



COMPREENSÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DO HOMEM EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: ESTRATÉGIA PARA A CONTRA-HEGEMONIA¹

Jocelly de Araújo Ferreira*
Rita de Cássia Marques**
Kênia Lara Silva***
Elysângela Dittz Duarte****
Rafaela Siqueira Costa Schreck*****

RESUMO

Objetivo: compreender as necessidades de saúde dos homens cuidadores no domicílio. **Métodos:** estudo de abordagem qualitativa, analítica e interpretativa, fundamentada no referencial teórico-epistemológico sobre Necessidades. A coleta de dados foi realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2019. Participaram da pesquisa 34 cuidadores e 24 homens assistidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar de João Pessoa, Paraíba. Os dados foram obtidos de entrevistas abertas e observação assistemática e submetidos à Análise de Discurso Crítica. **Resultados:** os discursos revelam que as necessidades de saúde dos homens assistidos pela atenção domiciliar remetem a um modelo biológico hegemônico, invulnerável, construído por lideranças morais, ideologias dominantes e culturas particulares. Mas, devido à condição de limitação, os participantes passam a identificar necessidades de saúde consideradas contra-hegemônicas, tais como gregária; ser acolhido; ter vínculo; religiosidade; acesso aos serviços e tecnologias de saúde; insumos; lazer; tecnologia digital; socialização e acessibilidade. **Considerações finais:** conclui-se que as singularidades dos homens em atenção domiciliar precisam ser reconhecidas para uma assistência à saúde mais integral e equânime.

Palavras-chave: Saúde do Homem. Assistência Domiciliar. Enfermagem. Compreensão.

INTRODUÇÃO

A necessidade é considerada como um desejo consciente, uma aspiração, uma intenção direcionada a todo o momento para certo objeto e que estimula a ação, podendo ser uma mercadoria ou uma maneira de viver a vida. Dessa forma, todo sistema de necessidades é específico de uma determinada formação social e sociedade civilizada⁽¹⁾.

A relação do homem com as necessidades de saúde faz-se objeto de atenção no contexto dos serviços e também em estudos, que nas últimas duas décadas buscam compreender as ligações entre o exercício da masculinidade e as práticas de cuidado⁽²⁻⁵⁾. A masculinidade constitui espaço simbólico que estrutura a identidade dos seres humanos, modelando comportamentos e emoções que passam a ter a prerrogativa de

modelos a serem seguidos, inclusive com a sua saúde, negando a existência de dor ou sofrimento, de vulnerabilidade, para fortalecer a ideia de virilidade e força⁽²⁾.

A questão cultural de gênero é definida como um dos grandes responsáveis por manter os homens ausentes dos serviços de saúde, contribuindo com os grandes índices de adoecimento da população masculina⁽⁶⁾. Os modelos culturais de masculinidade, em alguns casos, podem ser os principais responsáveis pelo fato de os homens serem mais vulneráveis do que as mulheres a algumas doenças e estilos de vida que comprometem a saúde⁽²⁾.

Para além da visão restritiva e binária do sexo, a compreensão da masculinidade sob a perspectiva do gênero entende os sujeitos de forma performativa, ou seja, a partir de uma construção sociocultural⁽⁴⁾. Desse modo, a

¹Extraído da tese, intitulada "Cuidado Domiciliar ao Homem na perspectiva do atendimento às suas necessidades de saúde", apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), no ano de 2018.

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora na Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: jocellyaferreira@hotmail.com ORCID ID: 0000-0003-2224-8499.

**Historiadora. Doutora em História. Professora no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: rcmarques23@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-9143-0385.

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: kenialara17@gmail.com ORCID ID: 0000-0003-3924-2122.

****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: elysangeladittz@gmail.com ORCID ID: 0000-0001-8170-7523.

*****Enfermeira. Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: rafaelasiqcosta@yahoo.com.br ORCID ID: 0000-0001-5251-3973.

masculinidade hegemônica assumida como ideal é perpassada por um ideal de invulnerabilidade, no qual os homens quando ficam doentes suportam a doença ou apenas solicitam, como última opção, uma assistência curativa, sendo desnecessárias as orientações preventivas⁽³⁾.

Nesse sentido, os processos sociais relacionados ao gênero, incluindo, em particular, a masculinidade, produzem diferenças no padrão de morbimortalidade entre homens e mulheres, bem como nos comportamentos de proteção à saúde⁽⁴⁾. No Brasil, para a população masculina, as principais causas de mortalidade e morbidade estão relacionadas a lesões, envenenamento, consequências de causas externas e doenças do aparelho circulatório, respiratório e digestivo⁽⁷⁾.

Perante esse contexto em que os agravos e doenças incidentes sobre a população masculina configuram problemas de saúde pública, em 2009, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 1.944/GM, a qual estabelece os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)⁽⁸⁾. Essa política pública busca proteger a saúde da população masculina promovendo ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da sua realidade nos variados contextos socioculturais e político-econômicos⁽⁹⁾.

Nesse contexto, a Atenção Domiciliar (AD) desempenha uma ação importante dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com a oferta de serviços que substituem ou complementam os níveis hospitalar e ambulatorial. Esses serviços visam à continuidade do cuidado e promovem um amplo conhecimento da vida do usuário, como rotina, cultura e laços familiares, favorecendo as ações preventivas, educativas e de reabilitação para um cuidado integral que garanta as particularidades masculinas na relação com a saúde⁽¹⁰⁾.

Partindo dessa compreensão, questiona-se: como as necessidades de saúde dos homens no domicílio podem relacionar-se aos padrões de masculinidades? Pressupõe-se que os homens são permeados pelas concepções sociais como dominadores e inabaláveis e que são tratados, na assistência à saúde, perante uma visão biomédica hospitalocêntrica, centrada na doença, nas suas limitações e incapacidades. No entanto, no contexto do cuidado produzida na AD, espera-se

que as práticas possam captar as necessidades desses sujeitos para além do modelo biologicista.

Após uma ampla revisão integrativa da literatura nacional e internacional⁽¹¹⁾, bem como mediante participação em grupo de estudos, com discussões ampliadas sobre construção do *Ethos* masculino, reconheceu-se que existe uma grande lacuna para a percepção da singularidade histórica, social, política e econômica dos homens. Sendo assim, torna-se necessário entender como as necessidades de saúde desses homens podem relacionar-se aos padrões de masculinidades, na construção de seu *Ethos*. O objetivo do presente estudo é compreender as necessidades de saúde dos homens cuidados no domicílio.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, analítica e interpretativa, fundamentada no referencial teórico-epistemológico das Necessidades de Heller⁽¹⁾, que possibilita compreender como as masculinidades interferem no processo de produção e de satisfação das necessidades de vida e, conseqüentemente, de saúde dos homens imersos em uma sociedade tida como capitalista⁽¹⁾.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2019. O cenário da pesquisa foi o município de João Pessoa, capital da Paraíba, Brasil. Os dados foram obtidos a partir de entrevistas com 34 cuidadores e 24 homens assistidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de João Pessoa. Esse serviço objetiva a melhoria na saúde e na qualidade de vida dos homens que recebem alta do hospital para casa, independente do diagnóstico, mas que demandam continuidade na assistência em regime domiciliar. Nesta pesquisa, adotou-se a amostragem não probabilística, por acessibilidade ou conveniência, assumindo todos os sujeitos elegíveis do universo populacional, a fim de contemplar a singularidade e responder aos objetivos deste estudo. Incluíram-se homens, com faixa etária entre 18 e 59 anos, cadastrados no SAD, no momento da coleta, com capacidade verbal preservada e sem *deficit* cognitivo, constatado pela avaliação da pesquisadora. Essa delimitação da faixa etária justifica-se pelos

princípios da PNAISH e pela certeza de que homens abaixo de 18 e acima de 59 anos possuem políticas como a do idoso e do estatuto da criança e do adolescente.

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

O instrumento adotado para a produção do material empírico foi, primeiramente, a entrevista aberta, com gravação de áudio, guiada por um roteiro, que continha uma questão norteadora acerca das necessidades de saúde do homem, no domicílio, e dos cuidados ofertados pelos cuidadores. Os homens e cuidadores foram abordados pessoalmente para a realização das entrevistas, que tiveram um tempo de duração com variação de 7 minutos e 33 segundos a 85 minutos e 51 segundos. Após a gravação da entrevista, caso o participante solicitasse, era reproduzido o áudio para que ele ouvisse. As entrevistas aconteceram em vários ambientes dos domicílios, como a sala, o quarto e até a cozinha, lugares que, para os participantes, destacavam-se como áreas de confiança e empatia. No segundo momento, a observação sistemática e participante dos homens e dos seus cuidadores no domicílio possibilitou a complementação de dados empíricos e obtenção de informações, principalmente no que compete às relações interpessoais e às ações do cuidar entre os homens e seus cuidadores, no ambiente domiciliar, os quais nem sempre puderam ser vislumbrados nas falas dos participantes. A observação teve um tempo total de 54 horas e obedeceu à seguinte sequência: contexto (ambiente/local); pessoas que compõem o ambiente; comportamento/atitude; ações/reações; e situações específicas do cuidado direcionado ao atendimento às necessidades do homem em AD.

Após a transcrição das entrevistas, o conteúdo foi submetido à Análise de Discurso

Crítica (ADC), tendo como base conceitual Fairclough⁽¹²⁾, que considera os discursos como interpretações diversas da vida social, instrumentos de ação e modos de representação, em uma relação dialética com a estrutura social. Assim, os discursos foram analisados de forma tridimensional, identificando o texto e a prática discursiva como dimensões inseridas na prática social. A ADC possibilitou compreender as estruturas do discurso em termos de organização social, reconhecendo as ideologias, sentidos e orientações hegemônicas presentes.

A pesquisa seguiu as orientações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e teve aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE 61343716.2.0000.5149. Todas as entrevistas foram precedidas da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na apresentação dos resultados, para garantir o sigilo e o anonimato, os participantes da pesquisa foram identificados por codinomes.

RESULTADOS

Os entrevistados revelam a percepção de uma masculinidade hegemônica, invulnerável, construída por lideranças morais, ideologias dominantes e culturas particulares. Os discursos retratam esse entendimento com o emprego do *item lexical necessidade* relacionado às condições elementares da saúde biológica. Além disso, revelam como o imaginário da masculinidade hegemônica influencia a compreensão dos homens para as suas necessidades de saúde, expondo-os a riscos e danos irreparáveis:

[...] necessidade, necessidade não, mas eu gosto de sair. Eu saio de vez em qualquer lugar, pode ser praia, shopping, cinema, restaurante. **(Lucas, usuário da AD)**

[...] necessidade está boa né, para mim, normal por enquanto. Está normal[...] não tem nada não [...] Tirou a sonda, graças a Deus [...] **(Matheus, usuário da AD)**

A maior parte dos homens deste estudo foi admitida no SAD por consequências de agravos de causas externas, especialmente relacionados à violência por armas de fogo e acidentes de motociclismo. Essa condição que impunha a eles

uma atenção à saúde no domicílio os colocou em uma diferenciação que culminou em padrões ideológicos de masculinidades subordinadas, entremeadas às dominantes.

Nesse contexto, os participantes, ao se depararem com situações que os colocaram em condições diferentes das comuns aos grupos sociais existentes, reconheceram necessidades para a saúde até então desconhecidas no seu imaginário. Entre essas *necessidades*, encontra-se o *conhecimento*, considerado primordial para que os homens saiam de um quadro ilusório de *alienação* e reconheçam outras necessidades.

O discurso da cuidadora Susana, mãe de um usuário masculino em AD – com 23 anos, portador de hidrocefalia desde o nascimento – demonstra a necessidade de conhecimento como uma forma de mudança na vida do seu filho:

[...]Eu sempre converso com ele, sempre estou esclarecendo. Conhecimento para ele, para ele saber. Ele estudou, estudou até o quinto ano. **(Susana, mãe cuidadora)**

A *necessidade de gregária* ilustra a importância do afeto para a saúde. Ela pode incluir-se dentro da *necessidade de ser acolhido e ter vínculo*, seja pelo profissional, seja pelo familiar. Os discursos abaixo ilustram a importância do atendimento dessa necessidade de saúde:

[...] tudo que a gente tem aqui dentro de casa. É a presença de mainha, do meu irmão, da minha irmã, do meu pai, da minha família todinha, tudo isso me ajuda [...] **(Lucas, usuário da AD)**

[...] as necessidades especiais dele são o amor e o carinho que nós temos por ele, entendeu [...] Aí é um caso típico de amor, entendeu [...] **(Jorge, cuidador, espírita)**

Lucas deixa claro em seu discurso que a presença e o vínculo com seus familiares nas relações interpessoais estabelecidas dentro do seu microespaço é tudo que ele precisa. Durante a observação, foi possível vivenciar essas relações entre a mãe e ele, durante os afagos, e o irmão, com os cuidados ofertados.

A *necessidade de ser acolhido e ter vínculo com o cuidador*, para fins de realizar ou auxiliar as atividades da vida diária dos homens em AD, limitados pela tetraplegia, também aparece como uma necessidade de saúde. Nos discursos de Josefa e Antônio, identifica-se a *necessidade de*

vínculo entre os profissionais e o usuário. No discurso de Josefa, a *intertextualidade* estabelece essa relação de vínculo por intermédio da fala da enfermeira. Por sua vez, no discurso de Antônio, a *coesão textual pela conjunção por causa* explana a lógica do vínculo como causa para continuidade da vida, além da *avaliação afirmativa* atribuindo significado ao vínculo por meio do advérbio e do sinal de exclamação *tão importante!*

[...] era uma enfermeira que tinha aqui, transferiram ela para outro canto. Aí quando ela veio avisar que ia sair, ele passou oito dias de febre. Quase que morre. Eu acho que é emocional. [...] **(Josefa, cuidadora)**

[...]Eu tenho estímulo ainda para ter força, energia, por causa do apoio que eu estou recebendo da equipe e dos meus parentes [...] É, você tem que botar essas coisa na tese, que é tão importante! Tão importante! O apoio da família e da equipe na continuação da vida da gente. **(Antônio, usuário da AD)**

As ideologias religiosas dominantes estão presentes nos excertos dos discursos de Jorge e Antônio, que expressam a *religiosidade* como uma *necessidade de caráter social*. Destaca-se no discurso de Antônio, na dimensão textual, a *afirmação com modalidade deontica* ao expressar a obrigatoriedade sob o uso do *verbo querer* em meio ao discurso. Também, observa-se a *coesão* para efeito de *realce* entre as orações, ao utilizar a *conjunção porque* com a *finalidade de justificar* a causa de alguns pensamentos e ações do participante do estudo:

[...] toda noite vou botar ele para dormir, a gente ora nós três juntos. Toda noite, ele gosta de ouvir falar de Deus [...] **(Jorge, cuidador)**

[...] Não vejo sustentação que ninguém responde para mim, os mistérios da vida. Sabe por quê? Porque nós fomos criados, para que serve as pessoas. Será que é pra esse negócio de reproduzir e tudo mais. Num é isso. Eu quero uma resposta pra esse vazio da vida, sabe [...] eu quero saber disso aí, dessa existência. Ninguém me responde [...] Eu não me convenço num é porque eu seja rebelde não. É porque falta as explicações. Falta a verdade, sabe [...] **(Antônio, usuário da AD)**

Identifica-se, nos excertos das falas dos participantes, que o *acesso aos serviços de saúde* está correlacionado às *necessidades* conhecidas por *garantia de acesso a todas as tecnologias*

que melhorem e prolonguem a vida e necessidades de boas condições de vida. Faz-se menção, nos discursos, às afirmações de modalidade deontica exprimindo obrigatoriedade e necessidade por meio dos verbos *poder, mandar, querer e precisar*:

[...] eu não sei assim, como ter acesso, por exemplo, a um tratamento de células-tronco, eu já procurei na internet. Mas já falei com uma/ já mandei mensagem para algumas pessoas na internet, mas não me responderam [...] (**Lucas, usuário da AD**)

[...] algumas necessidades que precisa, que eu preciso que não tem, seria um carro para minha locomoção, pra ir pra alguns canto (**Felipe, 27 anos, paraplégico, solteiro**)

Os homens relatam a dificuldade em possuir determinados insumos indispensáveis ao atendimento das suas necessidades básicas de saúde, como a higiene sob as eliminações, remédios, material para curativos, entre outros. Eles deixam claro que a distribuição desses insumos era de responsabilidade do Estado como garantia de direito, mas que, no momento, são eles que estão comprando, mesmo com baixo poder de compra:

[...] no caso alguns materiais que poderia ajudar, mas que não tem né, por falta do governo mesmo [...] (**Leonardo, solteiro**)

[...] já faz um ano e quatro meses que eu não recebo fralda. Então eu compro fralda, compro remédio que a médica passa, compro pomada que a médica passa. Então tudo sai do meu bolso [...] (**Leandro, mestiço, evangélico**)

No discurso de Maria, observou-se o sentido atribuído ao acesso aos serviços de saúde, a necessidade de acesso a todas as tecnologias que melhorem ou prolonguem a vida, sendo designado um teor discursivo de dificuldade a essa tecnologia, devido ao poder de compra do participante do estudo, retirando desses homens a propriedade de trabalhador produtivo e de provedor do lar, associada à ideologia de masculinidade hegemônica:

[...] oh! Hoje tem tanta coisa boa para saúde de J que não pode ser feito, por exemplo os exames [...]. Uma pequena cirurgia pra fazer na escara [...] Essas coisas que estão deixando a desejar que tem que ser feito urgente e não tem como [...] (**Maria, 63 anos, avó cuidadora**)

Os discursos dos homens em AD e cuidadores ainda relacionam o *lazer ao bem-estar social*, o qual consiste não apenas na manutenção da vida, mas de uma vida agradável e feliz. No discurso de Bruno, percebe-se a construção das relações sociais entre diferentes atores para o atendimento das necessidades de saúde vinculado ao *lazer*. No discurso de Cristiane, identificam-se características discursivas peculiares ao padrão hegemônico de masculinidade, aquele que permite aos homens a soberania em suas saídas, desfrutando do álcool como instrumento que auxilia o prazer e, portanto, citado no discurso como *lazer*:

[...] eu vou andar né. De vez em quando eu dou uma volta na praia [...] vou com meus amigos de carro [...] (**Bruno, usuário AD**)

[...] o único lazer que ele ver é esse aí, ir para o bar, porque os meninos só pegam ele aqui para beber. Aí a única diversão que ele tem é essa [...] (**Cristiane, cuidadora**)

Nas falas dos participantes José e Lucas, verifica-se nas produções discursivas *tecnologia digital como artefato para o atendimento da necessidade de lazer*. A tecnologia digital proporciona aos atores sociais uma vivência em universos distantes da sua realidade:

[...] só assisto tv, jogo no tablet também [...] (**José, usuário AD**)

[...] que eu solicito é a internet, tv, filme, essas coisas assim [...] (**Lucas, usuário AD**)

Para os participantes desta pesquisa, a *socialização* também é vista como uma *necessidade*, e os discursos demonstram a dificuldade em estreitar relações interpessoais entre os atores sociais que se encontram fora do espaço microssocial do homem em AD. A *necessidade de inclusão e acessibilidade* está moldada no discurso de Leandro por intermédio das afirmações de modalidade deontica, exprimindo necessidades:

[...] o que precisa melhorar, eu acho que é para o lado da acessibilidade. Como eu falei sobre a qualidade de vida. Nós cadeirantes, muitas vezes a gente disputa espaço com carro por causa das calçadas [...] (**Leandro, usuário AD**)

DISCUSSÃO

Os resultados indicam como as necessidades de saúde dos homens assistidos pela AD persistiam em um modelo biologista hegemônico. Na atual sociedade, ainda persiste uma ideologia dominante, consagrada no senso comum, da invulnerabilidade masculina, que leva os homens a não poder demonstrar os seus sentimentos para que não representem sinais de fraqueza.

Porém, a ideologia é mais eficaz quando sua atuação é menos visível⁽¹³⁾, ou seja, quando alguém se torna consciente de um determinado aspecto do senso comum, a desigualdade de poder é assegurada por si próprio, fazendo com que aquele aspecto do senso comum perca a força para se sustentar. Dessa maneira é que os participantes do estudo se posicionaram diante das ideologias do senso comum em relação às masculinidades, expressando necessidades contra-hegemônicas.

Essa perspectiva sobre as necessidades viabiliza a interposição entre os processos micro e macrosociais, respeitando a recíproca e complexa interação entre a estrutura e os sujeitos. Todavia, as necessidades de saúde são sociais e historicamente definidas, mas os indivíduos possuem a capacidade para modificar a si e o seu entorno, no intuito de melhorar a vida. É nessa alusão que os participantes deste estudo imprimem um olhar contra-hegemônico ao reconhecerem necessidades de saúde que vão além daquelas tidas como naturais (existenciais) e elementares para as boas condições de vida.

O conhecimento, identificado como uma necessidade nos discursos dos participantes, é uma ferramenta para mudanças paradigmáticas hegemônicas na sociedade. Ele se desenvolve no decorrer das relações sociais e pode ser usado como um artefato de dominação ou libertação. No cotidiano que o homem se constitui, quando há a inserção de algum conhecimento de modo automático na vida das pessoas, pode-se afirmar que esse novo modo de agir constitui a identidade do sujeito⁽¹⁴⁾.

A necessidade contra-hegemônica de gregária, descrita pelos homens em AD e cuidadores, demonstra uma face das necessidades que se referem à própria realização da condição humana, à carência de afeto, abrigo, carinho e proteção; essa necessidade vai além da

recuperação da saúde, ela é a própria condição para sobrevivência humana. Nesse sentido, o atendimento domiciliar oportuniza o conforto do lar e o vínculo com a família, atendendo a essa necessidade na vertente histórico-filosófico-antropológica, provida pelas tecnologias leves e leves-duras⁽¹⁵⁾.

A necessidade de ser acolhido e ter vínculo com profissionais/equipe de saúde ou familiares perpassa a gregária, chegando a uma dimensão que expressa a necessidade de se ter um cuidador (formal ou informal) e estreitar laços afetivos com familiares e profissionais a fim de efetivar o que se pode entender por saúde. Ressalta-se a compreensão da necessidade como um desejo consciente, uma aspiração, uma intenção direcionada e que estimula a ação⁽¹⁾.

Para além das necessidades técnicas relacionadas à doença, identifica-se a importância do vínculo na prática do cuidado. Entre outros elementos, o vínculo facilita a compreensão e respostas a dúvidas e angústias das pessoas⁽¹⁶⁾. A atuação da equipe de AD baseia-se no afeto, respeito e formação de laços que contribuem para assegurar a continuidade do cuidado, utilizando-se das orientações e treinamento dos usuários e cuidadores. Esses elementos compõem a perspectiva do vínculo no atendimento às necessidades de saúde^(15,17).

A maioria dos homens que participou da pesquisa também reconheceu a necessidade de religiosidade, no entanto, somente depois dos problemas de saúde que os condicionaram às suas limitações e à assistência no domicílio. O cuidador, ao reconhecer a vulnerabilidade do doente (usuário em AD), tenta dar sentido metafísico ao sofrimento, isto é, busca na fé em Deus a força para se sustentar e sustentar o seu doente⁽¹⁸⁾. A religiosidade sempre esteve presente na vida humana e é um aspecto importante no cuidado de pessoas doentes⁽¹⁹⁾; ela abrange um sistema de crenças e doutrinas que é compartilhado por um grupo social e possui atributos comportamentais, sociais e morais próprios. Na doença, as pessoas buscam na religião um sentido e um alívio para o sofrimento⁽¹⁹⁾.

Ao analisar os discursos dos homens e cuidadores no tocante ao acesso a serviços de saúde, esses deixam clara a necessidade de garantia de acesso a todas as tecnologias de

atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida. Durante o processo da doença, os gastos com materiais, dietas e medicamentos são muito onerosos, um peso no orçamento familiar, levando a uma intensa procura por recursos oferecidos pelo sistema de saúde de forma gratuita⁽¹⁸⁾. Os homens deste estudo estão alocados no proletariado, sendo assim as suas necessidades possuem um caráter reducionista, do tipo vital para a sua sobrevivência⁽¹⁾.

Acredita-se que os homens, de quem os discursos foram provenientes, vivenciaram mudanças de paradigmas ideológicos no tocante à masculinidade deles, ao mencionarem nos discursos o lazer como uma necessidade. Pois, quando se trata de masculinidade hegemônica, o trabalho é a única ferramenta de prosperar, excluindo desse convívio tudo que se contraponha a isso, como é o caso do lazer.

O atendimento das necessidades sociais, associado ao desejo de estar bem consigo mesmo, é a dimensão subjetiva que os homens em AD relacionam com a conquista de sua saúde. Os discursos dos homens e cuidadores relacionam o lazer ao bem-estar social, o qual consiste não apenas na manutenção da vida, mas de uma vida agradável e feliz. A felicidade e a qualidade de vida estão relacionadas diretamente à saúde⁽²⁰⁾. Além disso, as necessidades biológicas suscitam outras necessidades de caráter social, que são superiores e motivadas pelas condições sociais de vida e podem incluir as necessidades de se relacionar com outras pessoas e o lazer⁽¹⁶⁾.

O acesso à tecnologia digital também se insere nos discursos como uma necessidade relacionada ao lazer. O mundo hoje é das tecnologias da informação e comunicação, em que todos os humanos, em qualquer lugar e a todo o momento, estão conectados à rede e interagindo com as pessoas e com o mundo no espaço digital. Essa condição caracteriza esse achado do estudo como uma necessidade⁽¹⁾ por estar condicionada ao aumento da produção material pelo consumo de produtos e tecnologias. Contudo, a sociedade da informação permite possibilidades de mudanças sociais positivas, mas também ambíguas e indefinidas. Dentre essas mudanças, encontram-se os desafios para permitir que todos tenham acesso a informações publicadas na rede mundial de

computadores, independentemente de suas limitações perceptivas, cognitivas ou motoras⁽²¹⁾.

Para que os homens com limitações físicas consigam desfrutar do lazer e dos meios digitais de maneira equânime, enquanto atendimento de uma necessidade, a 'macroestrutura social' (Estado) precisaria garantir a construção e aplicação de políticas de inclusão e acessibilidade com a finalidade de evitar a exclusão de alguns atores sociais. Essa necessidade sendo atendida, com certeza seria considerada como uma necessidade radical⁽¹⁾.

E, por fim, ter acessibilidade, ser incluído e socializar-se, aponta-se como uma necessidade radical a ser atendida para os homens em AD. As necessidades radicais são as propriamente humanas e correlacionam-se à autonomia, autorrealização, autodeterminação, liberdade, atividade moral e reflexão⁽¹⁾. A acessibilidade é conceituada como a associação à filosofia do desenho universal, em que uma arquitetura orientada para a diversidade humana é concebida, buscando respeitar a necessidade específica de cada ser humano e favorecer a realização de diversas atividades do cotidiano, com autonomia, independência, segurança e conforto⁽²²⁾.

Este estudo reconhece uma possível limitação à influência dos contextos pessoais, socioculturais, históricos e políticos dos participantes nos resultados da pesquisa, além da presença do pesquisador participante na coleta de dados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisaram-se os discursos dos atores sociais, homens e cuidadores, sobre a relação com os objetos das suas necessidades de saúde, identificados como contra-hegemônicos ao senso comum do homem ideologicamente invulnerável, como o conhecimento, a gregária, o vínculo na prática do cuidado, a religiosidade e o acesso a todas as tecnologias de atenção à saúde, aos insumos, ao lazer e à acessibilidade. Conclui-se, a partir dos achados empíricos, que a construção social de uma masculinidade hegemônica pode gerar obstáculos para o reconhecimento das necessidades de saúde do homem em AD. Dessa forma, as singularidades dos usuários da AD precisam ser reconhecidas

para nortear uma assistência à saúde mais integral e equânime.

O estudo contribui para o desenvolvimento da Enfermagem, que tem o cuidado como uma prática norteadora da profissão, ao produzir cuidados diferenciados ao homem em assistência domiciliar, perante o reconhecimento das necessidades de saúde desse usuário, orientando os cuidadores a partir de propostas assistenciais que sejam mediadas pelo perfil histórico,

cultural, social, demográfico e econômico. Além disso, contribui para a construção teórica e a efetivação prática da PNAISH edas diretrizes da AD.

AGRADECIMENTOS

À professora Dra. Roseni Rosângela de Sena, *(In memoriam)*.

UNDERSTANDING THE HEALTH NEEDS OF MEN IN HOME CARE: A STRATEGY FOR COUNTER-HEGEMONY

ABSTRACT

Objective: to understand the health needs of men cared for at home. **Methods:** study with a qualitative, analytical and interpretive approach, based on the theoretical-epistemological framework on Needs. Data collection took place between January and February 2019. The survey included 34 caregivers and 24 men assisted by the Home Care Service in João Pessoa, Paraíba. Data were obtained from open interviews and unsystematic observation and submitted to Critical Discourse Analysis. **Results:** the discourses reveal that the health needs of men assisted by home care refer to a hegemonic and invulnerable biological model, built by moral leaders, dominant ideologies and particular cultures. But, due to the condition of limitation, the participants started to identify health needs considered counter-hegemonic, such as gregariousness; to be welcomed; to have a bond; religiosity; access to health services and technologies; inputs; leisure; digital technology; socialization and accessibility. **Final considerations:** we conclude that the singularities of men in home care must be recognized for a more comprehensive and equitable health care.

Keywords: Men's Health; Home Nursing; Nursing; Comprehension.

COMPRESIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD DEL HOMBRE EN ASISTENCIA DOMICILIARIA: ESTRATEGIA PARA LA CONTRAHEGEMONÍA

RESUMEN

Objetivo: comprender las necesidades de salud de los hombres cuidados en el domicilio. **Método:** estudio de abordaje cualitativo, analítico e interpretativo, fundamentado en el referencial teórico-epistemológico sobre Necesidades. La recolección de datos se realizó entre los meses de enero y febrero de 2019. Participaron de la investigación 34 cuidadores y 24 hombres asistidos por el Servicio de Atención Domiciliaria de João Pessoa, Paraíba-Brasil. Los datos fueron obtenidos de entrevistas abiertas y observación asistemática y sometidos al Análisis de Discurso Crítico. **Resultados:** los discursos revelan que las necesidades de salud de los hombres asistidos por la atención domiciliaria remiten a un modelo biologismo hegemónico, invulnerable, construido por liderazgos morales, ideologías dominantes y culturas particulares. Pero, debido a la condición de limitación, los participantes pasan a identificar necesidades de salud consideradas contrahegemónicas, tales como gregaria; ser acogido; tener vínculo; religiosidad; acceso a los servicios y tecnologías de salud; insumos; ocio; tecnología digital; socialización y accesibilidad. **Consideraciones finales:** se concluye que las singularidades de los hombres en atención domiciliaria necesitan ser reconocidas para una asistencia a la salud más integral y equânime.

Palabras clave: Salud del Hombre. Asistencia Domiciliaria. Enfermería. Comprensión.

REFERÊNCIAS

- Heller A. Teoria de las necesidades em Marx. Barcelona: Ediciones Península; 1986. 1-182p.
- Gaspodini IB, Canabarro RP, Cenci CMB, Perrone CM. Masculinidades em diálogo: Produção de sentido a partir de marcadores sociais da diferença. *Mudanças-Psicologia da Saúde*. 2017;25(1):7-25. DOI: <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n1p7-25>.
- Batista BD, Andrade ME, Gadelha MMT, Silva JMA, Fernandes PKRS, Fernandes MC. Discourse of men about access to health in primary health care. *Rev baiana enferm*. 2019;33:e29268. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.29268>.
- Couto, MT; Dantas, SMV. Gender, masculinities, and health in review: production of the field in the journal *Saúde e Sociedade*. 2016;25(4):857-868. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016172308>.
- Arreguy-Sena C, Santos JC, Marcelo TS, Pinto PF, Dutra HS, Melo LD et al. Representações sociais de homens sobre autocuidado e pressão alta. *Cienc Cuid Saude*. 2021;20:e50063. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v20i0.50063>.
- Araújo JS, Nascimento LC, Zago MMF. Embodied hegemonies: moral dilemmas in the onset of prostate cancer. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03494. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027403494>.
- Fraga JCXO, Correa ACP, Rocha RM, Silva LA,

Medeiros RMK, Mozer IT. Main causes of male mortality and potential years of life lost due to those diseases. *Cienc Cuid Saude*. 2016;15(4):746-754. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v15i4.34354>.

8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes) [on-line]. Brasília, 2008 [citado 2020 Jun 29]. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf.

9. Araújo JF, Freitas FBD, Cavalcante JRD, Freitas JMS, Silva AE, Santos WP. O universo masculino no domicílio: a visão dos homens acerca do Programa Melhor em Casa. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e123. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.123>.

10. Xavier GTO, Nascimento VB, Junior NC. The contribution of Home Care to the construction of health care networks from the perspective of health professionals and elderly users. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2019;22(2):e180151. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180151>.

11. Ferreira JA, Sena RR. Man's health at home: an integrative review. *International Archives of Medicine*. 2016; 9(330):1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.3823/2201>.

12. Fairclough N. Discurso e mudança social. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2001. 1-338p.

13. Peixoto MC, Alencar CN, Ferreira R. O objeto da ideologia na teoria crítica do discurso. *Ling. (dis)curso*. 2018; 18(1):215-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-4017-180112-5917>.

14. Heller A. O cotidiano e a história. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2004.

15. Silva KL, Silva YC, Lage EG, Paiva PA, Dias OV. Why is it better at home? Service users' and caregivers' perception of

home care. *Cogitare Enferm*. 2017;22(4):1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.49660>.

16. Combinato DS, Martin STF. Vital needs in the dying process. *Interface*. 2017;21(63):869-80. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0649>.

17. Santos KC, Fonseca DF, Oliveira PP, Duarte AGS, Melo JMA, Souza RS. Men's health care: construction and validation of a tool for nursing consultation. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(3):e20190013. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0013>.

18. Pozzoli SML, Cecílio LCO. About caring and being cared for in home care. *Saúde Debate*. 2017;41(115):1116-1129. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711510>.

19. Rocha PT, Lima CA, Dias OV, Paiva PA, Rocha JFD. A influência da espiritualidade e da religiosidade no tratamento oncológico: percepção da pessoa com câncer. *Rev. Tendên. da Enferm. Profis* [on-line]. 2016 [acesso em: 2020 Jun 15];8(4):2031-2036. Available from: <http://www.corence.org.br/wp-content/uploads/2015/12/retep-8-4.pdf>.

20. Shiri R. Happiness, health and mortality. *The Lancet* [on-line]. 2016 [acesso em: 2020 Jun 03]; 388(10039):26-27. Available from: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)30895-9.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)30895-9.pdf).

21. Arenhardt DL, Franchi TS, Costa VMF, Grohmann MZ. Acessibilidade digital: Uma análise em portais de Instituições Federais de Educação do Brasil. *Arquivos Analíticos de Políticas Educativas*. 2017;25(33). DOI: <https://doi.org/10.14507/epaa.25.2639>.

22. Gradaille R., Caride JA. Accessibility in the realities of everyday life: Social Pedagogy in the construction of the right to inclusive education. *Education Policy Analysis Archives*. 2016;24(91). DOI: <https://doi.org/10.14507/epaa.24.2458>

Endereço para correspondência: Jocelly de Araújo Ferreira. Endereço: Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde. Rua: Olho D'Água da Bica S/N – CEP: 58175-000 - Cuite, PB – Brasil. Telefone: (83) 99142-3505. E-mail: jocellyaferreira@hotmail.com

Data de recebimento: 30/04/2021

Data de aprovação: 10/11/2021

APOIO FINANCEIRO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)