentos de risco, como uso de drogas, consumo de bebidas alcoólicas e de alimentos ricos em gorduras, entre outros fatores.

Em relação ao perfil de mortalidade, as principais causas de morte nesta faixa etária de 20 a 59 anos no Brasil são: causas externas; doenças circulatórias; cânceres; doenças do aparelho digestivo; sintomas, sinais e resultados anormais de exames de laboratório e algumas doenças infecciosas e parasitárias. Quanto à morbidade, são sete as causas que respondem pela internação da maioria dos homens: lesões; envenenamento; causas externas; doenças digestórias, circulatórias, algumas infecciosas e parasitárias, respiratórias; doenças mentais e de comportamento e cânceres (SCHWARZ et al., 2012).

Oliveira et al. (2017) afirmam que o maior número de ocorrência de agravos e óbitos nos homens se deve a serem eles mais expostos aos fatores de risco em relação ao gênero, do que aos relacionados ao organismo. Segundo os autores, os fatores de riscos estão

relacionados com o estilo de vida, costumes, hábitos, comportamento diante da sociedade, sedentarismo, nível social e econômico e urbanização.

Com base no exposto, é possível perceber que os estereótipos de gênero favorecem uma maior vulnerabilidade masculina aos fatores que predis põem à morbimortalidade, perpetuando comportamentos baseados na crença da invulnerabilidade, voltados à afirmação de uma identidade masculina forte e viril.

É preciso explorar o universo da masculinidade para além da ideia da dominação masculina, valorizando seus medos, dúvidas, inseguranças e incertezas, através de uma abordagem assistencial de enfermagem diferenciada que possibilite a desconstrução de estereótipos de gênero que perpetuam o conceito equivocado da invulnerabilidade masculina.

Outro aspecto importante, destacado em diversos estudos sobre a temática, refere-se à ausência dos homens nos serviços de saúde, principalmente nas camadas populares mais baixas, onde os traços culturais são marcantes, e o acesso às informações em saúde, limitado.

Esta ausência está relacionada ao medo da descoberta de doenças e aos procedimentos terapêuticos que venham a ser instituídos. Este medo pode estar relacionado ao confronto com o imaginário social da masculinidade, em que o adoecimento e as consequências da patologia sobre o corpo são vistos como um sinal de fragilidade (ALBUQUERQUE et al., 2014; BRASIL, 2009a; SILVA et al., 2010).

Conforme expresso na PNAISH (BRASIL, 2009b), os homens procuram o serviço de saúde apenas em situação de doença manifestada. Tal afirmação nos permite inferir que o imaginário social de masculinidade inibe as práticas do cuidado preventivo, sendo este postergado ou rejeitado, desvalorizando as práticas de prevenção e a necessidade de cuidados com a saúde; conseqüentemente, aumentando nos homens a vulnerabilidade aos agravos, devido à não procura pelos serviços.

A ausência do homem nos serviços de saúde é também justificada, no discurso masculino, pela incompatibilidade entre os horários de trabalho e o de funcionamento das unidades. Além de aspectos burocráticos como excesso de filas, falta de acolhimento e demoras no atendimento, que dificultam ainda mais a busca por assistência (SILVA et al., 2010). Alguns autores – Ferreira (2013); Albuquerque et al. (2014) – salientam que esse mesmo espaço que dificulta pode também facilitar e, de certa forma, influenciar homens a procurarem o serviço de saúde, sendo um potencial aliado para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

Frequentemente, esta procura ocorre para atender às exigências de condições de empregabilidade, tais como atualização do cartão vacinal, realização de exames e solicitação

de laudos médicos. Isto implica uma participação ativa da empresa, estimulando no funcionário o cuidado com a sua saúde, sendo recomendada inclusive a disponibilização do espaço empresarial para a realização de atividades educativas (ALBUQUERQUE et al., 2014).

Já em relação ao processo de envelhecimento do homem, os referidos autores destacam que este pode aproximar o público masculino dos serviços de saúde. Desse modo, para os autores, a procura pela atenção básica ocorre, exclusivamente, após o adoecimento ou diante de doenças crônicas, que exigem um acompanhamento rigoroso pelos profissionais da área, uma vez que estas provocam medo e, conseqüentemente, a busca do cuidado.

Em relação ao cuidado ao homem, no que tange à sexualidade masculina, na saúde pública é reduzido ao seu enfoque infectante, mais voltado para a doença do que para a saúde propriamente dita, traduzindo a necessidade de que estas questões concernentes à saúde sexual sejam abordadas de forma ampliada junto a esta população e inseridas na assistência de enfermagem (MOREIRA; FONTES; BARBOZA, 2014).

Frente a estas constatações, fica clara a necessidade do enfermeiro em desenvolver, junto à população masculina, estratégias que estimulem a promoção da saúde e a prevenção de agravos, conhecendo e considerando suas reais demandas, bem como utilizar as concepções das questões relacionais de gênero para nortear o planejamento da assistência de enfermagem e a implementação dos cuidados ao homem, observando suas particularidades.

Este reconhecimento, que inclui fatores de ordem biopsicossocial, econômica e cultural, considerando as diversidades delineadas pelas questões de gênero, constitui um saber imperativo ao enfermeiro. Através desta percepção, será então possível a integralidade da assistência, para além das médicas e biológicas (SANTANA et al., 2011). Neste aspecto, Silva et al. (2010) destacam a importância de inserir os profissionais de saúde nos espaços sociais onde a população masculina se encontra.

Aquino (2006) destaca que a maioria dos profissionais considera que os homens não gostam de falar de suas vidas, não colaboram nos cuidados relativos à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e no planejamento familiar, por consequência, não se cuidam e não se previnem de doenças. Estes aspectos, segundo o autor, podem culminar no distanciamento do profissional durante a abordagem aos homens e, conseqüentemente, em ações e cuidados que não satisfaçam verdadeiramente às suas demandas.

A criação da PNAISH foi um passo muito importante para a melhoria da condição de saúde da população masculina, porém, para o referido autor, existe ainda um longo caminho

para que a consolidação dessa política seja realmente efetiva no Brasil, através da promoção e capacitação dos profissionais para atuarem frente a essa nova perspectiva (FERREIRA, 2013).

Alguns autores destacam um preparo insuficiente de profissionais para lidar com o seguimento masculino e refletem que este déficit está relacionado à qualificação profissional (MEDEIROS, 2013; SILVA et al., 2010).

Nesse sentido, Silva et al. (2010) consideram a importância da construção de uma postura sensível à problemática masculina desde a graduação, por meio da abordagem de conteúdos técnico-científicos, os quais fomentem uma assistência integral que atenda às complexidades relacionadas às questões de gênero. Todavia, acrescentam, ainda, que há um desconforto por parte das profissionais mulheres para lidar com o homem em situações relacionadas ao exame físico, refletindo-se em um constrangimento relacionado ao toque.

A PNAISH institui, em suas diretrizes, a necessidade da inclusão da educação permanente dos trabalhadores do SUS a temas ligados à atenção integral à saúde do homem; assim, no âmbito da enfermagem, estas atividades educativas subsidiarão ao enfermeiro instrumentos para os cuidados voltados à promoção, manutenção e restauração desta população (BRASIL, 2009b).

No entanto, observa-se que a saúde do homem é ainda abordada durante a graduação de forma generalista, superficial, fragmentada e bastante descontextualizada do ambiente sociocultural dos homens. No que diz respeito ao gênero masculino, Ribeiro et al. (2014) revelam que não foram visualizados conteúdos específicos sobre doenças que acometem os homens na grade curricular das instituições avaliadas.

Cabe acrescentar que foi observado nas instituições avaliadas que, durante a formação profissional do enfermeiro, o sistema reprodutor masculino é explorado, com destaque para os órgãos e suas respectivas funções, sem haver uma inter-relação com a prática assistencial específica de atuação do enfermeiro (RIBEIRO et al., 2014).

Tal afirmação nos permite refletir sobre como é percebido e realizado o cuidado ao homem pelo enfermeiro frente a esta deficiência curricular. Como o enfermeiro reconhece as suas particularidades, as doenças específicas do homem na sua assistência, se não foi preparado para isto durante a sua graduação?

Deste modo, Ribeiro et al. (2014) propõem a inclusão da abordagem masculina no processo de aprendizagem durante a graduação. Assim, além de uma mudança de paradigma que considere a perspectiva de gênero na prática assistencial, é preciso uma reformulação da grade curricular, no que se refere à saúde do homem, para a garantia da integralidade do cuidado.

1.4 O cuidado integral e a assistência de enfermagem ao homem

Acolher de forma integral as necessidades de saúde específicas da população masculina é o atual desafio para os serviços de saúde. O SUS traz, em seus princípios, vários elementos que perpassam o conceito de cuidado integral, e vários deles estão descritos no Programa Nacional de Humanização (PNH).

Nas concepções de Pinheiro (2009), o cuidado integral em saúde representa uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes envolvidas, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida. Neste sentido, Silva (2013) afirma que, através do cuidado individualizado, a pessoa passa a ser valorizada. O profissional desenvolve suas ações “junto com” o homem e não “para o” homem, tornando-o protagonista do cuidado. Planeja as suas ações não mais a partir dos problemas de saúde, e sim a partir das necessidades do próprio sujeito, compreendendo e valorizando sua autonomia.

A noção de cuidado integral, para Pinheiro (2009), permite inserir no âmbito da saúde as preocupações pelo bem-estar dos indivíduos – opondo-se a uma visão meramente economicista – e devolver a esses indivíduos o poder de julgar quais são suas necessidades de saúde, situando-os como sujeitos. Entretanto, Coelho e Vergara (2015) afirmam que o modelo teórico-conceitual do sistema de saúde, o da biomedicina, constitui um obstáculo importante para a proposta de integralidade no cuidado. Acrescentam ainda que o conjunto de práticas centradas em procedimentos técnicos tem caráter reducionista, expressando o modelo médico hegemônico.

Um estudo realizado por Pinho, Siqueira e Pinho (2006) apontou um despreparo, por parte dos enfermeiros, em lidar com a subjetividade do outro e estabelecer uma interação satisfatória com o usuário. Indicam ainda, como um dos fatores condicionantes para esta problemática, a existência de um ensino ainda fragmentado e reducionista nas faculdades de enfermagem, bem como a falta de investimentos, por parte das unidades de saúde, na qualificação profissional.

Nesta perspectiva, Cavalcanti et al. (2014) afirmam que a enfermagem, enquanto categoria profissional diretamente ligada ao cuidado e, portanto, muito próxima ao cliente em todos os níveis de atenção do sistema, é fundamental para a implementação do cuidado integral. No entanto, para atender o homem de forma integral, é preciso incorporar um olhar qualificado e direcionado às particularidades.

No que se refere à assistência de enfermagem ao homem, Cezar (2012) afirma que a avaliação do enfermeiro deve ser feita de modo a promover a sua saúde, e não com enfoque em sua doença, tendo em vista uma concepção ampliada de saúde em que compreenda não apenas os aspectos biológicos, mas também os aspectos sociais, culturais, entre outros, respeitando as heterogeneidades das possibilidades de ser homem. É muito importante reconhecer que as necessidades dos homens em relação à sua saúde não se limitam aos males da próstata ou outras enfermidades (MEDRADO; LYRA; AZEVEDO, 2011).

Dessa forma, durante a avaliação ou durante a implementação do cuidado, o enfermeiro, através de uma abordagem holística, pode identificar a presença de fatores de risco comportamentais, além de sinais e sintomas que possam indicar alterações relacionadas à saúde, possibilitando, assim, a educação em saúde.

O enfermeiro, em seu cotidiano, deve estar atento às necessidades mais silenciosas, aquelas que não são verbalizadas, tendo em vista que o homem muitas vezes sente vergonha de expressar suas reais demandas (CEZAR, 2012).

Neste sentido, o cuidado integral é também um desafio, porque para tal é necessário o envolvimento do homem nas decisões que dizem respeito à condução das ações de enfermagem, tornando-o protagonista de seu próprio cuidado. Além disso, exige ainda um envolvimento multidisciplinar, a fim de alcançar soluções mais adequadas aos problemas de saúde apresentados.

O reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada, devido à sua resistência à atenção primária, nos faz refletir sobre esta assistência no âmbito hospitalar, visto que este é o local onde se busca atendimento para situações de maior complexidade ou gravidade (BRASIL, 2009a).

Portanto, no espaço hospitalar também é necessário ao homem uma abordagem integral à sua saúde. Esta abordagem integral poderá ser condutora de novas práticas no âmbito hospitalar, pois possibilita ao enfermeiro a promoção da saúde do homem sob seus cuidados nos mais variados aspectos (CEZAR, 2012).

Cecílio e Merhy (2003) descrevem que o período da internação pode, inclusive, ser aproveitado para orientação quanto à promoção da saúde, objetivando possíveis mudanças comportamentais no que se refere a cuidados com a própria saúde. Nesta concepção, Cezar (2012) afirma que o momento de alta deve também ser pensado como um momento privilegiado para se produzir a continuidade de forma integral.

Quanto ao cuidado integral da assistência em serviços de urgências e emergências, Cezar (2012) discorre, em seu estudo, sobre a insatisfação dos usuários do SUS, uma vez que

a maior parte destes serviços funciona na base da queixa-conduta, resultando em um atendimento reducionista que não condiz com o princípio da integralidade.

Por outro lado, a referida autora observa que há uma preocupação por parte de alguns profissionais em possuir um olhar diferenciado às necessidades dos usuários, e de não focar a assistência somente nos aspectos biológicos ou físicos relacionados à sua doença, identificando a preocupação de não fragmentar o usuário, seja em partes de seu corpo ou desvinculados de seu contexto socioeconômico e cultural.

Porém, ainda existe nas práticas hospitalares o predomínio da fragmentação do indivíduo em partes biológicas. Assim, o enfermeiro precisa repensar sua assistência, de modo a não reduzir o homem a um corpo (ou partes dele), assim como não o reduzir à queixa ou doença que o faz procurar o atendimento.

Nesse sentido, é preciso compreender que a saúde tem outros determinantes, que vão além daquilo que pode levar ao próprio agravo da saúde. Nesta perspectiva, a integralidade em saúde no cuidado à população masculina nos remete ao pensamento de um trabalho não fragmentado em que o enfermeiro tenha um olhar mais atento às demandas de seus pacientes, não restringindo suas observações à relação saúde-doença, mas interpretando os vários fatores que intervêm nela.

Outro aspecto importante a ser destacado tem relação com a fragmentação do ensino em diferentes disciplinas associadas às crescentes especializações na área da saúde. Para Cezar (2012), isto tem dificultado a implementação da integralidade na atenção, visto que favorece a fragmentação do indivíduo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A teoria humanista de Paterson e Zderad e o cuidar do homem: pressupostos para a prática de enfermagem

As transformações no processo histórico, social, econômico e cultural contribuíram para uma mudança na forma de compreender os cuidados com a saúde do homem e, conseqüentemente, na maneira de desenvolvê-lo. A partir de 1990, esse tema começou a ser abordado numa perspectiva diferenciada, valorizando as questões de gênero e da masculinidade hegemônica. Essas transformações foram acompanhadas, ainda, por mudanças no paradigma norteador da área da saúde, uma vez que o modelo biomédico, segundo Schaurich et al. (2005), mostrou-se insuficiente para dar conta da complexidade existente no processo saúde-doença e suas intersecções com as questões culturais, sociais, políticas, econômicas.

Neste contexto, foi desenvolvida a Teoria de Enfermagem Humanista de Paterson e Zderad, a qual, por meio de seus pressupostos fenomenológicos existenciais, permitiu lançar outro olhar ao cuidado em Enfermagem, vislumbrando-a como uma experiência vivenciada entre os seres humanos, um encontro vivido e dialogado, valorizando a perspectiva de mundo do cliente (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A referida teoria tem como foco a prestação do cuidado e enfoque na compreensão das singularidades. Segundo Gomes et al. (2014), fundamenta-se no existencialismo e na capacidade do homem para adaptar-se a novas situações e interagir entre si. Esse existencialismo é relatado pelos autores como uma experiência obtida durante toda a sua vida, a partir do conhecimento humano.

O ser humano é um ser com aptidões de autopercepção, liberdade e responsabilidade, fenômenos esses que marcam sua própria identidade e, apesar de ser único, suas relações com outros seres também vão ajudar nesse processo de autoconhecimento (LELIS et al., 2011).

É nesse aspecto que se percebe a importância de poder conhecer o paciente através de diálogo, tentar compreender seus medos e opiniões. Neste sentido, através do encontro enfermeiro-paciente, é possível alcançar a relação inter-humana (vir-a-ser) do cuidado, favorecendo a interação humana, ou seja, o conhecimento de si e o conhecimento do outro, respeitando a individualidade de cada um (GOMES et al., 2014).

Para o desenvolvimento da teoria humanista, as teóricas propuseram cinco fases metodológicas: a preparação do enfermeiro para vir-a-conhecer, o conhecimento intuitivo sobre o outro, o conhecimento científico sobre o outro, a síntese complementar das realidades conhecidas e, por fim, a sucessão interna a partir de muitos para um único paradoxal (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Na primeira fase, há **a preparação do enfermeiro para vir-a-conhecer**; destaca-se a busca pelo autoconhecimento, em que o enfermeiro procura conhecer a si como ser no mundo e refletir sobre suas atitudes em relação aos homens (LELIS et al., 2011). Neste momento, procura realizar leituras e estudos sobre o objeto a ser estudado, preparando-se para uma nova realidade a ser investigada.

Na segunda fase, o enfermeiro **conhece intuitivamente o outro**. Lelis et al. (2011) descrevem esta fase como o momento do encontro e da presença, da relação sujeito-sujeito (eu-tu), em que o enfermeiro busca conhecer a visão do outro sobre o fenômeno estudado.

Na terceira fase, o enfermeiro se distancia dos sujeitos para **conhecê-los cientificamente**, estabelecendo a relação sujeito-objeto (EU-ISSO). Após refletir sobre a realidade do outro, esse momento visa à reflexão, análise, classificação, comparação, interpretação e categorização do fenômeno investigado (LELIS et al., 2011; PATERSON; ZDERAD,1979).

Na quarta fase, o enfermeiro sintetiza as diversas realidades acerca do fenômeno estudado para então alcançar uma visão ampliada. É o momento de expor sua vivência através do diálogo para ampliar a visão do ponto de vista do outro e seu (LELIS et al., 2011).

Na quinta fase e última fase, o enfermeiro, em luta com a comunhão de múltiplas situações, atinge uma concepção importante para a maioria ou para todos. Para Lelis et al. (2011), é quando o enfermeiro corrige ou expande a sua visão, portanto, vai além, chegando a uma compreensão muito maior.

Quadro 3 –Teoria humanística de Paterson e Zderad

Teoria humanística de Patterson e Zderad		
1º fase	A preparação da enfermeira para alcançar o conhecimento.	Em sua experiência vivida e o momento que o ser que cuida volta para si mesmo e reflete sobre o seu Eu.
2º fase	Conhecimento intuitivo da enfermeira sobre o outro.	Conhecer a pessoa a ser cuidada, envolvendo compreensão e reflexão do outro.
3º fase	Conhecimento científico da enfermeira sobre o outro.	A enfermeira se distancia dos sujeitos para conhecê-los cientificamente.
4º fase	Síntese complementar da enfermeira acerca das suas realidades vividas.	É o momento de expor sua vivência através do diálogo para ampliar a visão do ponto de vista do outro e seu.
5º fase	Sucessão interna da enfermeira a partir de muitos para um único paradoxal.	O enfermeiro corrige ou expande a sua visão, portanto vai além, chegando à maior compreensão.

Fonte: LELIS et al., 2011.

Coelho e Vergara (2015) afirmam que a aplicação deste método pelo enfermeiro é possível tanto na assistência quanto na pesquisa. O profissional pode optar por utilizá-las tanto como método para desenvolvimento de estudos, como para direcionar o fazer do cuidar da enfermagem, pois através de sua aplicabilidade é possível ajudar o outro e a si por meio do desenvolvimento do potencial humano.

O uso e a aplicabilidade da teoria humanística na assistência ao paciente, segundo Coelho e Vergara (2015), constituem um referencial teórico à prática sistematizada, objetivando uma assistência efetiva e segura, contribuindo para fortalecer e resgatar a verdadeira identidade da profissão na “arte de cuidar”. Propõe mudar o olhar a quem precisa de cuidado, de forma que a enfermagem seja desenvolvida como uma experiência existencial.

Nascimento e Treniti (2004) enfatizam que, neste modelo proposto, o diálogo vivido é considerado o conceito central, sendo mais do que uma conversação entre duas pessoas (PATERSON; ZDERAD, 1979). O diálogo vivido entre enfermeiro envolve: encontro, relação, presença, chamado e resposta. Neste sentido, as referidas autoras entendem o diálogo como a essência da enfermagem. Através dele, dar-se-á o encontro autêntico e genuíno na relação de cuidado, conciliando razão e sensibilidade, subjetividade e objetividade no ato de cuidar. É mediado pela presença ativa, pelo ato de perguntar e responder e pelo compartilhar de vivências, experiências e sentimentos entre os seres envolvidos, dando oportunidade ao vir-a-ser de ambos, por meio da reciprocidade (NASCIMENTO; TRENITI, 2004).

Como tem sido enfatizado, para que se estabeleça uma relação autêntica entre enfermeiro e cliente, um recurso privilegiado é a comunicação. No entanto, muitas vezes o

cliente não tem condições de expressar claramente o que está vivenciando, seja por incapacidade física ou cognitiva. Nestas circunstâncias, é imprescindível atentar-se aos chamados verbais e também não verbais, considerando outro conceito fundamental na teoria: a subjetividade (MERCÊS; ROCHA, 2006). Espera-se que o enfermeiro possa estar presente, sensível e disponível, procurando compreender a demanda, para responder adequadamente ao chamado. Silveira e Fernandes (2007) acrescentam que o enfermeiro que estiver aberto ao todo da experiência será capaz de perceber esses chamados, intervir e dialogar, surgindo uma relação intersubjetiva entre quem cuida e quem é cuidado.

Através da utilização de conceitos atribuídos a esta teoria para a compreensão da percepção do enfermeiro sobre o cuidar do homem na perspectiva relacional de gênero, será possível refletir sobre o modo de cuidado e a promoção da saúde destinados a esta clientela. Esta teoria contribui ainda com estudos que refletem a importância e valorização da assistência de enfermagem nos cenários acadêmico, assistencial e profissional, estimulando, através da reflexão crítica, uma mudança no ato de cuidar do homem.

No que se refere à população masculina, os pressupostos da teoria humanística nos fazem vislumbrar o homem como único e singular em sua existencialidade, especificidades e necessidades próprias. Ou seja, diferentes homens exigem atenções também diferenciadas. Cabe ao enfermeiro percebê-las, considerando as heterogeneidades de ser homem. Através deste entendimento, será possível uma prática de cuidado coerente e responsável que possibilite a promoção de medidas promotoras de um cuidado integral e individualizado.

Em contrapartida, Albuquerque et al. (2014) declaram que a falta de compreensão destas particularidades poderá refletir em uma assistência superficial que não se aproxima do universo masculino e tampouco satisfaz suas demandas. Desta forma, ao considerar em seu cuidado o diálogo, a comunicação, a perspectiva de mundo do outro para promover o cuidado individualizado, o enfermeiro poderá auxiliar na diminuição de lacunas existentes na assistência à população masculina, facilitando a promoção de medidas que promovam um cuidado integral e individualizado.

A aplicabilidade da referida teoria para nortear a prática profissional é um grande desafio, pois exige do profissional a compreensão da experiência do cliente. Isso implica estar aberto ao todo da experiência, despir-se de pré-julgamentos, aceitar as expressões e sentimentos do cliente para, a partir daí, responder às suas necessidades, compartilhando amor e confiança, a fim de que ele possa vir a ser mais e melhor (MERCÊS; ROCHA, 2006).

As reflexões baseadas na teoria permitem inferir que a abordagem humanística guiará os enfermeiros em sua prática profissional, possibilitando a promoção do cuidado

diferenciado, incorporando um olhar qualificado e direcionado às particularidades da população masculina, contemplando-os em sua integralidade.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo exploratório e analítico, com abordagem qualitativa.

Para analisar a percepção do enfermeiro sobre o cuidar do homem, optou-se pela abordagem qualitativa, que segundo Minayo (2001, p. 21):

[...] se preocupa com a realidade que não pode ser quantificada e trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, atitudes, representações, hábitos, opiniões, crenças e valores, ou seja, trata-se de processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A utilização dessa abordagem permite compreender como o enfermeiro percebe esta assistência, bem como responder questões subjetivas, como, por exemplo, as características da assistência prestada a essa população através do relato expresso pelo profissional.

Seu caráter exploratório revela-se por se tratar de um tema pouco estudado nos meios acadêmicos. Segundo Richardson (2007), os estudos exploratórios são uma forma de conhecer as características de um fenômeno, permitindo ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema e aprofundar seus conhecimentos acerca do tema estudado. Neste sentido, pretende-se aumentar a familiaridade com a temática do estudo – a percepção do enfermeiro sobre o cuidar do homem sob a perspectiva de gênero no cuidar de enfermagem.

3.2 Cenário do estudo

Para atender ao objeto de estudo, definiu-se como cenário as unidades de internação de clínica médica (que totalizavam 8 enfermarias) e as unidades cirúrgicas (que totalizavam 7 enfermarias) de uma instituição hospitalar universitária situada no município do Rio de Janeiro.

Vale ressaltar que, no período de coleta de dados, algumas unidades encontravam-se fechadas por motivo de obras.

Este cenário foi selecionado devido à grande diversidade de serviços de saúde, especialmente setores de internações. Tem capacidade para cerca de 525 leitos, numa área de aproximadamente 44.000 m² distribuídos em sete andares, com ambulatórios, e uma construção anexa com as mais diferentes especialidades.

É considerado um centro de excelência e de referência para diferentes especialidades, inclusive voltado também para a saúde do homem. Também desenvolve atividades de diferentes complexidades, utilizando tecnologia de ponta e tem como finalidade: prestar assistência à população por meio da aplicação de medidas de proteção e recuperação da saúde; servir de campo de aprendizagem para o ensino de graduação e pós-graduação das profissões da área de saúde e nas demais áreas.

Deste modo, verificou-se que o campo tinha muitas possibilidades de atendimento à população masculina, mesmo que de maneira inespecífica e sem enfoque nas questões referentes ao gênero, permitindo avaliar os cuidados de enfermagem com o homem internado através da compreensão do enfermeiro.

3.3 Participantes do estudo

Os participantes foram 15 enfermeiros e 5 residentes de enfermagem que estavam atuando nas respectivas unidades de internação hospitalar no momento da realização da pesquisa.

Objetivando uma seleção pertinente ao objeto de estudo, buscou-se criar critérios de inclusão como: possuir vínculo institucional, seja como enfermeiro ou como residente de enfermagem, e estar desenvolvendo suas atividades profissionais nas unidades de clínica médica e cirúrgica. Os critérios de exclusão foram: estar de férias ou licença (médica e prêmio) no período da coleta de dados.

Após a criação dos critérios e identificação dos possíveis participantes, realizou-se a aproximação a estes, a partir da autorização da Coordenação de Enfermagem e das chefias das unidades de internação médica e cirúrgica.

3.4 Aspectos éticos da pesquisa

Todos os requisitos éticos propostos pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, assim como a Resolução nº 510/2016, foram respeitados. Sendo assim, foi solicitada para a pesquisa uma autorização à Coordenação de Enfermagem da instituição selecionada para realização do estudo e, após aprovação, foi encaminhada para avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa do cenário de estudo, sendo aprovada com o número 84683418.9.0000.5282 (ANEXO) (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013, 2016).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) foi apresentado aos participantes, disposto em duas cópias, ficando uma com o participante e a outra com a pesquisadora. Os participantes foram adequadamente informados sobre o objetivo do estudo, o modo de aplicação e o destino dos dados obtidos, tendo liberdade para esclarecerem quaisquer dúvidas antes, durante ou após a participação. Foi esclarecido que sua participação seria voluntária e que a pesquisa previa riscos mínimos. Entretanto, em casos de desconforto, tristeza, angústia com as perguntas, ou se por ventura lhes causassem algum constrangimento, o mesmo poderia se recusar a participar do estudo a qualquer momento sem nenhuma penalização ou prejuízo pessoal.

Caso necessitassem de qualquer esclarecimento ou atendimento psicossocial, seria garantida a assistência pela equipe de profissionais de saúde da Divisão de Saúde do Hospital Universitário Pedro Ernesto (DISHUPE). Os dados foram colhidos após aceite e assinatura do TCLE pelo participante da pesquisa.

3.5 Coleta de dados

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se entrevista semiestruturada. Para Manzini (1990/1991), a entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

Esse traço da entrevista semiestruturada favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade, tanto dentro de sua situação específica como de situações de dimensões maiores. O processo da entrevista semiestruturada deve ser cuidadoso em todos os princípios já enunciados.

A coleta de dados foi realizada nas dependências das unidades de internação clínica e cirúrgica, de forma individualizada, em um espaço próprio e reservado para a sua realização.

As entrevistas foram realizadas com agendamento prévio, conforme a disponibilidade do enfermeiro e residente de enfermagem e as demandas do serviço. Assim, após as devidas orientações e o cumprimento dos aspectos éticos, a entrevista teve início.

As falas foram gravadas para garantia da fidedignidade das informações coletadas e posteriormente transcritas.

Para garantir o anonimato, os participantes do estudo foram identificados como Entrevistado 1, 2, 3... até 20.

3.6 Análise dos dados

Para a aproximação necessária entre os dados empíricos e os objetivos deste estudo, o caminho escolhido foi o da análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2011).

Essa técnica de análise dos dados proporciona a compreensão do pensamento do sujeito através do conteúdo expresso no texto, numa concepção transparente de linguagem (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Para Bardin (2011), as diferentes fases da análise de conteúdo, tal como o inquérito sociológico ou a experimentação, organizam-se em torno de três polos cronológicos:

Na fase inicial, pré-análise, o material foi organizado, compondo o *corpus* da pesquisa, elaborando os indicadores que norteiam a interpretação final, porém foi fundamental observar algumas regras: (a) exaustividade: sugere-se esgotar todo o assunto sem omissão de nenhuma parte; (b) representatividade: preocupar-se com amostras que representem o universo; (c) homogeneidade: nesse caso, os dados referem-se ao mesmo tema, serão coletados por meio de

técnicas iguais e indivíduos semelhantes; (d) pertinência: será necessário que os documentos sejam adaptados aos objetivos da pesquisa; e (e) exclusividade: um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria.

As hipóteses são explicações antecipadas do fenômeno observado. Ao final, no momento da exploração do material, os dados foram codificados, processo pelo qual os dados foram transformados sistematicamente e agregados em unidades. O processo de codificação dos dados restringe-se à escolha de unidades de registro, ou seja, é o recorte que se dará na pesquisa (BARDIN, 2011).

Uma unidade de registro significa uma unidade a ser codificada, podendo esta ser um tema, uma palavra ou uma frase. No processo de enumeração de regras, ou seja, de seleção de regras de contagem, a presença de elementos ou unidades de registros (palavras, temas ou outras unidades) pode ser significativa ou, ao contrário, a ausência de determinados elementos pode bloquear ou traduzir a vontade escondida (BARDIN, 2011).

Categoria, em geral, é uma forma de pensamento e reflete a realidade, de forma resumida, em determinados momentos. Na perspectiva da análise do conteúdo, as categorias são vistas como rubricas ou classes que agrupam determinados elementos, reunindo características comuns. No processo de escolha de categorias, podem-se adotar os critérios semântico (temas), sintático (verbos, adjetivos e pronomes), lexical (sentido e significado das palavras – antônimo ou sinônimo) e expressivo (variações na linguagem e na escrita). Este processo permite a junção de um número significativo de informações organizadas em duas etapas: inventário (onde se isolam os elementos comuns) e classificação (onde se dividem os elementos e sua organização) (BARDIN, 2011).

Na etapa seguinte, ocupou-se em trabalhar com assuntos relacionados ao tópico inferência. Segundo a autora, a inferência como técnica de tratamento de resultados é orientada por diversos polos de atenção, ou seja, polos de comunicação (emissor e receptor; mensagem e canal) (BARDIN, 2011).

Em contrapartida, quando os temas encontrados são diferentes, cabe ao pesquisador encontrar semelhanças que possam existir entre eles. Outro ponto discutido nesta parte foi sobre a temática proposição, ou seja, um enunciado geral baseado em dados, ao contrário dos conceitos, pode ou não se ajustar às proposições verdadeiras ou falsas, mesmo o pesquisador podendo ou não o demonstrar. Assim, conclui-se que as proposições derivam de um estudo mais cuidadoso e aprofundado dos dados (BARDIN, 2011).

Na fase de interpretação dos dados, a pesquisadora precisou retornar ao referencial teórico, procurando embasar as análises a fim de dar sentido à interpretação, uma vez que as

interpretações pautadas em inferências buscam o que está escondido por trás dos significados das palavras para apresentarem, em profundidade, o discurso dos enunciados (SANTOS, 2012).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O cuidado à saúde do homem vem sendo um desafio para a enfermagem. É preciso compreender que a saúde tem outros determinantes, que vão além daquilo que pode levar ao próprio agravo da saúde. Nesta perspectiva, a integralidade em saúde no cuidado à população masculina nos remete ao pensamento de um trabalho não fragmentado em que o enfermeiro tenha um olhar diferenciado às necessidades desta população.

Cabe então dizer que a percepção do enfermeiro sobre o cuidar do homem na perspectiva de gênero é, ao mesmo tempo, necessária e desafiadora. Esta questão permitiu introduzir a discussão de forma mais contextualizada, entendendo que a compreensão dessa situação pode, de alguma forma, contribuir para a saúde da população masculina.

4.1 Caracterização dos participantes do estudo

Com o intuito de contextualizar os participantes do estudo, inicialmente serão apresentados dados referentes às características pessoais e profissionais dos enfermeiros. Para melhor compreensão, lançou-se mão das Tabelas 1 e 2 abaixo:

Tabela 1 – Características pessoais dos enfermeiros. Rio de Janeiro, 2018 (n=20) (continua)

Caracterização do Sujeito	f	%
1. Idade		
25 a 29	5	25%
30 a 39	9	45%
40 a 49	3	15 %
50 a 59	2	10%
Acima de 60 anos	1	5%
2. Sexo		
Feminino	17	85%
Masculino	3	15 %
3. Identidade de Gênero		
Feminino	17	85%

Tabela 1 – Características pessoais dos enfermeiros. Rio de Janeiro, 2018 (n=20) (conclusão)

Masculino	3	15 %
4. Orientação Sexual		
Heterossexual	20	100%
5. Escolaridade		
Graduação	9	45 %
Pós-Graduação	10	50%
Mestrado	1	5%
7. Religião		
Evangélico	11	55%
Católica	4	20%
Umbandista	1	5%
Espírita	1	5%
Não possui	2	10%
Ateu	1	5%

Fonte: A autora, 2019.

Foram entrevistados 15 enfermeiros e 5 residentes de enfermagem. A faixa etária predominante foi de 30 a 39 anos, correspondendo a 45% (n=9) da amostra analisada.

O sexo feminino representa 85% (n=17). No que se refere à identidade de gênero, houve predomínio daqueles que se identificaram como sendo do gênero feminino. Destacando que todos os entrevistados eram cisgêneros. Cabe ressaltar ainda que 7 entrevistados (35%) manifestaram dúvidas sobre o entendimento acerca da identidade de gênero.

Em relação à orientação sexual, 100% dos entrevistados relataram ser heterossexuais. Durante a coleta de dados, 30% dos entrevistados apresentaram dificuldades em responder esta questão, refletindo em um déficit de conhecimento acerca do que é orientação sexual.

Observou-se o alto grau de escolaridade, correspondendo a 45% os enfermeiros com pós-graduação e 5% os enfermeiros com o mestrado concluído.

Com relação à religião, a maioria dos entrevistados referiu ser evangélica (55%) e católica (20%).

Na Tabela 2 abaixo, apresentam-se dados referentes às características profissionais dos enfermeiros entrevistados:

Tabela 2 – Características profissionais dos enfermeiros. Rio de Janeiro, 2018 (n=20)

Caracterização do Sujeito	f	%
1. Unidade de Lotação		
Clínica Médica – Enfermeiros	9	45%
Clínica Médica – Residente	4	20%
Clínica Cirúrgica – Enfermeiros	6	5%
Clínica Médica – Residentes	1	30%
2. Tempo de Profissão		
1 a 5 anos	7	35%
6 a 10 anos	7	35%
11 a 20 anos	1	5%
Acima de 20 anos	5	25%
3. Capacitação profissional no âmbito da Saúde do Homem		
Sim	4	20%
Não	16	80%

Fonte: A autora, 2019.

Quanto à unidade de lotação dos participantes do estudo, a maioria eram enfermeiros que atuavam na unidade de clínica médica (45% n=9). Com relação ao tempo de profissão, 35% (n=7) referiram ter menos de 5 anos de profissão e 35% (n=7) entre 6 a 10 anos. Cabe ressaltar que 65% dos participantes tinham mais de 6 anos de profissão.

Em relação à capacitação com enfoque na saúde do homem, a maioria respondeu que nunca havia participado de atividades relativas à temática no decorrer da sua vivência profissional (80%, n=18). Destaca-se a necessidade de espaços para discussões sobre os temas referentes aos cuidados com a população masculina.

4.2 Categorização dos resultados

Após as transcrições, leitura e análise dos depoimentos dos participantes segundo o método de análise de conteúdo, foram identificadas 325 unidades de registro que continham

correlação com o objeto de estudo. As unidades de registro foram organizadas conforme o Quadro 4 abaixo:

Quadro 4 – Categorias que emergiram da análise dos dados. Rio de Janeiro, 2018
(continua)

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	UNIDADES DE REGISTRO	Nº UR	%	CORPUS (TOTAIS)	
Categoria 1	A visão do enfermeiro sobre o cuidar do homem	Não considera gênero no cuidado	30	9,2%	139	43%
		Gostam mais de trabalhar com homens	6	1,8%		
		Um olhar diferenciado do cuidado com a mulher	6	1,85%		
		Acha importante considerar a perspectiva de gênero	12	3,6%		
		O homem cuidando do outro homem	2	0,6%		
		Concepções errôneas sobre a sexualidade	4	1,2%		
		Dificuldade para cuidar de outro gênero	11	3,3%		
		Cuidar do homem é desafiador	6	1,85%		
		Saúde do homem - conteúdo não abordado na faculdade	14	4,3%		
		O aprendizado veio da prática/experiência	10	3%		
		Sente-se capacitado a cuidar do homem	10	3%		
		A importância da capacitação	12	3,6%		
		O enfermeiro não está preparado para cuidar do homem	14	4,3%		
		Centro de Atenção à Saúde do Homem	2	0,6%		
Categoria 2	Estereótipos do gênero masculino reproduzidos pelo enfermeiro no cuidado	O homem só procura quando tem algo grave	7	2,1%	110	34%
		Necessita de uma busca ativa e mais persistência	14	4,3%		
		O homem não se cuida	7	2,1%		
		Invulnerabilidade masculina	3	0,9%		

Quadro 4 – Categorias que emergiram da análise dos dados. Rio de Janeiro, 2018

(conclusão)

		O homem não tem medo	2	0,6%		
		O homem sente vergonha	10	3%		
		Resistência e dificuldade de adesão ao tratamento	18	5,5%		
Categoria 2		A posição de provedor	10	3%		
		Fator cultural no cuidado/machismo	17	5,2%		
		Doença como sinal de fraqueza	10	3%		
		O homem e a família	12	3,6%		
		Sexualidade masculina	9	2,75%		
		Dificuldade para responder sobre como cuidar integralmente do homem	5	1,5%		
		Relacionamento/vínculo profissional	16	4,9%		
		Compreender o universo masculino	11	3,3%		
Categoria 3	A promoção do cuidado integral ao homem na perspectiva do enfermeiro: obstáculos e desafios	Diálogo	14	4,3%	76	23%
		Importante a consulta de enfermagem	10	3%		
		Atenção à comunicação não verbal	8	2,4%		
		Promoção da saúde	6	1,85%		
		Olhar o homem como protagonista	4	1,2%		
		Cuida de forma integral	2	0,6%		
		Televisão, internet e mídias	3	0,9%		
		Comunicação em geral				

Fonte: A autora, 2019.

Por fim, cada categoria e subcategoria recebeu um nome em função do seu conteúdo e foi vinculada ao conhecimento científico existente, conforme descritas:

- a) Categoria 1: A visão do enfermeiro sobre o cuidar do homem;
- b) Categoria 2: Estereótipos do gênero masculino reproduzidos pelo enfermeiro no cuidado:
 - Subcategoria 1: “O homem fala pouco”;

- Subcategoria 2: “O homem não se cuida”;
 - Subcategoria 3: “A desqualificação da dor masculina”;
 - Subcategoria 4: “O cuidado associado à figura feminina”;
 - Subcategoria 5: “ O valor da sexualidade masculina”.
- c) Categoria 3: A promoção do cuidado integral ao homem na perspectiva do enfermeiro: obstáculos e desafios.

4.2.1 Categoria 1: A visão do enfermeiro sobre o cuidar do homem

Ao serem questionados sobre o cuidar do homem, os enfermeiros entrevistados relatam que não consideram o “gênero” no cuidado de enfermagem, conforme expresso abaixo:

Para mim, cuidar do homem não difere, cuidar do homem ou cuidar da mulher... eu cuido do “ser humano”... um paciente sem as suas particularidades. Eu não vejo distinção, é o mesmo cuidado (E.3).

Homem, mulher, eu não tenho... como que diz... “escolha de gênero”. Eu não faço diferença de gênero. Eu vejo como um ser humano (E.2).

Observa-se, nas falas, falta de clareza no entendimento sobre “gênero”. Os enfermeiros destacam que cuidam do “ser humano” e que não consideram as particularidades do paciente assistido.

É necessário entender a expressão “gênero” para refletir sobre as diferenças e desigualdades culturais, compreendendo de que forma irá interferir na postura do homem em relação ao cuidado. Portanto, diferentemente de como apontam as falas, o gênero deve ser alvo de reflexões, sendo fundamental para a promoção da equidade na atenção a essa população, promovendo mudanças significativas nos cuidados à sua saúde.

Neste sentido, Kimmel (1992) destaca a necessidade de refletir e discutir a temática com o intuito de compreender o “ser homem”, situando-os como atores de um determinado gênero e não apenas os considerando “seres humanos genéricos”.

Gomes (2011) acrescenta que a perspectiva de gênero permite ao profissional de saúde compreender e refletir sobre as particularidades do homem, desenvolvendo um olhar crítico, reflexivo e humano sobre o cuidado, envolvendo todos os aspectos biopsicossociais.

Nota-se, ainda, o despreparo dos entrevistados no que tange a essas especificidades. Entretanto, como cuidar do “ser humano” sem considerar suas particularidades e características que o faz ser único no mundo?

De acordo com Gomes (2011), a ausência desta compreensão pode traduzir uma assistência superficial, na qual o homem, e todos no contexto atribuído ao gênero, não estão sendo considerados.

Para Schwarz et al. (2012), a perspectiva de gênero permite e possibilita uma reflexão ampliada, compreendendo que a saúde do homem ultrapassa a premissa de que os problemas masculinos estão relacionados apenas aos seus órgãos reprodutivos. No entanto, alguns enfermeiros ainda reproduzem tal enfoque reducionista em seus discursos quando questionados sobre as particularidades da população masculina:

Uma particularidade encontrada no homem que reflete no cuidado de enfermagem são seus órgãos. A genital dele. Eu acho que só isso que é diferente da mulher. [...]. Eu acho que no resto é tudo igual (E.2).

O que difere o cuidado do homem para a mulher é que ele tem um órgão sexual e a próstata, são outros tipos de doenças (E.15).

Entendendo que a população masculina não está resumida a seus órgãos genitais, verifica-se que a falta de compreensão das particularidades que envolvem a construção social do homem pode aumentar as barreiras sociais e culturais relativas ao cuidado, refletindo em uma assistência superficial que não se aproxima do universo masculino e tampouco satisfaz as suas necessidades.

Diante dessas falas, pode-se refletir sobre o que apontam Knauth, Couto e Figueiredo et al. (2012), de que os homens que trazem outras demandas ao serviço não se encaixam no modelo tradicional de masculinidade esperado, não sendo considerados na sua condição masculina, e sim como jovens, velhos, diabéticos e hipertensos.

No entanto, como identificar tais particularidades sem a compreensão das especificidades de gênero que interferem na relação saúde-doença dos homens assistidos? Sob este aspecto, faz-se necessário que as equipes incorporem as especificidades de gênero em sua prática profissional, a fim de encontrar subsídios que driblem toda essa complexidade que envolve o mundo da masculinidade. Assim, espera-se que os enfermeiros tenham um olhar mais atento aos homens, considerando suas especificidades de gênero, não os restringindo ao enfoque biomédico ao reduzi-los ao órgão genital.

Cabe destacar que a crítica ao modelo biomédico e seus paradigmas não é no sentido de renunciar à sua aplicabilidade. Koifman (2001) afirma que não se pode eliminar o aspecto biomédico na formação dos profissionais de saúde, visto que a visão biomédica é importante para o cuidado da doença e deve ser valorizada; no entanto, o que se defende é que tal modelo não seja a única forma de vislumbrar o cuidado ao homem.

Rodrigues e Ribeiro (2012) afirmam que refletir sobre as especificidades da população masculina, compreendida em um contexto ampliado, corroboram ações mais efetivas no planejamento do cuidado à saúde do homem. Porém, observou-se nas entrevistas a dificuldade em compreender o significado de identidade de gênero e orientação sexual, como indicam as falas abaixo:

Estou confusa, não entendo bem o que é identidade de gênero e orientação sexual [...] (E.3).

Isso é para dizer se eu sou heterossexual ou homossexual (E.4).

O que é identidade de gênero? Me explica, não entendi [...] (E.11).

Sob este aspecto, reflete-se a falta de entendimento do enfermeiro para lidar com tais necessidades masculinas, pois esta dificuldade de compreender o que vem a ser identidade de gênero e orientação sexual de alguma forma irá interferir em sua prática profissional, e, conseqüentemente, trará dificuldades de entender as particularidades que envolvem a população masculina assim como as de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais (LGBT).

Ferreira (2013) compreende que tais déficits podem estar associados à falta de preparo profissional desde a faculdade, assim como nos serviços de atenção continuada no decorrer da sua vivência profissional.

No que se concerne à grade curricular da graduação, os enfermeiros relatam que a saúde do homem não foi abordada:

Em relação à saúde do homem, eu acho que é algo muito falho. Na faculdade é algo que não se fala muito, de saúde do homem... fala-se bem mais da saúde da mulher (E.1).

Na graduação, era uma disciplina que deveria ser agregada. Por isso eu não identifico a distinção, porque eu não tive isso na minha graduação (E.3).

Neste sentido, compreende-se que o processo de formação do enfermeiro deve ser repensado, despertando nos futuros enfermeiros a reflexão sobre a temática e, deste modo, aprimorando a qualidade no cuidar da população masculina.

Moreira e Carvalho (2016) evidenciam que um déficit na formação acadêmica pode deixar lacunas, tornando os profissionais de saúde menos motivados e preparados para atuarem no âmbito da saúde do homem.

A saúde da mulher, entretanto, é percebida pelos entrevistados como mais explorada que a dos homens:

A gente faz estágio na saúde da mulher, em maternidades e não faz em saúde do homem. Então acho que precisamos ser mais capacitados, ter mais cursos dentro do próprio local de trabalho (E.1).

A partir da análise da instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais nos Cursos de Graduação em Enfermagem, Ribeiro et al. (2014) destacam a ênfase dada ao debate sobre as Políticas e Programas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Criança, do Adolescente e dos Idosos, em detrimento à saúde dos homens. Os autores observam que a saúde da população masculina é trabalhada de forma genérica e abordada de forma indireta em disciplinas sobre o processo saúde-doença no adulto, sem considerar as especificidades do homem.

Diante deste cenário, percebe-se a necessidade de discutir mais sobre a temática, não apenas no âmbito acadêmico, como também durante a prática profissional através de atividades de educação continuada. Como apontam as falas abaixo:

Eu acho necessário uma discussão... porque a gente não tem muito isso no nosso ambiente de trabalho (E.4).

Eu acho que se tivesse cursos no ambiente de trabalho sobre saúde do homem para os profissionais, seria muito mais fácil da gente abordar o homem (E.4).

Eu entenderia muito mais o homem se eu tivesse tido alguma capacitação (E.10).

Os participantes reconhecem o déficit de conhecimento sobre a temática em virtude da inexistência de capacitação, tanto na grade curricular como na educação permanente nos serviços públicos de saúde. Diante disso, Moreira e Carvalho (2016) destacam a importância e necessidade urgente de incorporação da temática referente à saúde homem nas diretrizes curriculares, bem como em atividades de educação continuada nas unidades de trabalho, de modo a ampliar a visão do enfermeiro sobre as masculinidades.

Os autores ainda acreditam que a aquisição deste conhecimento é fundamental para uma assistência em que as especificidades de gênero sejam verdadeiramente consideradas. Logo, é imprescindível a criação de espaços de debates em que se possa ampliar a discussão

acerca da “saúde do homem”, despertando um pensamento crítico e reflexivo nos enfermeiros.

Cabe destacar que alguns enfermeiros entrevistados correlacionaram a capacitação profissional ao tempo de experiência profissional, conforme nas falas abaixo:

Nunca recebi nenhum tipo de capacitação. Tudo que sei é através da minha experiência profissional. Eu me sinto capacitada devido à experiência adquirida (E.9).

Eu me sinto capacitada, não porque houve uma capacitação para isso, mas porque a maior parte da minha clientela é masculina. [...] a gente acaba tendo que entrar neste universo. [...] e a gente tenta fazer da melhor maneira possível. Então acaba que a experiência profissional me tornou capaz de atender a essa clientela (E.10).

Vale refletir, a partir dessas falas, que mesmo os participantes do estudo cuidando do homem da mesma forma que cuida da mulher – pois é um ser humano –, mesmo não entendendo as suas particularidades, trazendo que a diferença está no órgão genital, e apesar da falta de oportunidade para discussão e reflexão com o intuito de repensar o cuidar da população masculina, ainda assim sentem-se preparados para cuidar dessa população pelo tempo de experiência profissional.

Faz-se necessário compreender que a saúde tem outros determinantes, que vão além do que pode levar ao próprio agravo da saúde. E, para percebê-los, o enfermeiro precisa de um olhar mais atento às necessidades da população masculina, não restringindo suas observações à relação saúde-doença, mas interpretando os vários fatores que intervêm nela.

Entretanto, pode-se perceber que alguns enfermeiros residentes verbalizaram que estavam sendo preparados, no que se refere à saúde do homem:

Agora na residência eu estou passando em um setor que traz a saúde do homem com outro olhar. Agora estou aprendendo um pouco mais sobre esse cuidado (E.2).

Vale ressaltar que o setor mencionado é uma unidade que desenvolve um projeto voltado à saúde do homem, portanto trazendo aos residentes a possibilidade de pensar de forma integral, com um olhar diferenciado, a saúde da população masculina. Neste sentido, tal fato pode ser considerado um avanço no preparo desse profissional, uma vez que na instituição já existe um Centro de Atenção à Saúde do Homem (CASH), um local voltado especificamente para esta clientela, onde os residentes desenvolvem suas atividades durante um período.

No tocante ao gênero do profissional x gênero do homem enquanto paciente, o enfermeiro homem que cuida de outro homem identifica a semelhança do gênero como um fator positivo para o cuidado:

Por eu ser homem, o tratamento é com mais tranquilidade, mais sinceridade [...]. É de igual para igual, o homem tratando de outro homem. É mais fácil (E.7).

[...] com o enfermeiro do sexo masculino, o diálogo flui de uma forma melhor (E.9).

Em contrapartida, ao apontar a diferença de gênero (mulher cuidando do homem), esta foi atribuída pelos entrevistados como um fator que dificulta o cuidado:

Eu acho que o homem se sente mais constrangido quando o cuidado é feito por uma mulher. Paciente acamado e você vai prestar o cuidado, o homem se sente mais constrangido quando é uma mulher cuidando (E.3).

Eu sinto uma barreira maior entre o cuidar da mulher e cuidar do homem. [...] porque é de um outro gênero, né? Eu sinto uma dificuldade em abordar o homem. Existe uma barreira muito grande, porque a enfermagem a maioria é de sexo feminino (E.4).

No entanto, um estudo realizado por Cortez et al. (2010) mostrou que os clientes do sexo masculino, em sua maioria, não tiveram preferência quanto ao sexo do profissional de enfermagem. Este achado nos remete à reflexão de que parte desta percepção de que o homem não gosta de ser cuidado por outra mulher está concebida no imaginário do profissional e que de alguma forma faz-se necessário desconstruí-la. Neste sentido, constrói-se um imaginário sobre o sexo do profissional, refletido nas questões de gênero e saúde presentes no imaginário do profissional e que não refletem a percepção do homem em si, conforme evidenciado.

Pupulim e Sawada (2005) apontam que as condutas da equipe relacionadas à diferença de sexo entre cuidador e o ser cuidado refletem os valores morais e culturais, as crenças e tabus, bem como as atitudes e os papéis definidos para homem e mulher, incorporados no contexto social onde os sujeitos estão inseridos. Neste sentido, é preciso que o enfermeiro esteja despido destas “verdades absolutas” e não as reproduza em sua prática diária.

De acordo com os pressupostos de Patterson e Zderad (1979), no encontro empático eu-tu, o enfermeiro demonstra um interesse verdadeiro no homem; deste modo, o enfermeiro desenvolve uma relação terapêutica ao estabelecer um vínculo de confiança, aumentando assim as chances de o homem verbalizar sua intimidade e, conseqüentemente, suas necessidades.

O homem hospitalizado torna-se dependente, parcial ou totalmente, da equipe de enfermagem para suprir alguma de suas necessidades de cuidado, como: higiene corporal, instalar uma sonda vesical, e outras questões que envolvem a exposição corporal. Nesta perspectiva, Cortez et al. (2010) reiteram sobre a importância do respeito, a preservação da intimidade, a preocupação e a valorização da manutenção da individualidade do cliente. Todavia, na perspectiva humanística, de acordo com Mercês e Rocha (2006), cada indivíduo é um ser único, com seus valores, costumes e crenças, que o indivíduo já traz consigo.

É por meio do corpo que o indivíduo está ligado ao universo, onde adquire experiências através das percepções, projeta significados e valores tanto do mundo em sua volta quanto aqueles advindos da cultura em que está inserido. O corpo faz do indivíduo um “ser” humano (MACIEL; OLIVEIRA; SILVA, 2011).

Portanto, é pertinente a reflexão de que o cuidado está para além do corpo, sendo imprescindível a ética e o respeito ao homem que está sendo cuidado. O atendimento a esses aspectos, quando baseados no respeito e na individualidade de cada ser humano, garante ao cliente um atendimento digno e humano.

Cortez et al. (2010) afirmam que as relações de gênero vivenciadas na prática do profissional de enfermagem podem ser vivenciadas a partir da socialização de valores capazes de determinar comportamentos profissionais reflexivos e conscientes, tanto femininos quanto masculinos, a fim de efetivar uma atenção integral à saúde comprometida com o respeito e em defesa do direito e da ética do cidadão.

Sendo assim, para Petterson e Zderad, o encontro do enfermeiro com o homem pode resultar, então, em conforto, porque a pessoa pode vir a se sentir confortável, mesmo enfrentando uma doença ou uma situação constrangedora, na medida em que há envolvimento com o outro, em relações verdadeiras.

Neste sentido, como aponta a teoria humanista, é relevante a preparação do enfermeiro para vir-a-conhecer, em que o enfermeiro deve realizar leituras e estudos sobre a saúde do homem e preparar-se para o cuidado, ampliando seu olhar no que tange à população masculina.

4.2.2 Categoria 2: Estereótipos do gênero masculino reproduzidos pelo enfermeiro no cuidado

Nesta categoria, procurou-se identificar, através da fala dos participantes, sentidos que enfermeiros atribuem ao “ser-homem”, construídos socialmente e que reforçam os estereótipos de gênero. Buscou-se explorar como tais estereótipos interferem na qualidade da assistência prestada à população masculina.

No dicionário (Rios, 2010), a palavra “estereótipo” significa argumento ou ideia já muito conhecida e repetida a respeito de um acontecimento ou pessoa. Já a palavra “gênero” diz respeito às diferenças entre homens e mulheres, construídas socialmente, que podem variar segundo a cultura, determinando o papel social atribuído ao homem e à mulher.

Deste modo, estereótipos de gênero são definidos por Coutinho et al. (2014) como uma ideia que criamos a respeito de um indivíduo partindo da diferenciação do feminino e masculino.

De acordo com o autor, uma das problemáticas desta questão consiste na necessidade de padronizar certos comportamentos pré-estabelecidos, sem questionar se esses modelos de comportamento traduzem e respeitam as especificidades de cada pessoa.

Coutinho et al. (2014) afirmam que a presença de um modelo cultural hegemônico, orientado por representações sociais machistas e sexistas, reforçam os estereótipos de gênero, potencializando o descuido dos homens com a sua saúde. Sendo assim, é imprescindível que o enfermeiro, enquanto profissional de saúde que lida diretamente com o cuidado, desconstrua tais estereótipos rígidos de masculinidades durante seu cuidado. Deste modo, irá contribuir para uma assistência qualificada à população masculina.

Das entrevistas analisadas, evidenciaram-se muitos estereótipos de gênero masculino que possuem interferência direta no cuidado, sendo colocados em 5 subcategorias: 1: “O homem fala pouco”; 2: “O homem não se cuida”; 3: “A desqualificação da dor masculina”, 4: “O cuidado associado à figura feminina”; e 5: “A sexualidade masculina”.

4.2.2.1 Subcategoria 1: “O homem fala pouco”

O homem é identificado como aquele que não expressa sentimentos, conforme observado nas falas abaixo:

Eles escondem alguns sentimentos, alguns sinais e sintomas (E.7).

Eu atendo alguns homens, eles são extremamente resistentes, eles não se sentem à vontade de falar, não sei se por vergonha ou preconceito (E.9).

Neste sentido, na visão dos participantes do estudo, o homem esconde seus sentimentos por vergonha de uma sociedade que lhe impõe uma postura de força e invulnerabilidade, não lhe dando o direito de transparecer suas fragilidades. Nesta concepção, não é permitido chorar, emocionar-se, evidenciar o medo nem a ansiedade.

Figueiredo (2005) acrescenta que essa dificuldade de verbalizar o que sente deve-se ao fato de que, ao falar dos seus problemas de saúde, ele estará demonstrando fragilidade, feminilização perante os outros, além da própria vergonha de exposição do corpo ao profissional de saúde.

Dentro dessa visão, Schaurich et al. (2005) acrescentam que é importante que o enfermeiro compreenda o pedido de ajuda singular de cada ser homem, suas necessidades particulares de expressão no mundo e com o outro, suas potencialidades e suas limitações em não-ser. Ao compreender tal singularidade, os autores afirmam que, após o encontro dialógico, o enfermeiro auxilia na possibilidade de estar-melhor no mundo, considerando a perspectiva de fazer escolhas saudáveis no vir-a-ser, reforçando o protagonismo do homem no cuidado a ser implementado.

Os enfermeiros relatam que é preciso maior persistência para conseguir extrair informações desta população.

O homem nunca consegue falar de cara... ele precisa de mais tempo (E6).

Nos meus pacientes do sexo masculino, eu preciso buscar mais, investigar mais algum achado clínico, diferente da mulher que já chega falando. E se você não perguntar, eles não falam. O homem é mais reservado, ele fala menos (E11).

Observa-se que os participantes do estudo atribuem aos homens a característica de que falam pouco. Nesta concepção, Ferreira (2013) aponta que os profissionais de saúde tendem a destinar menos do seu tempo à população masculina e oferecem poucas e breves explicações aos homens sobre mudanças de fatores de risco quando comparado com as mulheres.

Para Gomes (2011), o profissional de saúde deve compreender a ansiedade apresentada pelo paciente e procurar confortá-lo, visto que algumas vezes apenas o fato de contar com um profissional que lhe transmita segurança é suficiente para o alívio dos sintomas.

É preciso explorar o universo da masculinidade para além da dominação masculina, valorizando seus medos, dúvidas, inseguranças e incertezas, através de uma abordagem assistencial diferenciada que possibilite a desconstrução de estereótipos de gênero que perpetuam o conceito equivocado da invulnerabilidade masculina.

A perpetuação de tais estereótipos de gênero no cuidado ao homem é danosa na medida em que, ao invés de desconstruídos no imaginário dos profissionais de saúde, continuam presentes no cuidado desenvolvido. Deste modo, perpetuam-se as desigualdades de gênero no tocante às necessidades masculinas, sendo necessário rever maneiras e posturas de atenção e cuidado que ainda se baseiam numa masculinidade estereotipada (FERREIRA, 2013).

4.2.2.2 Subcategoria 2: “O homem não se cuida”

A percepção dos participantes do estudo está associada à premissa de que o homem não se cuida:

A mulher procura mais o médico, se cuida mais. O homem não (E.2).

Eu percebi que eles negligenciam um pouco mais o cuidado com a saúde (E.9).

É pertinente refletir sobre o quanto o imaginário social de gênero e seus estereótipos estão impregnados no olhar e na vivência dos profissionais de saúde. É preciso desenvolver estratégias que possibilitem a desconstrução de ideias pré-estabelecidas que disseminem o conceito equivocado de que o homem não se cuida, atribuindo-lhe a culpabilização.

Esta visão deve ser modificada para que se possa promover a qualidade de vida do segmento masculino. Afinal: o homem não se cuida ou os profissionais de saúde ainda não reconhecem os homens como sujeitos protagonistas do cuidado?

Siqueira et al. (2014) ressaltam que tal fato não é decorrente somente das questões de disponibilização de serviços, nem somente das nuances gerenciais do sistema, mas trata-se também de questões que envolvem a masculinidade, o ser homem na sociedade, as questões de gênero, a educação e os preconceitos que o envolvem. O autor enfatiza a necessidade de maior sensibilização dos gestores, profissionais e trabalhadores da saúde, usuários dos

serviços e da população em geral, no sentido de desconstruir essas concepções que interferem negativamente na saúde masculina.

Outra característica atribuída à população masculina, verbalizada pelos enfermeiros, refere-se à resistência ao tratamento, bem como a dificuldade de adesão ao mesmo:

O homem, quando está restrito, ele se sente muito impotente, mais do que a mulher. Eu vejo uma resistência muito maior nos homens em relação à aceitação da doença, restrição das atividades diárias, repouso (E.4).

[...] então quando vamos buscar a história pregressa, o que conseguimos identificar é que a maioria deles já eram hipertensos ou diabéticos e não faziam uso da medicação e não tinham adesão ao tratamento (E.10).

Esta ausência pode estar relacionada ao medo da descoberta de doenças e dos procedimentos terapêuticos que venham a ser instituídos, como também pode ser o confronto com o imaginário social da masculinidade, no qual o adoecimento e as consequências da patologia sobre o corpo são vistos como um sinal de fragilidade.

Os profissionais de saúde reconhecem a dificuldade dos homens usuários da rede pública de buscarem cuidados preventivos, procurando o serviço apenas tardiamente:

O homem nunca se previne, só quando ele tem algum sintoma que o incomoda realmente. Se não incomodar muito ele não procura (E.2).

[...] normalmente quando eles procuram atendimento eles estão com um problema maior do que se tivessem visto antes (E.7).

Primeiramente, a questão de negligenciar a parte da prevenção, fazer os exames periódicos, procurar o médico antes do adoecimento. Isso não é cultural, eles procuram o médico após o adoecimento (E.9).

Os participantes referem que os homens em idade produtiva apresentam resistência para procurar serviços de saúde, fazendo-o apenas em situações de maior gravidade. Figueiredo (2005) afirma que o sujeito masculino teme, ao procurar o serviço de saúde, descobrir uma enfermidade que possa reduzir sua capacidade produtiva, assim como a sua masculinidade. Neste sentido, os entrevistados expressam um pensamento onde o homem identifica a doença como sinal de fraqueza.

O homem vincular a doença é um sinal de fraqueza, isso é muito particular do homem. Ele se vê como incapaz – porque precisam deixar de ir trabalhar para ir se cuidar (E.10).

Sob este olhar, vemos que as questões de gênero fornecem elementos importantes para o entendimento da (in)vulnerabilidade masculina. Ferreira (2013) reforça que a negligência dos homens com os cuidados à saúde demonstra que estes desprezam o aparecimento dos primeiros sintomas até ocorrerem limitações nas atividades laborais ou cotidianas; aí sim estes buscam os serviços de saúde. Porém, este autocuidado só aparece determinado pelo padrão de masculinidade, uma vez que visam a manter o status de virilidade, força e desempenho social e não a qualidade de vida.

No que se refere às atividades laborais, os participantes trouxeram a posição de provedores da família atrelada ao déficit do cuidado.

Ele diz que não tem tempo, que trabalha, que a vida dele é corrida que precisa cuidar da família. E ele esquece um pouco de se cuidar, pois ele acha que nunca vai ficar doente (E2).

Colocam-se como provedor da família e não cuidam da saúde deles. É um grande desafio (E10).

Para o homem como provedor do lar, é difícil aceitar se der ao luxo de ficar doente (E13).

O trabalho é um importante fator na constituição da identidade masculina e é considerado, muitas vezes, uma prioridade que conflita com a procura por serviços de saúde ou com a continuidade de tratamentos iniciados (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

No entanto, uma vez reconhecido tal estereótipo de gênero como algo que reflete na dificuldade de acesso, o enfermeiro pode desenvolver estratégias de saúde que contornem essas dificuldades. Albuquerque et al. (2014) afirmam que a atuação da equipe de saúde, com destaque para o profissional enfermeiro, é indispensável para transformar este cenário ao formular estratégias de saúde que considerem as especificidades masculinas, como, por exemplo, formular medidas de rastreamento com os agentes de saúde para exames e consultas de rotina.

Em uma pesquisa multicêntrica realizada por Couto et al. (2010) em serviços da atenção primária de quatro estados brasileiros, verificou-se maior presença dos homens em unidades com horário de funcionamento expandido, como aos sábados e à noite, o que sugere que restrições ligadas aos horários de trabalho influenciam o acesso aos serviços.

Cabe ressaltar que, se por um lado os homens não tiveram seu corpo controlado na perspectiva da reprodução, tal como as mulheres, não se pode esquecer, segundo Schraiber e Figueiredo (2011), o que representa a operação redutora do corpo masculino à sua força física (força de trabalho de um corpo-máquina) – uma forma de controle do corpo masculino. Para

os autores, tal controle é dado de forma inversa ao das mulheres, em que não se valoriza a possibilidade de se cuidar, mas sim a não necessidade de cuidado contínuo, restando apenas a “reposição de peças” quando elas já não estão dando conta do trabalho social. Partindo deste pressuposto, observa-se como as representações sociais atribuídas aos estereótipos de gênero comprometem o cuidado à população masculina, uma vez que a promoção, a prevenção e o cuidado de si não são valorizados como questão de saúde.

Neste sentido, na visão dos homens, Ferreira (2013) afirma que estes não se acham no direito de faltar o trabalho para ir a um atendimento de saúde, pois, aliada à cultura do não autocuidado, está a imposição social do homem como provedor da família, e que não pode arriscar sua imagem no ambiente de trabalho por conta do cuidado à saúde, já que está momentaneamente assintomático.

4.2.2.3 Subcategoria 3: A desqualificação da dor masculina

Na análise do discurso dos entrevistados, outro estereótipo de gênero foi identificado:

O homem tem algumas características específicas [...] é o cara que não sente dor e quando sentem, alguns profissionais o veem como frouxo (E.16).

Tem também o machismo... O homem não pode sentir dor (E.10).

Observa-se que o entrevistado 16, em sua fala, reforça que o homem é “aquele que não sente dor”, reproduzindo em seu discurso um estereótipo de gênero. Neste sentido, Siqueira et al. (2014) destaca a representação reducionista de alguns profissionais de saúde em relação ao homem, perpetuada através do modelo machista hegemônico que aprisiona o homem à ideia do ser forte, viril, invulnerável, percebendo o homem por aquele que não sente dor e, por conseguinte, desqualificando a dor masculina em sua prática diária.

Muitas vezes, essa conduta se relaciona ao despreparo desses profissionais para trabalhar com as necessidades de saúde específicas da população masculina, reflexo de uma significação social limitada, mobilizando poucos afetos no cuidado a esse público (SIQUEIRA et al., 2014).

No que tange ao comportamento masculino em relação à dor, conforme a fala abaixo, observamos que tais estereótipos são reproduzidos desde a infância através da educação dos pais:

Quando ele é criança, ele é educado de modo que não pode sentir dor. “Você está chorando por quê? Não é homem não?”. Então, quando ele cresce... ele esconde sua dor (E.16).

Logo, podemos observar que valores e crenças atribuídos aos significados de ser homem influenciam tanto na percepção do profissional diante da dor do homem, quanto no modo como o homem assistido vivencia essa dor. Deste modo, destaca-se a necessidade de refletir sobre a dor masculina, quebrando este estereotipo de que o homem não sente dor, compreendendo valores culturais do modo como o homem vivencia essa dor, bem como refletindo a própria postura enquanto profissional de enfermagem.

Portanto, ao abordar o homem em quadro álgico, cabe ao enfermeiro dedicar atenção a esta demanda, criando estratégias de atuação no manejo da dor e considerando as particularidades da população masculina. Couto et al. (2010) destacam a necessidade de criar um ambiente acolhedor, estar disponível, através da sua presença, atenção, cuidado, ajuda e informação, apoiando-o emocionalmente, proporcionando uma proximidade afetiva e favorecendo as trocas significativas entre paciente e profissional. O enfermeiro deve, ainda, estimular que o homem verbalize seus medos e suas fragilidades, desconstruindo este paradigma em que o homem não pode sentir dor.

4.2.2.4 Subcategoria 4: “O cuidado associado à figura feminina”

Outro estereótipo que surge nas entrevistas traz o cuidado associado à figura feminina:

Os mesmos envolvem a esposa no cuidado, pois se sentem inseguros, são dependentes da mãe ou da esposa (E.9).

Muitas vezes alguns homens são dirigidos a cuidar de sua saúde por intermédio de suas companheiras (E.13).

Passos, Pereira e Nietck (2015) trazem dados de uma pesquisa realizada numa unidade de saúde de Londrina, em que mostram que os cuidadores de doentes internados em uma

clínica médica são, em sua maioria (88%), do sexo feminino. A maioria deste percentual (70%) é composta por filhas ou por esposas de pacientes internados neste hospital.

A elevada incidência da figura feminina deve-se ao fato de que, em nossa sociedade, o “cuidado” é papel considerado feminino e as mulheres são educadas, desde muito cedo, para desempenharem e se responsabilizarem por este papel (MEDRADO; LYRA; AZEVEDO, 2011).

Neste cenário, os entrevistados associaram a presença da família como algo positivo, sendo destacado o gênero feminino:

O homem geralmente está bem amparado pela família, mesmo durante uma internação [...] é comum você ver a companheira, a esposa, e o contrário não é tão comum (E.12).

É oportuno destacar que nestas e em outras falas durante a entrevista, os cônjuges apareceram todos na figura da mulher, configurando a heteronormatividade implícita nos serviços de saúde. Tal achado pode estar relacionado com a inabilidade dos enfermeiros em lidar com questões relativas ao gênero e orientação sexual, pois, como afirmam Reis e Pinho (2016), existem muitas formas de relacionamento além do modelo binário homem/mulher.

O homem é entendido na lógica da heteronormatividade. Nesse sentido, MELLO et al. (2011) destacam ser impreterível a efetivação dos princípios constitutivos do Sistema Único de Saúde (SUS), de universalidade, integralidade e equidade, expressos em políticas públicas que promovam o enfrentamento da heteronormatividade nos serviços de saúde. Do contrário, continuarão a existir barreiras simbólicas, morais e estéticas, ainda que sutis, nestes estabelecimentos. Ademais, percebe-se a escassez de pesquisas que abordem o assunto, logo, recomenda-se o estímulo a estudos que busquem conhecer mais sobre a heteronormatividade nos serviços de saúde.

Acrescento que os estudos sobre acompanhante do gênero masculino é quase que inexistente, porém é uma demanda que vem crescendo significativamente (ZAGABRIA, 2013). A autora afirma que as novas configurações familiares que emergem das alterações ocorridas na sociedade estão promovendo mudanças do homem no espaço social, possibilitando a estas novas demandas, entre elas o cuidado de doentes crônicos através do compartilhamento de papéis entre gênero, conseqüentemente, rompendo paradigmas sociais que, em determinados momentos da história, estavam solidificados na figura da mulher.

4.2.2.5 Subcategoria 5: “O valor da sexualidade masculina”

Para contribuir para a discussão a respeito da sexualidade masculina, define-se sexualidade como:

Um aspecto central do ser humano durante toda sua vida e abrange o sexo, as identidades e os papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experimentada e expressada nos pensamentos, nas fantasias, nos desejos, na opinião, nas atitudes, nos valores, nos comportamentos, nas práticas, nos papéis e nos relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas estas dimensões, nem todas são sempre experimentadas ou expressadas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Gomes (2011) destaca que as fronteiras e tensões entre estes conceitos – sexo, sexualidade, gênero, masculinidade – nem sempre são nítidas e, na maior parte das vezes, carregam fortes conotações ético-políticas. O autor afirma que a sexualidade masculina reflete um cenário histórico, socialmente construído, e acrescenta que a compreensão do que vem a ser sexualmente saudável depende da própria noção individual e do que é considerado adequado socialmente.

Os enfermeiros apontam a dificuldade do homem em expor suas dúvidas relativas à sexualidade durante o atendimento de enfermagem:

A maioria dos pacientes homens ainda tem como tabu expor suas dúvidas sexuais (E13).

Tem muitas coisas que eles não têm coragem de falar, você percebe que ele está com vergonha de falar coisas relacionadas ao órgão genital ou coisas relacionadas à vida sexual dele (E.17).

Santos, P. H. B. (2015) afirma que alguns homens têm vergonha de expor suas necessidades com medo de demonstrar fragilidade. O autor associa esta vergonha às questões culturais e à falta de hábito de se expor a um profissional de saúde. Conseqüentemente, as necessidades referentes à sua sexualidade não são verbalizadas e perde-se um momento oportuno para o esclarecimento de dúvidas e promoção da saúde sexual.

Como contraponto, o profissional de enfermagem também traz a dificuldade de lidar com essas questões e, de alguma forma, acabam demonstrando desinteresse pelo tema, levando o homem a não falar sobre suas dúvidas, incertezas e medos.

Amador (2010) traz que os homens, quando falam de sexo em seu convívio social, fazem-no de forma exagerada ou estereotipada e omitem suas vidas pessoais, dúvidas e reais anseios. Bruns e Grassi (1994) acrescentam que a liberdade dos homens de se expressarem publicamente, seja no serviço, nas ruas, com os amigos, etc., esconde, em sua vida particular e em sua intimidade, um misterioso silêncio. Este comportamento masculino está relacionado a estereótipos sociais em que eles são vistos como sabedores e conhecedores de tudo sobre sexo, não tendo dúvidas nem dificuldades.

Faltam espaços sociais onde os homens possam demonstrar verdadeiramente seus limites, dificuldades e dúvidas (AMADOR, 2010).

Portanto, é preciso estabelecer estratégias para romper este déficit. No que se refere aos cuidados de enfermagem, com base na teoria humanista de Paterson e Zderad, podemos inferir que esta ausência pode estar correlacionada à inexistência da relação eu-tu entre enfermeiro e homem assistido, refletindo em um déficit de interesse nas necessidades do outro, para além do que é verbalizado. Na fala abaixo, observamos este déficit de abordagem sobre o assunto:

[...] os enfermeiros não abordam este assunto (sexualidade) com os homens. Por exemplo, sexo nos homens colostomizados, os enfermeiros não abordam esse assunto e eles ficam com dúvidas (E.4).

Schraiber e Figueiredo (2011) reiteram este raciocínio, afirmando que a sexualidade masculina é uma temática pouco problematizada na saúde dos homens e atribuem tal falta de problematização ao despreparo profissional. No entanto, embora seja pouco recorrente nas consultas, os enfermeiros reconhecem que a sexualidade é fundamental para o homem, implicando diretamente em sua qualidade de vida, conforme o relato a seguir:

Quando adoece, o homem se preocupa [...] se isso irá afetar a sua sexualidade (E13).

Sendo, inclusive, muitas vezes a motivação para a procura da unidade saúde, conforme a fala abaixo:

Existem aqueles em que no ápice do desespero não encontram outra saída e procuram os serviços de saúde, ainda mais quando a doença interfere na sua vida sexual (E.13).

Assim, no tocante à dúvida quanto à sexualidade, pode-se inferir que o homem não verbaliza e, por sua vez, o enfermeiro não pergunta. Tais achados nos conduzem a uma

reflexão: se a sexualidade é um tema relevante para a população masculina, por que os homens verbalizam pouco sobre a temática no momento em que estão internados e durante os atendimentos de enfermagem?

Para Ressel e Gualda (2002), a sexualidade vem sendo vivenciada pelos enfermeiros através de uma espécie de invisibilidade, ou como dizem, por uma “cortina de fumaça”, que oblitera a visão, desviando e ocultando o assunto. Baseado nestas explicações, cabe a reflexão: será que os homens verbalizam pouco sobre sexualidade porque o enfermeiro, devido ao despreparo em lidar com tais necessidades, omite de seu atendimento questões referentes à sexualidade masculina? Se, de acordo com os entrevistados, a sexualidade é algo tão importante para a população masculina, é natural que esta possua também muitas dúvidas sobre o referido assunto.

Nessa perspectiva, é preciso reconstruir a ótica da sexualidade masculina e suas representações sociais, considerando-a como componente essencial na integralidade do cuidado (GARCIA; LISBOA, 2012). É preciso parar de se esconder atrás desta premissa de que o homem sente vergonha de verbalizar assuntos referentes à sua sexualidade, muitas vezes até culpabilizando-o. Os enfermeiros precisam sair desta “zona de conforto” e abordar este assunto durante seu contato com o paciente e dar a chance ao homem de verbalizar dúvidas caso essa sejam sua necessidade, mas, para tal, faz-se necessário estar preparado para esse diálogo.

Ferreira e Figueiredo (1997) descrevem que a sexualidade vem sendo tratada, no discurso teórico da enfermagem, como uma necessidade humana básica e, portanto, referida como merecedora de atenção no atendimento das necessidades de saúde do homem. Porém, na prática, a sexualidade não tem sido considerada na assistência de enfermagem, conforme afirmam Melo e Carvalho (2015), ou, quando abordada, é feito sob uma perspectiva patologizante de risco ou danos à saúde (RESSEL; GUALDA, 2002). Entretanto, o que é necessário para essa mudança de paradigma?

Garcia e Lisboa (2012) destacam a importância da qualificação profissional para atender tais necessidades relativas à sexualidade. A mesma entrevistada complementa este raciocínio:

Falar sobre sexo com o homem demandou de mim enquanto enfermeira um estudo maior, de como orientar esse paciente, de como apoiá-lo. Para que possa se sentir acolhido e ter mais liberdade para se colocar (E18).

O desenvolvimento de competência para dar assistência ao cliente nesta área é responsabilidade das instituições formadoras, assim como do próprio profissional. Para isso, Melo e Carvalho (2015) sugerem que o assunto Sexualidade Humana deve ser abordado no currículo de graduação em Enfermagem não só como uma disciplina específica, mas também como tema transversal, englobando aspectos referentes à fisiologia da resposta sexual humana, a abordagem da autoimagem sexual e do papel social e sexual.

No entanto, a dessexualização do corpo, segundo Ferreira e Figueiredo (1997) acontece gradativamente na formação do enfermeiro, desde o curso de graduação, e solidifica-se no decorrer da carreira desses profissionais, uma vez que, na prestação do cuidado direto, a sexualidade do paciente e de si próprio é muitas vezes encoberta.

Gomes (2003) afirma que negligenciar esta necessidade poderá refletir na saúde do homem, ratificado na fala abaixo:

O enfermeiro tem que saber lidar com este tema, senão o homem vai omitir e dizer que está tudo bem, quando na verdade não está (E6).

Desta forma, o enfermeiro precisa se sensibilizar de que esta é uma necessidade masculina, ainda que com frequência não expressada. E faz-se necessário um olhar ampliado, conforme descrito na fala abaixo:

Quando bem acolhidos, eles se sentem à vontade para falar sobre esses assuntos ligados à sexualidade (E18).

Nesta perspectiva, Garcia e Lisboa (2012) enfatizam o estabelecimento de vínculo entre enfermeiro e o homem como um facilitador na abordagem de assuntos relativos à sexualidade, facilitando as discussões e a educação em saúde, envolvendo, para além dos aspectos biológicos, também os sociais, culturais e psicológicos. Os autores propõem ainda que os enfermeiros, durante seu atendimento, incluam questões referentes à sexualidade: anatomia do aparelho reprodutor masculino, resposta sexual humana (feminina e masculina), erotização, e outros, auxiliando os clientes no seu autoconhecimento e autocuidado, com vistas a resgatar seu potencial sexual e, conseqüentemente, seu potencial de saúde.

Garcia e Lisboa (2012) destacam a necessidade de confrontar *scripts* sexuais, desmistificando crenças e tabus que interferem no exercício da sexualidade. Destacando, conforme o referido, que não existe um padrão de normalidade a ser seguido. No entanto, isto

é desafiador, visto que muitas vezes o próprio enfermeiro possui dificuldades para compreender e desconstruir tais preconceitos.

O enfermeiro precisa estar preparado para lidar com as diferentes formas de expressão de masculinidades. Albuquerque et al. (2013) indicam, como obstáculo, a heteronormatividade institucional em que se reproduz a heterossexualidade como padrão hegemônico e as demais orientações sexuais são marginalizadas. Os autores afirmam que, no Brasil, ainda é escasso o conhecimento das necessidades de saúde da população homossexual.

Estudos apontam que a população em questão apresenta resistência à procura dos serviços de saúde, o que, em suma, evidencia o contexto discriminatório existente, organizado em função de uma heterossexualidade presumida, da falta de qualificação e do preconceito dos profissionais de saúde para atender a essa demanda (BARBOSA; FACCHINI, 2009). Logo, é preciso sensibilizar os profissionais da saúde quanto ao atendimento livre de preconceitos e julgamentos.

4.2.3 Categoria 3: A promoção do cuidado integral ao homem na perspectiva do enfermeiro: obstáculos e desafios

Esta categoria aborda como o enfermeiro pode promover o cuidado integral durante a assistência prestada à população masculina, destacando as dificuldades, os desafios e os instrumentos facilitadores. Após discorrer sobre a problemática, buscou-se elaborar um modelo teórico do processo de enfermagem à luz da teoria humanista, de modo a nortear o enfermeiro na prestação do cuidado integral durante a assistência prestada.

Para contextualizar a discussão, considera-se, de acordo com as concepções de Sousa (2017), que cuidado integral é produto final dos múltiplos cuidados ofertados pela equipe de enfermagem e equipe multiprofissional, bem como das relações estabelecidas entre os profissionais integrantes dessas equipes. Pinho et al. (2007) afirmam que tal cuidado advém de uma assistência livre de reducionismo; com uma visão abrangente do ser humano, tratando-o não somente como ser doente, mas como pessoa dotada de sentimentos, desejos e aflições.

Cecílio e Merhy (2003) acrescentam que a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que ela seja alcançada da forma mais completa possível,

envolvendo o trabalho da equipe de saúde, com seus múltiplos saberes e práticas. Os autores propõem, portanto, a maior integralidade possível na abordagem de cada profissional.

Nesta perspectiva, o enfermeiro, enquanto membro da equipe multidisciplinar que desenvolve ações diretas neste cuidado, tem uma relevante atribuição na promoção da saúde da população masculina. Apesar disto, observou-se que os entrevistados apresentaram dificuldade para responder quando questionados sobre como cuidar integralmente do homem. Pode-se perceber essas dificuldades através das seguintes falas:

Eu não sei. Acho muito difícil para o enfermeiro pensar no cuidado integral ao homem (E1).

É muito complexo! (E9).

Dessas e outras falas advindas do discurso dos enfermeiros ao serem questionados sobre o cuidado integral à população masculina, infere-se que os profissionais apresentam dificuldade de entender integralidade e correlacioná-la à sua prática profissional. Em sua maioria, os discursos são acompanhados de dúvidas, demonstrando inclusive uma ausência de reflexão prévia acerca do significado. Conforme a fala a seguir:

O cuidado integral me faz pensar por um lado que nunca havia pensado antes (E.9).

De uma forma geral, nunca parei para pensar como cuidar integralmente do homem considerando suas especificidades (E.14).

Sendo assim, Albuquerque et al. (2014) destacam a importância de realizar estudos neste campo complexo que é o cuidado integral em saúde, a partir de um contexto ainda mais difícil que é a atenção terciária, mais precisamente o cuidado de enfermagem a homens hospitalizados. Inúmeros são os desafios de incorporar o cuidado integral na assistência à saúde, desde a falta de entendimento sobre o assunto, como o enfoque biomédico que é reproduzido desde os tempos da graduação, que nos impedem de compreender o paciente de forma ampliada sem fragmentá-lo.

Corroborando este raciocínio, Cunha (2007) afirma que ainda existem, nas práticas hospitalares, o predomínio do modelo médico hegemônico, que fragmenta o indivíduo em partes biológicas. As falas abaixo reiteram este raciocínio:

A gente vê as coisas de uma forma mecanizada (E9).

Acho que falta esse olhar diferenciado [...] a gente foca muito na doença em si (E5).

Assim, o cuidado integral é o grande desafio, pois exige dos enfermeiros um raciocínio crítico que não pode se limitar a uma área do conhecimento, assim como se faz necessário também envolver o usuário nas decisões que dizem respeito à condução das ações. É importante ser um profissional que esteja contextualizado no mundo atual, trazendo a leitura da ética como um fator primordial para desenvolver o cuidado.

Para tal, a compreensão das necessidades de forma individualizada é necessária para a implementação do cuidado integral, conforme destacado nas falas abaixo:

O enfermeiro tem sim como promover a integralidade da assistência ao homem, considerando as particularidades desta clientela (E.10).

É necessário entender o universo masculino e suas limitações de inserção no sistema de saúde (E.12).

Neste sentido, Silva, Batistella e Gomes (2007) afirmam que as necessidades de saúde devem ser visualizadas pelos profissionais sob uma ótica ampliada, como forma de expressão da cultura, dos valores, dos projetos e desejos dos sujeitos tanto individuais quanto coletivos. A perspectiva relacional de gênero incorpora-se à assistência de enfermagem, trazendo um olhar crítico e diferenciado para as diferenças entre os gêneros em relação aos cuidados com a saúde. Tais diferenças merecem ser estudadas e compreendidas, pois envolvem múltiplos e profundos questionamentos e análises socioculturais.

Assim sendo, a perspectiva de gênero poderá trazer contribuições para o cuidado integral ao auxiliar no planejamento de práticas assistenciais que considerem as singularidades do público masculino e o desenvolvimento de ações que contribuam para a melhoria das condições de saúde dessa população. De modo que, segundo Schraiber e Figueiredo (2011), reordena o que a tradição biomédica construiu, enfatizando um cuidado que não seja reduzido ao aparelho ou ao sistema biológico masculino, pois tal redução cria silenciamentos e tampouco satisfaz verdadeiramente as necessidades da população masculina.

Foram identificados, através das falas dos entrevistados, elementos potencializadores para a promoção do cuidado integral à população masculina. Ao serem abordados sobre como cuidar de forma integral do homem, os enfermeiros apontaram a consulta de enfermagem como um fator de grande relevância:

Realizando uma boa consulta de enfermagem você pode estar ajudando (E.2).

O enfermeiro pode promover a integralidade fazendo a consulta de enfermagem, para conhecer as suas reais demandas. Isso é importante (E.6).

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), os enfermeiros realizam a consulta de enfermagem identificando situações de saúde/doença, momento esse que se prescrevem e se implementam medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção da saúde, prevenção de doenças, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. Neste sentido, a consulta de enfermagem se configura como um momento oportuno para identificar as reais demandas do homem de forma individualizada.

Espera-se que os profissionais de saúde tenham um olhar mais atento a seus pacientes, não restringindo suas observações à relação saúde-doença, mas interpretando os vários fatores que intervêm nela (ALBUQUERQUE et al., 2014).

No que se refere à integralidade do cuidado à população masculina, destaca-se ainda a importância do diálogo, como indica a fala a seguir:

O diálogo é uma parte muito importante. O princípio de tudo (E.3).

Paterson e Zderad (1979) entendem o diálogo como a essência de mundo da vida da enfermagem, essência essa que permite a abertura para o encontro autêntico e genuíno na relação de quem cuida para quem é cuidado. O diálogo, mediado pela presença ativa, pelo ato de perguntar e responder e pelo compartilhar de vivências, experiências e sentimentos entre os seres envolvidos, dá a oportunidade do vir-a-ser de ambos, por meio da reciprocidade. A integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do enfermeiro ao buscar reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos homens no que diz respeito à sua saúde.

Nesse sentido, a enfermagem humanística pode auxiliar a desenvolver um dos fundamentos essenciais para a prática do cuidado: o dialógico. De acordo com SCHWARZ et al. (2012), o encontro de cuidado estabelecido pelo enfermeiro com o homem poderá auxiliar na compreensão de suas peculiaridades, suas necessidades, seus conhecimentos, suas dificuldades e/ou facilidades como ser individual e coletivo. Para além disso, o diálogo propiciará a construção conjunta de saberes e práticas, restabelecendo e mantendo sua condição saudável, bem como o fortalecimento do respeito e cumplicidade.

Outro recurso identificado nas falas dos entrevistados foi a comunicação não verbal. Em suas falas, os profissionais relataram que, através dela, é possível identificar sentimentos e emoções não verbalizados:

Às vezes o paciente não quer falar, mas está com o semblante triste [...] e você reconhece que tem algo errado (E.3).

Às vezes o homem não está muito a fim de falar, então eu observo o que não é dito [...] os gestos, o olhar apreensivo [...] é importante o enfermeiro estar atento aos sinais não verbais também (E.16).

Para que se estabeleça uma relação autêntica entre enfermeiro e cliente, um instrumento privilegiado é a comunicação. No entanto, muitas vezes o cliente não tem condições de expressar claramente o que está vivenciando.

Nesta perspectiva, Cezar (2012) relata que o enfermeiro, em seu cotidiano, deve estar atento às necessidades mais silenciosas: aquelas que não são verbalizadas. Corroborando esta afirmativa, Mercês e Rocha (2006), ao refletirem à luz de Paterson e Zderad, afirmam que o enfermeiro pode intervir e dialogar, surgindo uma relação intersubjetiva entre quem cuida e quem é cuidado. Numa perspectiva holística, a subjetividade do usuário é considerada e a comunicação não verbal passa a ter um papel importante no cuidado, como elemento de acesso aos valores culturais e pessoais do homem assistido.

Outro fator identificado como relevante para a promoção da integralidade na assistência à população masculina é o vínculo estabelecido entre o profissional e a pessoa que ele assiste. Ferreira (2013) reconhece que o estabelecimento de vínculos é essencial nos atendimentos de saúde.

Ele precisa de um vínculo maior com o profissional (E6).

[...] quando se sentem seguros com o profissional de saúde, se entregam e conseguem expor todas as suas dúvidas e abrem quanto a seus receios (E13).

Assim, para melhor entender o vínculo no contexto da saúde, recorreremos às contribuições de Brunello et al. (2010), que definem vínculo como a relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e o paciente, permitindo criações de laços, facilitando a continuidade do tratamento e, conseqüentemente, evitando consultas e intervenções desnecessárias. Neste caso, os autores afirmam que o doente se sente mais seguro com o profissional de saúde por perceber-se aceito e próximo dos profissionais que se responsabilizam pelo seu bem-estar de modo genuíno.

A noção de vínculo nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso, pois ela está em consonância com os sentidos de integralidade. Criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que levam à sensibilização com o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática, nem impessoal.

Neste sentido, Silva (2013) reconhece que o enfermeiro, por compor a linha de frente do cuidado ao homem hospitalizado, tem o potencial de implementar uma assistência capaz de reconhecer mais integralmente suas necessidades de saúde. No ambiente hospitalar, é importante promover um relacionamento terapêutico com o intuito de compreender este homem como ser individual. Para tal, é imprescindível escutar o cliente e ter sensibilidade para compreender e respeitar as particularidades encontradas em cada um.

Gomes (2011) afirma que a essência dessa individualidade pode ser constatada através das experiências vivenciadas por cada ser humano, ou seja, cada pessoa possui uma visão particular dos acontecimentos da vida e, através desta, constrói suas opiniões e crenças. Nesse âmbito, a enfermagem humanística dá o direito de escolha ao cliente. Conforme é proposto por essa teoria, o enfermeiro aponta as possibilidades favoráveis e desfavoráveis e, a partir daí, vem a autonomia do paciente em escolher, evidenciando, assim, outra característica da teoria, que consiste no poder de escolha do indivíduo em relação à condução do seu tratamento.

Essa possibilidade de escolha é importante ferramenta na otimização da interação enfermeiro-paciente por meio do respeito, ou seja, não devendo haver a sobreposição da vontade de um (enfermeiro) à vontade do outro (cliente), independente dos desdobramentos das opiniões de ser o melhor para o paciente ou não (GOMES, 2011).

Embora seja difícil seguir um tratamento de longa duração e que exige mudança nos hábitos de vida, muitos trabalhadores, quando se vinculam a um serviço e/ou profissional de saúde, demonstram desejo de seguir as orientações e, na medida do possível, mudam hábitos para melhor controle da doença crônica.

O vínculo é um dos princípios norteadores do trabalho na atenção básica, definido, nos documentos oficiais, como a “construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de coresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2010). Porém, no que se refere à atenção secundária, o vínculo é igualmente relevante. É necessário que haja uma interação efetiva entre quem cuida e quem vai ser cuidado. Considero que esse é oportuno, de empatia, de troca, de participação, de reflexão, em que o profissional precisa considerar a menor informação que seja, pois pode ser muito importante para o planejamento das intervenções de enfermagem.

Nas concepções da Teoria Humanística, Mercês e Rocha (2006) compreendem que nesse encontro em que há alguém para atender e alguém para ser atendido, o enfermeiro busca conhecer o cliente, mas também é importante que se mostre, se deixe conhecer, para que a

relação aconteça de forma positiva e se estabeleça a confiança. A referida teoria nos possibilita refletir sobre o desvelar de outros caminhos, propiciando compreender o outro de forma autêntica e genuína. Essa percepção vivida pode ser alcançada no momento em que o ser que cuida em enfermagem vislumbra o homem como único e singular em sua existencialidade.

Cabe destacar que a relação estabelecida entre enfermeiro e paciente não deve gerar uma dependência, uma vez que, de acordo com Brunello et al. (2010), o vínculo deve servir para estimular o homem quanto ao autocuidado, conferindo-lhe autonomia e promovendo sua saúde e bem-estar.

No que concerne à promoção da saúde à população masculina, os entrevistados reconhecem um déficit, conforme expresso nas falas a seguir:

Faltam atividades de promoção da saúde, esse precisa ser o foco das nossas ações (E9).

É necessário captar esses homens principalmente através da Atenção Básica de Saúde para que não cheguem à atenção secundária já com uma doença crônica(E10).

Que haja estratégias para captar esses homens e educação popular para que eles entendam a necessidade de cuidar da sua saúde (E10).

Neste contexto, quanto à promoção da saúde masculina, Cecílio e Merhy (2003) afirmam que o hospital pode ser entendido como uma estação pela qual circulam os mais variados tipos de pessoas, portadoras das mais diferentes necessidades, em diferentes momentos de suas vidas singulares. Por isso, é nesse espaço que a integralidade enquanto princípio e condutora de novas práticas se materializa:

Por exemplo, o momento de alta de cada paciente deve ser pensado como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, não apenas de forma burocrática, cumprindo um papel de contra referência, mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária àquele paciente específico. O período da internação pode, inclusive, ser aproveitado para apoiar o paciente na direção de conquistar uma maior autonomia e na reconstrução de seu modo de andar a vida (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 5).

Cavalcanti et al. (2014) observaram que os homens visualizavam apenas a figura do médico e a procura de serviços curativos, desconhecendo a saúde preventiva e o papel da enfermagem na atenção básica. O modelo assistencial curativo, centrado na figura do médico, ainda permanece nos dias atuais, principalmente na visão da população masculina. A

literatura de enfermagem disponível voltada para a temática saúde do homem ainda é restrita e trabalha sob a lógica da prevenção de doenças.

Um estudo realizado por Schraiber, Gomes e Couto (2005) em quatro estados brasileiros, para a avaliação do cuidado prestado a homens nas unidades básicas de saúde, identificou que elas têm seu funcionamento centrado na consulta médica individual, rápida e focalizada na queixa e no tratamento das doenças. O contexto em que o usuário vive não é abordado e, em geral, não são desenvolvidas ações de prevenção e promoção de saúde. E quando são desenvolvidas práticas educativas, elas têm caráter disciplinador e autoritário. Tal concepção explicita o distanciamento do que realmente é priorizado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no atendimento ao usuário do sexo masculino, na promoção da saúde que envolva o modo de vida desse sujeito, singular e único.

A PNAISH afirma ser necessário que haja ações preventivas específicas para a população masculina para que as elevadas incidências de morbimortalidades prevalentes nesta população possam ser diminuídas. Esse aspecto aponta para a relevância de ações de educação permanente, ações educativas voltadas para a concepção de saúde ampliada e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais, tomando como referência as necessidades da população masculina. Para tanto, é necessário educar e sensibilizar os homens para a importância das medidas de prevenção de doenças e manutenção da saúde, para que possam transformar-se em protagonistas de seu próprio cuidado (BRASIL, 2009a).

Segundo Ferreira (2013), uma estratégia que pode ser adotada pelos profissionais para efetuar mudança de comportamentos nos homens seria a organização de atividades assistenciais da atenção básica nos próprios locais de trabalho dos homens. Outra possibilidade seria envolver os profissionais nos domicílios e outros locais que a maioria dos homens frequenta como estádios, sindicatos, com o objetivo de motivá-los ao autocuidado.

Exemplo dessa interação dos profissionais/serviços de saúde com a sociedade civil pode ser visto no Rio de Janeiro durante a campanha Novembro Azul, em 2018, em que o CASH promoveu ações de saúde voltadas ao público masculino. Foram realizadas atividades com o objetivo de informar e promover a melhora da qualidade de saúde dos homens, como aferição da pressão arterial, realização de exames, avaliação do risco cardiovascular, dentre outras ações, todas realizadas gratuitamente. O evento contou com cerca de 15 mil homens, o que desmistifica também a premissa de que o homem não se cuida.

É preciso, portanto, que os enfermeiros contemplem, em sua prática, a perspectiva de gênero, a fim de encontrar subsídios que driblem toda essa complexidade que envolve o


mundo de masculinidades. É necessário quebrar essa representação social enraizada sobre os homens e sua relação com a saúde, desmistificando preconceitos e estereótipos estabelecidos.

Nesse sentido, a utilização da Teoria de Enfermagem Humanística possibilita o desvelar de outros caminhos para o cuidado do homem, propiciando compreendê-lo de forma autêntica e genuína. Essa percepção vivida pode ser alcançada no momento em que o ser que cuida em enfermagem vislumbra o homem como único e singular em sua existencialidade, vendo-o como unidade com necessidades de cuidado, atenção, respeito e solidariedade (MERCÊS; ROCHA, 2009).




Dentro dessa visão, Schaurich et al. (2005) colaboram afirmando que o enfermeiro, ao compreender a importância da relação, do diálogo, do estar-com, da reciprocidade, do encontro de cuidado, da capacidade de ser mais inerente a si e ao outro, estará auxiliando a ressignificação do cuidado ao homem, permitindo reestruturá-lo perante as transformações experienciadas na contemporaneidade. Para tal mudança de paradigma, os referidos autores afirmam ser necessário ao ser que cuida (enfermeiro) estar despido de preconceitos, de pré-julgamentos, de concepções, consoante o apresentado por Paterson e Zderad.

Desta forma, mediante as reflexões acima descritas, propõe-se a elaboração do seguinte modelo teórico do processo de enfermagem à luz da Teoria Humanista:

Quadro 5 – A aplicabilidade da teoria humanista no cuidado integral ao homem (continua)

Fase 1: Preparação da enfermeira para vir-a-conhecer
Revela-se aberta e disponível a conhecer o outro
Mostra-se livre de preconceitos e julgamentos
Avalia seu próprio conhecimento acerca do tema
Procura realizar leituras e estudos sobre a natureza dos homens e a perspectiva de gênero

Fase 2: A enfermeira conhece intuitivamente o outro
O momento em que o encontro entre “eu-tu” acontece
Encontro dialógico acontece
Valoriza a perspectiva de mundo do outro e compreender que diferentes homens possuem diferentes necessidades
Enfoque no relacionamento interpessoal
Atenção à comunicação não verbal

Quadro 5 – A aplicabilidade da teoria humanista no cuidado integral ao homem (conclusão)

É realizada a consulta de enfermagem e a coleta de dados sobre o homem a ser assistido

Fase 3: A enfermeira conhece cientificamente o outro
O diagnóstico de enfermagem é traçado após a fase anterior
Momento de reflexão e análise do encontro entre enfermeiro e paciente
A enfermeira planeja a assistência de forma individualizada mediante os conhecimentos prévios acerca da perspectiva de mundo do homem

Fase 4: A sucessão interna da enfermeira a partir de muitos para um único paradoxal
Compreende a relação, a comparação e o contraste entre as experiências vivenciadas, a fim de ampliar a compreensão de enfermagem acerca do outro
Reflete sobre o cuidado considerando realidades existentes, as diversas masculinidades e possibilidades de ser homem

Fase 5: A sucessão interna da enfermeira a partir de muitos para um único paradoxal
A enfermeira reflete o momento vivido e experienciado a partir da fusão do conhecimento intuitivo e do científico, em um significado geral para o cuidado
A enfermeira avalia os resultados alcançados
A enfermeira verifica a necessidade de mudanças ou adaptações
A compreensão, acerca do cuidar do homem, apresenta-se além de suas concepções prévias e dos novos conhecimentos adquiridos, por envolver o entendimento de antigas e novas verdades, refletindo em uma unificação de ideias, ressignificando então a sua própria experiência de vida

Fonte: A autora, 2019.

Na primeira fase, conforme descrito acima, o enfermeiro lança-se ao desafio de abrir-se à experiência única entre ele e outro ser humano, munindo-se de instrumentos para expor-se a inusitadas situações (LÚCIO; PAGLIUCA; CARDOSO, 2008). Os autores afirmam que os sujeitos envolvidos neste universo trazem consigo as heranças familiares e culturais

próprias, que divergem conforme as experiências de vida de cada um deles, as quais se tornam únicas.

Neste sentido, em relação ao cuidado com o homem, é necessário estarem despidos de preconceitos, posto que o cuidado é influenciado pela subjetividade de quem o produz (SIQUEIRA et al., 2014).

A segunda fase é caracterizada, segundo Paterson e Zderad (1979), pela inclusão do sujeito ao qual o cuidado será dirigido na situação humana. Nela, inicia-se o encontro empático, o relacionamento eu-tu, atitude de genuíno interesse com quem estamos interagindo verdadeiramente como pessoa. Nesta fase, é imprescindível o refinamento da sensibilidade e da intuição, que podem se manifestar distintamente segundo as características de quem a conduz, modo de ser, estar, viver e outras questões subjetivas (LÚCIO; PAGLIUCA; CARDOSO, 2008). É também importante que o enfermeiro valorize a perspectiva de mundo do outro e compreenda que diferentes homens possuem diferentes necessidades.

A terceira fase implica separação ou afastamento do enfermeiro. Deste modo, o enfermeiro pode ter uma visão do todo, com vistas à compreensão das particularidades do homem a ser cuidado. Nesse momento, o fenômeno é olhado, estudado, considerado, analisado, separado, relacionado, interpretado, denominado e categorizado (PATERSON; ZDERAD, 1979). Assim, o enfermeiro precisa ser capaz de refletir criticamente sobre a experiência, concretizando o planejamento da assistência de forma individualizada mediante os conhecimentos prévios acerca da perspectiva de mundo do homem.

A quarta fase envolve a relação, a comparação e o contraste entre as experiências vivenciadas, a fim de ampliar a compreensão de enfermagem acerca do outro. Ela permite um diálogo entre as realidades conhecidas e admite as diferenças (PATERSON; ZDERAD, 1979). Nela, o enfermeiro vale-se não apenas da sua experiência pessoal, mas também do seu conhecimento teórico-científico e prático (LÚCIO; PAGLIUCA; CARDOSO, 2008). A experiência vivenciada através do encontro dialógico possibilita crescimento e aprendizado mútuos, otimizando o cuidado prestado ao homem ao fortalecer a relação terapêutica.

A quinta fase envolve o processo descritivo da experiência vivida. Lúcio, Pagliuca e Cardoso (2008) a descrevem como o momento de refinamento da captação intuitiva adquirida anteriormente para um fenômeno como um todo coerente. Sob esse prisma, o enfermeiro relaciona e considera as relações entre os pontos de vista múltiplos. Ao fazer isso, o sujeito cognoscitivo dá um salto intuitivo para chegar a uma maior compreensão, deste modo, a compreensão sobre o cuidar do homem apresenta-se além de suas concepções prévias e dos

novos conhecimentos adquiridos, por envolver o entendimento de antigas e novas verdades, refletindo em uma unificação de ideias.

CONCLUSÃO

A área de saúde muito tem a fazer em relação à saúde do homem. Para tanto, ao escolher o objeto deste estudo, buscou-se desenvolver uma pesquisa que pudesse contribuir com a enfermagem, ao discutir a percepção do enfermeiro sobre o cuidar do homem numa perspectiva de gênero.

Esta escolha tem aderência com a minha trajetória profissional. Durante alguns anos, compartilhando das várias experiências na área do cuidar, desenvolvi um olhar crítico, reflexivo e humano sobre questões voltadas à saúde do homem que emergiam do cotidiano profissional.

Tais experiências me trouxeram maturidade para perceber as questões vivenciadas pelos enfermeiros, como as dificuldades em lidar com determinadas situações que envolviam a questão de gênero masculino. Neste sentido, ao discutir sobre o cuidar do homem numa perspectiva de gênero, compreende-se que este estudo contribui para a prática profissional do enfermeiro no fortalecimento da concretização de um modelo assistencial adequado às condições e necessidades de saúde do homem no cotidiano.

Observou-se que, apesar do conceito de gênero se encontrar no centro da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), os profissionais apresentam muita dificuldade em contextualizá-lo tanto em sua vida pessoal, bem como em sua prática profissional.

Pode-se perceber um despreparo dos profissionais no que se refere às próprias questões de gênero, sendo que esta situação pode estar associada à falta de discussão e reflexão sobre a temática tanto a faculdade como nos serviços de educação continuada no decorrer da sua vivência profissional, além da representação coletiva de estereótipos masculinos.

Os participantes que referiram estar capacitados para cuidar do homem associavam esse preparo à experiência profissional. Tal achado aponta para o déficit de educação continuada no que diz respeito ao cuidar do homem por parte dos serviços de saúde.

A perspectiva relacional de gênero propõe trazer contribuições para ações de prevenção e promoção à saúde dos homens, assim o cuidado individualizado e integral a esta clientela. No entanto, ao serem questionados sobre o cuidar do homem nesta perspectiva, os participantes relatam que não consideram o gênero no cuidado de enfermagem. Esse aspecto

indica a relevância de ações de educação permanentes, voltadas para as necessidades da população masculina, que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais.

Assim, além de uma mudança de paradigma que considere a perspectiva de gênero na prática assistencial, é preciso uma reformulação da grade curricular em relação à saúde do homem para a garantia da integralidade do cuidado.

Os enfermeiros verbalizaram que o gênero de quem cuida pode interferir no cuidado para com o homem. O enfermeiro homem que cuida de outro homem atribui a igualdade de gênero como um fator positivo para o cuidado. Em contrapartida, o gênero diferente (a mulher que cuida do homem) é atribuído como um fator que dificulta o cuidado, pois os homens se apresentam mais tímidos e omitem as suas reais demandas.

Nos discursos, os estereótipos do gênero masculino reproduzidos pelo enfermeiro no cuidado foram: “o homem fala pouco”, “o homem não se cuida”, “homem não sente dor”. Muitos dos paradigmas sociais que envolvem a masculinidade, relacionados com as diferenças de gênero, se perpetuam no ambiente social e podem gerar consequências graves às condições de saúde masculina. É preciso desconstruir essas concepções que interferem negativamente na sua saúde.

Os resultados mostram que é preciso uma persistência para conseguir extrair informações desta população, pois o homem é identificado como aquele que não expressa sentimentos, cabendo a este profissional maior atenção e tempo para conseguir compreender seus comportamentos e atitudes.

Outro achado importante percebido como particular da população masculina sob a ótica do enfermeiro está vinculado à sua posição enquanto provedor da família. No que se refere ao suporte social, os enfermeiros pontuaram que o homem geralmente está bem amparado pela família, esposa ou filha.

É oportuno destacar que, nos relatos, os cônjuges apareceram todos na figura da mulher, em nenhum momento foram trazidos à luz da discussão homens gays ou bissexuais, como se estes fossem inexistentes nas instituições de saúde, podendo-se inferir a configuração da heteronormatividade implícita nos serviços de saúde.

Tal achado pode estar relacionado com a inabilidade dos enfermeiros em lidar com questões relativas ao gênero e à orientação sexual. É impreterível a efetivação dos princípios constitutivos do Sistema Único de Saúde (SUS), de universalidade, integralidade e equidade, expressos em políticas públicas que promovam o enfrentamento da heteronormatividade nos serviços de saúde para minimizar barreiras simbólicas, morais e estéticas, ainda que sutis, nas

unidades hospitalares. Identifica-se o déficit de pesquisas que abordem o assunto, logo, sugiro estímulo a estudos que busquem conhecer mais sobre esta população nos serviços de saúde.

É importante ressaltar que a sexualidade masculina é reconhecida como fator importante para o homem, no entanto muitos enfermeiros se sentem constrangidos e por vezes não a abordam durante o cuidado. Neste sentido, é preciso que o enfermeiro compreenda a sexualidade como importante para a integralidade do cuidado e aborde-a durante o seu atendimento, permitindo que o homem expresse suas dúvidas e anseios sobre o assunto.

Quanto ao cuidado integral, observou-se que os enfermeiros apresentaram dificuldade para responder sobre como cuidar integralmente do homem. Quando abordados sobre como cuidar de forma integral o homem, apontaram a consulta de enfermagem como um fator de grande relevância, mas que, de alguma forma, não é encontrada de forma efetiva nas instituições hospitalares.

Através da consulta de enfermagem, é possível uma interação efetiva entre quem cuida e quem é cuidado. É um momento de troca, de empatia, de participação, de reflexão, em que o profissional precisa considerar a menor informação que seja, uma vez que pode ser de relevância para o planejamento das intervenções de enfermagem, destacando-se o vínculo e a comunicação não verbal como essenciais para a promoção de um cuidado individualizado e integral à população masculina.

Diante destas constatações, fica clara a necessidade de o enfermeiro desenvolver, junto à população masculina, estratégias que estimulem a promoção à saúde e a prevenção de agravos, conhecendo e considerando suas reais necessidades, bem como utilizar as questões relacionais de gênero para nortear o planejamento da assistência de enfermagem e a implementação dos cuidados ao homem, observando suas particularidades.

Observou-se que a aplicabilidade da teoria humanista, no que se refere à integralidade do cuidado ao homem, permite desvelar outros caminhos para o cuidado ao vislumbrar o homem como único e singular em sua existencialidade. Ou seja, diferentes homens exigem atenções também diferenciadas, cabendo ao enfermeiro, por meio do encontro dialógico, percebê-las, considerando as heterogeneidades de ser homem e seus diferentes significados. Neste sentido, ao considerar os pressupostos da Teoria Humanista, o enfermeiro deve compreender o homem como unidade com necessidades de cuidado, atenção, respeito e solidariedade.

Entende-se que teoria humanista pode auxiliar o enfermeiro na implementação de condutas em que sejam resguardados a autonomia e o protagonismo do homem a ser cuidado. Para tal, foi proposto um modelo assistencial em que se considera a aplicabilidade desta teoria

no cuidado integral ao homem. Portanto, refletir sobre a aplicabilidade da teoria na promoção de um cuidado integral ao homem foi imprescindível para consolidar a necessidade de uma enfermagem cada vez mais atuante na ação de cuidar considerando toda a subjetividade do ser, incluindo as questões relativas ao gênero no cuidado. Através deste entendimento, será possível uma prática de cuidado coerente e responsável que possibilite a promoção de medidas que promovam um cuidado integral e individualizado.

O presente estudo possibilitou a ampliação do debate sobre a subjetividade do universo masculino, refletindo sobre o reconhecimento de suas particularidades relativas ao processo de adoecimento e hospitalização do homem e suas implicações para o cuidado de enfermagem em um contexto mais ampliado. Tais reflexões contribuem para ações mais efetivas no planejamento do cuidado à saúde do homem.

No que se refere a cuidar do homem, é necessário que os enfermeiros adotem formas diferentes de pensar; rompam com atitudes, crenças e preconceitos enraizados ao longo de sua formação profissional e social e incorporem novos conceitos relativos à saúde do homem. Desta forma, tal atitude refletirá em sua prática profissional e agirão de uma nova maneira, estimulando este homem para que ele se incorpore ao serviço de saúde.

É oportuno acrescentar que o propósito deste estudo, ao discutir sobre o cuidar do homem, não é privilegiar um gênero em detrimento de outro, e sim considerar as demandas específicas de cada gênero. Não há dúvidas de que a criação da PNAISH foi um passo importante para a melhoria da condição de saúde da população masculina. No entanto, existe um longo caminho a ser trilhado para que a consolidação dessa política seja realmente efetiva no Brasil.

Acredita-se que os resultados dessa pesquisa subsidiarão aos enfermeiros os instrumentos necessários para a melhoria do planejamento da assistência de enfermagem voltada à promoção, manutenção e restauração da saúde do homem, contribuindo, assim, para um cuidado individualizado, que satisfaça verdadeiramente as demandas específicas do homem, inserindo-o como protagonista do cuidado, atendido em sua integralidade.

Espera-se ainda com este estudo contribuir e incentivar novas pesquisas sobre a temática, bem como ampliar o debate sobre gênero e suas implicações para o cuidado, principalmente quanto à saúde de homem, abrindo caminhos para a compreensão da evolução da sociedade e da convivência humana. Cabe ressaltar que, durante o levantamento bibliográfico, ao pesquisar sobre o cuidado integral à saúde da população masculina, verificou-se que este é um assunto pouco debatido, principalmente relacionado ao cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G. A et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 516-524, jul./set. 2013.
- ALBUQUERQUE, G. C. et al. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 607-614, 2014.
- AMADOR, S. M. **A sexualidade masculina**. [s. l.], 2010. Disponível em: <<http://www.sermelhor.com.br/sexualidade/a-sexualidade-masculina.html>>. Acesso em: 10 jan. 2019.
- AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp., p. 121-133, 2006.
- BARBOSA, R. M., FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. 291-300, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70, 2011.
- BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Tradução de Maria Helena Kühner. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Estatísticas de mortalidade**: óbitos por ocorrência segundo causas externas do Brasil. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext1ouf.def>>. Acesso em: 18 ago. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.944**, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 29 abr. 2017.
- _____. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 5 mar. 2018.
- BRUNELLO, M. E. F et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010.

BRUNS, M. A. T., GRASSI, M. V. F. C. A face oculta da sexualidade masculina. **Rev. Viver Psicologia**, São Paulo, p. 20-21, out./nov. 1994.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez. 2006.

CARRARAS, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2009.

CAVALCANTI, J. R. D. et al. Assistência integral à saúde do homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 628-634, 2014.

CECÍLIO L. C. O; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção de integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2003. p. 197- 210.

CEZAR, C. A. **A integralidade na atenção em urgências e emergências**: uma caixa preta prestes a ser aberta. Trabalho Final de Conclusão de Curso (Residência Integrada Multiprofissional em Saúde) – Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

COELHO, N. R.; VERGARA, L. M. Teoria de Paterson e Zderad: aplicabilidade humanística no parto normal. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 20, n. 4, p. 829-836, out./dez. 2015.

CONNELL, R.W. **Masculinities: knowledge, power and social change**. Los Angeles: University of California Press, 1995.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59–62.

_____. **Resolução nº 510/2016**, de 07 de abril de 2016. Ética na pesquisa na área de ciências humanas e sociais. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.

CORTEZ, E. A et al. As relações de gênero e a realização dos cuidados de enfermagem. **Rev. de Pesq. Cuidado é Fundamental (Online)**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 872-882, abr./jun. 2010.

COURTENAY, W. H.; KEELING R. Men, gender, and health: toward an interdisciplinary approach. **J. American College Health**, [s. l.], v. 48, p. 243-246, 2002.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2018.

CUNHA, G. R. **Integralidade da atenção na assistência hospitalar: um estudo com profissionais que participam do atendimento ao usuário**. 2007. 52f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

CUSCHNIR, L. A crise do macho. **Rev. Veja**, São Paulo, abr. 2003. Disponível em: <<https://vejario.abril.com.br/blog/fernanda-torres/a-crise-do-macho/>>. Acesso em: 15 dez. 2011.

FARRELL, W. **Porque os homens são como são**. Tradução de Paulo Fróes. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991.

FERREIRA, M. A.; FIGUEIREDO, N. M. A. Expressão da sexualidade do cliente hospitalizado e estratégias para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 50, n. 1, p. 17-30, jan./mar. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v50n1/v50n1a03.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2018.

FERREIRA, M. C. Desafios da política de atenção à saúde do homem: análise das barreiras enfrentadas para sua consolidação. **Rev. Gestão & Saúde (Online)**, [s. l.], 2013. Disponível em: <<http://www.gestoesaude.unb.br/article/view/26>>. Acesso em: 30 out. 2018.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços na atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p.7-17, 2005.

GARCIA, O. R. Z; LISBOA, L. C. S. Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 708-716, 2012.

GOLDENBERG, M. O macho em crise: um tema em debate dentro e fora da academia. In: _____. **Os novos desejos: das academias de musculação às agências de encontros**. Rio de Janeiro: Record, 2000. p.13-39.

GOMES, A. T. L. et al. Aplicação da teoria de Paterson e Zderad conforme a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE (Online)**, Recife, v. 8, n. 6, p. 1709-1716, jun. 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/PC/Downloads/13645-35055-1-PB.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2018.

GOMES, R. (Org). **Saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 228 p.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciênc. Saúde Coletiva (Online)**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 8, p. 825-829, 2003.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm!: ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc. Saúde Colet. (Online)**, Campinas, v. 16, supl. 1, p. 983-992, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700030>. Acesso em: 30 out. 2018.

HEILBORN, M. L. Construção de si, gênero e sexualidade. In: _____. (Org.) **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**, IMS/UERJ. Rio de Janeiro: Zahar, 1999. p. 40-59.

- KIMMEL, M. La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes. **IsisInternacional: Ediciones de las Mujeres**, [s. l.], v. 17, p. 129-138, dic. 1992.
- KNAUTH, D. R., COUTO, M. T., FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2617-26, 2012.
- KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 8, n. 1, p. 48-70, mar./jun. 2001.
- LEININGER, M. **Caring**: an essential human need. New Jersey: Thorofare, Slack. 1981. p. 3-11.
- LELIS, A. L. P. A. et al. Cuidado humanístico e percepções de enfermagem diante da dor do recém-nascido. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 694-700, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 abr. 2018.
- LÚCIO, I. M. L.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Diálogo como pressuposto na teoria humanística de enfermagem: relação mãe-enfermeira-recém-nascido. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 173-180, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/23.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2018.
- MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva (Online)**, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011.
- MACIEL, A. S., OLIVEIRA, C. T., SILVA, S. S. A exposição corporal do cliente sob a ótica da equipe de enfermagem. **J. Nurs Health**, Pelotas, v. 1, n. 2, p. 235-247, jul./dez. 2011.
- MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.
- MEDEIROS, R. L. S. F. M. **Dificuldades e estratégias de inserção do homem na atenção básica de saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.
- MEDRADO, B.; LYRA, J.; AZEVEDO, M. “Eu não sou próstata, eu sou homem!?”: por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: GOMES, R. (Org.) **Saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 39-74.
- MELLO, L. et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidade, Salud e Sociedad**, [s. l.], n. 9, p. 7-28, 2011.
- MENDONÇA, V. S.; ANDRADE, N. A. A Política Nacional de Saúde do homem: necessidade ou ilusão? **Rev. Psicol. Polít.**, [s. l.], v. 10, n. 20, p. 215-226, 2010.

MERCÊS, C. A. M. F.; ROCHA, R. M. Teoria de Paterson e Zderad: um cuidado de enfermagem ao cliente crítico sustentado no diálogo vivido. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 470-5, jul./set. 2006.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOREIRA, M. A.; CARVALHO, C. N. Atenção integral à saúde do homem: estratégias utilizadas por enfermeiras(os) nas unidades de saúde da família do interior da Bahia. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 7, n. 3, p. 121-132, 2016.

MOREIRA, R. L. F. S.; FONTES, W.; BARBOZA, T. M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 615-621, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400615&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2017.

MOURA, E. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Instituto Fernandes Figueira, 2012.

NASCIMENTO, E. R. P.; TRENITI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 250-7, mar./abr. 2004.

OLIVEIRA, X. A. C. W. et al. Perfil epidemiológico da mortalidade masculina: contribuições para a enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 22, n. 2, p. 49724, 2017.

PATERSON, J. G.; ZDERAD L. T. **Enfermería humanística**. México: Limusa, 1979.

PINHEIRO, R. **Cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>. Acesso em: 20 set. 2018.

PINHO, I. C.; SIQUEITA, J. C. B. A., PINHO, L. M. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Rev. Eletr. Enf. (Online)**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 42-51, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_05.htm>. Acesso em: 15 out. 2018.

PINHO, L. B. et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 835-846, 2007.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, M. O. Exposição corporal do cliente durante a avaliação física em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 58, n. 5, p. 580-5, set./out. 2005.

QUIRINO, T. R. L. **A produção de cuidados no cotidiano de um serviço de atenção à saúde do homem**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em Psicologia Universidade Federal de Pernambuco, 2012.

- REIS, N.; PINHO, R. Gêneros não-binários: identidades, expressões e educação. **Rev. Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 24, n. 1, p. 7-25, jan./abr. 2016.
- RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R. A sexualidade invisível ou oculta na enfermagem? **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 75-79, 2002.
- RIBEIRO, D. B. et al. Saúde dos homens: abordagem na formação de enfermeiros. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 540-5, jul./ago. 2014.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- RIOS, D. R. **Minidicionário escolar língua portuguesa**. São Paulo: DCL, 2010.
- RODRIGUES, J. F.; RIBEIRO, E. R. O homem e a mudança de pensamento em relação à sua saúde. **Cad. Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 1, n. 1, 2012.
- SABO, D. O estudo crítico das masculinidades. In: ADELMAN, M.; SILVESTRIN, C. B. (Org.). **Coletânea gênero plural**. Curitiba: UFPR, 2002. p. 33-46.
- SAFFIOTI, H. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987. (Coleção Polêmica, v. 10).
- SANTANA, E. N. et al. Atenção à saúde do homem: ações e perspectivas dos enfermeiros. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 324-332, jul./set. 2011.
- SANTOS, F. M. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Mardin. **Rev. Eletrônica de Educação**, [s. l.], v. 6, n. 1, maio 2012. Resenhas.
- SANTOS, P. H. B. **Saúde do homem: invisibilidade e desafios na atenção primária à saúde**. Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180737/Eixo_3_084-2.pdf?sequence=1>. Acesso em: 24 nov. 2018.
- SCHAURICH, D. et al. Teoria humanística de Paterson e Zderad em enfermagem pediátrica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 265-70, abr. 2005.
- SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S. Integralidade em saúde e os homens na perspectiva relacional de gênero. In: GOMES, R. (Org.) **Saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 19-38.
- SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 1-20, 2005. Disponível em: <www.scielosp.org>. Acesso em: 22 abr. 2017.
- SCHWARZ, E. et al. Política de saúde do homem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 108-116, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 set. 2018.
- SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica**. Recife: SOS Corpo, 1995.

SILVA, J. P. V.; BATISTELLA, C.; GOMES, M. L. Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 159-176.

SILVA, K. L. Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 638-64, out./dez. 2013.

SILVA, M. E. D. C. et al. Resistência do homem às ações de saúde: percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Interdisciplinar**, Teresina, v. 3, n. 3, 2010.

SIQUEIRA, B. P. J. et al. Homens e cuidado à saúde nas representações sociais de profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 690-696, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400690&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2019.

SOUSA, S. M. et al. Integrality of care: challenges for the nurse practice. **Rev. Bras. Enferm. (Online)**, Brasília, DF, v. 70, n. 3, p. 504-10, 2017.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2018.

WANG, M.; JABLONSKI, B.; MAGALHÃES, A. S. Identidades masculinas: limites e possibilidades. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 12, n. 19, p. 54-65, jun. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexual health**. Switzerland: WHO, 2007.

YOSHIDA, V. C.; ANDRADE, M. G. G. O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. **Interface: Comunic., Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 597-610, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/icse/v20n58/1807-5762-icse-1807-576220150611.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2018.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados**Universidade do Estado do Rio de Janeiro****Centro Biomédico****Faculdade de Enfermagem****Data:** ___/___/___ **Hora: Início:** _____ **Término** _____**I – CARACTERÍSTICAS DO PARTICIPANTE:**

1. Idade:
2. Sexo:
3. Identidade de Gênero:
4. Orientação sexual:
5. Escolaridade:
6. Religião:
7. Há quanto tempo você trabalha como enfermeiro?
8. Já recebeu alguma capacitação no âmbito da saúde do homem?

I – ENTREVISTA

- Para você, como é cuidar do homem?
- Na sua visão, quais são as particularidades encontradas nesta clientela?
- Você considera estar capacitado para cuidar do homem? Por quê?
- Considerando a perspectiva de gênero, como o enfermeiro pode promover a integralidade no cuidado ao homem na prestação de sua assistência?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada **O enfermeiro e o cuidar do homem numa perspectiva de gênero**, conduzida por Gabriela Dandara Fernandes Ferreira. Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar a percepção do enfermeiro sobre o cuidar do homem numa perspectiva de gênero e objetivos específicos: desvelar a percepção do enfermeiro sobre o cuidar do homem e suas particularidades numa perspectiva de gênero e discutir sobre a promoção da Integralidade no cuidar do homem à luz da Teoria Humanista de Petterson e Zderad;

O(A) Sr. (ª) foi selecionado(a) por se enquadrar dentro dos critérios de inclusão da pesquisa que são: enfermeiros do quadro de funcionários e residentes de enfermagem que estejam desenvolvendo suas atividades no período de coleta de dados. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

A coleta de dados será realizada nas dependências das unidades de internação clínica e cirúrgica do Hospital Universitário Pedro Ernesto, de forma individualizada, em um espaço próprio e reservado. As entrevistas serão realizadas com agendamento prévio, conforme a disponibilidade do profissional. As falas serão gravadas apenas para uso da pesquisadora, e não serão divulgadas. Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Esta pesquisa prevê riscos mínimos. Em casos de desconforto, tristeza, angústia com as perguntas ou se causar algum constrangimento, que por ventura venha a necessitar de qualquer esclarecimento ou atendimento psicossocial, será garantida a assistência pela equipe de profissionais de saúde da Divisão de Saúde da Instituição.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Os benefícios destas pesquisas são: ampliar o debate sobre a subjetividade do universo masculino, refletindo sobre o reconhecimento de suas particularidades relativas ao processo do adoecimento e hospitalização e suas implicações para o cuidado de enfermagem. Através desta compreensão, será possível refletir sobre o cuidado prestado, identificar lacunas e transformá-lo no intuito de desenvolvê-lo com maior propriedade e qualidade. Acredita-se que os resultados dessa pesquisa subsidiarão aos enfermeiros instrumentos necessários para a melhoria do planejamento da assistência de enfermagem. Espera-se ainda com esse estudo contribuir e incentivar novas pesquisas sobre a temática, bem como ampliar o debate sobre gênero e suas implicações para o cuidado, principalmente no que se refere à saúde de homem.

Se você sentir necessidade de tirar dúvidas com relação ao estudo entre em contato com a pesquisadora responsável: Telefone - (21) 98777762; Email: gabrieladandara@yahoo.com.br. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (21)2334-2180. Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador. O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O enfermeiro e o cuidar do homem numa perspectiva de gênero

Pesquisador: GABRIELA DANDARA FERNANDES FERREIRA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 84883418.9.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.763.600

Apresentação do Projeto:

Este estudo é parte integrante da pesquisa "O cuidado de enfermagem baseado na equidade, integralidade e universalidade para a população adulta", coordenada pela Professora Doutora Elizabeth Rose Costa Martins, docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Está inserido na Linha 1 - Fundamentos Filosóficos, Teóricos e Tecnológicos do Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa.

O estudo será desenvolvido num hospital universitário situado no Município do Rio de Janeiro, em unidades de internação clínica e cirúrgica.

Este cenário foi selecionado, devido a grande diversidade de serviços de saúde, especialmente setores de internações. Deste modo, verificou-se que o campo tinha muitas possibilidades de atendimento à população masculina, mesmo que de maneira inespecífica e sem enfoque nas questões referentes ao gênero, permitindo avaliar os cuidados de enfermagem com o homem internado através da compreensão do enfermeiro.

Participantes do estudo

Os participantes serão enfermeiros e residentes de enfermagem que estiverem atuando nas respectivas unidades de internação hospitalar, no período da coleta de dados. Total de 10 participantes.

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 2.763.600

A participação será por acessibilidade e respeito ao seguinte critério de inclusão: enfermeiros do quadro de funcionários e residentes de enfermagem que estejam desenvolvendo suas atividades no período de coleta de dados. Os critérios de exclusão serão: estar de férias ou licença no período da coleta de dados.

O método utilizado para interpretar as respostas dos entrevistados será a da análise de conteúdo, que de acordo com Bardin .

Questões norteadoras:

Qual a compreensão do enfermeiro sobre o cuidar do homem?

Quais são as particularidades desta população? Como o enfermeiro pode promover o cuidado integral a esta clientela?

Pretende-se, ampliar o debate sobre a subjetividade do universo masculino, refletindo sobre o reconhecimento de suas particularidades relativas ao

processo do adoecimento e hospitalização do homem e suas implicações para o cuidado de enfermagem. Acredita-se que os resultados dessa

pesquisa subsidiarão aos enfermeiros instrumentos necessários para a melhoria do planejamento da assistência de enfermagem voltados à

promoção, manutenção e restauração da saúde do homem. Contribuindo assim, para um cuidado individualizado, que satisfaça verdadeiramente as

demandas específicas do homem, inserindo-os como protagonista do cuidado, atendendo-os em sua integralidade.

Espera-se ainda com esse estudo contribuir e incentivar novas pesquisas sobre a temática, bem como ampliar o debate sobre gênero e suas

implicações para o cuidado, principalmente no que se refere à saúde de homem.

Objetivo da Pesquisa:

Para atender as questões norteadoras, formulou-se o seguinte objetivo geral:

Objetivo Geral:

Analisar a visão do enfermeiro acerca do cuidar do homem.

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 2.763.600

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem fundamentada, com objetivos claros e definidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: preenchida, assinada, datada e carimbada pela diretora do Faculdade de Enfermagem/UERJ;

Financiamento próprio - detalhado do projeto de pesquisa.

Apresenta carta de anuência da instituição do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

Cronograma atualizado e adequado ao período de execução da pesquisa.

Apresenta instrumento de coleta de dados - entrevista semiestruturada.

Apresenta Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não foram observadas implicações éticas que impeçam a realização do mesmo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para julho de 2019. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1082475.pdf	12/05/2018 13:55:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TRABALHOINTEGRA.docx	12/05/2018 13:15:08	GABRIELA DANDARA FERNANDES FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimentoATUAL.docx	12/05/2018 13:13:44	GABRIELA DANDARA FERNANDES FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.docx	29/01/2018 18:04:25	GABRIELA DANDARA FERNANDES	Aceito

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 2.763.600

Folha de Rosto	folhaderosto.docx	29/01/2018 18:04:25	FERREIRA	Aceito
----------------	-------------------	------------------------	----------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 10 de Julho de 2018

Assinado por:

**Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador)**