



ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE HOMENS ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

THERAPEUTIC ITINERARIES OF MEN AFFECTED BY ENCEPHALIC VASCULAR ACCIDENT ITINERARIOS TERAPÉUTICOS DE LOS HOMBRES AFECTADOS POR ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Marcelo Augusto Castro¹, Kenia Lara Silva², Rita de Cássia Marques³

RESUMO

Objetivo: investigar o itinerário terapêutico de homens até a internação com o diagnóstico de acidente vascular encefálico (AVE). **Método:** estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, realizada com 14 homens internados em um hospital de grande porte em Belo Horizonte/BH, devido ao diagnóstico de AVE. Os dados foram obtidos a partir de entrevista com roteiro semiestruturado e da análise dos prontuários. **Resultados** os resultados revelam que os itinerários são bastante diversos e todos são marcados pela lógica do usuário que nem sempre faz o percurso preconizado nos protocolos. O percurso autônomo dos homens é determinado pelas dificuldades de acesso e resolução dos seus problemas. Essa lógica é marcada por aspectos das masculinidades socialmente compartilhadas pelos homens tais como um ser forte, inabalável, protetor e provedor. **Conclusão:** há de se avançar no funcionamento da rede assistencial, considerando os homens como sujeitos singulares e com necessidades de saúde. **Descritores:** Assistência a Saúde; Saúde do Homem; Terapêutica; Masculinidade.

ABSTRACT

Objective: to investigate the therapeutic itinerary of men to the hospital with a diagnosis of encephalic vascular accident (EVA). **Method:** exploratory and descriptive study, with qualitative approach, conducted with 14 hospitalized men at a large hospital in Belo Horizonte/BH due to the diagnosis of EVA. The data were obtained from an interview with a semi-structured guide and from the analysis of the medical records. **Results:** the results show that the routes are quite diverse and are all marked by the logic of the user who does not always make the route recommended by the protocols. The men's autonomous route is determined by access difficulties and solution of their problems. This logic is marked by aspects of masculinities socially shared by men, such as being strong, unwavering, protector and provider. **Conclusion:** there is need for advancing the functioning of the health care network, considering the men as unique subjects and with health needs. **Descriptors:** Delivery of Health Care; Men's Health; Therapeutics; Masculinity.

RESUMEN

Objetivo: investigar el itinerario terapéutico de los hombres al hospital con un diagnóstico de accidente cerebrovascular (ACV). **Método:** estudio exploratorio y descriptivo, de enfoque cualitativo, realizado con 14 hombres ingresados en un hospital grande en Belo Horizonte/BH debido al diagnóstico de accidente cerebrovascular. Los datos fueron obtenidos a partir de la entrevista semiestructurada y el análisis de los registros médicos. **Resultados:** los resultados muestran que las rutas son muy diversas y están marcadas por la lógica del usuario que no siempre hace la ruta recomendada en los protocolos. La ruta autónoma de los hombres está determinada por las dificultades de acceso y resolución de sus problemas. Esta lógica está marcada por aspectos de la masculinidad socialmente compartidas por hombres como ser fuerte y firme, protector y proveedor. **Conclusión:** hay necesidad de avanzar en el funcionamiento de la red de atención de la salud, teniendo en cuenta a los hombres como sujetos únicos y con necesidades de salud. **Descriptores:** Prestación de Atención de Salud; Salud del Hombre; Terapéutica; Masculinidad.

¹Enfermeiro, Mestrando, Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: macastroenf@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Brasil. E-mail: kenialara17@yahoo.com.br; ³Historiadora, Professora Doutora em História, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Brasil. E-mail: rcmarques63@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) é definido pela Organização Mundial de Saúde como distúrbio focal (ou global) da função cerebral de evolução rápida. É considerado como o agravo em saúde com maiores taxas de morbidade e mortalidade em todo mundo.¹

Por advir de complicações sistêmicas, na maioria das vezes, relacionadas ao quadro de doenças crônicas não transmissíveis. O correto acompanhamento dessas condições e a modificação nos fatores de riscos relacionados podem prevenir agudizações dos quadros como os AVEs.²

O Brasil vem mudando o perfil epidemiológico, com as doenças crônicas não-transmissíveis liderando as causas de morbimortalidade. As internações por doenças cerebrovasculares, no ano de 2009, registraram 160.621 casos. Desse número, cerca de 115.808 foram consideradas como internações de causas sensíveis a atenção básica.³

O conceito de condições sensíveis à atenção primária⁴ representa um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetivação da atenção primária diminuiria o risco de internações, tais como a prevenção de doenças, o diagnóstico, tratamento precoce e acompanhamento de doenças crônicas.

Homens e mulheres partilham os mesmos fatores de risco tradicionais para o AVE. Devido às atitudes e modos de vida os homens são os que lideram os indicadores de fatores de risco para doenças cerebrovasculares, possuem as piores taxas nos indicadores de proteção e são os que utilizam menos os serviços de saúde. Assim, assumem a posição de maior vulnerabilidade para o AVE.^{1,5}

A maioria dos estudos encontra maiores taxas de morbimortalidade por AVE nos homens se comparado às mulheres. A expectativa de vida de homens em comparação ao de mulheres pode ser entendida como apenas um parâmetro que, articulado aos processos sociais, culturais e políticos, possibilita a compreensão dos diferentes graus de vulnerabilidade que podem se manifestar na população masculina.^{1,2,6}

A partir dessas constatações, nos últimos vinte anos o debate acerca da saúde masculina ganhou maior notoriedade nos espaços de produção do conhecimento, nos serviços de saúde e na agenda das políticas públicas. No país, destaca-se em 2009, o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que tem como objetivo a melhora nas condições de saúde dos homens com ações que buscam

romper os obstáculos dos homens frequentarem os serviços de saúde.⁷

Apesar de recente, observa-se que a implantação da PNAISH tem ocorrido de maneira muito diferente em todo país. Os profissionais de saúde e gestores nem sempre apresentam conhecimento necessário para implantação das ações preconizadas, o que dificulta a melhoria da assistência integral para o público masculino. Alia-se a isso a crítica à política que não traz uma discussão mais aprofundada de gênero colocando o homem em uma posição marginal, que deve ser salvo de si próprio ou o reduzindo a doenças da próstata.⁸

Pouco visíveis no âmbito da ESF, os homens são bastante notados nos cenários de urgência, fato que inquietou os pesquisadores deste estudo. Estudo que analisou a realidade brasileira aponta para essa maior prevalência masculina nos cenários de urgência. Nesses espaços esses indivíduos muitas vezes são atendidos mais rapidamente e conseguem expor seus problemas com maior facilidade.⁹

Escolheu-se o itinerário terapêutico como ferramenta para conhecer os caminhos e as estratégias adotadas por homens acometidos pelo AVE, pois o mesmo possibilita a compreensão do enfrentamento das questões de saúde e doença, que se modelam a partir do contexto em que os indivíduos vivem, bem como dos aspectos econômicos, sociais e culturais que organizam a vida coletiva e a vida biológica, resultantes de um espaço de ação e interação social.¹⁰

Ainda com ênfase nos itinerários terapêuticos, visualiza-se que, na maioria dos estudos são ressaltados os itinerários médicos ou as trajetórias assistenciais ou terapêuticas que correspondem à sequência de recursos de cuidados com a saúde, desde o aparecimento de um problema ou doença até a sua cura, estabilização ou morte. Há ainda poucos estudos que buscam conhecer itinerários de homens em situação de adoecimento.

Considerando esse contexto e as lacunas na produção científica quanto às condutas dos homens frente a situações de adoecimento, decidiu-se aprofundar a discussão sobre os itinerários terapêuticos de homens e as escolhas e condutas no manejo nas situações de condições crônicas.

OBJETIVO

- Investigar o itinerário terapêutico de homens até a internação com o diagnóstico de acidente vascular encefálico (AVE).

MÉTODO

Estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, realizado na Unidade de Internação de Clínica Médica de um hospital de grande porte referência no atendimento as emergências clínicas e cirúrgicas no município de Belo Horizonte. Essa unidade é conhecida como unidade de AVE, por ser referência dentro da instituição para os cuidados aos pacientes acometidos por esse agravo. Nesse setor os pacientes recebem assistência da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, etc.) que atuam principalmente na promoção da saúde desses indivíduos e no processo de reabilitação.

O hospital do estudo possui 481 leitos e constitui referência para urgências e emergências clínicas e cirúrgicas para o município de Belo Horizonte e os municípios da sua região metropolitana, com atendimento médio de 420 atendimentos/dia.

Participaram do estudo 14 homens que estiveram internados na unidade referida desse hospital no período de março a abril de 2012 e que atenderam aos critérios de inclusão no estudo: ter idade superior a 18 anos, ter sido diagnosticado com AVE em sua guia de internação hospitalar, estar em condições físicas e psicológicas de participar da entrevista e confirmar a aceitação assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi garantido o sigilo das informações e a liberdade desses homens de se recusarem ou desistirem da participação no estudo, em qualquer momento, sem que isso os acarretasse algum tipo de prejuízo. O número de homens internados no determinado período ultrapassou dos 30 pacientes, porém muitos desses não possuíam condições de abordagem na pesquisa devido às sequelas e as condições clínicas que inviabilizaram a etapa de entrevista.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada. Buscou-se na formulação do instrumento utilizado contemplar de maneira clara o objeto da pesquisa e elucidar as escolhas e condutas do indivíduo até o momento de sua internação. Além das entrevistas, os prontuários dos sujeitos foram consultados a fim coletar informações sócio-demográficas e complementares informações apreendidas nas entrevistas. As entrevistas aconteceram na própria unidade de internação após identificação de homens com primo diagnóstico de AVE, mediante busca destes

diariamente na listagem de controle de leitos da referida unidade de internação.

As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra e posteriormente lidas de modo exaustivo. Essas foram analisadas em uma ordem coerente à análise temática de conteúdo¹¹ que pressupõe: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A partir das falas, foram aprendidos as categorias temáticas e cada itinerário terapêutico dos indivíduos elaborado. Esses posteriormente foram apresentados aos homens e seus acompanhantes a fim validação e possíveis ajustes. Para a identificação das falas, foi adotado como código a letra E seguida do número da entrevista realizada.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do referido hospital deste estudo, em 15/09/11, protocolo n° 459121, respeitando a resolução n° 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo não contou com financiamento de nenhuma instituição ou órgão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 14 homens entrevistados a faixa etária variou de 39 a 89 anos, com predominância na faixa etária entre 50 a 70 anos (9), a maioria (8) residia em Belo Horizonte, 4 residiam em municípios da região metropolitana e 2 residiam em municípios além do entorno da capital mineira. Quanto à condição de trabalho houve uma divisão ligeiramente semelhante entre aqueles que trabalhavam nos setores formais ou informais (8) e aqueles que se encontravam aposentados (6). Dos entrevistados apenas dois tiveram o diagnóstico de AVE hemorrágico, todos os outros foram acometidos por AVE isquêmico. Todos os entrevistados tiveram algum tipo de sequela sensório-motora com necessidade de cuidados específicos durante período de internação e no pós alta.

A partir da análise dos depoimentos dos homens deste estudo, várias ideias se destacaram, as quais foram organizadas em três categorias: a primeira refere-se à procura inicial por atendimento frente ao início dos sintomas, a segunda refere-se aos homens e sua rede de cuidados e a última categoria trata-se dos itinerários terapêuticos apreendidos desse grupo.

♦ O aparecimento da doença

Ao questionar os homens sobre o início dos sintomas, que o fizeram procurar o atendimento, observa-se que a doença em questão tem caráter súbito e nem sempre apresenta uma uniformidade de

sintomatologia inicial variando de indivíduo para indivíduo conforme os relatos que se seguem:

Senti de uma hora para outra, que meu braço direito e minha perna esquerda não tinham comunicação, eles endureceram. Quando percebi, eu estava deitado, levantei e pedi ajuda a um amigo para chamar uma ambulância, então cai e percebi que estava com problema. (E6)

[...] Eu levantei de manhã cedo e estava uma garoa de chuva.[...] Levantei para ir pegar uma roupa no varal, quando estava voltando minhas vistas ficaram escuras e minha casa também. (E12)

O tempo entre o primeiro atendimento nos serviços de saúde e o início dos primeiros sintomas também variou. Alguns homens declararam que postergaram essa busca frente aos primeiros sintomas de alteração neurológica::

[...] À noite eu disse a minha esposa que estava sentindo minha língua meio pesada, então ela disse que era necessário ir ao médico, mas eu disse: não, vai melhorar! (E1)

Nota-se aqui um fenômeno comum já elucidado em outros estudos sobre a saúde do homem, que é a dificuldade na procura por atendimento frente aos problemas de saúde^{6,8,12-15}. Os homens deste estudo mesmo relatando que os sintomas sentidos os deixaram preocupados, ainda assim apresentaram resistência em buscar ajuda.

A atitude desses homens corrobora os achados de autores¹², que ao revisarem sobre os comportamentos em saúde de homens, identificaram um fenômeno comum nesse grupo, o chamado “esperar e ver”. Frente aos sintomas como uma dor torácica típica, déficits neurológicos agudos ou sinais de infecção e inflamação graves, a população masculina não considera a busca por ajuda de profissionais em saúde como primeira opção para a resolução dos problemas. Decidem aguardar como se fossem melhorarem por si só os sintomas levando muitas vezes o agravamento da sua condição de saúde.

Tal fato está intimamente relacionado com a construção das masculinidades socialmente compartilhadas: o homem possui a representação daquele ser forte, invulnerável e saudável, que desempenha o papel de protetor e provedor para sua família. Essa marca indenitária contribui como barreira para o processo de busca pelos serviços de saúde.^{6,8,12-5} Ao procurar por atendimento esse homem se coloca em uma posição diferente da cotidianamente assumida e valorizada, sujeitando-se ao saber e ao poder de outro,

situação que nem sempre será confortável e aceita.

Os relatos a seguir retratam que dos que procuraram pelos serviços de saúde devido aos sintomas iniciais, essa procura foi marcada pela lógica da facilidade de acesso, sem se preocupar com o nível de atenção demandado naquela situação ou com qualquer vinculação com o serviço. Fica explícito que o a resolução do problema de maneira rápida é o elemento primordial nas situações de mal estar para esse grupo.

[...] Quando percebi que não estava conseguindo falar direito e minha cabeça doendo muito pedi meu filho para me levar para o posto de saúde lá do meu bairro (E5).

[...] Como minha filha estava em casa, eu pedi a ela para irmos direto para esse hospital, pois sabia que ia chegar mais rápido (E8).

♦ Homens e sua rede de cuidado

Apesar de súbito a ocorrência do AVE, sabe-se que o correto acompanhamento de questões crônicas podem impactar de maneira positiva na qualidade de vida e prevenção desse agravo em saúde.

Foram identificados no grupo pesquisado a presença de fatores de risco como hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus tipo 2, dislipidemia, tabagismo, obesidade e dislipidemia. Uma vez identificado, esses indivíduos foram questionados sobre a forma de acompanhamento das suas condições de saúde. Alguns homens relatam que não possuem um lugar específico de acompanhamento, transitando entre os centros de saúde, clínicas particulares, unidades de urgências e hospitais ou até relatam não irem a nenhum local.

Eu me consulto com o médico uma vez por mês pelo menos, vou na Policlínica, quando não dá vou na Santa Casa (hospital) ou no posto de saúde [...]. (E8)

Não tenho lugar fixo não, vou aqui em Belo Horizonte, vou em Sete Lagoas e vou lá em Pompeu. (E12)

A ausência de periodicidade e sistematização no monitoramento dos quadros crônicos contribui fortemente para piora e deterioração dos quadros, uma vez que a continuidade e acompanhamento dos indivíduos ficam fragilizados.

Daqueles que relatam possuir um local específico para o acompanhamento de seu quadro de saúde, se divide em dois grupos: aqueles que utilizam a atenção básica e aqueles que utilizam as unidades de pronto atendimento.

Estudos têm revelado a invisibilidade da população masculina na atenção básica e

Castro MA, Silva KL, Marques RC.

investigado os motivos de não procura pelos serviços.^{06,12-13} Entre estes destacam-se a vergonha de exposição do corpo aos profissionais, medo da descoberta de algo grave, estereótipos de gênero que complicam atitudes de auto cuidado, ausência de atividades específicas para a população masculina e dificuldades no acesso . Alguns desses motivos emergiram nesse estudo.

[...]Eu faço acompanhamento no posto lá perto de casa, mas é difícil porque demora muito a marcar a consulta, tem que levantar cedo passar pelo acolhimento e depois a menina (Agente Comunitário de Saúde) leva pra gente o dia da consulta. (E7)

Agora que já sou cadastrado a consulta não demora muito, já saio de lá com a próxima marcada, mas se precisar voltar aí preciso dar sorte de achar vaga. (E3)

Vou lá no posto do meu bairro, só que lá demora muito! Demora para marcar, demora pra ser atendido e demora para fazer exames. [...] Exame só de sangue e fezes! (E9)

Além da barreira de acesso mencionada como sendo a demora pelo atendimento, outros homens demonstram descrédito na atenção oferecida no âmbito da atenção básica devido a ausência de incorporação tecnológica nos procedimentos assistenciais e ausência de consultas com especialista. Nenhum desses indivíduos mencionou participação em atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, ficando claro que a consulta médica torna-se o único de serviço utilizado. Infere-se que, para o público masculino, as atividades ofertadas nos centros de saúde ainda se resumem aquelas curativas.

Nos próximos relatos pode-se evidenciar que, uma vez utilizada a atenção secundária para consultas e/ou procedimentos de especialistas, essa é avaliada positivamente na visão dos homens. Outro aspecto a ser destacado é o descompasso entre os níveis de atenção no acompanhamento do quadro de saúde dos usuários, o que dificulta a atenção básica no desempenho de seus papéis de coordenação do cuidado e ordenação da rede.

Itinerários terapêuticos de homens acometidos por...

Fui no posto e eles me encaminharam para a Domingos Vieira (Centro de Especialidades Médicas). Faço acompanhamento com o cardiologista e reumatologista. Já faço tudo lá que eles me pedem [...]. Só vou lá mesmo, vou em outro lugar, não! (E10)

Outros homens participantes do estudo, também mencionaram utilizar as unidades de pronto atendimento e os hospitais para o acompanhamento de condições crônicas, reforçando a lógica da procura pelo serviço somente quando apresentam agudizações dos quadros ou piora clínica. Revela-se com isso a “des”preocupação com cuidados necessários no manejo diário de suas condições de saúde.

Eu vou a consultas lá na UPA do Primeiro de Maio, passo mal e vou lá, eles já me acompanham, já fui muitas vezes, eles já tem até minha ficha lá! (E13)

[...] Agente lembra da saúde, quando passa mal! (E11)

Os relatos acima citados exemplificam a perspectiva masculina encontrada nesse estudo: os homens se veem como sujeitos que necessitam de cuidados quando sentem alguma alteração em sua condição física. Ao sentir que deixam de se adequar no padrão hegemônico de homem forte e invencível parece ser hora de cuidar da saúde.

Esses relatos vão ao encontro dos achados de estudo¹⁶ que investigou entre homens de baixa escolaridade e de ensino superior as explicações pela pouca procura aos serviços de saúde. Esses dois grupos relatam que a procura por serviços de saúde se deu em situações de adoecimento grave ou em alguns momentos para cumprir exigências burocráticas das empresas empregadoras, existe uma relação íntima entre busca pelo serviço de saúde e manutenção do papel de ser homem na sociedade.

♦ Itinerários Terapêuticos

Os itinerários terapêuticos revelados pelos homens participantes do estudo foram singulares, contudo marcados por similitudes. Com isso, foi possível agrupá-los em dois tipos, representados nas Figuras 1 e 2.

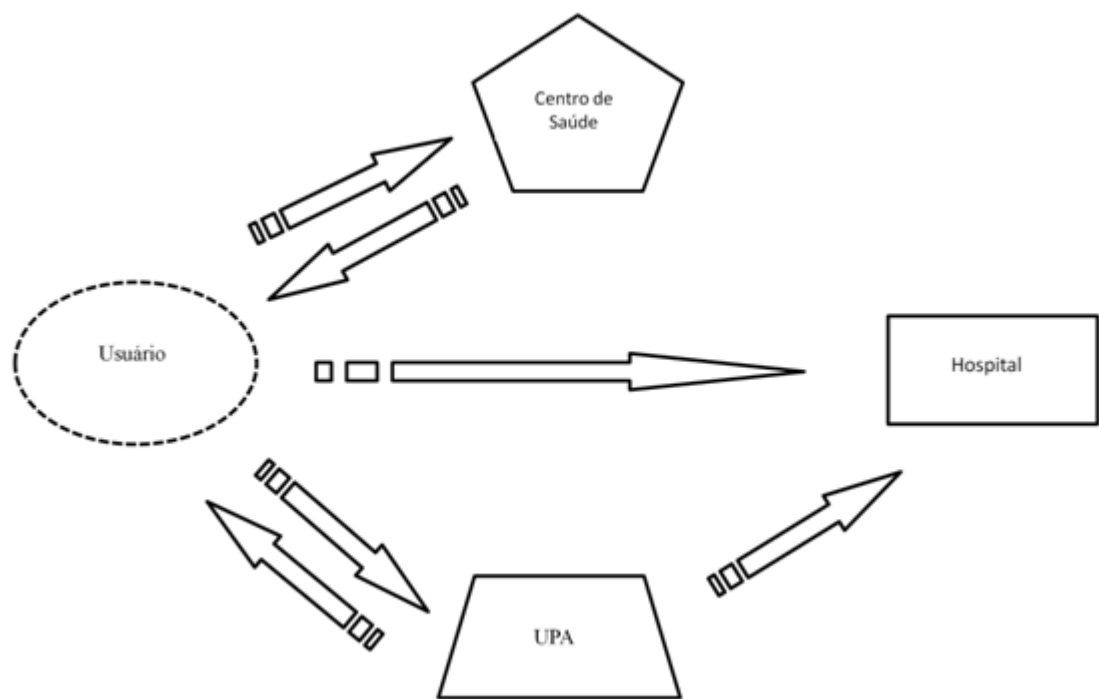


Figura 1. Itinerário Terapêutico tipo 1

O itinerário do Tipo 1 (Figura 1) se caracteriza pelas idas e vindas do usuário nos serviços de saúde sem ter seus problemas resolvidos, reforçados pelos relatos que se seguem:

Eu comecei a passar mal foi no domingo, mas na segunda feira eu procurei a UPA. Na UPA eles me falaram que não atendia e me encaminharam para o centro de saúde onde eu pertencço. Cheguei lá o médico meu, deu um remédio para tirar esse formigamento que sentia na perna e no braço e me mandou pra casa. Porém de noite piorei e minha esposa me levou pra UPA, lá eles viram que era sério e me trouxeram para aqui no hospital. (E11)

Comecei a entortar a boca e pedi ajuda meu amigo que me colocou no carro e me levou direto para o posto médico (Centro de Saúde) lá do bairro, cheguei lá e eles foram perguntando de qual equipe eu era. Disse que não sabia, meu amigo ficou nervoso porque estava passando mal. Eles falaram que tinha que ir para a UPA porque lá não atendia essas coisas. Fomos atendidos na

UPA e fui liberado. Depois de uns 3 dias eu piorei, aí já pedi logo para me trazerem pra cá (Hospital). (E14)

Percebe-se que as demandas pelos serviços de saúde devido aos sintomas iniciais instalados nem sempre foram acolhidas e devidamente respondidas de acordo com os pressupostos de atenção integral a saúde. Esses homens foram encaminhados muitas vezes de maneira informal e sem garantia de atendimento dos seus problemas de saúde resolvidos. Eles vão tecendo sua rede de cuidados de acordo com sua lógica e condição, a partir de suas experiências com os serviços de saúde.

Foi possível ainda, identificar que algumas vezes os usuários se deslocam de bairros ou até de municípios, realizando verdadeiras maratonas em diferentes serviços de saúde, para a resolução de seus agravos.

A Figura 2 representa o segundo tipo de itinerário terapêutico traçado pelos entrevistados.

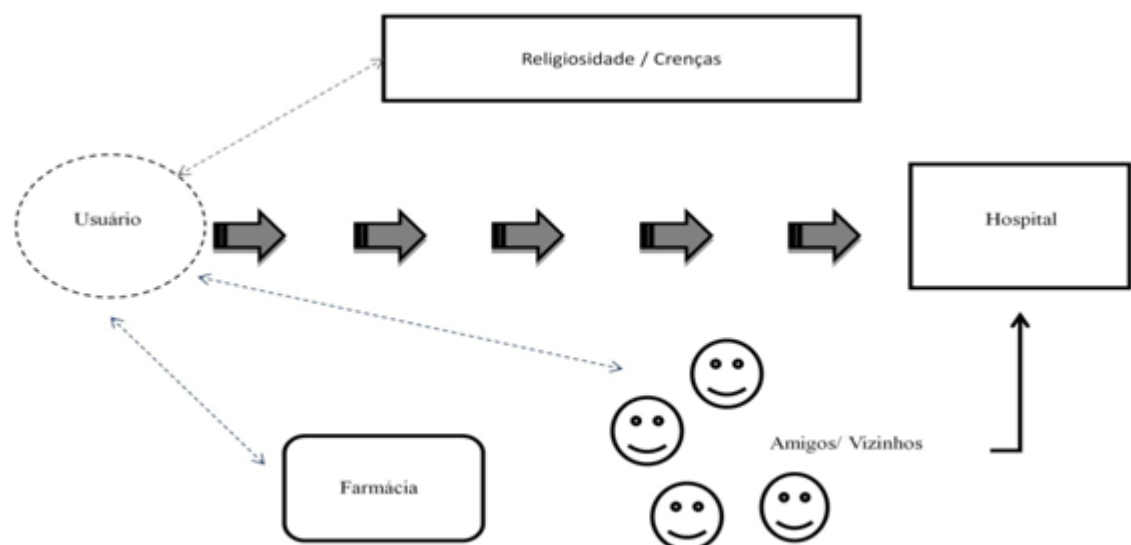


Figura 2: Itinerário Terapêutico tipo 2

Nesse tipo de itinerário terapêutico, os usuários relatam ter procurado diretamente o pronto atendimento do hospital com o início dos sintomas. Vale ressaltar que entre o início dos sintomas e a chegada ao hospital, houve diversos relatos de trajetórias secundárias como: idas a farmácia, solicitação de ajuda a familiares e amigos e procura por ações ligadas a crenças e religiosidade para alívio dos males sentidos no corpo.

[...] Já estava de noite quando passei mal, senti que minha pressão estava alta, sentia muita dor no pescoço, então fui na farmácia lá do bairro mesmo. Eles costumam ver a pressão e me ajudaram. (E7)

A farmácia tem importância como porta de acesso da população ao consumo de medicamentos, prescritos ou não, e a procedimentos que visam o restabelecimento da saúde. Chama atenção, que devido ao fato desse ser um local com poucos protocolos ou critérios, o atendimento as queixas dos indivíduos acontecem de maneira mais rápida e sem necessidade de muita exposição como nos serviços de saúde tradicionais. Essas características podem contribuir para homens acessarem esses locais como espaços para satisfação de suas necessidades em saúde.¹⁶

A procura por amigos e familiares, considerada como rede de apoio dos sujeitos, foi uma atitude recorrente nesse estudo e já apontada em outros estudos^{9,17} de itinerários terapêuticos. O apoio dessa rede vai desde uma orientação de qual serviço recorrer devido a experiências anteriores exitosas de atendimento até a uma prescrição informal de medicamento ou preparações caseiras (chás, sucos, etc) que poderiam ser úteis para o alívio dos sintomas e controle da doença.

Corremos na D. Ana, nossa vizinha dos fundos, para pedir uma ajuda, ela pelejava muito com o marido quando era vivo devido a problemas da pressão. Ela foi logo dizendo: Leve ele para o hospital direto [...] (E12).

[...] Ela (vizinha) me indicou água de berinjela, que ajuda a baixar a pressão e diminui o colesterol (E9).

[...] Como minha sobrinha trabalha naquela UPA, achei que ela podia nos ajudar nessa situação (E3)

Outra questão presente nos relatos foi a utilização de aparatos religiosos como recursos de cura. Nas representações populares da doença, a imagem de quebra do equilíbrio espiritual é entendida como causadora do adoecimento¹⁷. A cura dependerá de restabelecer esse equilíbrio. Assim, os sistemas de cura que focam nesse aspecto estiveram também presentes no grupo estudado.

Ele passou mal o dia todo, então resolvemos ir ao culto para pedir a Deus pela saúde” (E4)

[...] Até fui no Seu Jorge quando vi essas coisas que estava sentindo, ele costuma a rezar pela gente. Tem uma reza forte sabe. (E10)

[...] Pedi muito a Deus que ele me curasse daquele mal estar. (E9)

A partir de uma análise do contexto de cada itinerário singular, observou-se que em sua grande maioria todos eles foram percorridos com a presença de uma figura feminina (esposa, filha, irmãs) que desempenhou papel fundamental nas escolhas e decisões tomadas para a resolução do problema de saúde referido. Essas mulheres também são mencionadas como as acompanhantes dos sujeitos durante a internação. Os homens relatam em diversos momentos das entrevistas sobre o papel fundamental que essas mulheres tiveram para o caminhar em cada itinerário: elas são apontadas como aquelas que muitas vezes insistem pela procura de algum serviço, frente a barreiras encontradas ou são muitas vezes as que decidem qual recurso acessar.

Esse achado é corroborado por outros estudos^{15,19}, que apontam uma forte contribuição de figuras femininas na vida dos homens para acessarem os serviços de saúde frente aos quadros de enfermidade, remetendo a ação materna de cuidado na infância.

CONCLUSÃO

Há diversas lógicas que norteiam as opções e os percursos dos homens em busca de atendimento. Aspectos individuais, representações socioculturais referentes ao ser doente e ao ser homem, condições socioeconômicas e estruturais foram fundamentais para cada escolha realizada, indicando que os itinerários terapêuticos são desdobramento de um processo. A influência do aspecto relacional de gênero também foi apontada como um elemento constitutivo para as escolhas tomadas por cada sujeito e sua família.

A pluralidade de trajetórias, personagens e lugares evocados a partir de cada relato permite concluir que os homens traçam seus itinerários a partir de suas vivências e experiências. Essas escolhas nem sempre seguem os protocolos e pactuações formais do sistema de saúde.

O estudo permite repensar as ações de saúde, que pouco tem considerado os homens como sujeitos autônomos e singulares nos seus processos de saúde e doença, bem como o

Castro MA, Silva KL, Marques RC.

funcionamento dos serviços de saúde como rede capaz de acolher as necessidades em saúde desses indivíduos.

Acredita-se que considerar a singularidade de cada homem no manejo de sua saúde e incluí-los na agenda de ações em saúde poderá contribuir para o avanço na constituição de uma rede de serviços capaz de atender de maneira mais integral esse grupo.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World health statistics 2012. Geneva(SUI): WHO 2012
2. Giles MF, Rothwell PM. Measuring the prevalence of stroke. *Neuroepidemiology* [Internet]. 2008 [cited 2013 Mar 20];30(4):205-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18424900>
3. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações Hospitalares do SUS-SIH/SUS [Internet]. [cited 2014 Mar 20]. Available from: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>.
4. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 1993 [cited 2013 July 10];12:162-73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8509018>
5. Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. 2005 [cited 2014 June 03];49(6):616-23. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x/abstract>
6. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência e saúde coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2014 June 10];16(Suppl 1):983-92. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700030
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [cited 2013 Sept 20];41. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem.pdf
8. Storino LP, Souza KV, Silva KL. Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [cited 2014 July 10];17(4):638-45. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0638.pdf>
9. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2002 [cited 2014 July 10];7:687-707. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14599.pdf>
10. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2006 [cited 2014

Itinerários terapêuticos de homens acometidos por...

- Mar 10];22(11):797-805. Available from: <http://www.ufrgs.br/pgdr/arquivos/659.pdf>
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. 10th ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2009.
 12. Brito RS, Santos DLA, Maciel PSO. O homem no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2010 [cited 2014 July 05];4(esp):1868-75. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1228/pdf_259
 13. Vieira KLD, Gomes VLO, Borba MR, Costa CFC. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [cited 2014 July 10];17(1):120-27. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/17.pdf>
 14. Gomes R, Nascimento EF, AC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2007 [cited 2014 Mar 10];23(3):565-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>
 15. Seymour-Smith S, Wetherel M, Phoenix, A. 'My wife ordered me to come!': A Discursive Analysis of Doctors' and Nurses' Accounts of Men's Use of General Practitioners. *Journal of Health Psychology* [Internet]. 2002 [cited 2014 June 10];7(3):253-67. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22114249>
 16. Bastos CRG, Caetano R. As percepções dos farmacêuticos sobre seu trabalho nas farmácias comunitárias em uma região do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 [cited 2014 Jun 10]; 15(Suppl 3):3541-550. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a29.pdf>
 17. Ferreira J, Espírito Santo W. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. *Physis* [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar 10];22(1):179-98. <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a10.pdf>
 18. Luz, MT. Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre as racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec; 2007
 19. Gast J, Peak T. "It used to be that if it weren't broken and bleeding profusely, I would never go to the doctor": Men, masculinity, and health. *American Journal of Men's Health* [Internet]. 2011 [cited 2014 July 10];5(4):318-31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20798142>

Submissão: 20/10/2015

Aceito: 27/05/2016

Publicado: 01/07/2016

Correspondência

Marcelo Augusto de Castro
Rua Jose Cleto, 1715, Bloco 07, Ap. 304
Bairro Santa Cruz
CEP 30530-280 – Belo Horizonte (MG, Brasil)