Antônio Augusto Dall'Agnol Modesto

**Busca por avaliação de próstata, disfunção erétil e demanda oculta de homens
na Atenção Primária à Saúde**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Thereza
Couto Falcão

São Paulo
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Modesto, Antônio Augusto Dall'Agnol

Busca por avaliação de próstata, disfunção erétil e demanda oculta de homens na
Atenção Primária à Saúde / Antônio Augusto Dall'Agnol Modesto. -- São Paulo,
2016.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Márcia Thereza Couto Falcão.

Descritores: 1.Saúde do homem 2.Masculinidade 3.Próstata 4.Prevenção
quaternária 5.Necessidades e demandas de Serviços de Saúde 6.Disfunção erétil

USP/FM/DBD-386/16

AGRADECIMENTOS

Antes que eu percebesse, acabou: anos esperando começar, meses preparando o projeto, quase três anos de curso, e agora eu não sei o que vou fazer semana que vem, sem ter a tese para mexer. É um momento de despedida e de agradecimentos.

Ao Prof. Ricardo Teixeira, pela conversa quando eu ainda queria estudar a influência da mídia sobre a demanda em saúde, e que levou a uma hibernação transformadora e produtiva.

Ao Prof. Gustavo Gusso, de quem ouvi a expressão “demanda oculta” pela primeira vez, conversando sobre as ideias para a pós.

À Profa. Ana Flávia d’Oliveira, pelos conceitos que me apresentou durante a residência e que recuperei neste doutorado, e por ter sido uma guia na busca por uma orientadora.

À Profa. Lilia Blima Schraiber, por ter me apresentado a Marcia nos corredores da Medicina Preventiva.

À Lilian e à Goreti, da secretaria da pós-graduação, sempre gentis e prestativas.

Aos professores Romeu Gomes, Wagner Figueiredo e José Eluf e à professora Ana Flávia d’Oliveira pela participação nas bancas de qualificação de mestrado e doutorado, fundamentais na construção dessa tese.

Às médicas, médicos, usuários dos serviços, gerentes, funcionários administrativos e gestores que reservaram um pouco de seu tempo para conversar comigo e me ajudar de alguma forma. Essa pesquisa não teria sido possível sem a sua contribuição, e eu espero que gostem do resultado.

Às médicas e médicos de família e comunidade que, em algum momento dessa jornada, disseram que minha pesquisa era importante.

À Profa. Suely Deslandes e aos(às) colegas do doutorado do Instituto Fernandes Figueira, pela acolhida na realização da minha última disciplina.

A amigas e amigos como Aline, Bahia, Bruna, Camila, César, Claudia, Jabur, Jeuken, José, Pedro, Ponciano, Rafael, Rachel e Romão, pelas pausas, risadas, cervejas, ideias e estímulo quando eu mais precisava.

Ao meu pai, Cavour (na memória), pelo exemplo de homem que cuida da saúde e pelo estímulo calmo e constante, às vezes traduzido em uma simples pergunta sobre quando eu faria mestrado ou como andava o doutorado. Lamento que você não esteja aqui para ver isso e pagar, orgulhoso, a conta da comemoração.

À minha mãe, Cáritas, pela torcida de todas as horas. Qualquer conquista minha no campo acadêmico ou profissional também é sua.

À Marcia, pela confiança no projeto e na minha capacidade, pelo respeito à minha autonomia, pelos almoços e pelos conselhos de vida que me deu. Você, como as Ciências Humanas, me ajudou a achar meu lugar na Medicina.

Depois da Marcia, quem merece mais agradecimentos nessa tese é a Cristal, com quem vivi boa parte desses quase três anos – incluindo o que não está escrito na tese, mas nas nossas lembranças. Muito obrigado pelo companheirismo, a confiança, as sugestões, as conversas, a admiração, o apoio de notebook, a garrafa de água trazida à mesa. Por ter trazido referências e questionado outras. Por ter me ajudado a perceber quando eu estava pirando. Por ter me ensinado a importância do tempo e do ócio.

Pai, mãe, Marcia, Cristal: esse trabalho é nosso.

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação, 2011.

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Citações literais em português de textos em língua estrangeira são traduções livres.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

1. APRESENTAÇÃO.....	1
2. INTRODUÇÃO	4
2.1. Disfunção erétil: um problema, algumas apropriações	4
2.2. Doença prostática e disfunção erétil: discutindo a relação	7
2.3. Demanda oculta e desfechos de atendimento.....	12
3. REFERENCIAL TEÓRICO E DIMENSÕES CONCEITUAIS ENVOLVIDAS .	16
3.1. Gênero e masculinidades	16
3.2. Integralidade na abordagem dos homens <i>invencíveis</i> e <i>invisíveis</i>	23
3.3. Prevenção quaternária e medicalização	27
4. OBJETIVOS	34
5. METODOLOGIA	35
5.1. Planejamento da pesquisa	35
5.2. A entrada em campo, o processo da pesquisa e as mudanças de olhar	42
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
6.1. Caracterização das Unidades Básicas de Saúde.....	53
6.2. São Paulo.....	55
6.3. Mauá.....	59
6.4. Parando para pensar: análise das entrevistas com profissionais	61
6.4.1. Homens, saúde e relação com o serviço: novas configurações.....	62
6.4.3. O serviço e suas disposições	74

6.4.2. Próstata, disfunção erétil e sexualidade masculina	91
6.4.4. A <i>Síndrome da Maçaneta</i> e “o gato que sai do balaio”: entendendo a demanda oculta	108
6.4.5. “O bom médico sabe escutar”: relações entre expressão e desfecho	119
6.4.6. “Se ele coça o ouvido, quer falar de sexualidade”: questionamento ativo como possibilidade.....	127
6.5. Conversando sobre a saúde: análise das entrevistas com usuários	134
6.5.5. Homens em consulta	135
6.5.3. Próstata.....	137
6.5.4. Disfunção erétil/impotência sexual.....	142
6.5.1. “Quem tem saúde não vai no médico”: homens e saúde	147
6.5.2. Homens e serviços de saúde.....	152
 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 164
7.1. Motivações da busca por avaliação de próstata no contexto da APS.....	171
7.2. Cuidado da disfunção erétil: entre a medicalização e o reducionismo	173
7.3. Demanda oculta e integralidade	175
 REFERÊNCIAS.....	 178

APÊNDICES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. As traumáticas aventuras do filho do Freud	5
Figura 2. História natural e prevenção de doenças	28
Figura 3. Os quatro campos de ação preventiva	29
Figura 4. Peanuts (1951)	64
Figura 5. Hagar	67
Figura 6. As traumáticas aventuras do filho do Freud	104
Figura 7. As traumáticas aventuras do filho do Freud	128
Figura 8. Fatores que influenciam a expressão de demandas em temas difíceis	135
Figura 9. Propaganda antitabagismo: impotência	145
Figura 10. Fórmula da presença dos homens na UBS.....	162
Figura 11. Campos de atuação preventiva no câncer de próstata	166

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Mortes totais, por causas externas e por cânceres selecionados, de acordo com sexo, nas cinco regiões do país (2013)	20
Tabela 2. Profissionais e usuários participantes, por UBS e sexo	48
Tabela 3. Caracterização das UBSs participantes	55

RESUMO

Modesto AAD. *Busca por avaliação de próstata, disfunção erétil e demanda oculta de homens na Atenção Primária à Saúde* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

Médicas e médicos de família e comunidade frequentemente atendem homens aparentemente assintomáticos que buscam avaliação da próstata, e percebem que muitos deles ocultam outras queixas, especialmente disfunção erétil – problema de grande interesse para homens e para a indústria farmacêutica. Como o rastreamento de câncer de próstata traz mais danos que benefícios, esses usuários se colocam sob risco de intervenções diagnósticas e terapêuticas questionáveis, com grande potencial de falsos-positivos e sequelas. As Unidades Básicas de Saúde (UBSs) no Brasil, por sua vez, historicamente se dedicaram à população feminina, e seus profissionais frequentemente reproduzem estereótipos de gênero que contribuem para a invisibilidade dos homens nesses serviços. O objetivo da pesquisa foi entender como a população masculina usa serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e como expressa suas queixas, a partir do caso dos homens que buscam avaliação de próstata ou têm questões referentes a disfunção erétil (ou outros problemas de sexualidade). Buscamos identificar articulações entre esses problemas e a demanda por rastreio, bem como entender como os serviços (particularmente os/as médicos/as) lidam com demandas expressas e subjacentes. A pesquisa é qualitativa e os dados foram produzidos através de entrevistas semiestruturadas com 16 profissionais e 15 usuários maiores de 18 anos da Estratégia Saúde da Família em três UBSs em São Paulo e duas em Mauá – homens em cujas consultas surgiram questões sobre próstata, disfunção erétil ou outros problemas de sexualidade. Como técnica auxiliar, observamos os cinco serviços participantes, pautados por roteiro específico e registrando as observações em diário de campo. A interpretação dos dados levou em conta os referenciais de gênero e construção social das masculinidades, além das noções de integralidade, prevenção quaternária e medicalização. A análise de conteúdo das entrevistas demonstrou como aspectos dos(as) profissionais se relacionam à forma como eles(as) percebem, acolhem e dão sentido às demandas dos homens, permitindo também apontar mudanças em curso. A observação dos serviços ajudou a identificar características de APS seletiva em UBSs mauaenses, favorecendo o desencontro entre as demandas e dificuldades dos homens e as ações oferecidas e idealizadas, e de uma APS mais abrangente nas UBSs paulistanas, que facilita a presença dos homens, mas nem sempre contempla questões de gênero. Entre os usuários, identificamos a incorporação de discursos médicos envolvendo risco e cuidado em saúde, nomeamos fatores de entrada, facilitação e manutenção de sua presença na UBS e apontamos fatores relacionados à expressão de suas demandas, mostrando como essa expressão pode influenciar o cuidado recebido e mesmo colocar o homem sob risco de iatrogenia. Discutimos possibilidades de superar olhares reducionistas e estereotipados e abordagens *prostatocêntricas* e medicalizadoras da saúde masculina. Com isso, contribuimos à diminuição da invisibilidade dos homens, positivando sua avaliação e cuidado integrais.

Descritores: saúde do homem; masculinidade; próstata; prevenção quaternária; necessidades e demandas de serviços de saúde; disfunção erétil.

ABSTRACT

Modesto AAD. *The search for prostate evaluation, erectile dysfunction and men's hidden agenda in Primary Health Care* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2016.

Family physicians often meet apparently asymptomatic men who seek for prostate evaluation and perceive that many of them hide other complaints, especially erectile dysfunction – a matter of great interest to men and to the pharmaceutical industry. As the screening of prostate cancer brings more harm than good, these users are put at risk of questionable diagnostic and therapeutic interventions, with great potential for false positives and sequelae. Basic Health Units (BHU) in Brazil, in turn, was historically dedicated to the female population, and their professionals often reproduce gender stereotypes that contribute to the invisibility of men in these services. The objective of the research was to understand how the male population uses Primary Health Care (PHC) services and express their needs, considering the case of men who seek for prostate evaluation or have questions regarding erectile dysfunction (or other sexual problems). We seek to identify links between these problems and the demand for screening as well as understand how services (particularly doctors) deal with said and hidden agenda. The research is qualitative and data were produced using semi-structured interviews with 16 professionals and 15 adult users of the Family Health Strategy in three BHUs in São Paulo and two in Mauá – men in whose consultations arose questions about prostate, erectile dysfunction or other sexual problems. As an auxiliary technique, we observed the five participating services, guided by specific script and recording observations in a field diary. Interpretation of data took into account the references of gender and the social construction of masculinities, as well as the notions of comprehensiveness, quaternary prevention and medicalization. The content analysis of the interviews demonstrated how aspects of the doctors relate to how they perceive, embrace and give meaning to the demands of men, allowing us also to identify changes in progress. Observation of services helped to identify characteristics of selective PHC in BHUs in Mauá (favoring the mismatch between men's needs and difficulties and the actions offered or idealized) and of a more comprehensive PHC in BHUs in São Paulo, which facilitates the presence of men, but not always consider gender issues. Among male users, we identified the incorporation of medical discourses involving risk and health care, named input, facilitating and maintaining factors for their presence in BHUs and pointed factors related to the expression of their needs, showing how this expression can influence the care received and even put the man at risk of iatrogenia. We discuss possibilities to overcome reductionist and stereotyped views as well as *prostatocentric* and medicalized approaches to men's health. Thus, we contribute to the lessening of the invisibility of men, supporting their comprehensive evaluation and care.

Descriptors: men's health; masculinity; prostate; quaternary prevention; health services needs and demand; erectile dysfunction.

1. APRESENTAÇÃO

Em dois anos de residência e quatro anos de trabalho como Médico de Família e Comunidade em uma mesma equipe da Estratégia Saúde da Família em São Paulo, atendi muitos homens que buscavam avaliação da próstata. Conhecendo a controvérsia (e depois contraindicação) desse rastreamento, perguntava a eles o motivo daquela demanda. “Já tenho mais de quarenta anos”, “minha mulher mandou”, “nunca fiz exame de nada”, “vi na televisão” e “quero me cuidar” eram respostas muito comuns. Quase todos negavam sintomas geniturinários, mas, ao longo daquela consulta ou em outras subsequentes, muitos acabavam se queixando de dificuldades de ereção. A relação entre a demanda por rastreamento de câncer de próstata e disfunção erétil mostrou-se tão comum que nenhuma consulta em que se falasse “quero fazer exame de próstata” acabava sem que eu perguntasse “está tendo algum problema de ereção?”. A resposta era, frequentemente, positiva, e muitos(as) médicos de família com quem eu conversava tinham experiências parecidas.

Percebendo que a próstata tinha se tornado o *carro-chefe* da saúde do homem, no contexto da recém lançada Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), comecei a suspeitar de uma instrumentalização do exame: o *carro-chefe* talvez fosse mais um *carro alegórico*, trazendo a reboque – porém ocultamente – questões de sexualidade. Em 2013, decidi tentar responder de forma mais consistente a duas perguntas: por que os homens não dizem o que sentem? E por que lançam mão de um exame para falar de um problema?

Dando contornos à questão, conheci a ideia de *demanda oculta*, que nomeava parte do que eu pretendia estudar. Seria possível abordar essas questões pelo caminho da psicologia social ou da comunicação, mas o referencial de gênero pareceu tão adequado quanto próximo da minha trajetória pessoal. Ele permitiria abordar as questões clínicas mais individuais (como a demanda oculta) e mais coletivas (como a relação dos homens com o serviço de saúde) que me instigavam.

A integralidade, conceito que eu tinha fortalecido durante a residência médica, era imprescindível a um trabalho que se pretendia propositivo. A dimensão da prevenção quaternária, por sua vez, permitiria refletir sobre uma terceira questão: os riscos aos quais se submete um homem que comparece ao serviço buscando avaliação

de próstata e ocultando uma queixa de disfunção erétil.

Pensando em como os homens que eu atendia explicavam sua presença em consulta (não exatamente o problema ou preocupação em questão, mas porque tinham decidido *vir ao médico*), reuni algumas falas ouvidas por mim e outros médicos de família. Elas expressavam necessidades de saúde, explicavam a escolha pela UBS (e não outro recurso) para o cuidado de algum problema, e poderiam expor ou ocultar demandas e fatores psicossociais relacionados a elas. Como um exercício inicial, tentei analisá-las contemplando de alguma forma o referencial de gênero e as relações com outras falas e práticas do serviço de saúde. Eram elas:

- a) “Vi na televisão”, “todo mundo está falando”, que sugeriam adesão a mensagens da mídia ou um dispositivo ao qual homens recorriam para acessar um espaço interditado a eles;
- b) “Minha mulher mandou eu vir”, indicando a responsabilidade feminina sobre o cuidado em saúde familiar; também poderiam ser usadas como justificativa para acessar o serviço;
- c) “Não deu para aguentar”, “tentei de tudo e não deu certo”, que traduzem a resistência masculina a cuidados mais formais em saúde, percebida por profissionais e discutida por vários autores;
- d) “Sinto uma bola na garganta”, “minhas mãos andam formigando” e frases equivalentes, que sugeriam manifestações psicossomáticas ou dificuldades na elaboração de crises ou conflitos; e
- e) “Estou com este problema, preciso de ajuda”, que exigiria reconhecer um problema, percebê-lo como do âmbito médico e comparecer ao serviço de saúde em busca de assistência oportuna, expressando-se de forma clara, além do reconhecimento dessa demanda pelo serviço. Esse modelo me parecia incompatível com a experiências que eu tinha de ser homem e ser médico, impressão corroborada já nas primeiras leituras. Em outras palavras, era um ideal mais do que uma prática observável.

Inicialmente, chegamos a chamá-las “hipóteses discursivas da chegada dos homens ao serviço”, pretendendo mapeá-las usá-las para avaliar questões da relação dos homens com o serviço de saúde – com um cuidado empírico que permitisse não

só confirmá-las, mas também negá-las ou repensá-las. O decorrer da pesquisa tirou seu sentido metodológico, mas não uma questão que as atravessava: como a forma como os homens se expressam pode influenciar o desfecho de seus atendimentos?

A pesquisa de mestrado que partiu de questões surgidas na minha prática clínica e começou tentando entender por que os homens não diziam o que sentiam e em que riscos se envolviam com essa conduta, acabou se tornando um doutorado e desdobrando todas as proposições investigativas e analíticas iniciais.

Os exames de qualificação de mestrado, em julho de 2015,¹ e de doutorado, em janeiro de 2016,² trouxeram muitas contribuições a este texto. Destacam-se as contribuições do Prof. Romeu, sobre metodologia; da professora Profa. Ana Flávia, sobre medicalização e sexualidade; do Prof. Wagner, sobre masculinidades e necessidades de saúde; e do Prof. Eluf, sobre níveis de prevenção e na redação do texto. Dois debates mais marcantes foram sobre a inclusão da leitura dos prontuários na análise de dados (chegou a ser feita, mas optamos por não incluí-la), e a preferência pela denominação “disfunção erétil” e não “problemas de ereção” (sugerido na sessão de qualificação), pelo interesse manter uma articulação mais evidente com o saber médico.

Crescemos em abrangência, referenciais e propostas, mas o espírito da pesquisa manteve-se o da carta de apresentação àquela que se tornaria minha orientadora: “que o trabalho possa incentivar e instrumentalizar os profissionais de saúde a lidar com as questões de sexualidade masculina – melhorando o acolhimento de suas demandas na medida em que entendem quais são elas”.

Espero que seja uma leitura agradável e proveitosa.

¹ O exame teve como membros da banca os professores Romeu Gomes (Instituto Fernandes Figueira/Universidade Federal do Rio de Janeiro) e Wagner dos Santos Figueiredo (Universidade Federal de São Carlos), e a professora Ana Flávia Pires d'Oliveira (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo). Analisando o percurso da pesquisa até então a partir do texto do exame de qualificação, a banca deu o parecer de que o trabalho poderia se tornar uma tese de doutorado – o que foi, posteriormente, oficializado pela Faculdade de Medicina.

² O exame teve como membros da banca os professores Romeu Gomes (Instituto Fernandes Figueira/Universidade Federal do Rio de Janeiro) e José Eluf Neto (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), e a professora Ana Flávia Pires d'Oliveira (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

2. INTRODUÇÃO

2.1. Disfunção erétil: um problema, algumas apropriações

[Jake, de onze anos, acaba de assistir a um comercial de remédio para disfunção erétil, na companhia do pai e do tio]

JAKE: Pai?

ALAN: Sim?

JAKE: Você sofre de disfunção erétil?

CHARLIE: Então, Alan? Você sofre?

ALAN: Jake, o que você sabe sobre disfunção erétil?

JAKE: É alguma coisa que tem a ver com seu pênis, certo?

ALAN: Certo.

JAKE: E eles dizem que um em cada três homens tem isso, e o meu está OK, então deve ser um de vocês.³

A disfunção erétil (DE) é uma das queixas mais prevalentes da sexualidade masculina (Hatzimouratidis *et al.*, 2010). Abdo *et al.* (2006) observaram, em inquérito envolvendo 2862 homens maiores de 18 anos em 18 grandes cidades brasileiras, uma prevalência de disfunção erétil (DE) de 45,1%. Ela era classificada em mínima (31,2%), moderada (12,2%) e completa (1,7%) conforme a informação do indivíduo se geralmente, às vezes ou nunca era capaz de obter e manter a ereção satisfatória até a conclusão da atividade sexual. Os achados condizem com os de outro grande estudo brasileiro, que encontrou 46,2% de DE (31,5% mínima, 12,1% moderada e 2,6% completa) entre 1170 respondentes maiores de 18 anos em três regiões do país (Moreira Jr *et al.*, 2001), e com o estudo DENSA, com 1946 homens com mais de 40 anos na Colômbia, Equador e Venezuela, que apontou prevalência de 53,4% para os três países em conjunto (Morillo *et al.*, 2002). O *Massachusetts Male Aging Study* (MMAS) acompanhou homens de 40 a 69 anos por quase nove anos, e mostrou incidência anual de 25,9 casos por 1000 homens (Johannes *et al.*, 2000); já uma pesquisa brasileira que seguiu homens da mesma faixa etária por cerca de 2 anos encontrou incidência de 65,6 casos por 1000 homens/ano (Moreira Jr *et al.*, 2003).

Os estudos mostram aumento da incidência ao longo da vida e maior

³ “Two and a Half Men” (série de TV). Segunda temporada, episódio 18: “It was ‘Mame’, mom” (2005).

prevalência do problema entre idosos. Outros fatores de risco são menor escolaridade, desemprego, diabetes, hipertensão, hiperplasia prostática benigna, doença cardíaca e depressão (Johannes *et al.*, 2000; Moreira Jr *et al.*, 2001; Moreira Jr *et al.*, 2003; Abdo *et al.*, 2006).

Abdo *et al.* (2006) destacam os impactos negativos da DE na qualidade de vida, autoestima relações interpessoais dos indivíduos afetados. Isso se relaciona a um significado *social* da disfunção erétil: se há grande identificação do masculino com uma sexualidade “ativa, impulsiva e exacerbada” (Pinheiro, 2010, p. 81), cuja demonstração física é a capacidade de ter ereção e realizar penetração, a disfunção erétil prejudica uma importante forma de exercício e afirmação dessa masculinidade.

Figura 1. As traumáticas aventuras do filho do Freud

FONTE: Urbano (2013, p. 16)

Rohden (2012) observou que a indústria farmacêutica e os urologistas têm lançado mão de um discurso que apresenta o desempenho sexual masculino como forma de oferecer outros tratamentos à sua saúde. De fato, “a saúde sexual como portal da saúde do homem” é o título de um documento da Bayer Schering Pharma (2008, citado por Rohden, 2012) distribuído em congressos internacionais de urologia e saúde sexual realizados no Brasil em 2008 e 2009. Porém, ainda que haja a possibilidade de uma ponte para o cuidado à saúde dessa população, por outro lado, isso se dá com um viés biomédico, reduzindo a sexualidade masculina à capacidade de ter uma ereção e supervalorizando os possíveis determinantes biológicos e doenças associadas (como hipercolesterolemia, diabetes melito, hipertensão arterial). Diferentemente de abordagens anteriores à saúde sexual, de caráter mais coletivo, a ênfase na disfunção erétil é no aprimoramento individual e no uso de medicação.

Esse contexto está diretamente relacionado ao surgimento do Viagra® (citrato de sildenafila), fabricado pelo laboratório Pfizer. A droga foi inicialmente testada para hipertensão arterial e angina (por seu efeito dilatador arterial), quando ficaram claros seus efeitos sobre a circulação peniana e a ereção. Ela foi aprovada como o primeiro tratamento medicamentoso para disfunção erétil pela *Food and Drug Administration* (FDA) dos Estados Unidos em 1998; poucas semanas após o lançamento, mais de um milhão de homens estadunidenses haviam recebido uma prescrição da droga, e ela começou a deixar de ser exclusividade de especialistas focais (como urologistas e psiquiatras) e ganhar espaço entre generalistas (Ghofrani *et al.*, 2006).

Mesmo apesar do movimento da indústria farmacêutica e sociedades de especialidade para dar destaque à questão (e que discutiremos melhor adiante), a disfunção erétil ainda é um problema pouco trazido em consulta – pelo menos *de forma clara*. Baldwin *et al.* (2003), em um estudo com 500 homens que procuraram urologista a respeito de problemas não relacionados à ereção, mostraram que 44% deles também sofriam deste problema, mas não o relataram ao profissional. Os motivos referidos para tanto incluíam vergonha (74%), achar que a disfunção erétil era parte natural do envelhecimento (12%), não saber que o urologista poderia lidar com a questão (9%) e não dar importância ao problema (5%). Dos homens que não se queixaram de DE na consulta com urologista, 78% também não havia discutido a questão com seus médicos generalistas. Desses, 82% disseram que preferiam que seu médico generalista tivesse iniciado a discussão sobre disfunção erétil durante suas visitas de rotina. O estudo demonstra a prevalência da disfunção erétil entre homens com outras queixas urológicas; que ela permanece subdiagnosticada se não for especificamente questionada; e que esses homens têm disposição em discutir a questão com seus médicos generalistas.

Pinheiro (2010), em pesquisa qualitativa envolvendo a observação de duas unidades básicas de saúde (UBSs) de Natal - RN e entrevistas com 60 homens usuários destas, também observou o silêncio masculino a respeito da disfunção erétil na Atenção Primária à Saúde (APS). Somam-se a isso o despreparo dos profissionais e seu não reconhecimento do problema como necessidade de saúde – barreiras que devem ser superadas para acolher essa demanda tanto no sentido de abordá-la quanto de usá-la como uma ponte entre os homens e os serviços de saúde.

2.2. Doença prostática e disfunção erétil: discutindo a relação

A próstata é a maior glândula acessória do sistema genital masculino, medindo cerca de 3 centímetros em cada dimensão (o tamanho de uma noz) e pesando cerca de 20 gramas. A parte glandular compreende aproximadamente dois terços da próstata; o outro terço é fibromuscular. A relação contígua da face posterior da próstata com a ampola retal permite a avaliação de seu tamanho, textura e presença de nódulos pelo toque retal. Nesse caso, a glândula é melhor examinada com a bexiga cheia, com o homem em uma de três posições: de pé, com os joelhos ligeiramente fletidos e os cotovelos repousando sobre uma mesa; deitado de lado, com a perna de cima flexionada e apoiada sobre o leito (posição de Sims); ou deitado de lado, com as pernas fletidas sobre o abdome, como em posição fetal (Moore e Dalley II, 2001; Grubb e Figenshau, 2005; Carvalho, 2012).

Por envolver parte da uretra (trecho chamado de *uretra prostática*) e estar intimamente relacionada ao colo da bexiga, o aumento da próstata normalmente leva a alterações urinárias, como noctúria (necessidade de levantar à noite para urinar), urgência miccional (desejo súbito e imperioso de urinar), disúria (dor ao urinar), jato urinário fraco e gotejamento pós-miccional. O aumento da próstata é comum após a meia-idade, na maior parte das vezes resultando de hiperplasia prostática benigna (HPB), cujo tratamento comumente é feito com medicações da classe dos alfabloqueadores (*e.g.*, doxazosina) ou dos inibidores da 5-alfa-redutase (*e.g.*, finasterida). A intervenção cirúrgica está indicada nas obstruções urinárias severas e nos casos irresponsivos ao tratamento medicamentoso (Moore e Dalley II, 2001; Grubb e Figenshau, 2005; SBU e SBMFC, 2006).

Embora não haja uma relação patogênica clara, alguns estudos mostram a relação entre sintomas urinários baixos (na maior parte das vezes relacionados à HPB) e disfunção erétil. Braun *et al.* (2003) avaliaram 4489 questionários respondidos por correspondência por homens de 30 a 80 anos, encontrando uma prevalência de disfunção erétil de 19,2%. Havia queixas de sintomas urinários baixos em 72,2% desses, contra 37,7% entre os homens com ereções normais. Chitale *et al.* (2007), avaliando cem pacientes consecutivos com sintomas urinários baixos recorrendo a uma clínica especializada, observou que 54% deles também tinha disfunção erétil.

Entretanto, mais de 75% desses não havia referido o problema a seus médicos generalistas, e quase 90% contaram que seu médico generalista não os havia questionado a respeito – lembrando os resultados de outros estudos (Baldwin *et al.*, 2003; Pinheiro, 2010; Pinheiro *et al.*, 2011).

Outra afecção prostática de grande importância é o câncer. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2014a, p. 33-4), o câncer de próstata é a neoplasia maligna mais comum no sexo masculino (excetuando-se câncer de pele não melanoma) em todas as regiões do país: estimam-se 70,54 casos novos a cada 100 mil homens. A idade é o único fator de risco bem estabelecido, com cerca de 62% dos casos diagnosticados no mundo ocorrendo em homens com 65 anos ou mais. História familiar e pele negra também são fatores de risco (embora o segundo possa se dever a diferenças no estilo de vida), e determinadas dietas vem sendo associadas a risco ou proteção. Há uma tendência de aumento na incidência, que o instituto atribui ao aumento da expectativa de vida da população, à melhoria dos métodos diagnósticos e da qualidade dos sistemas de informação do país, bem como ao sobrediagnóstico – decorrente da disseminação do rastreamento com PSA e toque retal.

O câncer de próstata é a segunda causa de mortalidade por neoplasia entre homens no Brasil. De acordo com o INCA,⁴ em 2012, foram 13,65 mortes por 100 mil homens, ficando atrás apenas do câncer de traqueia, brônquios e/ou pulmões, com 15,54 mortes a cada 100 mil homens.

Diversos grupos exercem enorme pressão para o rastreamento populacional para o câncer de próstata, que envolve a dosagem de antígeno prostático específico (PSA, sigla em inglês) e o toque retal, seguidos de ultrassonografia transretal de próstata diante de resultados alterados. Um deles é a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU). Em 2006, o urologista e professor titular da Universidade São Paulo, Miguel Srougi, fazia a seguinte recomendação, em um livro dirigido a estudantes de Medicina:

sob o ponto de vista prático, o rastreamento do câncer da próstata deve ser feito por meio de avaliações anuais. Essa sistemática deve se iniciar aos 50 anos, devendo, contudo, ser antecipada para 40 anos nos pacientes de maior risco, incluindo-se aqui história familiar da doença em parentes de 1º grau e indivíduos da raça negra (p. 54).

⁴ Dados do “Atlas On-Line de Mortalidade”, disponível em <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/> (acesso em 6 de maio de 2015).

Entretanto, também em 2006, Holland afirmava que

não há evidência disponível no momento de que o rastreamento identifique indivíduos com indicação de tratamento ou que reduza mortalidade. Isso ocorre pela falta de conhecimento da história natural da doença, baixa acurácia dos exames de rastreamento e falta de evidência da efetividade e custo-efetividade do tratamento do câncer de próstata localizado (p. 5).

Observações desse tipo explicam por que as “Diretrizes de Câncer de Próstata” da SBU de 2011 são mais reservadas e um tanto ambíguas. Abordando algumas dúvidas e controvérsias sobre o rastreio, o documento ressalta a necessidade de informar os homens sobre seus aspectos básicos, riscos e potenciais benefícios, cabendo a eles a opção por rastrear ou não. Também deixa a cargo dos médicos a definição do ponto de corte do PSA que levará a maiores investigações e “a responsabilidade de aplicar os critérios de baixa agressividade em cada câncer detectado, a fim de categorizar e discutir com o paciente a melhor terapêutica” (Dall’Oglio, 2011, p. 15). Ainda assim, o texto favorece o rastreamento anual com PSA e toque retal em homens com expectativa de vida mínima de 10 anos, iniciando aos 50 anos – ou aos 45 anos, no caso de homens negros ou com parentes de primeiro grau com câncer de próstata.

Outro documento disponível no site da SBU (Nardi *et al.*, 2013)⁵ destaca o desafio do diagnóstico do câncer próstata, que

exige distinguir precocemente o paciente cujo tumor tem maior potencial de agressividade, permitindo que o tratamento específico seja oportuno, necessário e com baixa taxa de morbidade, além de aumentar a expectativa de vida com qualidade (p. 2).

Além de comentar as indicações e limitações dos métodos diagnósticos disponíveis (incluindo ultrassonografia e biópsia de próstata), os autores explicam que o toque retal e o PSA não devem ser usados isoladamente para o rastreio, e indicam a realização de toque retal em cada consulta médica urológica.

O Ministério da Saúde, por sua vez, tem recomendações mais alinhadas às de

⁵ O documento disponível no sítio de internet não traz data, mas a SBU nos informou por email que datava de 2012/2013. Por trazer referências bibliográficas de até 2013, supomos ter sido concluído naquele ano.

Holland (2006). Em 2010, afirmava que

o nível de evidência ainda é insuficiente para tecer recomendações a favor ou contra a adoção do rastreamento para o câncer de próstata em homens assintomáticos com idade inferior a 75 anos. Não há evidências que essa prática seja eficaz, ou as evidências são pobres e conflitantes e a relação custo-benefício não pode ser determinada. (...) Recomenda-se a não adoção do rastreamento de câncer da próstata em homens assintomáticos com idade superior a 75 anos, uma vez que existe nível adequado de evidência mostrando que essa estratégia é ineficaz e que os danos superam os benefícios (Brasil, 2010, p. 73-4).

Há poucos anos, o próprio cientista que descobriu o PSA nos anos 70 publicou artigo de opinião no *The New York Times*, lamentando seu uso como rastreamento populacional (Ablin, 2010).

Em 2012, o *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) publicou recomendação contra o rastreamento de câncer de próstata baseado em PSA para homens estadunidenses de qualquer idade (Moyer, 2012). O Instituto Nacional de Câncer (INCA) corroborou essa posição em 2013:

Por existirem evidências científicas de boa qualidade de que o rastreamento do câncer de próstata produz mais dano do que benefício, o Instituto Nacional de Câncer mantém a recomendação de que não se organizem programas de rastreamento para o câncer da próstata e que homens que demandam espontaneamente a realização de exames de rastreamento sejam informados por seus médicos sobre os riscos e benefícios associados a esta prática (p. 5).

As recomendações a respeito do (não) rastreamento são fruto de ensaios clínicos com mais de dez anos de seguimento (Moyer, 2012; Ilic *et al.*, 2013; Canadian Task Force on Preventive Health Care *et al.*, 2014) que mostram que o rastreamento com PSA (algumas pesquisa incluíamo toque retal) não diminui a mortalidade geral dos homens, e muda muito pouco a mortalidade específica por câncer de próstata. Esse pequeno benefício não compensa os riscos relacionados à biópsia prostática, o impacto psicológico de um resultado falso-positivo, o sobrediagnóstico e as sequelas do tratamento. A dissociação entre detecção precoce e impacto na mortalidade se deve principalmente à detecção indiferenciada de cânceres graves e de cânceres assintomáticos – que não progredirão, ou o farão de forma tão lenta que não se tornarão

causa de morte para os homens acometidos.

Em outras palavras, não há justificativa para estimular o rastreamento de câncer de próstata por qualquer meio, em homens de qualquer idade, e os homens que buscam esse tipo de avaliação deveriam ser questionados quanto a alterações relacionáveis à próstata e, caso inexistentes, orientados quanto aos riscos da realização do rastreamento. Vale frisar que, por *rastreamento*, *rastreio* ou *screening*, nos referimos à detecção precoce de doenças (ou de um alto risco para doenças) em indivíduos habitualmente assintomáticos. Isso não pode ser confundido com, por exemplo, solicitar PSA de um homem com diminuição do jato urinário – quando, então, se trataria de *investigação*.

Não há disfunção erétil causada diretamente por câncer de próstata, exceto se o crescimento tumoral causar sintomas urinários baixos (Braun *et al.*, 2003; Chitale *et al.*, 2007) ou pelos impactos psicológicos que o diagnóstico possa causar no homem ou no casal (Hyun, 2012). Exemplo disso foi dado por Helfand *et al.* (2012), que, entrevistando homens antes e depois de serem submetidos a biópsia de próstata por suspeita de câncer, observaram que há maior incidência de disfunção erétil naqueles cuja biópsia é positiva do que naqueles em que é negativa.

Entretanto, a disfunção pode frequentemente decorrer do próprio tratamento do câncer. Uma revisão feita por Hyun (2012) identificou o surgimento de disfunção erétil em até 90% dos pacientes submetidos a prostatectomia radical (dependendo do estudo, da técnica cirúrgica utilizada, do critério para definir potência sexual e do tempo de acompanhamento); 20 a 80% dos pacientes submetidos a radioterapia (com recuperação tardia melhor do que os submetidos a prostatectomia radical); e 14 a 35% dos submetidos a braquiterapia. Incontinência urinária ocorre em 50 a 90% dos pacientes submetidos a prostatectomia radical e 0,6% dos submetidos a braquiterapia.

Por tudo isso, um homem submetido a uma avaliação desnecessária de próstata pode dar início a uma cascata diagnóstica/terapêutica repleta de riscos. O termo cascata se refere a um processo que, uma vez desencadeado por um fator, segue de forma concatenada e irreversível até sua conclusão inevitável – um exemplo na biologia é a cascata da coagulação (Pérez-Fernández e Gervas, 2002). No caso do rastreamento de próstata, ela envolve exames com risco de falsos-positivos, biópsias com risco de dor, febre, infecção, sangramento e alterações urinárias transitórias (com resultados por

vezes duvidosos), levando finalmente a tratamentos que frequentemente acarretam disfunção erétil e/ou incontinência urinária, com a pretensão de tratar precocemente uma lesão que, se de fato existente, não necessariamente viria a progredir ou se tornar uma ameaça, e sem que essas intervenções e suas sequelas tenham lhe rendido mais anos de vida (Ciatto, 2003; Brasil, 2010; Kuehlein *et al.*, 2010; Gêrvas, 2012a, b; Moyer, 2012).

2.3. Demanda oculta e desfechos de atendimento

Muitos homens chegam ao serviço de saúde buscando avaliação da próstata, e, ao longo da consulta ou nos retornos, acabam se queixando de disfunção erétil. Essa observação é compartilhada por outros médicos de família tanto na literatura (Ferron e Lopes Jr, 2012) quanto em conversas informais, e muitas vezes a queixa só surge em resposta a perguntas específicas sobre sintomas geniturinários. A relação entre pedidos de *check-up* em geral e presença de problemas ou preocupações específicas, mas não citadas inicialmente, já foi identificada por Connelly e Mushlin (1986) e Hengstler *et al.* (2002).

Pessoas com demandas aparentemente bem delimitadas podem ter queixas ou preocupações que não expressam ou que só expressam mais tardiamente, chamadas em inglês de *hidden agenda* (Menahem, 1987; Silverman, 2005; Modesto e Couto, 2016). Arthur Barsky III é considerado um pioneiro no assunto, pela revisão de 1981 em que discute razões ocultas pelas quais pacientes procuram médicos. Nela, demonstra que “os aspectos não específicos do processo de cuidado médico têm sido geralmente consignados ao reino da idiossincrasia, intuição ou ‘arte’”, sendo necessário “começar a descrevê-los com precisão e fazê-los quantificáveis, verificáveis e objetivos” (Barsky III, 1981, p. 497).

O entendimento de que a *hidden agenda* (ou demanda oculta)⁶ se trata apenas da retenção ou atraso de informação relevante pelo paciente, cuja revelação dependia apenas de sua vontade ou motivação, é questionado por Beckman e Frankel (1984),

⁶ Como dissemos em Modesto e Couto (2016, p. 9), “*agenda* em inglês se refere a pauta ou lista de assuntos a discutir (significados menos comuns para *agenda* em português), enquanto *demand* significa exigência ou condição, não correspondendo exatamente ao que chamamos de demanda”. Assim, “demanda oculta parece a melhor forma de chamar as queixas ou preocupações tardias ou mais dificilmente expressadas”.

outros dos primeiros autores a se debruçarem sobre o tema. Buscando entender como o comportamento dos médicos poderia influenciar a coleta de dados em consulta, eles identificaram que os profissionais interrompiam a fala inicial dos usuários em cerca de 70% das consultas observadas. Essa interrupção acontecia, em média, nos primeiros 18 segundos de fala, e quase nunca era oferecida aos indivíduos outra oportunidade de completar seu relato inicial – propiciando a perda de informações importantes.

Muitos autores discutiram demanda oculta em contextos específicos, como na clínica geral (Hengstler *et al.*, 2002) e na dermatologia (Ahmad e Ramsay, 2009; Tempark e Shwayder, 2012). Outros preferem a expressão *patient's agenda* (Marvel *et al.*, 1999; Barry *et al.*, 2000), ainda que ela possa também significar o conjunto das questões que uma pessoa esperava abordar em consulta. Outros nomes são *by the way syndrome*, que alude a “lembranças” no fim do atendimento, e *doorknob syndrome* (“síndrome da maçaneta”), que ilustra o momento em que a pessoa está deixando o consultório, com a mão na maçaneta da porta, e menciona queixas ou preocupações novas – às vezes até mais importantes que as ditas antes (Jackson, 2005; Rodondi *et al.*, 2009).

A atenção a demandas não evidentes no contexto clínico é familiar à psicologia e à psicanálise (Rocha, 1991; Ieto e Cunha, 2007; Gallo *et al.*, 2012), e há bastante material no âmbito das habilidades de comunicação (Gross *et al.*, 2008). Apesar disso, poucos estudos que se referem à *hidden agenda*, demanda oculta ou termos equivalentes em contexto clínico discutem seus aspectos socioculturais ou consequências sobre o cuidado de forma aprofundada. Essa impressão foi confirmada em nossa revisão de artigos em inglês, português ou espanhol, publicados entre os anos 2000 e 2014, que trouxessem alguma de 18 variações possíveis da expressão *hidden agenda* no título, assunto ou resumo.⁷ A partir de 117 resultados iniciais, analisamos 39 artigos em que esses termos se referiam a questões do contexto clínico geral ou especializado, médico ou multiprofissional (Modesto e Couto, 2016).

A consulta envolve explorar a doença e a experiência da doença, entendendo a pessoa como um todo, para elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas

⁷ Os termos pesquisados e o número de resultados selecionados foram: *patient's agenda* (17), *patient's demand* (8), *hidden agenda* (6), *demand del paciente* (4), *demand do paciente* (2) e *latent demand* (2). As demais expressões pesquisadas não tiveram resultados selecionados: *agenda oculta*, *demand oculta*, *demand latente*, *demand subjacente*, *agenda do/del paciente*, *agenda subjacente*, *agenda latente*, *Lunderlying demand*, *hidden demand*, *underlying agenda*, e *latent agenda*.

que incorpore ações de prevenção e promoção da saúde, cuidando do relacionamento com o indivíduo em um dado ambiente (McWhinney e Freeman, 2001; Pendleton *et al.*, 2011). Entretanto, médicos(as) e enfermeiros(as) reconhecem que, na rotina dos serviços (em especial em atendimentos de demanda espontânea), há uma centralidade na queixa e no biológico e uma valorização de respostas mais imediatas, por parte dos usuários e dos profissionais, com prejuízo da integralidade e risco de ações iatrogênicas (Dalmaso, 2000). O aspecto relacional dessas práticas é um exemplo da conexão circular entre a oferta e distribuição de serviços de saúde e seu consumo: os serviços não respondem apenas às demandas de seus usuários, mas também geram certas demandas e, através das respostas que dão, estimulam certas procuras e expectativas dos usuários. São, enfim, “contextos instauradores de necessidades” (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000, p. 30).

Além disso, o desenvolvimento da prática assistencial e especializada, a produção de serviços em larga escala e sua organização em instituições levaram a um processo de homogeneização da clientela – ou seja, o agrupamento de usuários em torno de características comuns. Embora esse processo favoreça o planejamento de ações de saúde voltadas a coletivos e que valoriza a noção de risco sanitário, a progressiva desconsideração dos processos que levam à formação desses coletivos levou a uma impessoalidade e mecanicismo das ações, com consequente esvaziamento da propedêutica. A homogeneização da clientela acabou resultando em empobrecimento das práticas: sem conhecer as demandas e condições de vida das quais emergem as necessidades, os serviços acabam oferecendo respostas ineficazes, que não satisfazem os usuários e os coloca sob risco de iatrogenia (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000).

Segundo Gross *et al.* (2008, p. 126), “revelar a demanda oculta é crucial para fazer um diagnóstico biopsicossocial abrangente, permitindo ao médico oferecer tratamento adequado”. Nesse sentido, alguns estudos quantitativos (White *et al.*, 1994; Ahmad e Ramsay, 2009) e qualitativos (Barry *et al.* 2000) sugerem que a forma como uma pessoa se expressa em consulta pode influenciar o tipo de atenção que recebe, a satisfação com o atendimento e a adesão ao tratamento proposto. Couto *et al.* (2010, p. 265) acrescentam que “alguns usuários não encontram nos serviços a escuta de suas demandas, especialmente se essas forem expressas de formas diferentes daquelas já

consagradas no contexto da assistência, tradicionalmente femininas”, numa perspectiva que aponta para articulações entre gênero, práticas institucionais e demanda oculta. Dessa maneira, um homem com disfunção erétil (ou outro problema de sexualidade)⁸ que pede avaliação de próstata pode ter uma resposta dirigida ao coletivo no qual essa demanda o enquadra – por exemplo, realização de PSA e toque retal ou orientação sobre a falta de evidência para tanto. Os exames, por sua vez, podem levá-lo a intervenções médicas com risco de seqüela, inclusive um quadro mais grave da disfunção erétil que o incomodava inicialmente – ou, se o exame está normal, ele pode simplesmente permanecer sem atenção ao problema (como apontaram Baldwin *et al.*, 2003). Outro homem que verbalize essa demanda pode ter mais chance de receber cuidado adequado – ou não, se for atendido de forma abreviada, superficial e/ou medicalizadora (Dalmaso, 2000; Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000; Pinheiro *et al.*, 2011; Carrara *et al.*, 2009). Lembremos que boa parte dos casos de DE são eventos ocasionais, e que o cuidado de todas as suas formas (mínima, moderada, completa) não deve se restringir à prescrição de medicação nem se limitar ao manejo de medicações de uso regular potencialmente responsáveis pelo quadro (Lexchin, 2006; Hatzimouratidis *et al.*, 2010; Pinheiro *et al.*, 2011; Modesto e Figueira, 2013; Moura, 2015). Um terceiro homem que não verbalize a queixa, mas seja atendido por um profissional mais atento, ou que pergunte ativamente sobre o assunto (como propõem Tejero *et al.*, 2010), pode ter essa e outras demandas acolhidas, e assim sucessivamente.

Tudo isso mostra ser oportuno pensar na demanda oculta como um elemento problematizador da relação homem-profissional-serviço de APS e considerar estudos que contemplem gênero e construção social das masculinidades, sua relação com os cuidados em saúde e as transformações no campo da saúde dos homens – como veremos a seguir.

⁸ Usaremos o termo geral “problemas da sexualidade”, evitando a princípio a diferenciação entre disfunção e transtorno sexual. Segundo Ferron e Lopes Jr (2012, p. 742), “as disfunções se apresentam como alteração na resposta do ciclo sexual, enquanto os transtornos são problemas relacionados à identidade, à orientação ou à preferência sexual”. Outrossim, usaremos principalmente a denominação “disfunção erétil” e não “problemas” ou “dificuldades de ereção” (menos medicalizadores), pelo interesse em manter uma articulação mais evidente com o saber médico hegemônico.

3. REFERENCIAL TEÓRICO E DIMENSÕES CONCEITUAIS ENVOLVIDAS

Nesta seção, abordaremos o referencial que norteará as questões a serem exploradas no campo, bem como os conceitos que consideraremos na relação entre gênero e saúde e nas proposições que esperamos fazer ao fim da pesquisa. Nesse sentido, iniciaremos com uma aproximação à fundamentação teórica – gênero e masculinidades – e a articularemos com as noções de integralidade, prevenção quaternária e medicalização.

3.1. Gênero e masculinidades

[George é um dos responsáveis pelo incêndio da casa de campo do sogro]

GEORGE: Eu fico pensando como o pai da Susan vai reagir a isso.

Tá bem, e daí? O que é o pior que ele poderia fazer?

“Você incendiou a casa”, e daí?

JERRY: Ah, vá... Não é nem uma casa, é tipo uma cabana.

GEORGE: A gente poderia construir uma cabana [estala os dedos] assim!

JERRY: Bem, a gente não... mas dois homens poderiam.⁹

Joan Scott, no artigo clássico em que defende o gênero como categoria útil de análise histórica (1986), mostra a elaboração do conceito como um esforço para demonstrar que a diferença entre os sexos, ou as características atribuídas a homens e mulheres, não podem ser explicadas apenas por diferenças biológicas, mas são socialmente construídas e reproduzidas na relação com o outro. Além disso, as relações de gênero são também relações de poder: gênero é um campo onde, e por meio do qual, o poder se articula.

Pierre Bourdieu destaca que a divisão sexual está na “ordem das coisas”, parecendo às pessoas algo natural, indiscutível, eternizado, e se inscrevendo “nos corpos e nos *habitus* dos agentes, funcionando como esquemas de percepção, de pensamento e de ação” (1999, p. 17). Ademais, para esse autor, essa divisão se estrutura em pares de opostos, de maneira que a negação do outro faz parte da caracterização de si. *Habitus*, a propósito, não se trata apenas do que entendemos por

⁹ “Seinfeld” (série de TV). Quarta temporada, episódio 8: “The Cheevers Letters” (1992).

“hábito”, mas de um conjunto de disposições incorporadas por indivíduos em contextos similares, através das quais eles interagem com o mundo social. Essas tendências modelam o corpo, o pensamento e as emoções das pessoas, dando forma à ação social e permitindo-lhes inclusive dar novas soluções a novos problemas.

Concordando com Scott (1986), Bourdieu também aponta que, mesmo que homens e mulheres pareçam definidos por uma natureza biológica, ela própria é uma construção social naturalizada. A constituição do corpo (em sua forma, peso, altura *etc.*), o “uso” que se faz dele, as percepções sobre os valores atribuídos ao corpo (e às posturas, maneiras *etc.*) e o olhar que se tem sobre ele são socialmente construídas. Instituições como Igreja, Escola e Estado operam essas construções, mas elas são incorporadas e reproduzidas pelos próprios indivíduos (Bourdieu, 1999). É importante notar que a própria Medicina contribuiu profundamente com diversas justificativas para a divisão e discriminação sexuais – por exemplo, através da constituição óssea e padrões hormonais (Costa, 2006; Rohden, 2006; Gomes, 2008). A própria sexologia, que em meados do século XX ampliou a discussão sobre sexualidade e permitiu novas abordagens do tema, acabou contribuindo à normatização e normalização da sexualidade, valorizando a prática heterossexual, monogâmica e com fins de procriação (Pinheiro, 2010).

Se o gênero surgiu como “uma rejeição ao determinismo biológico implícito nos termos ‘sexo’ e ‘diferenças sexuais’” (Gomes, 2008, p. 64), mais contemporaneamente, Judith Butler critica o essencialismo da noção de sexo. A autora afirma que a noção também é uma construção social, discursiva e histórica (lembrando Bourdieu), mas problematiza as próprias fronteiras entre sexo e gênero.

Se o caráter imutável do sexo é contestável, talvez o próprio construto chamado “sexo” seja tão culturalmente construído quanto o gênero; a rigor, talvez o sexo sempre tenha sido o gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero revelasse absolutamente nenhuma (Butler, 2012, p. 25).

Gênero, enfim, é um conjunto de relações socialmente construídas, produzidas e reproduzidas através das ações das pessoas, que pensam e agem como mulheres ou homens de acordo com conceitos de feminilidade e masculinidade que adotam de sua cultura. Essas relações constituem também relações de poder – não só entre homens e mulheres, mas entre homens e homens, mulheres e mulheres (Scott, 1986; Bourdieu,

1999; Courtenay, 2000; Gomes 2008).

Enquanto Pierre Bourdieu opera com categorias mais ou menos fixas de masculino e feminino e atributos organizados por pares de opostos, Joan Scott favorece a ruptura com um modelo binário, fixo e prescritivo de masculino e feminino. Para a autora, essa ruptura passa por reconhecer que

“homem” e “mulher” são categorias ao mesmo tempo vazias e transbordantes. Vazias porque elas não têm um significado definitivo ou transcendente. Transbordantes porque, mesmo quando parecem fixas, elas ainda contêm em si definições alternativas, negadas ou suprimidas (Scott, 1986, p. 1074).

Os primeiros estudos sobre homens surgiram na década de 70, ideologicamente alinhados à segunda onda feminista. Embora os homens tenham sido tradicionalmente estudados como atores sociais históricos, políticos e científicos, eles não eram considerados seres *generificados* como as mulheres – atores cujas ações e cotidiano eram influenciados pelo gênero (Rosenfeld e Faircloth, 2006). Esses estudos questionaram a abordagem funcionalista dos papéis sexuais, que normalizava a ordem de gênero, e apontavam que os papéis masculinos, embora garantissem poder aos homens, afetavam suas emoções, saúde e relações. Assim, ao mesmo tempo em que problematizava a masculinidade, essa visão a patologizava, enquadrando-a em termos médicos ao descrever seus custos físicos e emocionais. As publicações da época incluíam textos escritos por mulheres, criticando a masculinidade como um aspecto essencial do patriarcado; textos escritos por homens em busca de liberar-se de papéis sexuais restritivos; e textos acadêmicos, a maioria de autoria masculina, que abordavam a masculinidade como “um amálgama problemático de papéis sexuais que estava prejudicando ambos os sexos” (Rosenfeld e Faircloth, 2006, p. 12).

O desafio, então, passou a ser o de entender os homens como parte de sistemas de poder e controle, ao mesmo tempo que podem ser vítimas desses mesmos sistemas. Na década de 80 e do início da década de 90 ganham importância as perspectivas mais relacionais, contemplando aspectos interacionais (como a necessidade de constante reafirmação da masculinidade), relações de poder e opressão (inclusive de grupos de homens sobre outros grupos de homens). Demonstra-se a construção social e fragilidade da masculinidade e a necessidade de sua constante reafirmação entre homens, o que levou ao interesse na socialização dos meninos, em como são punidos

os desvios do que é tido como aceitável.

A consideração de aspectos como raça, sexualidade, classe¹⁰ e idade nos estudos de masculinidades – a exemplo dos estudos sobre mulheres – contribuiu para que se valorizasse a diversidade das vidas e culturas masculinas nos estudos do final da década de 90 e deste século, evitando uma visão que considerasse uma masculinidade normativa e outras desviantes. Nesse sentido, Keijzer (2003) afirma haver uma masculinidade *hegemônica* que oprime não só as mulheres, como também outras masculinidades subordinadas. Igualada a “ser forte, exitoso, capaz, confiável e ostentando controle” (Kimmel, 1994, p. 51), essa masculinidade é historicamente construída como uma “fuga do feminino”: homens são socializados de forma a repelir tudo o que seja identificado com o feminino, que seja “coisa de mulher”. O modelo está ligado a uma validação homossocial, e se relaciona à homofobia, racismo, sexismo e heterossexismo – afinal, *homem não é mulher, não é criança e não é gay*. Através de relações permeadas por temor, vergonha e silêncio (Kimmel, 1994), nega-se o outro para constituir-se a si mesmo (Bourdieu, 1999).

Muitos autores discutem a importância de se considerar um referencial de gênero na saúde, e de como o gênero influencia a morbimortalidade, os sentimentos quanto a estar doente, a busca por cuidados de saúde e a adesão a eles *etc.* (Bird e Rieker, 1999; Courtenay, 2000; Rohden, 2006; Gomes, 2008). Segundo Courtenay (2000, p. 1385), “as crenças e comportamentos relacionados à saúde, como quaisquer outras práticas sociais em que homens e mulheres se envolvem, são formas de demonstrar masculinidades e feminilidades”. Mais ainda, o autor aponta que as formas de demonstrar masculinidades através da saúde – melhor dizendo, de comportamentos que a ameaçam, como abusar de cigarro, álcool e drogas, não usar equipamento de proteção individual em seus trabalhos, se envolver em atividades de risco ou atitudes violentas, não demonstrar dor e demorar a procurar ajuda – são mecanismos que estão ao alcance de muitos homens quando outras formas ou recursos lhes são negadas, como profissão, patrimônio ou esporte.¹¹

¹⁰ A esse respeito, Lessa (2012) analisa a história da formação familiar, relacionando gênero, patriarcado e família monogâmica com a propriedade privada e a história do trabalho.

¹¹ Para ilustrar, citamos dois trechos do Rap do Surfista, do Grupo Geração, da década de 1990: “Surfista Zona Sul / Desliza cheio de graça / Surfista Zona Norte / Com a mão suja de graxa (...) Da Zona Sul à Zona Norte / Ou em qualquer lugar / Quem não tem prancha vai de trem / O importante é surfar”. “Vai de trem” se refere a “surfear no trem”: manter-se de pé sobre o teto de um vagão em movimento.

Schraiber *et al.* (2005) referem que, em geral, o cuidar de si, a valorização do corpo no sentido da saúde e o cuidar dos outros não são questões colocadas na socialização dos homens. Além disso, há uma associação do “ser homem” à resistência à doença, menor cuidado de si, às práticas sexuais de risco (pelo maior número de parceiras, identificação de uma falsa autoproteção, associação entre masculinidade e virilidade), e ao papel de provedor e trabalhador inesgotável – âmbito no qual assume tarefas mais perigosas e toma menos medidas de proteção individual. Somam-se a isso a maior mortalidade por doenças cardiovasculares e causas externas, também relacionadas à necessidade de autoafirmação e sensação de invencibilidade. A saúde dos homens canadenses e irlandeses também tem níveis piores que os de suas conterrâneas, e representa um desafio para os serviços de saúde de seus países (Robertson *et al.*, 2009; Lefkowich *et al.*, 2015).¹²

A Tabela 1 traz o número de mortes totais, por causas externas e por cânceres selecionados entre homens e mulheres nas cinco regiões do país, de acordo com dados de 2013 do DATASUS.

Tabela 1. Mortes totais, por causas externas e por cânceres selecionados, de acordo com sexo, nas cinco regiões do país (2013)

	Total de mortes (homens)	Causas externas (homens)	Câncer de próstata (C61)	Total de mortes (mulheres)	Causas externas (mulheres)	Câncer de mama (C50)	Câncer de colo de útero (C53)
Sudeste	306.864	44.359	5.843	247.423	11.293	7.201	1.843
Sul	105.868	16.547	2.447	83.315	4.200	2.523	762
Nordeste	182.469	41.075	3.771	133.741	6.917	3.054	1.692
Centro-oeste	47.327	11.305	977	31.351	2.515	892	409
Norte	44.140	11.413	734	27.365	1.881	536	724
TOTAL	686.668	124.669	13.772	523.195	26.806	14.206	5.430

FONTE: DATASUS/ Tabnet. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em 9 de junho de 2015. NOTAS: Dados por residência. C61, C50, C53: códigos da Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (CID 10). Dados de câncer de mama se referem apenas aos casos em mulheres.

Observa-se que os homens morrem nove vezes mais de causas externas do que de câncer de próstata, e quase cinco vezes mais de causas externas que as mulheres.

¹² A Irlanda, a propósito, é apontada por Lefkowich *et al.* (2015) como o primeiro país a implementar uma política de saúde voltada para os homens.

Entre as mulheres, as causas externas matam quase duas vezes mais que o câncer de mama, e quase cinco vezes mais que o câncer de colo uterino. A biologia não é capaz de explicar essas diferenças, o que faz com que estratégias de prevenção que contemplem apenas afecções orgânicas e seus determinantes biológicos não enfrentem completamente as causas de mortalidade de homens e mulheres. Bird e Rieker (1999) mostram como as pesquisas em saúde têm falhado em explorar adequadamente a combinação de fatores sociais e biológicos nas diferenças entre homens e mulheres, fazendo com que as explicações científicas frequentemente partam de assunções reducionistas de que as diferenças são ou puramente biológicas ou puramente sociais – e os modelos contruídos acabam influenciando a pesquisa, a assistência e as políticas de saúde. Os autores mostram como é importante contemplar o gênero nesses estudos, em uma perspectiva que integre determinantes biológicos e sociais da saúde e do adoecimento masculino e feminino.

Entender os comportamentos masculinos relacionados à saúde ajuda a explicar a maior mortalidade masculina, a menor adesão a medidas preventivas e a menor frequência a serviços de saúde pelos homens (Courtenay, 2000; Pinheiro *et al.*, 2002; Schraiber *et al.*, 2005; Redondo-Sendino, 2006; Medrado *et al.*, 2011). É nesse sentido que surge a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (PNAISH), instituída em 2009 pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009a), com o objetivo geral de

promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (p. 53).

Sua elaboração contou com a participação de diversos atores, dentre os quais o CONASS, o CONASEMS,¹³ sociedades de especialidades médicas, universidades e entidades da sociedade civil organizada, tendo sido também submetida a consulta pública. A construção coletiva, entretanto, não a poupou de críticas quanto à forma híbrida e utilitarista como incorporou a discussão de gênero; à vitimização dos homens; à ênfase à saúde sexual e reprodutiva em comparação a outros fatores mais relevantes de morbidade e mortalidade masculinas; e à medicalização e

¹³ Respectivamente, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

desempoderamento que promovia (Carrara *et al.*, 2009; Leal *et al.*, 2012; Couto e Gomes, 2012).

Obstáculos à implantação da PNAISH nos municípios foram apontados por Leal *et al.* (2012), e o plano de Ação Nacional 2009-2011, cujo objetivo foi exatamente o de apoiar essa implantação, dá um destaque preocupante à doença prostática dentre as ações do “Eixo V: implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem” (Brasil, 2009b, p. 16-24). Indicadores como “número de ultrassonografias transretais da próstata” e “cirurgias de próstata” devem ser analisados com cuidado, na conjuntura de sobrediagnóstico que já comentamos (INCA, 2014a).

A saúde dos homens representa um desafio também para os países do hemisfério norte. Robertson *et al.* (2009) discutem o contexto canadense e reafirmam a importância de atentar a questões comportamentais que afetem sua saúde. Além disso, identificam duas formas atuais de aproximação ao tema da saúde masculina: *gender mainstreaming*, exemplificada pelo Reino Unido, em que oferecer uma assistência à saúde sensível a gênero se tornou responsabilidade legal através do *Gender Equality Act*; e através da elaboração de políticas específicas voltadas à Saúde dos Homens, como na Austrália, Nova Zelândia e Irlanda.¹⁴ Pelo que vimos, o Brasil parece estar tentando seguir este caminho.

Como afirma o Ministério da Saúde, “há uma tendência a reduzir a saúde do homem a problemas relacionados à próstata e à potência sexual. Contudo, os dois maiores ‘vilões’ da saúde deles continuam sendo as mortes cardiovasculares e por violência ou causas externas” (Brasil, 2010, p. 64). Assim, é possível afirmar que, na definição de políticas públicas voltadas à saúde do homem e no atendimento desses indivíduos nos serviços de saúde, persistem pelo menos três desafios. Eles são: 1) contemplar como o gênero influencia os cuidados em saúde e as práticas que a afetam; 2) considerar os riscos não prostáticos de morte e agravo na população masculina; e 3) identificar, nas demandas relacionadas à próstata, outros riscos de agravo relacionados a ser homem e outras implicações de questões relacionadas à disfunção erétil ou problemas da próstata.

¹⁴ Para um panorama da saúde masculina nestes e em outros países (como Canadá e Estados Unidos), conferir Wilkins e Savoye, 2009.

3.2. Integralidade na abordagem dos homens *invencíveis e invisíveis*

Os serviços de APS no Brasil historicamente se dedicaram à população feminina, com ações que visavam o binômio mãe-filho através do pré-natal, puericultura e planejamento familiar, se apoiando na polarização *homem-sexualidade versus mulher-reprodução*. Isso contribuiu para que eles sejam reconhecidos como um ambiente feminino, um não lugar para os homens – o que, muitas vezes, é reforçado por sua própria decoração (Pinheiro, 2010; Knauth *et al.*, 2012; Pinheiro e Couto, 2013).

Por muito tempo, os homens foram vistos como meros facilitadores ou dificultadores da saúde sexual e reprodutiva feminina (Figuerola-Perea, 1998). Assumindo a polarização *homem-sexualidade* (sexualidade tida como exacerbada, impulsiva e incontrolável) *versus mulher-reprodução*, os serviços acabam dando pouco espaço às queixas masculinas não programáticas, não aproveitando os momentos de procura como oportunidades de vinculação e abordagem integral e não se dispondo a resignificar as características “negativas” e homogeneizadoras dessa população – tanto no que tange à sexualidade quanto a outras questões referentes à saúde dos homens. (Pinheiro, 2010; Pinheiro e Couto, 2013).

Para Couto *et al.* (2010) e Knauth *et al.* (2012), o uso dos serviços de APS pelos homens é dificultado pelo trabalho e limitação de horários de funcionamento; objetividade e pressa características dessa população; medo de adoecimento; identificação do cuidar-se com o feminino e constrangimento com o ambiente – lembremos que a “fuga do feminino” é um elemento constitutivo da masculinidade hegemônica (Kimmel, 1994). Essas dificuldades estão relacionadas a outra polarização entre homem e mulher, onde o primeiro é identificado como ausente dos serviços, determinado culturalmente (contra uma determinação biológica das mulheres), pouco paciente, direto, objetivo, desconhecedor dos códigos do serviço, demandador de práticas curativas, focadas na doença (contra o uso feminino, mais focado na prevenção e na saúde) e menos aderente. Segundo Machin *et al.* (2011),

a existência de um modelo estereotipado de gênero acarreta a (re)produção de desigualdades entre homens e mulheres na assistência à saúde e compromete a visibilidade de outros significados e expressões de identidades de gênero (p. 4503).

Medrado *et al.* (2011) propõem quatro exercícios para o estudo de homens e masculinidades: desnaturalizar as prescrições e práticas sociais atribuídas a (e incorporadas e naturalizadas por) homens e mulheres; reconhecer a dimensão relacional do conceito de gênero, superando a vitimização das mulheres e a culpabilização dos homens;¹⁵ reconhecer que as relações de gênero são relações de poder (não só entre homens e mulheres, mas também desses entre si); e romper com o modelo binário e fixo de masculino e feminino, que são assumidos e reproduzidos também a nível institucional.

Assim, é preciso ultrapassar as dificuldades que partem dos homens ou de “sua cultura” e lançar um olhar sobre o próprio serviço e a prática de seus profissionais. Couto *et al.* (2010) apontam que os homens não estão *ausentes* dos serviços, e sim *invisíveis*. Essa invisibilidade se dá em três dimensões: 1) eles não são considerados alvo de intervenções no campo das políticas públicas de saúde (que privilegiam as mulheres); 2) são usuários presentes, mas não percebidos, enfrentando dificuldades na busca por atendimento e no estímulo à sua participação efetiva; e 3) não são considerados sujeitos do cuidado de si ou de terceiros.

Produz-se invisibilidade por meio de uma expectativa dos profissionais de que os homens não cuidam nem de si nem de outras pessoas e, portanto, não procuram os serviços ou o fazem de formas menos autênticas. Baseados nessa premissa, suas ações no cotidiano da assistência acabam por reforçar esta dimensão da invisibilidade. Quando não reconhecem os homens como potenciais sujeitos de cuidado, deixam de estimulá-los às práticas de promoção e prevenção da saúde ou não reconhecem casos em que eles demonstram tais comportamentos (Couto *et al.*, 2010, p. 266).

Tudo isso mostra que há muito o que avançar em termos de integralidade da atenção à população masculina. Entendemos *integralidade* não apenas como o *olhar biopsicossocial*, expressão célebre que ressalta a necessidade de atentar aos

¹⁵ A superação da culpabilização dos homens e vitimização das mulheres não pode, entretanto, deslizar para uma culpabilização das mulheres, que expressões como “adotar de sua cultura” e “reproduzidos” podem sugerir. É necessário ultrapassar “a alternativa da pressão (pelas forças) e do consentimento (às razões), da coerção mecânica e da submissão voluntária, livre, deliberada, ou até mesmo calculada. O efeito da dominação simbólica (seja ela de etnia, de gênero, de cultura, de língua *etc.*) se exerce não na lógica pura das consciências cognoscentes, mas através dos esquemas de percepção, de avaliação e de ação que são constitutivos dos *habitus* e que fundamentam, aquém das decisões da consciência e dos controles da vontade, uma relação de conhecimento profundamente obscura a ela mesma” (Bourdieu, 1999, p. 49-50).

determinantes sociais do processo saúde-adoecimento e à diferença entre *disease* e *illness*: esse olhar deveria fazer parte de qualquer abordagem individual ou coletiva que se pretendesse minimamente razoável. Mais do que isso, nos referimos aos sentidos reunidos por Mattos (2006) e ao atributo descrito por Starfield (2002), que discutiremos agora.

Ruben Mattos (2006) destaca a polissemia do termo *integralidade*, definindo-o como um enunciado de características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas, consideradas desejáveis. Ele agrupa essas características em três conjuntos: integralidade como atributo dos profissionais, como modo de organizar as práticas e como respostas governamentais aos problemas de saúde.

No primeiro grupo, destacam-se a recusa à fragmentação do cuidado típica da racionalidade médica moderna e reproduzida nas escolas de medicina; o exercício articulado e prudente de ações assistenciais e preventivas, entendendo sua diferença, aproveitando as primeiras (demandadas diretamente pelos usuários) como oportunidades para as segundas (não derivadas diretamente da experiência individual de sofrimento) e evitando ainda que as ações preventivas se tornem mais um mercado ou uma forma de controle dos corpos. Neste primeiro grupo, considera-se ainda um uso do conhecimento sobre a doença guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos e a inclusão de outros profissionais (que não só médicos/as) e outras formas de encontro com os usuários como possibilidades de prática da integralidade.

No segundo grupo (integralidade como modo de organizar as práticas), cabe buscar a transformação de programações verticalizadas em horizontalizadas, seja por meio de prontuários unificados, seja organizando os serviços para responder tanto às necessidades de saúde apreendidas epidemiologicamente quanto àquelas surgidas por meio de demanda espontânea. Esse tipo de demanda expressa uma forma de percepção das necessidades de saúde que não pode ser ignorada ao se discutir a organização dos serviços.

Por fim, o terceiro conjunto de sentidos envolve as respostas governamentais a determinados problemas de saúde e às necessidades de grupos específicos. Aqui, o autor dá como exemplo a atenção à saúde da mulher, fruto dos embates entre o reducionismo de vê-la como parte do grupo materno-infantil (apenas por sua função

reprodutora), e de uma atenção que levasse em conta “os contextos culturais e as diversas formas de dominação que conferiam especificidades ao adoecimento das mulheres” (Mattos, 2006, p. 60). Em outras palavras, uma atenção que contemplasse gênero – o que buscamos, hoje, também para os homens.

Para Barbara Starfield (2002), a integralidade é um dos aspectos cruciais da Atenção Primária, junto ao acesso (ou função de “porta de entrada”), longitudinalidade e coordenação do cuidado. Ela implica que as unidades de APS se organizem para que seus pacientes recebam todos os tipos de serviços de saúde, ainda que alguns não possam ser oferecidos eficientemente nela mesma.

Embora cada unidade de atenção primária possa definir diferentemente sua própria variedade de serviços, cada uma deveria explicitar sua responsabilidade tanto para a população de pacientes como para a equipe, bem como reconhecer as situações para as quais os serviços estão disponíveis. A equipe deveria oferecer e reconhecer a necessidade de serviços preventivos e de serviços que lidem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas. Também deveria reconhecer adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais. Este último tipo é particularmente importante, já que todos os problemas de saúde ocorrem dentro de um ambiente social que frequentemente predispõe ou causa enfermidades (*ibidem*, p. 62-63).

Ressaltando a variedade de serviços disponíveis, a articulação entre ações preventivas e curativas e a atenção às necessidades de saúde e seus determinantes em uma determinada população, a definição de Starfield dialoga com os sentidos apontados por Mattos (2006), principalmente aqueles relacionados à organização das práticas e às necessidades de grupos específicos.¹⁶ Para Starfield (2002), essas necessidades também se relacionam à *competência cultural*, um dos três atributos *derivativos* da Atenção Primária à Saúde – assim chamados por resultarem de um alto nível de consecução dos atributos *exclusivos e fundamentais* (integralidade, acessibilidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado). A competência cultural envolve “o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem

¹⁶ Massuda *et al.* (2014) demonstram seu entendimento da integralidade mais como “uma oferta ampliada de serviços de saúde” do que como “a compreensão ampliada dos problemas de saúde” ao relatar a experiência recente da APS curitibana.

não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais”, exigindo arranjos para identificar a existência dessas necessidades e visando que populações especiais percebam suas necessidades especiais sendo atendidas (Starfield, 2002, p. 487).

3.3. Prevenção quaternária e medicalização

*Knowing what to do and when to do
it is a skill we all have;
knowing what not to do and when not to do
it is an art we all have to learn*¹⁷

Pensar na atenção à saúde dos homens passa por oferecer ações preventivas e curativas eficazes, que não se reduzam à realização de exames complementares periódicos nem percam de vista o risco de iatrogenia.¹⁸ Nas últimas décadas, tem crescido a discussão sobre prevenção quaternária, a partir de uma reflexão sobre as consequências da prática médica.¹⁹ Ela põe em questão as máximas populares “é melhor prevenir que remediar” e “é melhor pecar pelo excesso”, mostrando como a prevenção, às vezes, pode causar dano (Kuehlelein *et al.*, 2010; Gêrvas, 2012a; Jamouille e Gusso, 2012).

Segundo o modelo de história natural da doença proposto por Clark e Leavell (1977), há três campos de ação preventiva. A *prevenção primária* inclui ações de promoção de saúde e proteção específica, visando impedir o surgimento de doenças. A *prevenção secundária* inclui o diagnóstico precoce e tratamento imediato e adequado; quando a doença tiver avançado além de seus primeiros estágios, ela incluirá também ações para evitar sequelas e limitar a invalidez. Finalmente, a *prevenção terciária* objetiva a reabilitação diante de processos patológicos bem instalados. A Figura 2 (página seguinte) apresenta esses conceitos e sua relação com os períodos de pré-patogênese e patogênese e à divisória do horizonte clínico.

¹⁷ “Saber o que fazer e quando fazer / é uma habilidade que já temos, / saber o que não fazer e quando não fazer / é uma arte que todos temos que aprender”. Daniel Laskin, 1985.

¹⁸ Uma das diretrizes da PNAISH é “entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção” (Brasil, 2009a, p. 50).

¹⁹ Starfield (2000) e Makary e Daniel (2016), por exemplo, estimam que a iatrogenia é a terceira causa de morte no Estados Unidos.

Figura 2. História natural e prevenção de doenças

FONTE: adaptado de Clark e Leavell (1977)

A partir desse modelo, Marc Jamouille, médico de família belga, descreveu uma leitura relacional do processo saúde-doença que punha, de um lado, a visão do médico sobre a presença ou ausência de doença (*disease*), e de outro, a visão do paciente sobre sentir-se ou não doente (experiência da doença, *illness*) (Jamouille, 1986; Jamouille e Roland, 1995, Jamouille e Gusso, 2012). *Illness* e *disease*, conceitos oriundos da Antropologia Médica (Oliveira, 2002; Kleinman e Benson, 2006), são fundamentais à Medicina de Família e à Atenção Primária à Saúde (McWhinney e Freeman, 2001, p.43-51). Oliveira (2002, p. 65), por exemplo, afirma que “uma das atribuições principais do médico é, então, traduzir o discurso, os sinais os sintomas do paciente para chegar ao diagnóstico da doença, ou seja, decodificar *illness* em *disease*”.

Na leitura de Marc Jamouille e de seus colaboradores, a visão médica é dicotômica, opondo ausência e presença, enquanto a sensação do paciente é uma gradação entre ausência e presença (Kuehlelin *et al.*, 2010). A combinação dessas variáveis constrói quatro situações relacionais na prática médica (Figura 3), para as quais cabem quatro níveis de prevenção. Ao paciente sem doença, sentindo-se saudável, a prevenção primária; ao paciente portador de doença, mas sem sabê-lo, a secundária; ao paciente portador de doença e percebendo-se como tal, a terciária.

Finalmente, no quarto grupo estão pessoas que, não sendo portadores de doença, ainda assim tem uma experiência da doença e se consideram candidatos a intervenções médicas preventivas ou curativas. Estes são destinatários das ações de prevenção quaternária (Jamouille, 1986; 2011; Jamouille e Roland, 1995; Kuehlein *et al.*, 2010).

Figura 3. Os quatro campos de ação preventiva

FONTE: retirado de Kuehlein *et al.*, 2010 (p.4).

É importante notar que essa visão das prevenções secundária e terciária, embora inspirada na obra de Clark e Leavell (1977), tem diferenças importantes das proposições desses autores. Alegando inconsistências na definição e diferentes compreensões dos níveis de prevenção (discutidas por Froom e Benbassat, 2000), Jamouille e colaboradores transplantaram o tratamento oportuno e a limitação de incapacidade para a prevenção terciária, e entenderam como “diagnóstico precoce” aquele realizados em indivíduos assintomáticos (através de ações de rastreamento ou achados eventuais de exames complementares). Esse entendimento, por outro lado, valoriza a visão da pessoa sobre estar doente, e é suportada pela World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General

Practitioners/Family Physicians – WONCA (Bentzen, 2003).²⁰

A WONCA define prevenção quaternária como “ação realizada para identificar um paciente em risco de supermedicalização, para protegê-lo de novas invasões médicas, e para sugerir a ele intervenções eticamente aceitáveis” (*ibidem*, p. 110). Jamouille e Gusso são um pouco mais abrangentes, definindo prevenção quaternária como “ação feita para identificar uma pessoa ou população em risco de supermedicalização, para protegê-los de uma intervenção médica invasiva e sugerir procedimentos científica e eticamente aceitáveis” (2012, p. 208). Comprometida com os princípios da beneficência e da não maleficência, ao invés de “é melhor prevenir do que remediar”, a prevenção quaternária se pauta pela máxima *primun non nocere*: “antes de tudo, não prejudicar”.²¹

O conceito de prevenção quaternária é aplicável ao praticarmos qualquer intervenção, seja individual ou populacional, preventiva ou curativa, pública ou privada, em qualquer um dos níveis de atenção. Pesquisadores brasileiros já reconhecem que o conceito se tornou uma necessidade para o Sistema Único de Saúde (Norman e Tesser, 2009; Tesser, 2012), e sua importância é maior ainda ao considerarmos o fenômeno da medicalização.

Ivan Illich (1975) define três tipos de danos associados à Medicina: *iatrogenia clínica*, causada diretamente pela ação médica; *iatrogenia cultural*, que compromete a forma como as pessoas acionam seus recursos para enfrentar conflitos cotidianos e sofrimentos em geral; e *iatrogenia social*, que consiste em uma transformação das relações terapêuticas resultando em pessoas apassivadas e angustiadas e corresponde à medicalização social.

Medicalizar é trazer pro âmbito médico problemas originalmente pertencentes a outros âmbitos. Mais do que “passar a tratar algo com medicação”, trata-se de

²⁰ “Prevenção secundária: ação tomada para detectar um problema de saúde em estágio inicial em um indivíduo ou população, facilitando com isso a cura, ou reduzindo ou prevenindo sua disseminação ou seus efeitos de longo prazo (e.g. métodos, *screening*, *case finding* e diagnóstico precoce” (Bentzen *et al.*, 2003, p. 110).

²¹ Daniel Laskin (1985), antes de Marc Jamouille (1986), já indicava que, para alguns pacientes da cirurgia odontológica, “era melhor não fazer nada”. “A Cirurgia oferece a resposta para muitos problemas de saúde complexos, e, na maioria dessas vezes, é o tratamento de escolha. Há circunstâncias, entretanto, quando ativamente fazer algo pode realmente não ser do melhor interesse do paciente” (Laskin, 1985, p. 72). Laskin recomendava resistir à tentação de operar uma pessoa “porque você não tem mais o que fazer por ela” e evitar intervenções estéticas sem entender adequadamente as motivações de quem as demanda.

entender esses problemas através dos esquemas explicativos da medicina hegemônica, bem como de legitimar essa medicina como uma autoridade no assunto e promotora de respostas eficazes (Illich, 1975; Rosenfeld e Faircloth, 2006; Moynihan *et al.*, 2002).

Nesse sentido, embora tenham contemplado forças de controle social como a escola e a família, os textos sobre homens ignoraram a Medicina como uma instituição que também pode promover controle das masculinidades bem como patologizar a masculinidade, ao vê-la como algo danoso à saúde (em sua conhecida tendência a ranquear comportamentos sob a ótica sanitária) – diferentemente dos estudos feministas, que há muito documentam a medicalização da feminilidade e criticam visões patologizadoras da feminilidade (Vieira, 2002; Rosenfeld e Faircloth, 2006). Semelhantemente, Carrara *et al.* afirmam que, na PNAISH,

o discurso dos especialistas (no caso, os médicos urologistas) se articula ao discurso militante dos movimentos sociais, tendo como objetivo a medicalização do corpo masculino. (...) tal objetivo, sustentado na afirmação do direito à saúde, implica a ideia de uma masculinidade em si “insalubre”, e visa, ao contrário das políticas voltadas para as mulheres e outras minorias, ao “desempoderamento” do sujeito à qual se dirige (2009, p. 659).

Muitos autores discutem como a sexualidade masculina é alvo de medicalização no contexto brasileiro (Pinheiro *et al.*, 2011) e estrangeiro (Rosenfeld e Faircloth, 2006), e de como a mídia intermedia esse processo. De fato, apesar da relação potencialmente benéfica entre os meios de comunicação e a saúde pública (Bernardini-Zambrini, 2013; McCaffery *et al.*, 2016), a informação divulgada nunca é neutra – como não é neutra a ciência que produz essa informação (Costa, 2006; Castiel e Diaz, 2007). Mais do que isso, frequentemente a mídia gera demandas de forma danosa (Ruiz-Cantero e Cambronero-Saiz, 2011; Gérvas *et al.*, 2012; Tesser, 2012).

Moynihan *et al.* (2002), em um artigo chamado *Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering*, mostram que a indústria farmacêutica, aliada a médicos e grupos de pacientes, se utiliza da mídia para criar doenças e doentes, numa forma de medicalização chamada em inglês de *disease mongering*. Os autores nomeiam cinco estratégias envolvidas nesse fenômeno: 1) classificar transtornos comuns da vida como problemas médicos; 2) fazer sintomas

leves parecerem indícios de doenças graves; 3) apresentar problemas pessoais ou sociais como problemas médicos; 4) transformar fatores de risco em enfermidades; e 5) adaptar indicadores de prevalência para aumentar o tamanho de um problema médico, maximizando o público-alvo de intervenções.

Embora os problemas de ereção tenham sido uma preocupação para os homens há séculos, ela sempre foi entendida como uma experiência inoportuna, um comportamento problemático ou um transtorno pessoal. Em seu processo de medicalização, a *impotência* fazia parte até recentemente do âmbito da sexologia, psicologia, psiquiatria e tratamentos de casal. A mudança do conceito de impotência para o de *disfunção erétil* foi promovida em boa parte pela indústria farmacêutica, e representa a passagem do problema para um campo onde é alvo quase exclusivamente de tratamento medicamentoso e onde são reforçadas características da masculinidade hegemônica (Wiencke, 2006).

Para garantir o sucesso do Viagra® – substância que Lexchin (2006) inclui no grupo das “drogas de estilo de vida” (*lifestyle drugs*) – a Pfizer lançou mão de várias das estratégias descritas por Moynihan *et al.* (2002). Ela se esforçou não só para popularizar a discussão sobre o tema, mas também para destacar publicamente a doença, sua prevalência e a possibilidade de tratamento medicamentoso (quase como única forma), incluindo praticamente qualquer homem no público passível de tratamento (Lexchin, 2006) – principalmente através de estudos de prevalência e incidência financiados pela própria Pfizer e com a participação de trabalhadores da empresa no Brasil e outros países da América, como Moreira Jr. *et al.* (2001, 2003) e Morillo *et al.* (2002). Ao divulgar os resultados do estudo de Moreira Jr. *et al.* (2001), por exemplo, a fabricante pode afirmar que 46,2% dos homens têm disfunção erétil, sem mencionar que em quase 70% desses casos, ela é mínima ou ocasional.

Além disso, positivou-se o uso da medicação através de um discurso antideclínio, de acordo com o qual nenhum homem deveria perder a capacidade de ter uma ereção satisfatória em tempo algum (Potts *et al.*, 2006), acionando e reforçando demonstrações de masculinidade através do sexo e constituindo o que Loe (2006) chamou de *Viagra Man* (Loe, 2006).

Potts *et al.* (2006) discutem os discursos sobre a disfunção erétil prévios e posteriores ao surgimento do Viagra®. Antes, a literatura médica e leiga sobre o tema

reproduzia dois discursos principais: *narrativas de declínio*, de acordo com as quais a sexualidade masculina diminui com a idade, constituindo uma consequência negativa e inevitável de envelhecer, e narrativas de progresso, nas quais o sexo da juventude (lembrado ou imaginado) continua uma referência, mas percebem-se mudanças positivas relacionadas à idade e à experiência. Os textos da era pós-Viagra®, por sua vez, transmitem *narrativas antideclínio*, que patologizam a DE e afirmam ser possível restaurar a função sexual “de antes” (desafiando, com isso, as duas narrativas anteriores), e *narrativas de progresso revisadas*, que definem progresso em termos da capacidade de ter um desempenho sexual semelhante ao do homem jovem – ou até melhor. Entretanto, a partir de entrevistas com 12 homens de 54 a 70 anos na Nova Zelândia, as autoras identificam *contra-histórias* masculinas sobre sexualidade e envelhecimento. Elas trazem um questionamento ao privilégio biomédico das ereções e traduzem descobertas experiências sexuais satisfatórias relacionadas ao envelhecimento.

Os concorrentes Levitra® (vardenafila, do laboratório Bayer) e Cialis® (tadalafila, do laboratório Eli Lilly), por sua vez, destacam respectivamente a longa duração (chegando a 36 horas) e o rápido início de ação (por volta de quinze minutos, enquanto a sildenafila exige 40 a 60) de seus produtos. Ambos podem ser ingeridos de estômago cheio, diferentemente do Viagra®, e afirmam ter menos efeitos colaterais que seu antecessor. Além dos avanços tecnológicos, a promoção dessas drogas também promete melhorias no sexo “natural”, apelar simbolicamente a uma masculinidade hegemônica e promover um uso não médico, de “estilo de vida” (Wiencke, 2006).

Muitos homens podem ser movidos aos serviços de saúde em resposta a mensagens da mídia, aderindo a recomendações médicas preventivas ou curativas, mais ou menos baseadas em evidências científicas, críticas ou promotoras da medicalização. Diante do que discutimos a respeito de gênero e saúde, cabe nos perguntarmos se alguns deles não se utilizam destes discursos como uma forma socialmente aceitável, não questionadora da masculinidade, de acesso ao serviço e de demonstração de fragilidade, contornando dificuldades por vezes reproduzidas pelos próprios profissionais (Courtenay, 2000; Couto *et al.*, 2010).

4. OBJETIVOS

O objetivo geral da pesquisa é entender como a população masculina usa serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e como expressa suas queixas, a partir do caso dos homens que buscam avaliação de próstata ou têm questões referentes a disfunção erétil (ou outros problemas de sexualidade). Além disso, busca entender como os serviços (particularmente os/as médicos/as) lidam com demandas expressas e subjacentes da população masculina (especialmente as referentes à sexualidade).

Seus objetivos específicos são:

- a) Analisar possíveis articulações entre a busca por avaliação de próstata e queixas de disfunção erétil (ou outros problemas da sexualidade),
- b) Entender como a forma como uma demanda é expressa pode influenciar o cuidado recebido;
- c) Identificar de que maneira aspectos como local de trabalho, sexo, formação e tempo de atuação na ESF podem influenciar a forma como médicos(as) acolhem demandas dos homens e que sentidos dão a elas, e como aspectos relacionados aos usuários podem influenciar suas percepções sobre saúde e adoecimento e a forma como procuram o serviço de saúde, expressam suas demandas, e que dificuldades e facilidades reconhecem; e
- d) Discutir possibilidades de superar, na saúde masculina, olhares reducionistas e estereotipados e abordagens medicalizadoras e centradas na próstata, diminuindo a invisibilidade dos homens, positivando sua avaliação e cuidado integrais, e destacando os riscos de iatrogenia e excesso de prevenção.

5. METODOLOGIA

Na primeira parte deste capítulo, trataremos do planejamento da pesquisa, apresentando a técnica principal e a auxiliar, explicando a definição dos participantes do estudo e descrevendo os cuidados éticos da pesquisa. Em seguida, abordaremos a entrada no campo, a condução do estudo, as intercorrências e as mudanças operacionais, bem como as transformações interpretativas e pessoais que o processo de pesquisa promoveu.

5.1. Planejamento da pesquisa

Desde o início, a pesquisa qualitativa se mostrou a mais adequada ao objeto e objetivos do nosso estudo, na medida em que ele pretendia investigar processos e fenômenos sociais complexos, considerando diversos atores e suas preocupações, bem como estudar os sentidos de suas ações e conhecer suas interpretações a respeito (Deslauriers e Kérisit, 2008). Embora a interpretação dos atores não seja necessariamente a mais adequada, tampouco a única, seu conhecimento é necessário para a compreensão de suas condutas e a posterior interpretação sobre o fenômeno social em questão (Poupart, 2008) – interpretação que seria construída levando-se em conta a articulação entre os achados empíricos da pesquisa e de outros pesquisadores.

A produção dos dados ocorreu através da combinação de uma técnica principal – entrevistas semiestruturadas com médicos(as) e usuários – e uma auxiliar – a observação dos serviços participantes.

A opção pela entrevista de tipo qualitativo se justificou, em nosso caso, pelos argumentos de ordem epistemológica, ético-política e metodológica habitualmente alegados, reunidos por Poupart (2008): ela permite explorar em profundidade a perspectiva dos atores sociais, indispensável à apreensão e compreensão das condutas sociais; abre a possibilidade de “compreender e conhecer internamente os dilemas e questões enfrentados pelos atores sociais”, denunciando preconceitos, práticas discriminatórias e iniquidades; e é uma ferramenta de informação destacadamente capaz de elucidar as realidades sociais, “um instrumento privilegiado de exploração

do vivido dos atores sociais” (p. 222). Já de acordo com Bourdieu (1997), a entrevista em profundidade permite resgatar a dimensão da subjetividade, já que a fala dos entrevistados revela sistemas de valores, crenças, normas, sendo significantes mesmo sem a intenção de significar.

Decidimos entrevistar médicos(as) e usuários maiores de 18 anos que passaram por consulta com esses profissionais em UBSs da zona oeste da cidade de São Paulo e do município de Mauá (Grande ABC, região metropolitana de São Paulo). Essas regiões eram familiares a mim, que trabalhei por seis anos como médico de família em uma unidade da mesma Supervisão Técnica de Saúde (STS) onde foi feita a pesquisa, e por um ano, como gestor, na Secretaria Municipal de Saúde de Mauá.

As unidades foram escolhidas buscando semelhança quanto ao número de equipes de ESF (quatro ou cinco) e proximidade geográfica dentro do município. A UBS onde trabalhei foi antecipadamente excluída como campo de estudo. Além disso, as UBSs paulistanas diferenciam-se das mauaenses pela formação do corpo clínico: nas primeiras, todos(as) os(as) médicos(as) têm formação em MFC e envolvimento atual com a graduação e a residência médicas; nas segundas, os médicos(as) têm maior tempo de trabalho na Atenção Primária; é menos comum a especialização em Saúde da Família ou residência em Medicina de Família e Comunidade;²² e há pouco ou nenhum envolvimento com atividades acadêmicas de graduação ou pós-graduação em Medicina ou outras profissões. Com essa configuração, esperava-se analisar a influência de aspectos como formação, idade e tempo de trabalho na APS nas práticas e percepções de médicas e médicos.

²² Alguns nomes podem causar confusão, e merecem comentários. *Medicina de Família e Comunidade* (MFC) é uma especialidade médica reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), cuja titulação é obtida por meio de Residência Médica ou Prova de Título de Especialista. Um apanhado de suas características é oferecido por Lopes (2012), e seu praticante é chamado *Médico de Família e Comunidade* ou, simplesmente, *Médico de Família*. Recentemente, uma portaria conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação definiu a equivalência dos termos *Medicina de Família e Comunidade* e *Medicina Geral de Família e Comunidade* (Brasil, 2014b). A *Estratégia Saúde da Família* (ESF), chamada no passado de *Programa Saúde da Família* (PSF), é a forma prioritária de organização da Atenção Básica no Brasil, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012). A preferência do Ministério da Saúde pelo termo *Atenção Básica* ao invés de *Atenção Primária* é comentada por Giovanella e Mendonça (2012), em texto que serve como ótimo panorama da ESF e da APS no Brasil e no mundo. As equipes de ESF contam com um médico cada, chamado *Médico de Família*, embora o termo mais adequado fosse *Médico da ESF*, uma vez que esses profissionais não necessariamente são especialistas em MFC. É muito comum, inclusive, que não tenham qualquer especialização, sendo chamados “generalistas”. Por fim, *Saúde da Família* pode ser uma forma abreviada de chamar a Estratégia, mas também se referir a cursos de especialização voltados a profissionais atuam na ESF.

Escolhemos a categoria médica, primeiramente, porque é nela em que eu me insiro, e foi na sua lida em que surgiram as questões que motivaram essa pesquisa. Em segundo lugar, ela é provavelmente a que tem mais contato com a demanda por avaliação da próstata e questões de sexualidade masculina na Estratégia Saúde da Família. As razões para tanto podem incluir a quantidade de pessoas atendidas por dia, o processo de medicalização da sexualidade masculina (centrado em cuidados prescritos por médicos) e a forma de organizar o trabalho multiprofissional na UBS e a coordenação do cuidado na rede – por exemplo, apenas o médico pode solicitar PSA ou encaminhar a um urologista ou psiquiatra.

Incluímos somente profissionais trabalhando em equipes de ESF, com pelo menos dois anos de experiência na estratégia (tempo que equivaleria a uma residência em Medicina de Família e Comunidade) e três meses de trabalho na equipe atual (período comumente apontado em conversas informais entre médicos de família como de adaptação à equipe). Apesar da possibilidade de terem experiência prévia na ESF, não incluímos médicos(as) residentes na pesquisa, por sua inserção diferenciada no contexto assistencial. Sua carga horária é maior (60 horas semanais) e composta com estágios externos; sua bolsa correspondia, na época, a cerca de um quarto do salário de um médico com jornada de 40 horas semanais; e eles têm acesso a supervisão pedagógica e atividades de ensino regulares. Tampouco foram incluídos médicos(as) participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil, por suas especificidades trabalhistas e pedagógicas: são bolsistas com jornada de 32 horas semanais na unidade e 8 horas semanais de estudo, dedicadas ao curso de especialização em Saúde da Família que realizam (Brasil, 2013). Além disso, os médicos provenientes de Cuba – caso de todos os que trabalhavam em Mauá e de quase 80% dos participantes do programa em dezembro de 2014 (Collucci, 2015) – poderiam ter diferenças muito marcantes no *fazer saúde*, por conta da formação estrangeira e da experiência em missões internacionais anteriores.

Quanto à participação dos usuários, solicitamos aos(às) médicos(as) que convidassem homens maiores de 18 anos que tivessem comparecido à consulta buscando avaliação de próstata ou queixando-se de disfunção erétil (ou outras questões relacionadas à sexualidade), bem como aqueles em que essas questões tivessem surgido no decorrer da consulta. O recorte etário seleciona uma população com maior

autonomia quanto à própria saúde e diminui vieses relacionados à adolescência e à imaturidade de caracteres sexuais, além de situar os entrevistados no mesmo recorte de outros trabalhos sobre disfunção erétil (como Abdo *et al.*, 2006; Moreira Jr *et al.*, 2001).

Embora a disfunção erétil seja uma questão central do trabalho, ampliamos o convite a usuários com outras questões de sexualidade por dois motivos. Em primeiro lugar, seria uma forma alcançar a própria disfunção erétil, na medida em que muitos homens com esse problema podem se queixar de outros relacionados indiretamente a ele, como ejaculação precoce e diminuição de libido (Hatzimouratidis *et al.*, 2010; Ferron e Lopes Jr, 2012; Modesto e Figueira, 2013). Além disso, essa estratégia facilitaria o afloramento de aspectos não considerados inicialmente, mas pertinentes à pesquisa – como diferenças de idade entre homens com diferentes demandas referentes à sexualidade.

Sabia-se que a captação dos homens pelos profissionais participantes que os atendiam poderia levar ao encaminhamento apenas de “casos bem-sucedidos” ou indivíduos com quem eles(as) tivessem melhor relação – e, por conseguinte, menos propensos a falas críticas ao serviço ou ao(a) profissional. Apesar disso, tínhamos bons motivos para escolher essa forma. Primeiro, ela propiciaria uma seleção mais acertada das demandas que nos interessavam. Segundo, faria com que usuários e médicos(as) entrevistados(as) fizessem parte do mesmo contexto assistencial, permitindo que as percepções de um e outro grupo dialogassem de forma mais precisa. Terceiro, acreditávamos que problemas de seleção seriam detectados já nas primeiras entrevistas, a tempo de reavaliar a estratégia. Finalmente, as características dos usuários selecionados poderia se mostrar, por si só, mais um aspecto a analisar a respeito do serviço.

Entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e usuários já foram usadas com sucesso por outros autores que buscavam entender percepções, demandas e contextos referentes à saúde dos homens (Gomes *et al.*, 2007; Pinheiro, 2010; Knauth *et al.*, 2012; Vieira *et al.*, 2013). Uma vantagem desse instrumento é a possibilidade de uma fala mais espontânea, sem que isso signifique fugir do assunto estudado. Com um roteiro mais flexível que o de uma entrevista estruturada ou um questionário, a ordenação dos temas atende mais ao raciocínio do entrevistado que do entrevistador, e

é comum que algumas respostas sejam dadas antes que as perguntas sejam feitas.

Esperávamos que as entrevistas respondessem a questões centrais da pesquisa como: profissionais e usuários percebem especificidades no processo saúde-doença e no uso do serviço de saúde pelos homens? Médicos(as) percebem que homens ocultam queixas de disfunção erétil, problemas de sexualidade em geral ou outras questões? A que atribuem ou relacionam esse fenômeno? Como são colocadas questões referentes à próstata? Que dificuldades ou facilidades identificam ao acesso dos homens aos serviços? Como os homens expressam suas demandas? O que dizem ao procurar os serviços? Sua expressão é influenciada por relações de gênero? Que aspectos identificam como tendo influência no tipo de cuidado que recebem? A forma como se expressam é um deles? Se sim, como? O ambiente das unidades pode ser um dificultador do acolhimento desses homens? Como os serviços de saúde podem melhorar o acolhimento à demanda expressa ou oculta dos homens?

As questões das entrevistas com médicos(as) foram agrupadas nos seguintes eixos: 1) dados sociodemográficos e aspectos que podem influenciar práticas e discursos (parte deles coletada no final da entrevista, quando o entrevistado estaria mais à vontade para falar, principalmente, sobre sua renda); 2) masculinidades e saúde; 3) busca por avaliação de próstata e disfunção erétil; e 4) masculinidades e uso dos serviços de saúde. Nas entrevistas com usuários, os eixos são: 1) dados sociodemográficos e aspectos que podem influenciar práticas e discursos (também coletados uma parte no início e outra no final da entrevista); 2) percepções sobre saúde e cuidados com a própria saúde; 3) masculinidades, saúde e uso dos serviços; 4) questões sobre a consulta médica onde foi captado ou que motivou a captação; e 5) próstata e disfunção erétil.

Um piloto da entrevista com médicos foi realizado com uma profissional de uma das unidades participantes. Sua entrevista não foi incluída na análise por ela não trabalhar em equipe de ESF à época, embora tivesse tido essa experiência. Os roteiros receberam pequenos acréscimos e correções à medida que as entrevistas iam sendo realizadas, e suas versões finais encontram-se nos apêndices A e B.²³

²³ Alguns leitores podem se perguntar se os roteiros dos apêndices A e B não seriam detalhados demais para serem considerados semiestruturados. É bom esclarecer que, apesar de extensos, eles serviram muito mais como uma lista de aspectos a atentar e uma orientação para a mediação da entrevista. Não só recebemos espostas antes de recorrer a perguntas mais fechadas, como pudemos explorar relatos interessantes com perguntas não planejadas.

Para definição do tamanho da amostra, utilizamos a técnica conceitual de saturação, que consiste em interromper a inclusão de novos entrevistados quando se percebe que seus discursos e os sentidos traduzidos por estes se tornam repetitivos ou redundantes, passando a contribuir pouco à análise das entrevistas feitas até então. A definição do ponto de saturação depende indiretamente do referencial teórico e recorte do objeto, e diretamente dos objetivos da pesquisa, do nível de profundidade a ser explorado e da homogeneidade da população estudada (Fontanella *et al.*, 2008). No presente estudo, a saturação quanto aos usuários seria alcançada quando os sentidos e as falas relacionadas às temáticas centrais do estudo se tornassem redundantes, inclusive considerando a diversidade de exercício de masculinidades nos sujeitos concretos participantes do estudo. No caso dos profissionais, ela poderia seguir o mesmo parâmetro apontado para os usuários, considerando também alguma representatividade pareada por sexo e demais aspectos potencialmente influentes da prática e dos sentidos acerca das temáticas em questão – tais como formação específica, tempo de atuação e local de trabalho. Esperava-se alcançar essa saturação trabalhando em duas a três UBSs por município.

As entrevistas foram transcritas e revisadas, e o material foi analisado de acordo com a técnica de análise de conteúdo, atendendo aos princípios da análise categorial e temática descritos por Bardin (2011) e comentados por Gomes (2011) – sem contemplar o enfoque quantitativo apontado por aquela autora.

A técnica auxiliar foi a observação direta dos serviços, anotada em diário de campo. Entendeu-se que esta técnica possibilitaria descrever a ambiência (física e humana) das unidades, a organização do serviço e algumas relações entre profissionais (homens e mulheres), usuários e usuárias, bem como permitir a caracterização das unidades no que tange à quantidade de equipes, composição do corpo clínico, população atendida *etc.* As observações seguiram roteiro apresentado no apêndice C.

Em geral, a observação de serviços é uma das primeiras etapas da pesquisa, servindo de aproximação ao campo e apoiando a construção dos roteiros de entrevistas. Em nosso caso, foi possível fazê-la paralelamente às entrevistas, pela familiaridade que eu tinha com o campo. Esse ajuste não levou a um prejuízo da técnica, que, como viríamos a constatar mais tarde, contribuiu tanto na produção dos dados quanto em sua interpretação e na elaboração de novas hipóteses. No entanto, ele exigiu reconhecer

muito precocemente os desafios de *observar o familiar*.

Gilberto Velho (1978, p. 41) afirma que “o processo de descoberta e análise do que é familiar pode, sem dúvida, envolver dificuldades diferentes do que em relação ao que é exótico”. Uma dessas dificuldades é o pesquisador dispor de mapas mais complexos e cristalizados sobre uma determinada *paisagem social* à qual está familiarizado, os quais envolvem hábitos e estereótipos que fazem parte da vivência cotidiana, mas podem prejudicar interpretações mais profundas. Entretanto, como o autor destaca, *familiar* não é o mesmo que *conhecido*: o pesquisador pode dispor de um mapa, mas não compreender necessariamente os princípios e mecanismos que o organizam. Além disso, paisagens familiares costumam ser compartilhadas por diversos outros pesquisadores, o que coloca a pesquisa mais ao alcance de críticas e contribuições – inclusive pelos próprios participantes.

O entendimento da cultura como fator estruturante da percepção da doença, da relação com os serviços de saúde e da prática profissional; o recurso a conceitos como gênero, poder e masculinidades para interpretação da realidade observada; e a escolha das técnicas descritas coloca esta pesquisa entre as que aproximam a Antropologia e as Ciências da Saúde, considerando os trabalhos de Minayo (2006) e Oliveira (2002). Aliás, uma aproximação não só conceitual e metodológica, mas também personificada no encontro entre uma orientadora antropóloga e um pesquisador executante médico.

As características da pesquisa não permitem chama-la exatamente de uma *descrição etnográfica*, mas ela sem dúvida tem muitas semelhanças com a definição de Geertz (1978, p. 31):

ela é interpretativa; o que ela interpreta é o fluxo do discurso social; e a interpretação envolvida consiste em tentar salvar o “dito” num tal discurso da sua possibilidade de extinguir-se e fixá-lo em formas pesquisáveis. (...) Há ainda, em aditamento, uma quarta característica de tal descrição, pelo menos como eu a pratico: ela é microscópica. (...) O antropólogo aborda caracteristicamente tais interpretações mais amplas e análises mais abstratas a partir de um conhecimento muito extensivo de assuntos extremamente pequenos.

Em termos éticos, a pesquisa atende ao disposto na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os(as) entrevistados(as) foram adequadamente informados sobre a pesquisa através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE, apêndices D e E), que registra as garantias de anonimato, confidencialidade, e liberdade para interromper a participação na pesquisa a qualquer momento. As atividades realizadas no interior das unidades também tiveram a anuência por escrito da gerência local (apêndice F).²⁴ Além disso, nos prontificamos a articular o atendimento dos entrevistados por sua equipe de referência nas unidades onde a pesquisa ocorreu, caso fossem percebidas ou desencadeadas necessidades de saúde durante a participação na pesquisa. Isso seria feito sem transpor seus fluxos organizacionais, mas tentando facilitar o acolhimento dos participantes.

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP, instituição proponente) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (instituição coparticipante), bem como pela Secretaria Municipal de Saúde de Mauá (que não contava com Comitê de Ética e Pesquisa e seguiu a avaliação do CEP-FMUSP). A pesquisa de campo só foi iniciada após essas aprovações. A cópia da aprovação da instituição proponente se encontra no apêndice G.

5.2. A entrada em campo, o processo da pesquisa e as mudanças de olhar

Todas as etapas da pesquisa, desde a apresentação nas unidades, passando pela produção dos dados, até a sua análise, foram realizadas por mim; apenas as transcrições foram realizadas por profissionais contratados para esse fim. Por um lado, isso exigiu que eu lidasse continuamente com os desafios de “observar o familiar” (Velho, 1978), tentando manter uma presença no campo que não se limitasse a mapas prévios, mas também não tivesse pressa de repelir estereótipos a qualquer custo ou pretensão de ausentar minha própria subjetividade no trabalho. O compromisso de registrar em diário de campo mesmo as informações aparentemente óbvias,

²⁴ Os TCLEs de usuários e o documento de anuência da gerência local mencionam a consulta a prontuários, considerada inicialmente como segunda técnica auxiliar. Ela chegou a ser realizada, mediante um roteiro sumário e com a anuência de todos os entrevistados (embora nem todos os prontuários tenham sido lidos). Esperávamos que a análise contribuísse para a compreensão do modo como, na relação usuário-médico-serviço, as demandas dos homens são traduzidas pelos(as) médicos(as), com consequentes resultados para o (não) acolhimento do usuário, o (não) seguimento e o (não) cuidado. Entretanto, a potencial incompletude dos registros médicos e a quantidade muito satisfatória de dados produzidos pelas outras técnicas nos levaram a abandonar esta ao longo da pesquisa.

anteriormente conhecidas ou que foram se tornando repetitivas entre as unidades foi uma prática que ajudou a cumprir esse intento. Graças a ela, pude perceber, por exemplo, diferenças pequenas na parcela de homens entre os frequentadores das diversas unidades e até mesmo situações de maioria masculina, quando meus olhos já estavam habituados a enxergar mais mulheres que homens. Por outro lado, essa condição contribuiu decisivamente na pré-análise e no diálogo constante entre os dados produzidos nas diversas unidades pelas entrevistas e observações.

Uma consequência de pesquisar regiões onde trabalhei ou trabalhava foi a facilidade de acessar serviços e médicos(as), contando principalmente com a mediação das gerentes das unidades de Mauá e dos(as) médicos(as) que coordenavam as atividades de ensino e pesquisa das unidades de São Paulo. Eles(as) foram meus “Docs” – intermediários que abriram portas, dissiparam dúvidas e passaram de informantes-chave a colaboradores (Valladares, 2007).

Para garantir o anonimato dos participantes, identificaremos as unidades com o nome de cantores brasileiros cuja obra abordou, em mais de um momento, o “ser homem”: Vinícius de Moraes e Chico Buarque em São Paulo; Caetano Veloso, Marcelo Camelo e Erasmo Carlos em Mauá.²⁵ Profissionais e usuários entrevistados serão identificados pelo segmento, sexo (entre os/as profissionais), município e idade – por exemplo, “Médica Mauá 62” ou “Usuário SP 43”. Transcrições de falas estarão em *itálico*; manteremos gírias e sinais de oralidade.

A entrada em cada UBS era inaugurada geralmente com uma apresentação da pesquisa aos profissionais, feita em alguma reunião regular da unidade. As reuniões variavam em sua composição (todos os profissionais da unidade, apenas profissionais de nível superior, profissionais de nível superior e representantes de outras categorias, todos os profissionais divididos em duas turmas *etc.*), mas sempre tinham a presença do gerente da unidade ou seu representante e de um ou mais médicos e enfermeiros. A exceção foi a UBS Erasmo Carlos, onde contratempos levaram à necessidade de apresentar a pesquisa a médicos na ausência da gerente – mas com sua anuência.

²⁵ Para ficar em apenas um exemplo por artista, podemos citar “Berimbau”, de Vinícius de Moraes (1967); “O meu guri”, de Chico Buarque (1981); “Homem”, de Caetano Veloso (2006); “O Vencedor”, de Marcelo Camelo, na banda Los Hermanos (2003); e “Minha fama de mau”, de Erasmo Carlos (1965). A propósito, foi interessante perceber, tempos depois da escolha, como ela dizia da minha própria socialização: afinal, por que esses cinco cantores e não outros que trataram do mesmo tema, como Reginaldo Rossi, Raimundo Fagner, Roberto Carlos, Gonzaguinha e Nelson Gonçalves?

Esta UBS, a última incluída, na verdade foi a sétima da qual nos aproximamos. Já havíamos nos estabelecido em duas unidades de São Paulo e duas em Mauá, mas não conseguimos iniciar a pesquisa na quinta e na sexta UBS tentadas. Na quinta, tivemos dificuldades no acesso aos médicos depois da apresentação na unidade. Na sexta, a gerente falou da pesquisa aos(as) médicos(as) antes da apresentação pelo pesquisador, e todos(as) teriam concordado em participar. Dias depois, ela nos informou que todos(as) haviam desistido, aparentemente estimulados por um dos médicos. No mesmo dia, entramos em contato com a gerente da UBS Erasmo Carlos, que apoiou a realização e com quem agendamos a apresentação.

Além do compromisso ético de apresentar o pesquisador e participar aos funcionários em geral (e não apenas aos(as) médicos(as) que seriam convidados) os objetivos da pesquisa e as atividades que seriam realizadas, esperávamos conseguir mais hospitalidade e colaboração de toda a equipe, bem como antecipar dúvidas. Nesse momento, também obtínhamos a anuência da gerência local por escrito.

Em seguida à apresentação, fazíamos contato com os(as) médicos(as) pessoalmente, por telefone ou por mensagem de celular, para confirmar a disponibilidade e agendar as entrevistas, que foram realizadas na unidade em que trabalhavam, em suas casas ou em outros locais de trabalho, conforme a escolha do entrevistado. Em São Paulo, entretanto, ocorreu de entrarmos em contato com alguns(mas) médicos(as) pouco antes da apresentação, pois os(as) médicos(as) que coordenavam as atividades de ensino já haviam antecipado à equipe algumas informações sobre nosso trabalho.

Pedimos a colaboração dos(as) profissionais na captação dos usuários desde a apresentação da pesquisa em reunião nas unidades, bem como após a entrevista e em contatos subsequentes; oferecemos também uma pequena tabela para registro dos dados, que serviria também de lembrete (apêndice H). Os profissionais registravam dados sumários dos pacientes que concordassem com nosso contato; posteriormente, por telefone, eu me apresentava, dava mais detalhes sobre a pesquisa, confirmava a disponibilidade e agendava a entrevista. A maioria dos homens foi convidada a participar da pesquisa em atendimentos posteriores à apresentação do projeto nas unidades, mas houve casos em que o profissional se lembrava de ter atendido alguém em condições de seleção nos últimos meses e o convidava por telefone. As entrevistas

foram realizadas na casa dos sujeitos²⁶ ou nas unidades (em um consultório vago ou sala reservada), conforme a escolha do entrevistado. Esperávamos que escolhessem a primeira opção, pois tínhamos influência da relação hierárquica que o ambiente institucional poderia sugerir; no entanto, quase todos os homens preferiram a UBS, alguns deles apontando que ali se sentiriam mais à vontade que em casa. Isso não parece ter prejudicado a espontaneidade e a intimidade das falas, em que pese ter sido chamado de *doutor* a maior parte das vezes (mesmo dispensando os entrevistados desse tratamento). Algumas falas de usuários indicam que o momento da entrevista foi de muita abertura e confiança, por vezes inéditas em suas vidas.

*Porque agora ficou melhor pra mim, eu me abrir e conversar...
Porque nem com um irmão meu eu nunca conversei conforme
aqui (Usuário SP 57)*

A escolha por ampliar o convite aos usuários para os que trouxeram (ou em cujas consultas surgiram) questões de sexualidade que não apenas disfunção erétil logo se mostrou útil: alguns dos primeiros entrevistados haviam sido indicados pelos profissionais como tendo ejaculação precoce, mas, na entrevista, surgiram queixas concomitantes de disfunção erétil. Isso pareceu ter decorrido do destaque dado a uma ou outra queixa pelo usuário e/ou pelo(a) médico(a) na consulta, o que também ilustra o cuidado da sexualidade masculina que discutiremos na análise das entrevistas. O receio de que fossem selecionados apenas homens com tratamentos bem-sucedidos ou com quem o profissional tivesse muito boa relação logo foi afastado, diante de relatos de frustração com tratamentos ou, menos frequentemente, de queixas quanto ao funcionamento do serviço.

Antes de cada entrevista com profissionais e usuários, foi obtida assinatura do TCLE, após leitura do termo pelo entrevistador ou pelo usuário, conforme a preferência deste.

Um dos compromissos éticos da pesquisa era o de articular o atendimento dos(as) entrevistados(as) por sua equipe de referência, caso fossem percebidas ou desencadeadas necessidades de saúde durante a participação na pesquisa. Por exemplo, algum usuário poderia decidir queixar-se de disfunção erétil com seu médico depois

²⁶ Sempre que possível a entrevista era feita a sós; em um caso, o entrevistado autorizou a presença da esposa, mas isso não parece ter prejudicado sua fala.

de uma conversa sobre sexualidade e uso do serviço, ou algum médico poderia lembrar-se de realizar sua própria avaliação anual da próstata (caso a fizesse). Optamos por incluir uma questão sobre o assunto no próprio roteiro de entrevista.

Foi necessário intervir em algumas situações com usuários. A mais comum envolvia questões previdenciárias, como homens que acreditavam fazer jus a benefícios por doença ou aposentadoria; nesse caso, eu os acompanhava à recepção, e pedíamos agendamento de consulta com assistente social. Uma segunda situação era quando homens mostravam-se frustrados com a negativa do(a) médico(a) em solicitar PSA; alguns inclusive haviam entendido, ao serem convidados para a pesquisa, que eu faria essa solicitação. Nesses casos, após a entrevista, conversávamos sobre os riscos e benefícios da avaliação de próstata – conforme as recomendações do Ministério da Saúde (Brasil, 2010) e USPSTF (Moyer, 2012) – e eu sugeria que procurassem novamente seus médicos caso mantivessem essa demanda. Alguns homens também perceberam, durante a entrevista, a possibilidade de levar uma queixa de disfunção erétil à consulta com seu(sua) médico(a), o que eu apoiava.

Uma situação mais delicada era quando eu identificava possibilidades de melhora do cuidado que a pessoa vinha recebendo quanto à disfunção erétil, ejaculação precoce, ou, em um caso mais marcante, do diabetes (um homem com hipoacuidade visual, que vinha tendo crises graves de hipoglicemia). Nessas situações, eu pedia autorização ao entrevistado para conversar com seu(sua) médico(a) após a entrevista, e fazia alguma sugestão ao profissional, tentando não ser muito invasivo. Felizmente, todas as conversas transcorreram bem.²⁷

Ainda que eu não tenha sido “convocado” a mediar demandas dos profissionais entrevistados, era comum conversar sobre a pesquisa após a entrevista, sobretudo quando eles(as) percebiam necessidades de repensar o serviço. A entrevista foi citada por alguns(mas) profissionais como um momento propício à (auto) reflexão, com falas que expuseram a falta de momentos reflexivos no cotidiano do serviço e uma *maquinização* do trabalho em saúde.

²⁷ Essas situações me fizeram considerar a possibilidade de, futuramente, além de apresentar os resultados da pesquisa, realizar ações educativas sobre abordagem da sexualidade masculina e neoplasia de próstata nas unidades participantes. Médicos(as) e gerentes a quem apresentei essa possibilidade aprovaram a proposta.

Houve também, principalmente entre os(as) médicos(as) de São Paulo, uma preocupação em destacar que as falas se referiam às suas percepções, e não a dados científicos.

É aquilo que eu te falei, na minha opinião, claro, se você ver artigos, não, não tô dizendo por artigos, mas a minha opinião é essa (Médica SP 30)

Entre janeiro e abril de 2015, foram entrevistados(as) 8 médicos(as) em cada município: quatro mulheres e quatro homens em São Paulo, cinco mulheres e três homens em Mauá. Quase todas as entrevistas foram feitas em apenas um encontro, totalizando pouco mais de 17 horas de gravação.

Na décima-segunda entrevista com profissionais, ainda trabalhando em quatro unidades, suspeitamos ter alcançado a saturação. As quatro entrevistas seguintes (uma na UBS Marcelo Camelo e três na UBS Erasmo Carlos) serviram para confirmar essa impressão: embora surgissem pequenas diferenças nas falas (como era de se esperar em uma entrevista que versava sobre assuntos diversos e complexos como demanda em saúde, funcionamento de serviços e sexualidade), as percepções e sentidos que integravam o corpo principal de análise deixou de receber acréscimos antes da décima-sexta entrevista. Alguns temas, como os riscos à saúde relacionados a ser homem e as relações entre orientação sexual e saúde saturaram mais rapidamente; outros, como ambiente e propostas para facilitar a busca do serviço pelos homens, tiveram contribuições até entrevistas mais adiantadas. Um assunto, entretanto, não atingiu a saturação completa: o cuidado médico com a próstata (mais especificamente, as ações para rastreamento de neoplasia), por motivos que discutiremos na apresentação dos resultados.

Como a quantidade de usuários potencialmente entrevistáveis é muito maior que a de médicos, pudemos continuar acessando homens sem a necessidade de recorrer a outras unidades – mantendo, assim, as duas amostras (profissionais e usuários) dentro dos mesmos contextos assistenciais.

Recebemos 22 indicações de usuários das duas UBSs de São Paulo e apenas uma de Mauá. Entrevistamos 17 destes entre janeiro e maio de 2015 (nove em São Paulo e 8 em Mauá), vindo a excluir dois. Um usuário mauaense falara de disfunção erétil com sua psicóloga um ano antes da entrevista, e a psicóloga dera ciência do

problema à médica – não o próprio paciente, como em todos os outros casos. Um paulistano, por sua vez, estava tão consternado pelos ciúmes que atribuía à sua esposa que o tema surgia em quase todas as suas falas, desconstruindo-se de tal maneira das perguntas que desconfiamos da qualidade da entrevista. Três usuários estavam indisponíveis e um desistiu de participar após a leitura do TCLE, alegando ter entendido que seu próprio médico o entrevistaria, e não eu. Um usuário ficou por ser entrevistado, mas alcançamos a saturação antes disso.

As 15 entrevistas incluídas somam onze horas e meia de gravação. Apenas dois homens foram entrevistados em suas casas (ambos em São Paulo); os demais o foram nas respectivas UBSs. Apenas uma entrevista (em Mauá) exigiu um segundo encontro. O número de médicos, médicas e usuários participantes, distribuídos por UBS e sexo, é apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Profissionais e usuários participantes, por UBS e sexo

	São Paulo				Mauá							
UBS	Vinícius de Moraes		Chico Buarque		Caetano Veloso		Marcelo Camelo		Erasm Carlos		TOTAL	
Sexo	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Médicos(as)	1	3	3	1	0	3	1	1	2	1	7	9
Usuários	4		4		7		0		0		15	

Estão contabilizadas apenas as entrevistas incluídas, não as realizadas (detalhes no texto).

H: homens. M: mulheres.

As entrevistas com profissionais e usuários foram analisadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2011; Gomes, 2011). A fase de pré-análise foi conduzida ao longo da realização das entrevistas e da conferência das transcrições, momento de impregnação do material produzido, de forma intuitiva e flutuante, registrando-se noções interessantes traduzidas pelas falas e reunindo os primeiros núcleos de sentido identificados em potenciais categorias. Essas categorias foram sendo agrupadas em temas, nos quais eram incluídas outras potenciais categorias que iam surgindo à medida que novas entrevistas eram feitas, conferidas e transcritas seguindo o mesmo procedimento. A construção dos temas e categorias atendeu às regras enunciadas por Bardin (2011): exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade/fidelidade e produtividade. Concluídas as entrevistas e a conferência das transcrições, todas foram relidas em profundidade, segunda etapa da impregnação;

finalmente, foi feito um “recorte” das falas conforme núcleos de sentido, que integraram categorias e temas antigos e novos. O aspecto interpretativo da análise perpassou todo o processo, mas (como tinha de ser) ganhou força a partir da conclusão das entrevistas e leituras posteriores do conjunto do material, potencializando-se com o recurso à literatura pertinente aos temas abordados e às referências que constituíram o referencial teórico da tese.

A análise das entrevistas com os dois segmentos é apresentada no próximo capítulo, articulada à literatura pertinente e aos eixos analíticos propostos, permeada pelas observações do campo e precedida da caracterização dos municípios e unidades.

As UBSs foram visitadas para observação às segundas-feiras, dia apontado pelos profissionais como o mais movimentado – o que pudemos confirmar ao fazer visitas em outros dias, com outros propósitos. Para cada serviço, foi feita pelo menos uma visita pela manhã (desde a abertura da unidade) e à tarde (até seu fechamento), onde se observavam os locais de recepção, trânsito e espera da unidade, bem como se conversava com usuários(as) e profissionais da gerência, recepção e assistência. As informações eram registradas sumariamente à mão e posteriormente digitadas de forma mais completa em diário de campo, ao qual também se acrescentavam registros de conversas, ideias, desenhos, fotos *etc.* provenientes de visitas às unidades por outros motivos (como apresentação ou realização de entrevistas). Assim, a observação do campo não se limitou aos períodos formalmente reservados para esse fim, e o diário foi um instrumento fundamental à descrição densa (Geertz, 1978) que se construía. O diário de campo foi relido exaustivamente e contribuiu continuamente com a análise das entrevistas, na medida em que complementava e confrontava as falas dos(as) entrevistados(a).

Algumas posturas facilitaram a tarefa de “transformar o exótico em familiar”, propiciando o estranhamento de regras sociais familiares e a descoberta do “exótico no que está petrificado dentro de nós pela reificação e pelos mecanismos de legitimação” (DaMatta, 1978, p. 28-9). Por exemplo, ao comparecer às unidades no horário de abertura, depois de uma contagem discreta (mas não imperceptível) das pessoas que estavam na fila, eu me juntava a elas aguardando a abertura da unidade, e com elas me dirigia à recepção. Isso era uma perspectiva completamente nova para mim, pois quando chegava à unidade enquanto profissional eu passava ao largo de filas

muitos parecidas e recebia os(as) usuários(as) posteriormente, e, quando comparecia a serviços enquanto paciente, a configuração era diferente (nunca havia chegado a um laboratório de análises clínicas antes da sua abertura, por exemplo). Esse lugar me permitiu ouvir conversas entre usuários(as), e foram algumas delas que me levaram a ver que as falas sobre a precariedade do SUS – que me incomodavam muito quando vinham de meus pacientes, pela generalização e até uma sensação de *ingratidão* – aqui ganhavam contornos individualizados e serviam de “conversa de elevador”. Se entre o térreo e o sexto andar eu conseguiria conversar apenas sobre o clima com um vizinho, aqui havia tempo e contexto favoráveis para trocar experiências pessoais insatisfatórias na assistência à saúde. Também tive a oportunidade de ouvir elogios ao serviço em questão ou outros visitados anteriormente. Por outro lado, perceber minha incongruência àquela fila ou às salas de recepção devido à minha cor de pele, idade, vestimentas (logo percebi que devia deixar as camisas sociais e sapatos sociais no armário), me lembrava de que não era possível nem necessário fingir ser um local – atendendo a outro dos mandamentos reunidos por Valladares (2007). E esse não pertencimento chegou a ser verbalmente denunciado: uma vez, por exemplo, eu caminhava ao longo de uma fila junto ao portão ainda fechado de uma unidade e ouvi um homem dizer a outra pessoa: *“bacana é assim, quer passar na frente dos outros”*.

Outra postura foi não passar longos períodos acompanhando os atendimentos do lado de dentro dos balcões de recepção, apesar dos convites feitos por alguns “Docs” e da riqueza desse lugar de observação. Dos seus arredores já era possível acompanhar as relações entre as pessoas de um e de outro lado, e eu podia tirar eventuais dúvidas em conversas posteriores. Se o acolhimento num serviço de saúde é uma “rede de conversações” (Teixeira, 2003), esses novos lugares que eu assumia em cenários familiares me permitiam conhecer nós dessa rede antes inacessíveis para mim.

Aliás, os encontros e tensões entre funcionários(as) e usuários(as), as reconfigurações pessoais e do serviço, as rotinas e as exceções – situações em que “as formas culturais (...) são pressionadas por situações não usuais ou intenções não habituais de operar de formas não usuais” (Geertz, 1978, p. 38) – me ajudaram a superar estereótipos e levaram à formulação de novas hipóteses. Na observação do processo de trabalho, foi fundamental pensar na relação entre o que era previsto e regulamentado e o que ficava no campo da contingência e da exceção, bem como na

articulação entre recomendações institucionais de vários níveis (como a Política Nacional de Atenção Básica/PNAB – Brasil, 2012) e as diretrizes apontadas pelos informantes como advindas da SMS; as práticas idealizadas pelos(as) médicos(as) (captadas principalmente nas entrevistas); as experiências cotidianas dos diferentes funcionários das UBSs que puderam ser observadas; e a atuação e influência dos(as) usuários(as) nesse contexto. Nesse processo, foram surgindo novos olhares sobre o problema inicial e mesmo perguntas que não existiam anteriormente.

Uma transformação que serve de exemplo de como a operacionalização do campo mudou meu olhar foi a relação entre os aspectos “local de trabalho” e “organização do processo de trabalho”. Aquilo que era inicialmente uma característica amostral foi se tornando um parâmetro interpretativo graças ao diálogo entre o que os profissionais contavam de seu trabalho e o que se apurava nas observações – entre práticas institucionais naturalizadas por médicos(as) (e mesmo usuários) e exclusões não percebidas ou, no mínimo, não relacionadas às primeiras. Ou seja, a combinação entre observações e entrevistas – e talvez a própria realização paralela – me mostrou como aquele aspecto se relacionava não só às diferentes falas e percepções dos profissionais sobre os serviços e a saúde dos homens, como até às características dos pacientes que captavam para a pesquisa.

O trabalho em campo foi tão marcante que, em certa altura, me vi colocando em xeque minha própria prática profissional. Percebi que, apesar de mudanças que eu promovera na equipe em que trabalhava, ainda recorria a certos *engessamentos* do ponto de vista organizacional, e pude refletir sobre quais seriam mecanismos de defesa contra uma demanda enorme e quais seriam fruto de um entendimento de APS que poderia melhorar. Mais ainda, pude reavaliar por que tinha enfrentado tanta resistência da equipe em implementar certas práticas, como reservar mais tempo ao atendimento de demandas espontâneas.

Outra mudança importante foi a maior valorização da autonomia e das necessidades reconhecidas pelas pessoas na relação que estabelecem com os serviços de saúde e comigo, enquanto profissional. Aprofundei o estudo e a prática do Método Clínico Centrado na Pessoa, e lembrei diversas vezes de uma frase que ouvi durante a minha carreira, cuja autoria não me recordo: “se uma mulher de 50 anos chega ao serviço com alguma queixa e sai com um pedido de mamografia de rastreamento, mas

não sente que recebeu uma atenção adequada à sua queixa, aquela consulta não serviu para nada”. Infelizmente, no cotidiano dos serviços de APS brasileiros, essas consultas são muito comuns, e eu mesmo já participei de algumas.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. Caracterização das Unidades Básicas de Saúde

Os dados apresentados neste tópico foram obtidos inicialmente dos sítios de internet das Secretarias Municipais de Saúde, da Organização Social que gerencia as unidades de São Paulo, do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); ao longo da pesquisa, foram sendo combinados com informações dos médicos(as), funcionários administrativos e gerentes, obtidas durante a observação dos serviços. Também tivemos acesso a um relatório da Coordenação de Epidemiologia e Informação da SMS São Paulo sobre a STS onde ocorreu a pesquisa.

Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) teriam sido úteis em algumas questões, mas três motivos nos fizeram não utilizá-los. Primeiro, era célebre sua incompletude, não parecendo confiável comparar dados advindos de dois municípios. Em segundo lugar, a produção de consultas e procedimentos não é diferenciada por sexo, elemento fundamental em uma pesquisa como a nossa. Finalmente, à época da pesquisa, o SIAB estava em transição para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), com a incorporação de instrumentos eletrônicos (e-SUS), o que representava mais uma dificuldade para a obtenção de dados homogêneos.

Duas unidades de Mauá (Marcelo Camelo e Erasmo Carlos) contavam com médicos(as) do Programa Mais Médicos para o Brasil, todos procedentes de Cuba (como os demais participantes que trabalham no município). Ambas as UBSs paulistanas recebiam residentes de Medicina de Família e Comunidade e contam com um(a) médico(a) que coordena as atividades de ensino e pesquisa na unidade, e acaba se envolvendo em atividades assistenciais. Psiquiatras, pediatras, ginecologista-obstetra e clínico geral também podiam compor o quadro das unidades nos dois municípios. Entretanto, conforme apontamos anteriormente, nenhum desses outros profissionais foi incluído na pesquisa, apenas os médicos brasileiros de equipes de Estratégia Saúde da Família, com pelo menos dois anos de atuação na estratégia e pelo

menos três meses na atual equipe.

As equipes de ESF das UBS estudadas eram compostas por um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), um ou dois auxiliares de enfermagem e até seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS).²⁸ As unidades abrangem bairros de classe baixa, média baixa e média; as duas UBSs de São Paulo também dividiam entre si a cobertura de uma região mais abastada.

Nenhuma unidade realizava ações específicas voltadas à população masculina, como demonstram essas passagens do diário de campo:

Quando pergunto *[a uma funcionária administrativa]* se há ações voltadas especificamente para os homens, ela diz que a psicóloga *[nome]* tem um ou dois grupos de atendimento a dependentes químicos em que há mais homens que mulheres, mas não lembra de ações voltadas especificamente para os homens. (UBS Vinícius de Moraes)

Já as mulheres têm à disposição tanto as ações dirigidas exclusivamente a elas (como coleta de Papanicolaou e fisioterapia para gestantes) quanto aquelas em que predominam (caso da oficina de tricô, crochê, bordados e pintura, demonstrado inclusive pelas fotos no mural da unidade). As falas dos(as) médicos(as) e outros funcionários demonstram uma confusão entre “atividade à qual os homens comparecem” e “atividade voltada a essa população”, mas também reflexões sobre problemas na participação dos homens.

Um grupo de dor, é um grupo misto, só que tem muito mais mulher, entendeu? E tem um monte de homens que têm dor e precisa, mas eles não frequentam tanto. Né? Vem, depois para, sabe, eu acho que não se sente tão à vontade. O grupo de reeducação alimentar, por exemplo, é só mulher, e tem um monte de homem obeso, né? (...). No grupo de caminhada, que é na comunidade, se só vai mulherzinha, eles vão pouco, né? (Médica SP 27)

Pergunto à gerente se a unidade oferece ações em grupo para os homens. *Já teve... Mas ninguém vinha. O horário é uma m****! Aí só vinha os velhinhos – que também são os mesmo do grupo de Hiperdia. Eu já disse que UBS não devia funcionar nesse horário, mas ninguém me ouviu!* [risos]. (UBS Caetano Veloso)

²⁸ Para um panorama geral da ESF no Brasil e um breve histórico da APS no mundo, sugiro mais uma vez o texto de Giovanella e Mendonça (2012).

A fala da gerente acima, por sua vez, antecipa duas questões que discutiremos: o horário de funcionamento das unidades como um dificultador da presença masculina e a facilidade de acesso de certas populações, independente do gênero, nas diversas ações das unidades.

Um resumo da caracterização dos serviços encontra-se na Tabela 3.

Tabela 3. Caracterização das UBSs participantes

Cidade	UBS	ESF Br	ESF PMMB	Total de equipes	RMFC	Outros(as) médicos(as)	Horário
São Paulo	Vinícius de Moraes	5	0	5	Sim	PQ, CM, PED, GO, MEP	7h às 18h
	Chico Buarque	4	0	4		MEP	
Mauá	Caetano Veloso	4	0	4	Não	PQ	7h às 17h
	Marcelo Camelo	3	2	5		PQ	
	Erasmão Carlos	4	1	5		PQ e GO	

NOTAS: CM: Clínica Médica. ESF Br: número de equipes de Estratégia de Saúde da Família ocupadas ou recém-desocupadas por médicos(as) brasileiros(as). ESF PMMB: número de equipes de Estratégia Saúde da Família com médicos(as) do Programa Mais Médicos para o Brasil. GO: ginecologista-obstetra. MEP: médico coordenador das atividades de ensino e pesquisa na unidade. PED: pediatria. PQ: psiquiatria. RMFC: residentes de Medicina de Família e Comunidade.

6.2. São Paulo

As duas unidades estudadas estão localizadas na periferia da Zona Oeste da cidade que, em 2014, tinha quase 12 milhões de habitantes.²⁹ De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, em janeiro de 2015, 35,42% da população paulistana era coberta pela ESF – pouco abaixo da cobertura no Estado, que à época era de 38,45%, e bem abaixo da cobertura nacional, de 62,54%.³⁰ A Secretaria Municipal de Saúde, por sua vez, divulga que a cobertura em 2012 já era de 45% (São Paulo, 2012).³¹

²⁹ Dado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em <http://cod.ibge.gov.br/232IH>. Acesso em 18 de janeiro de 2015.

³⁰ Dados disponíveis em http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php (acesso em 15 de março de 2015).

³¹ Divergências quanto à população coberta podem decorrer da consideração do número de equipes implantadas (cadastradas, em conformidade com o MS e aptas a receber incentivos financeiros) ou credenciadas (autorizadas a funcionar, mas não necessariamente em funcionamento) no cálculo. O DAB usa o primeiro número, e considera que cada equipe atenda, em média, 3450 pessoas (Brasil, 2015). Além disso, alguns municípios podem considerar um número maior de pessoas atendidas por equipe –

Ambas as UBSs são administradas pela mesma Organização Social (OS) e fazem parte da mesma Supervisão Técnica de Saúde (STS). De acordo com estimativa da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) obtida pelo sistema TabNet,³² a supervisão abrangia, em 2014, 442.198 pessoas – pouco menos que toda a população de Mauá. Ambas as unidades funcionam de segunda a sexta-feira, das 7h às 18h, e realizam coleta de exames laboratoriais diariamente, sem necessidade de agendamento.

As duas UBSs são campo de estágio para residentes em Medicina de Família e Comunidade (inseridos nas equipes de ESF e supervisionados diretamente pelos médicos destas); para estudantes do primeiro, terceiro e quinto ano de graduação médica; e para graduandos de outros cursos da saúde, como fonoaudiologia. A presença dos residentes influencia sobremaneira a capacidade assistencial das unidades, como afirma essa funcionária administrativa da UBS Vinicius de Moraes: *“é uma mão na roda. Pelo menos a gente tem uma resposta pra dar, a população quer uma resposta”*.

Ambas as unidades contam com assistente social e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essa equipe contém profissionais médicos que não foram sujeitos da pesquisa, tanto por sua relação diferenciada com o serviço (a começar por suas atribuições, onde se destacam o matriciamento às equipes, atendimentos conjuntos e interconsultas), quanto por sua presença ter aparecido muito pouco nas entrevistas e observações.

As unidades paulistanas também guardam semelhança na forma de organizar o atendimento, reservando boa parte da agenda médica para atendimento à demanda espontânea (muitas vezes de forma conjunta com enfermeiros/as). Essa parcela é maior na UBS Chico Buarque, onde as equipes recebem usuários diariamente de 7h às 9h, sem limite de vagas (embora um médico tenha informado que, a partir da 30ª pessoa, elas passam a ser avaliadas caso a caso e convidadas a retornar no dia seguinte), ou pela manhã e à tarde, mas com limite de vagas. Essa forma de gestão da clínica, que usa os “atendimentos do dia” como principal forma de contato com a equipe e evita

normalmente 4000, o máximo estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012). Dessa forma, divulgam valores de cobertura populacional de ESF maiores que os registrados pelo Ministério da Saúde. Por fim, o município pode ter dados mais atualizados que os do Ministério.

³² Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/index.php?p=30417> (acesso em 12 de março de 2015).

reservar muitos períodos para atendimentos de populações específicas (como hipertensos), sem deixar de realizar as ações de vigilância e planejamento que cabem à APS (Brasil, 2012), se alinha ao que propõem Gusso e Poli Neto (2012) e vem sendo implementada, por exemplo, em Curitiba (Massuda *et al.*, 2014) e Florianópolis (Smith, 2016). Quase todas as equipes da UBS Vinícius de Moraes têm alguns períodos na semana dedicados a esse tipo de atendimento, com vistas a ampliá-lo, mas ainda de forma menos abrangente que a UBS Chico Buarque.³³

Essa reorganização do atendimento, ainda heterogênea entre as equipes, vem sendo realizada há poucos anos, e é bem avaliada pelos(as) médicos(as) e outros profissionais consultados. Porém, se ela busca favorecer o atributo da “porta de entrada” (Starfield, 2002), alguns nós da “rede de conversações” ainda representam um desafio aos princípios da APS, como mostra esse trecho do diário de campo:

Às 7h, a fila começou a andar e chegamos à entrada. Uma funcionária da recepção passou pela fila recolhendo cartões de pacientes da área azul, depois passou novamente recolhendo os da área verde. Uma mulher atrás de mim tinha sido marcada, após atendimento em uma AMA [*unidade de pronto-atendimento municipal*], com o médico da área [*cor 1*], mas morava na área [*cor 2*].³⁴ A funcionária orientou-a desleixadamente de que tinha que passar com o médico da área [*cor 2*]: *eles marcaram errado. (...) Não adianta passar no AMA. (...) Eles tinham que passar pra frente, eles podiam fazer isso, mas te voltaram pra trás, pra passar no clínico, pra ele te encaminhar pro Dermato.* (UBS Chico Buarque)

Essa orientação comprometia todos os atributos exclusivos da APS: a coordenação do cuidado, pela sugestão de que a mulher deveria ter sido encaminhada diretamente ao dermatologista; a longitudinalidade, ao confundir *médico de família e clínico*, profissional que atende apenas a população adulta não gestante; a integralidade, ao denunciar o encaminhamento à UBS como um atraso no cuidado; e até mesmo o acesso. Em que pesem as críticas ao modelo de atenção representado

³³ A exceção é uma equipe cuja médica retornou de licença durante a pesquisa, e vinha trabalhando prioritariamente com consultas agendadas e convocações de usuários que a procuraram durante sua ausência.

³⁴ Tratava-se de uma “Reserva Técnica”. Quando o médico da AMA julga que o indivíduo atendido precisa ser reavaliado sem demora em sua UBS de referência, pode recorrer a essas vagas, que devem ficar reservadas para marcação eletrônica pela AMA – não necessariamente na equipe de referência da pessoa.

pelas AMAs (Puccini, 2008), elas se propõem a ser também uma porta de entrada ao sistema de saúde.

Quando uma pessoa busca atendimento fora do horário previsto ou do número de vagas disponíveis (conforme o parâmetro usado pela equipe), ela é atendida de formas quase tão diferentes quanto o número de equipes. Ela pode ser convidada pela recepção ou pela equipe a retornar no dia seguinte; ser agendada pela recepção em “vagas de reserva”; ser encaminhada pela recepção para atendimento de enfermagem; ser encaminhada pela própria equipe para atendimento com a enfermagem; ser atendida pelo médico responsável pelas atividades de ensino e pesquisa; ou, após passar por algum dos atendimentos citados, vir a ser atendida pelo(a) médico(a) de outra equipe. Uma conversa com uma recepcionista, registrada no diário de campo, exemplifica essa variedade:

As pessoas que não conseguem ser atendidas podem ser marcadas em vagas de reserva que as equipes deixam para a recepção (*“é bom, porque a gente precisa dar alguma resposta pra pessoa”*) ou ser encaminhadas ao acolhimento.³⁵ Pergunto quem decide qual paciente deve ser encaminhado ao acolhimento, e [a recepcionista] diz *“a gente. A gente vê que o caso não pode esperar até segunda. Aí eu vou discutir com a enfermeira que tá na triagem. Hoje eu encaminhei uns quatro casos pra enfermeira, e todos entraram”* [foram atendidos pela enfermeira]. (UBS Vinícius de Moraes)

A UBS Vinícius de Moraes se localiza na divisa entre São Paulo e um município vizinho e funciona com modelo de atendimento misto (tradicional e ESF). Cinco equipes de ESF são responsáveis por 2400 a 3300 pacientes cada,³⁶ enquanto dois pediatras e um clínico geral atendem cerca de 600 pacientes residentes na área adjacente do outro município. Essa população também era atendida por um ginecologista-obstetra, transferido para outra unidade após o início da pesquisa; os atendimentos de pré-natal foram então assumidos pela ginecologista-obstetra do

³⁵ O termo *acolhimento* é muito usado no cotidiano dos serviços para nomear ações tão diversas como *triagem*, *atendimento não agendado* e *pronto-atendimento*, bem como para se referir aos dispositivos envolvidos nessas ações: “vagas de acolhimento”, “passar em acolhimento”, “está [trabalhando] no acolhimento”. Isso difere muito da visão de acolhimento como diretriz operacional e como “rede de conversações” (Teixeira, 2003). Para mais sobre essa divergência, conferir Fracolli e Zoboli (2004).

³⁶ Os dados de população adscrita se basearam no relato das equipes (que às vezes tinha registros próprios) e na informação das gerentes (normalmente baseada no Sistema de Informação da Atenção Básica/SIAB ou no IBGE). Esses números não apresentaram grandes divergências, salvo no caso desta UBS, em que uma das equipes considerava ter quase 3700 pacientes.

NASF. Também trabalha na unidade um psiquiatra, que atende pacientes encaminhados pela própria unidade e outras próximas.³⁷

A UBS Chico Buarque também fica próxima a esse município vizinho, mas não tanto quanto a unidade anterior. Funciona apenas com o modelo de atendimento Estratégia de Saúde da Família, e suas quatro equipes são responsáveis por 3000 a 3300 pessoas cada.

6.3. Mauá

Mauá é uma cidade vizinha à Zona Leste de São Paulo, fazendo parte da região do Grande ABC. Sua população estimada em 2014 era de quase 449 mil habitantes.³⁸ Nos cálculos do DAB,³⁹ em janeiro de 2015, 67,35% da população mauaense era coberta por 83 equipes de Estratégia Saúde da Família divididas em suas 23 UBSs. Mais da metade dessas equipes conta com um dos 47 médicos(as) do Programa Mais Médicos para o Brasil, todos cubanos, que chegaram ao município entre outubro de 2013 e meados de 2014. A secretaria, por sua vez, considera 85 equipes em funcionamento, cobrindo 76% da população.⁴⁰

Todas as unidades de Mauá têm gestão direta da Secretaria Municipal de Saúde, que recorre a uma OS apenas para administração de recursos humanos.

As três UBS funcionam apenas com o modelo Estratégia Saúde da Família, mas contam com a presença de um psiquiatra a cada uma ou duas semanas, atendendo pacientes referenciados pelas equipes. Em uma delas também trabalha uma ginecologista-obstetra, que atende pacientes encaminhadas pelas equipes. Todas funcionam de segunda a sexta-feira, das 7h às 17h, e colhem exames laboratoriais diariamente, sob agendamento – exceto a UBS Marcelo Camelo, onde a coleta é livre.

³⁷ A decisão por atender a população de outro município (incomum à adscrição de clientela típica) decorre da história de fundação da UBS, fruto da militância de moradores dos dois municípios, e de sua localização, na rua que divide os municípios. Isso faz com que seja procurada por moradores de ambos, o que levava a conflitos com os profissionais, que diminuíram após uma reorganização recente da clientela. Com ela, as equipes de ESF passaram a atender apenas a população paulistana, enquanto os profissionais do modelo tradicional cuidariam dos moradores do outro município que tivessem história de uso da UBS nos anos anteriores.

³⁸ Dado do IBGE, disponível em <http://cod.ibge.gov.br/2333I> (acesso em 18 de janeiro de 2015).

³⁹ Dados disponíveis em http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php (acesso em 15 de março de 2015).

⁴⁰ Vide nota 31, sobre divergências quanto à população coberta.

No início de 2015, a SMS reconstituiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que havia sido transformado, em 2013, em um modelo de apoio institucional por território. Dentre outros profissionais, a equipe contava com assistentes sociais que já dividiam sua carga horária entre as 23 UBS e agora teriam seu trabalho integrado a esse modelo. Diferentemente de São Paulo, não havia médicos participando do NASF.

Em todas as unidades, os períodos de atendimento dos(as) médicos são definidos por temas: hipertensos e diabéticos (HAS/DM), clínica médica (para atendimento geral), puericultura (normalmente de crianças até dois anos, embora algumas equipes reservem períodos para crianças maiores), pré-natal e visita domiciliar (geralmente dedicada a pessoas acamadas ou com mobilidade reduzida). Além desses, havia períodos reservados para atendimento em grupo (de tema variável entre as equipes) e reuniões. O atendimento da demanda espontânea é realizado em meio às consultas agendadas, em vagas reservadas para esse fim, na proporção de uma espontânea para três agendadas; ainda assim, frequentemente são feitos “encaixes”.

A UBS Caetano Veloso conta com quatro equipes de Estratégia Saúde da Família, responsáveis por cerca de 4000 pessoas cada, e um psiquiatra atende na unidade quinzenalmente.⁴¹

A UBS Marcelo Camelo conta com cinco equipes de ESF, três delas com médicos brasileiros e duas com médicos do PMMB. Cada equipe é responsável por 3000 a 3600 pessoas. Um psiquiatra atende na unidade semanalmente.

A UBS Erasmo Carlos tem cinco equipes de ESF, sendo quatro com médicos brasileiros e uma com médico do PMMB. Cada equipe é responsável por 4000 a 4500 pessoas. Uma ginecologista-obstetra atende mulheres acompanhadas pelas equipes, principalmente gestantes nas últimas semanas de gravidez ou que têm complicações durante o pré-natal. A unidade também conta com atendimento quinzenal de um psiquiatra.

⁴¹ Em 2014, primeiro ano em que a secretaria começou a receber residentes médicos, a UBS ofereceu estágio de um mês para dois residentes do programa de Clínica Médica. Em 2015, também deve oferecer estágio de duas semanas para residentes de Pediatria. A unidade foi selecionada para receber residentes de Medicina de Família, mas a secretaria não teve matrículas neste programa em 2014 e 2015.

6.4. Parando para pensar: análise das entrevistas com profissionais

Se a gente não parar pra pensar coisas da prática, você vai fazer tudo ao mesmo tempo todo dia e vai parar de pensar; então é um momento que dá para você parar e pensar como olhar para essas pessoas, como cuidar delas de alguma forma, né, se colocar, ser empático, se colocar um pouco no lugar dela pra tentar cuidar melhor dela (Médico SP 30)

O grupo de entrevistados em São Paulo reúne profissionais de 26 a 35 anos, graduados há no máximo dez anos, com dois a dez anos de atuação na ESF e trabalhando de alguns meses a quatro anos na equipe atual. Todos concluíram residência em Medicina de Família e Comunidade há menos de cinco anos e ganham entre dez e quinze mil reais mensais (exceto um, com renda maior que 15 mil reais mensais).⁴² Mais da metade se declara branca, incluindo todos os homens.

O grupo mauaense, por sua vez, reuniu profissionais de 31 a 67 anos (a maioria com mais de 50), com tempo de graduação de 7 a 35 anos (a maioria há mais de 20) e três a 17 anos de atuação na ESF. Quase todos(as) têm pelo menos sete anos de experiência na ESF e dois anos na equipe atual. Nenhum deles fez residência em MFC, porém metade tem especialização em Saúde da Família.⁴³ Todos se declararam brancos, exceto um médico. Metade deles(as) ganha entre dez e quinze mil reais mensais, e metade ganha mais de 15 mil reais mensais.

As características dos(as) profissionais entrevistados(as) estão reunidas no apêndice I, sem distinção por UBS, para evitar identificação. Os temas derivados da análise das entrevistas foram:

- a) Homens, saúde e relação com o serviço;
- b) O serviço e suas disposições;
- c) Próstata, disfunção erétil e sexualidade masculina;
- d) A *Síndrome da Maçaneta* e “o gato que sai do balaio”;
- e) “O bom médico sabe escutar”: relações entre expressão e desfecho; e
- f) “Se ele coça o ouvido, quer falar de sexualidade”: questionamento ativo como possibilidade.

⁴² No ano de 2015, o salário mínimo no Estado de São Paulo era de R\$ 905,00 para a maioria das profissões, e de R\$ 920,00 para profissões da saúde e poucas outras (São Paulo, 2014).

⁴³ Diferenças entre residência e especialização em Saúde da Família são comentadas por Anderson e Rodrigues (2011).

6.4.1. Homens, saúde e relação com o serviço: novas configurações

*Todo dia ela diz que é pr'eu me cuidar
E essas coisas que diz toda mulher
Diz que está me esperando pro jantar
E me beija com a boca de café⁴⁴*

As falas dos(as) médicos(as) a respeito dos riscos à saúde relacionados a ser homem apontam para dois grupos de problemas: aqueles mais relacionados à biologia, como câncer de próstata e doenças cardiovasculares, e aqueles mais relacionados à socialização e ao comportamento, como etilismo, drogadição, doenças sexualmente transmissíveis, doenças ocupacionais e violência. A não procura por cuidado médico e a baixa adesão a medidas preventivas também foram citadas como fatores de adoecimento para os homens – os quais podem ser incluídos no grupo dos fatores culturais/comportamentais, dialogando com o trabalho de Machin *et al.* (2011).

Tanto os [riscos] relacionados à questão de gênero, com o homem e os seus papéis sociais, que ainda são diferentes, e os relacionados aos órgãos específicos do homem, mas... eu não saberia dizer se são riscos maiores ou menores do que o da mulher, mas com certeza são riscos... mais próprios. (...) por exemplo, as questões orgânicas, eh, você tem testículos, tem próstata, que são coisas que só o homem tem, então são riscos específicos do homem. Sobre questões de gênero, o homem tá mais exposto a violência de forma geral na sociedade, por um certo tipo de violência, principalmente o homem adulto jovem, e ele acaba sofrendo mais acidentes, mortes violentas, mortes causadas (Médico SP 35a)

Essa divisão entre riscos biológicos e comportamentais precisa ser vista com cuidado, como discutem Bird e Rieker (1999). As doenças cardiovasculares, por exemplo, estão intimamente relacionadas a hábitos como tabagismo e stress ocupacional, e mesmo uma doença exclusivamente masculina como o câncer de próstata está relacionado tanto a hábitos de risco (como tabagismo) como à popularização do rastreamento e ao sobrediagnóstico (INCA, 2014a, p. 33).

A articulação do gênero com outros aspectos que influenciam a saúde ficou clara quando os médicos eram questionados se ser homem afetava *sua própria saúde*.

⁴⁴ Chico Buarque – Cotidiano. In: *Construção*. Phonogram/Philips, 1971.

Todos (principalmente em São Paulo) traçavam diferenças em relação aos homens que atendiam, sendo a renda um desses aspectos.

Eu sou um cara também que já fui assaltado, não me dou de valente de frequentar, e também não preciso mais, tenho um dinheiro suficiente pra conseguir me transportar com segurança em locais que eu considero mais inóspitos, então não... também não vou... não vou frequentar lugares que eu acho inseguros de uma maneira insegura, pra... eu acho que a minha chance de morrer baleado é muito pequena [risos] (Médico SP 27)

Isso mostra que o referencial de gênero não dá conta de todas as dificuldades dos homens em relação à saúde – como observaram Vieira *et al.* (2013), ao estudar motivos para a não procura de atendimento na UBS pelos homens, e Schraiber *et al.* (2005), sobre as relações entre masculinidade e violência. Isso aponta para uma diversidade na relação entre homens e saúde relacionada a outras características identitárias, como classe e escolaridade. Apesar disso, muitas vezes os(as) entrevistados(as) terem se referido “ao homem” ou “ao sexo masculino” de forma bastante homogeneizadora.

Nas entrevistas, predominaram percepções de que os homens não se cuidam, de que procuram o serviço apenas para queixas agudas ou quando o problema se torna insuportável, de que eles têm uma percepção de adoecimento e cuidado em saúde muito diferente das mulheres, e de que o (não) cuidado em saúde é uma demonstração de masculinidade. O baixo uso dos serviços de saúde, o envolvimento em práticas tidas como danosas e a má adesão a ações preventivas pelos homens já foram discutidos por várias pesquisas (Courtenay, 2000; Pinheiro *et al.*, 2002; Schraiber *et al.*, 2005; Gomes *et al.*, 2007; Figueiredo, 2008; Couto *et al.*, 2010; Machin *et al.*, 2011).

O trabalho foi apontado por quase todos(as) os(as) entrevistados(as) como uma dificuldade de acesso referida pelos homens atendidos e suas parceiras⁴⁵ – o que também dialoga com as pesquisas brasileiras citadas.

Muitos(as) profissionais de São Paulo e em Mauá percebiam o (não) cuidado em saúde masculino e sua (pouca) relação com o serviço de forma muito naturalizada, e, por vezes, culpabilizadora. De forma ambivalente, percebiam-se determinações de

⁴⁵ Apenas o Médico Mauá 65 referiu que homens homossexuais trazem seus parceiros à consulta.

gênero sobre a conduta masculina, mas isso não eximia homens de terem seu comportamento taxado de desleixado ou negligente. Isso também permeou as falas que relacionavam dificuldades de acesso advindas do trabalho a um papel de provedor e a um interesse maior no trabalho que no cuidado em saúde.

Figura 4. Peanuts (1951)

FONTE: Schulz, 2004.⁴⁶

Também foi recorrente a percepção de que a dificuldade relacionada ao trabalho não se devia apenas a uma simultaneidade de horários entre a ocupação do (não) usuário e o funcionamento da UBS, na medida em que isso afetava trabalhadores e trabalhadoras de forma diferente, bem como trabalhadores entre si. As diferenças se relacionariam ao tipo de vínculo empregatício (com autônomos conseguindo melhor acesso) e da facilidade com que mulheres conseguiam negociar saídas do trabalho para cuidar da saúde.

Já tive paciente que, assim, a mulher marcou consulta, o marido não veio, pra pedir exame pro marido. (...) Ai às vezes ela dá desculpa que está trabalhando, e tal, aí uma vez, na primeira vez que ela falou isso, eu até falei, “não, não tem problema, se ele trabalha, eu dou atestado, pode mandar ele vir na consulta que eu dou atestado”, mesmo assim não veio. Ai ela vem, e traz e mostra o exame, já aconteceu isso também, e sempre com a justificativa, “ah, não, mas ele é novo na empresa, não quer faltar...” (Médica Mauá 34)

Se ela tem que vir no médico, ela simplesmente chega onde ela trabalha e fala, “oh, amanhã tenho que ir no médico, tenho que ir no meu ginecologista...”. Ahn, e até pra empresa é uma forma mais fácil até acho que de aceitar. “Ah, eu preciso ir no ginecologista”, acho que talvez o encarregado, ou a pessoa que é responsável por ela, não vai perguntar “o que que você vai fazer no ginecologista?”, “o que que cê vai fazer na

⁴⁶ “Esse casaco é muito grande para mim” / “Isso não é problema do casaco... Você é muito pequeno!” / “Lá vem você...” / “Sempre me culpando por tudo!”.

consulta?”, porque isso já tá meio que embutido na cabeça do brasileiro, que a mulher tem que ir. Agora o homem, pra ele chegar no serviço e falar assim, “olha, amanhã eu não venho porque eu tenho que ir no médico”, “tá, mas cê tá doente?” (...) “Não, não, mas eu vou fazer rotina”, “Mas amanhã? Cê não pode ir na sua folga?”, então eu acho que isso dá uma... uma inibida (Médico Mauá 36)

A esse respeito, é importante considerar a discussão de Antunes (2011) sobre o trabalho na contemporaneidade. O autor define diferentes modalidades de trabalho informal (distinguindo, por exemplo, um carregador, um pedreiro e uma costureira que vende seus serviços a uma empresa) e aponta um *processo tendencial de precarização estrutural do trabalho*, que também deve ser levado em consideração ao analisar as dificuldades de acesso dos homens aos serviços de saúde. Um atestado médico pode ser inútil para um trabalhador informal (que não tem direito a dispensa médica remunerada), e o risco que um empregado formal tem de ser demitido por conta de poucas faltas não deve ser negligenciado. Mesmo assim, o não comparecimento frequentemente é reduzido aos termos de uma *desculpa* (como na fala da Médica Mauá 34 acima). A pesquisa de Figueiredo (2008) também traz exemplos de como o trabalho (especialmente em formas mais precarizadas) pode trazer dificuldades óbvias à adesão dos homens a medidas preventivas e de promoção de saúde – como não poder deixar uma barraca de camelô para almoçar, sob o risco de ter sua mercadoria apreendida.

Alguns(mas) médicos(as) (quase todas, mulheres) entendiam que parte da maior preocupação feminina com a saúde se devia a *vaidade*. A adesão a atividade física, por exemplo, representaria antes de tudo um cuidado estético – o que tampouco faria parte do repertório masculino. Outros(as) profissionais atribuíram o maior cuidado feminino com a própria saúde às alterações no corpo da mulher, que exigiriam sua entrada precoce ao serviço.

Eu acho que a mulher, quando ela é novinha, (...) eu acho que ela se adapta a cuidar melhor do corpo dela. Ela se adapta, ela menstruou, a mãe dela já orienta o que ela tem que fazer; em pouco tempo ela está fazendo Papanicolaou, ela já começa com o serviço de prevenção quando ela é... adolescente. E isso ela já sabe, que ela vai ter o tempo da vida dela que ela tem que cuidar (Médico Mauá 36)

Mudanças corporais não devem ser consideradas, por si só, motivos para inaugurar ou manter a relação com a APS. Exemplo disso é a diferença entre a primeira menstruação nas meninas e o aumento dos testículos, nos meninos: ambos marcam o início da vida reprodutiva, mas o segundo não costuma ser alvo de cuidados preventivos ou motivo de consulta. Como afirma Goellner (2003, p. 28),

pensar o corpo como algo produzido na e pela cultura é, simultaneamente, um desafio e uma necessidade. Um desafio porque rompe, de certa forma, com o olhar naturalista sobre o qual muitas vezes o corpo é observado, explicado, classificado e tratado. Uma necessidade porque ao desnaturalizá-lo revela, sobretudo, que o corpo é histórico.

Outro autor que discute a construção social do corpo é Michel Foucault (2012), que descreve o interesse do Estado pelo tema a partir do século XVIII, quando o corpo se constituiu em uma realidade biopolítica, sujeita a relações de poder.

Assim, seria mais adequado dizer que as mudanças corporais *incluem* ou *convocam* as mulheres em/para ações estruturadas, que são reproduzidas pelas próprias famílias na socialização das meninas (Schraiber *et al.*, 2005) e que se relacionam à histórica medicalização do corpo feminino discutida por Vieira (2002) e Rohden (2006) e à estruturação da Medicina como estratégia biopolítica de controle de corpos e sexos (Costa, 2006; Foucault, 2012). Dessa maneira, a inserção precoce facilita acesso a cuidados mas também submete a invasões, normatizações e controles. Por suas interdições e resistências, os homens estão mais protegidos desses ditames, mas não para sempre: como dissemos, a masculinidade e a sexualidade masculina têm sido alvo de normatizações e medicalização (Rosenfeld e Faircloth, 2006; Pinheiro e Couto, 2013).

Outro aspecto que influencia as relações de gênero é a procedência. Em Mauá, a origem nordestina foi fortemente associada por médicos e médicas das três UBSs a maior resistência ao cuidado e a exames que envolvam a região anal, a mais desinformação sobre a saúde e a mais dificuldade na expressão das demandas, sugerindo diferenças regionais na socialização dos homens.

A maioria [das pessoas da minha área] é nordestina, então eles têm aquela crença de que eles não podem ser doentes, eles não podem ser fracos, porque se for ele é menos homem; eles têm essa crença, né. Então assim, eles não gostam de falar que tem dores, não gostam de falar que tão doente (...) paulista ele não

liga, ele vai falando logo, “ah, eu tô assim, assado, tem que passar remédio tal”, já o nordestino ele já chega aqui, ele olha para baixo, ele não fala olhando para mim... quando ele vai falar sobre esses assuntos, ele não olha no olho... Ele dá aquela indireta “ah, não, é que eu tô com um problema, sabe...”, tipo assim, ele não fala direto (Médica Mauá 34)

Nenhuma facilidade foi atribuída aos homens no acesso ao serviço de saúde; entretanto, quase todos(as) os(as) profissionais indicam que as mulheres são grandes facilitadoras do acesso e da expressão de suas queixas. Houve muitos relatos sobre homens que vinham em consultas marcadas pelas esposas e, diante do(a) médico(a), não sabiam referir o motivo da consulta; em outros casos, a mulher pedia ajuda para seu parceiro em sua própria consulta.

Eles não se preocupam com a saúde em si, a maioria dos homens que procuram a unidade, e que eu atendo, são as mulheres que marcam consulta pra eles, né, eles não se preocupam com a questão (...) Eu acho que é devido à própria... à própria educação deles em si, mas eu acho que no fundo, no fundo eles não... os homens, eles não se preocupam com a saúde (Médica Mauá 52)

Parece comum que homens compareçam à consulta dizendo, em tom queixoso ou resignado, que sua esposa o mandara ali para ser atendido. Ao mesmo tempo que esse comportamento traduz uma assunção do discurso médico *por procuração* – ou em terceira mão, já que faz o percurso serviço-mulher-homem – ele exemplifica o exercício de poder feminino no âmbito domiciliar.

Figura 5. Hagar

FONTE: Folha de São Paulo, 13 de julho de 2013, Ilustrada E15.

É preciso considerar dois aspectos quanto a esse exercício de poder. Primeiro, ele pode, por vezes, não ser exatamente uma prática de cuidado familiar, mas se enquadrar no que Bourdieu (1999, p. 43-4) chama de

violência não declarada, quase invisível por vezes, que as mulheres opõem à violência física ou simbólica exercida sobre elas pelos homens, e que vão da magia, da astúcia (...) ao amor possessivo dos possesores, como o da mãe mediterrânea ou da esposa maternal.

Essa possibilidade surge ao considerarmos as mães que ameaçam seus filhos desobedientes dizendo que vão levá-los ao médico “para tomar uma injeção”; o efeito colateral de investigações e tratamentos (que se tornam muitas vezes campo de supervisão e controle feminino, a título de cuidado); e a sujeição física e simbólica envolvida em certos procedimentos médicos, sendo o toque retal um exemplo importante. Em outras palavras, o exercício do poder feminino submete os homens ao poder biomédico, ao qual os homens resistem (Costa, 2003).

Um segundo aspecto a considerar é que o cuidar dos outros, papel socialmente atribuído às mulheres (Courtenay, 2000; Gomes *et al.*, 2007), é também – e por isso mesmo – uma forma de demonstrar feminilidade. O cuidado da casa, dos filhos e do parceiro são modos pelos quais as mulheres podem ser reconhecidas enquanto mulheres. Em outras palavras, enquanto a resistência masculina ao cuidado é um ditame da masculinidade hegemônica, a obrigação de cuidar também pode ser um ditame da feminilidade hegemônica.

As falas dos(as) entrevistados(as) apontam para características tanto dos homens quanto do serviço ao explicar a presença tão marcante da facilitação feminina. Por um lado, se os homens têm percepções sobre saúde, doença e cuidado que não os aproximam do serviço; se estabelecem relações com o trabalho que lhes prejudica o acesso; e se reconhecem o serviço como um ambiente feminino (como apontado pela literatura e discutido em breve), a intercessão de uma mulher pode servir não só de *alerta*, mas de *passaporte*. Recorrendo a Bourdieu (1999, p. 49) e considerando expressões como “minha mulher me obrigou” e “eu vim porque minha mulher mandou” (citadas pelos profissionais como sendo usadas por usuários), pode-se cogitar que alguns homens se utilizem da submissão a esse poder feminino como uma forma de acesso ao serviço não questionadora de sua masculinidade – uma forma de vencer

interdições através do uso de um *amuleto*, como diz o médico abaixo.

Eu acho que diminuiu, por exemplo, o número de pacientes que vem, ainda vem, em grande quantidade, vem junto com a companheira. Alguns já vêm sozinho, alguns não se importam de quando a mulher entra eu virar e falar assim “ah, deixa eu atender ele sozinho, poxa! Deixa eu bater um papo aqui com ele!”. Há um tempo atrás, entrava e sentava a mulher. Então eu acho que vem melhorando sim. (...) Uma autonomia, ele não tá trazendo o amuleto dele, ele não tá... tipo, quando ele traz a mulher, tipo, ele não tá se expondo, ele “tô aqui porque minha mulher que quis” (Médico Mauá 36)

Por outro lado, muitas vezes o serviço *conta* com a facilitação feminina para o cuidado dos homens. Médicas (mais do que médicos) em São Paulo e Mauá relataram estimular o cuidado masculino através da mulher, ou consideraram essa estratégia uma possibilidade importante.

Geralmente entram os dois juntos, a consulta é só dele, aí ela já fala logo, “oh, trouxe porque ele não quer vir fazer exame”, aí eu até brinco, “oh, se cê morrer tem que morrer jovem pra ela poder casar de novo”, aí ele fica rindo (...) Aí já faço uns exames, aí brinco com ela, “oh, arrasta ele pra colher o sangue”, aí ele vai, leva... Geralmente, assim, a maioria, os que não tem uso de medicação controlada, geralmente a mulher que traz, mesmo; tem homem que tem três, quatro anos que não faz exame. Aí elas trazem... (Médica Mauá 34)

Na verdade a gente sabe que o acesso é limitado, aí o cara já coloca isso como empecilho, “ah, não, nunca consigo vaga lá, é mó demorado”, aí a mulher fala “não, beleza, então eu vou lá pra você”. É meio que uma parceira, né? [De quem?] Dele. E da gente [risos] (Médica SP 27)

Figueiredo (2008) também observa como profissionais e usuários contam com a facilitação feminina para o cuidado em saúde dos homens, legitimando a mulher como “representante da ordem médica junto à família” (p. 255). Embora nossa pesquisa tenha mostrado outras vivências em saúde nas entrevistas com os usuários, os profissionais parecem também esperar que a mulher convença o marido do que elas desejam e do que os profissionais acham correto.

Essa prática, entretanto, merece maiores reflexões. Dedecca *et al.* (2009) compararam as jornadas de trabalho para o mercado e para reprodução social (serviços

domésticos, cuidado dos filhos *etc.*) entre homens e mulheres, a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2006. De maneira geral, comparadas com os homens, as mulheres brasileiras dedicam menos tempo ao trabalho para o mercado e muito mais tempo para o trabalho para reprodução social, resultando em jornadas de trabalho totais maiores. Os autores também demonstram como

mulheres em ocupações menos estáveis, de menor qualificação, menor renda e com filhos mais jovens tendem a ter jornadas totais mais longas quando comparadas às dos homens em situação ocupacional e familiar semelhante e às das mulheres com ocupações mais qualificadas, de mais alta renda e também com filhos jovens (p. 65).

O texto comprova quantitativamente o que este e outros estudos qualitativos já vêm demonstrando: as mulheres são as grandes responsáveis pelos cuidados da casa e da família, mesmo “trabalhando fora” pouco menos que os homens.

Há dois desdobramentos disso para nossa discussão. Primeiro, reforça-se o entendimento de que o maior cuidado feminino em saúde não decorre apenas da maior disponibilidade de tempo, mas também de relações trabalhistas e de gênero. O trabalho informal é um fator de adoecimento, mas pode representar facilidade de acesso ao serviço de saúde. Paradoxalmente, apesar de regulados por legislação que favorece o cuidado em saúde, os trabalhadores formais frequentemente não conseguem exercer esse direito.

Em segundo lugar, se o serviço conta regularmente com a intercessão feminina para o cuidado dos homens, ele pode reforçar papéis e condições desfavoráveis às mulheres, ao reafirmar que é delas a responsabilidade pelo cuidado dos parceiros e demais familiares.⁴⁷

Nem todos os homens, no entanto, frequentam a unidade através da mediação feminina. A maioria dos(as) entrevistados(as) percebe que homossexuais estabelecem outro tipo de relação com o serviço e cuidam de si de forma melhor que heterossexuais, especialmente em temas que envolvem sexualidade, apesar da pouca presença e do medo de preconceito. Na fala de alguns(mas) profissionais, isso decorre de

⁴⁷ É possível traçar paralelos entre a mediação feminina na saúde e a mediação feminina do sagrado discutida por Couto em sua tese (2001). Lá, como aqui, é necessária uma legitimação social e familiar dessa mediação, e é preciso refletir sobre como essa mediação reforça papéis de gênero.

características femininas que seriam inerentes à essa população.

O homem machista (...) é esse que não vai querer ir no médico, porque o médico não é lugar de homem, ahn, pensando em um jovem que seja um homem jovem homossexual, que tenha mais questões afeminadas possa vir mais vezes à unidade porque talvez ele tenha essa permissão, já que a imagem corporal dele, a imagem de sexo dele já é mais feminina em algumas questões, talvez ele se permita mais no meio dessa cultura, ou talvez ele seja mais voltado às suas percepções, às suas emoções, ao seu jeito de funcionar o corpo do que o homem usual, então talvez as orientações sexuais diferentes do heterossexual machista comum possam ajudar a pessoa ter um uso diferente do serviço, que na minha opinião é até melhor (Médico SP 35a)

Eu tenho dois pacientes que são homossexuais, eh, eles chegam de boa, falam, um até pediu um exame, que queria fazer os exames anualmente, mas eles são mais à vontade pra falar sobre isso. Já os heteros, não, eles ficam meio assim, às vezes pede pra mulher sair, pra falar alguma coisa, eles não gostam, e eu tenho que ficar perguntando, eles não falam diretamente (Médica Mauá 34)

Apesar das muitas falas que parecem cristalizar estereótipos, e de todo o discutido até aqui, médicos(as) com cerca de dez anos de atuação perceberam aumento da presença masculina nos serviços em ambas as cidades. Acesso à informação e a seus meios (*internet, smartphone etc.*), mensagens da mídia e confiança no profissional foram apontados como fatores que levaram a essa mudança.

Um sinal da maior presença – ou visibilidade (Couto *et al.*, 2010; Machin *et al.*, 2011) – dos homens na APS é a diversidade de demandas trazidas pelos homens em consulta, no relato dos profissionais. Em ambos os municípios houve destaque para o seguimento de doenças crônicas (principalmente Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Melito), busca por *check-up* e exames de rastreamento (principalmente de câncer de próstata) e queixas agudas. Dentre essas últimas, foram destacadas as doenças de pele, doenças osteomusculares (muitas relacionadas ao trabalho) e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Questões de sexualidade, sofrimento psíquico,⁴⁸

⁴⁸ Vale mencionar que a Médica Mauá 52 atribuiu o aumento da presença masculina à descentralização do atendimento de saúde mental no município. Pessoas em tratamento com psicotrópicos eram atendidas em um ambulatório de psiquiatria, desativado em 2013, quando as UBSs passaram a assumir a maioria dos atendimentos, cabendo aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) os mais graves. Isso

etilismo, tabagismo e uso de drogas também eram problemas abordados em consulta, mas surgiam normalmente como demandas ocultas. Enfim, parecem surgir questões mais diversificadas que as observadas por Knauth *et al.* (2012) em UBSs de cinco municípios brasileiros:

as principais queixas de saúde dos homens, de acordo com os profissionais, estão relacionadas a sintomas agudos percebidos e que dificultam as atividades de trabalho, doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes e questões da ordem da sexualidade (p. 2622).

Quanto a essas últimas, tivemos achados semelhantes aos de Pinheiro *et al.* (2011), para quem as DSTs, o rastreamento de câncer de próstata e os problemas relativos à ereção são as queixas masculinas de sexualidade mais comuns na APS – apesar da dificuldade em colocar esse último problema em consulta.

Embora muitas vezes reproduzam a polarização “mulher se cuida”/”homem não se cuida” (Machin *et al.*, 2011), todos(as) os(as) entrevistados(as) deram diversos exemplos de homens que se cuidavam mais que outros, especialmente idosos (em seguimento de doenças crônicas) e homossexuais.

A maioria dos homens traz, na minha percepção, queixa aguda, então uma dor de garganta, uma GECA [gastrenterocolite aguda], alguma coisa assim, ou eles trazem coisas mais programáticas, eles são hipertensos, diabéticos, eles trazem questões assim. Minha percepção é que os mais jovens trazem mais queixas agudas e os mais velhos trazem questões mais de doenças eh... bem estruturadas, uma ICC [insuficiência cardíaca congestiva], alguma coisa desse tipo (Médico SP 30)

Ao mesmo tempo, também nas duas cidades, médicas apontaram que o cuidado em saúde e a relação das mulheres com o serviço é *exagerada* – o que alguns(mas) profissionais associam a maiores necessidades autopercebidas em saúde e a uma maior disponibilidade de tempo.

A adesão que a gente tem que é boa, que é importante, são pra quem tem hipertensão, quem tem diabetes, principalmente mulheres, eu tenho um grupo bem ativo na igreja e... é muito raro os homens que vão, mas as mulheres vão. Se fizer toda semana elas, elas vão toda semana (Médica Mauá 31)

teria favorecido também o vínculo com o profissional e permitido o surgimento de outras questões.

Elas tão sempre, elas são muito poliqueixosas, elas não saem daqui, elas acabaram de passar em consulta, (...) passou mês passado, quer passar esse mês, sabe, não entende que isso não vai resolver nada (Médica Mauá 62)

[Por que as mulheres trabalhadoras conseguem acessar mais o serviço?] É essa questão, né, do perfil delas, de se identificar mais, eu acho que elas têm uma identificação de necessidade, uma percepção delas, de cuidado, de... como que eu posso dizer? De atendimento, de atenção mesmo, diferente deles, que é o que eu trouxe no começo que talvez não tenha usado, não tenha um termo legal pra tá te colocando, mas é, talvez elas se sintam... não é mais carência, não é a palavra carentes, mas elas... É uma necessidade, é necessidade mesmo de passar mais do que eles que acaba tendo (Médica SP 30)

Isso pode se relacionar ao que Madel Luz (2001) chamou de “síndrome do isolamento e pobreza”, que motivaria boa parte dos atendimentos em ambulatorios do SUS nas metrópoles brasileiras. A pobreza (não só material, mas de rede e de diversidade de vivências) viria agravar o isolamento promovido pela cultura individualista, piorando a exclusão e perda de horizonte vital das classes assalariadas do planeta, levando a uma busca constante de cuidado.

Velhos e velhas, aposentados de ambos os sexos, desempregados de todas as idades e qualificação profissional, jovens empobrecidos pelo não acesso ao emprego ou por remuneração vil, menores abandonados, mulheres sós ou com família a seu cargo, configuram atualmente a população mundial majoritária. Também essa população quer ter saúde, ou ao menos escapar do fatalismo da doença e da morte precoce. Aqueles que não estão nas filas de atendimento dos serviços públicos despojados de autonomia em relação a sua saúde, irreversivelmente medicalizados, buscam também “cuidar” de sua saúde. (...) Por outro lado, estar saudável é poder ter alegria, disposição para a vida, recuperar o prazer das coisas cotidianas e poder estar com os outros (com a família, com os amigos). Deste ponto de vista, ter saúde é poder romper com o isolamento provocado pelas situações a que a sociedade contemporânea relega uma parte importante de seus componentes, devido à idade, à doença, ao desemprego, à pobreza, considerando-se as principais fontes de isolamento. (Luz, 2001, p. 36-7)

Parece, portanto, que a homogeneidade do cuidado feminino e do não cuidado masculino está sendo posta em questão, e novas relações masculinas com o serviço estão sendo construídas e percebidas. Nesse contexto, faz muito sentido o questionamento de uma médica de São Paulo sobre os estereótipos de gênero e saúde que ouve desde a faculdade:

Eu atendo mulheres que trabalham e eu atendo homens que se preocupam com a saúde. E eu atendo mulheres que não se preocupam com a saúde [risos]. Então eu não sei o quanto isso é real, assim. “Ah, realmente os homens não se preocupam com a saúde, evitam ir ao médico”, ou quanto é aquela coisa do historicamente a UBS sempre foi um lugar pra gestantes e crianças, então ainda tem a cultura de que homem não precisa de médico, eu não sei, não sei o quanto isso ainda é cultural. (...) Eu só sei que se fala isso. Desde a faculdade, e durante a residência também (Médica SP 29)

Podemos dizer que o binômio “mulher se cuida”/“homem não se cuida” está dando lugar a um trinômio “mulher se cuida demais”/“homens heterossexuais em idade economicamente ativa não se cuidam”/“idosos e homossexuais se cuidam”. Essa nova formulação, embora ainda estereotipada, já aponta para uma diversidade no cuidar de si relacionada à diversidade das expressões de masculinidade (incluindo orientação sexual) e à geração. Além disso, coloca em questão a mulher como exemplo de cuidado a ser seguido pelos homens e a facilitação feminina como um elemento onipresente ao uso do serviço por eles.

6.4.3. O serviço e suas disposições

Tendo explorado as dificuldades dos homens no uso dos serviços de saúde a partir das percepções dos profissionais, discutiremos as relações que estes estabelecem entre as práticas do serviço e a presença dos homens, e a que ações recorrem – ou gostariam de recorrer – para incluir essa população em seus cuidados. Em outras palavras, como o serviço se dispõe, e a que ele está disposto no que se refere à saúde dos homens?

Todos os(as) entrevistados(as) de São Paulo apontaram o horário de funcionamento das unidades como uma dificuldade para o acesso, acreditando que sua ampliação (fechar mais tarde durante a semana, abrir aos fins-de-semana –

especialmente aos sábados –, realizar visitas fora de horário comercial) resultaria em aumento na presença dos homens e melhor atenção às suas demandas. Em Mauá, apenas um(a) profissional de cada unidade se referiu a essa questão. O horário de funcionamento das UBSs é citado como um problema em outras pesquisas (Gomes *et al.*, 2007; Couto *et al.*, 2010; Machin *et al.*, 2011), e mudanças no sentido da sua ampliação têm sido conduzidas em municípios como o Rio de Janeiro (2011, p. 8-10) e Curitiba (2014a, p 4-5; Massuda *et al.*, 2014).

Como dissemos anteriormente, o trabalho não pode ser considerado um dificultador isolado e universal do acesso, na medida em que afeta diferentemente trabalhadores e trabalhadoras, devido a fatores como vínculo trabalhista (formal, informal, trabalho autônomo ou eventual) e as *permissões* das quais as mulheres gozam (ou as *obrigações* a que estão sujeitas) quanto ao autocuidado e cuidado alheio. Assim, mantida a relação do homem com a própria saúde e um cuidado feminino reconhecido por vezes como *excessivo*, é justo temer que o predomínio das mulheres observado nas UBSs de manhã e à tarde possa persistir à noite e aos finais de semana – inclusive como resultado do acesso das mulheres que não conseguem se ausentar do trabalho. Um médico de São Paulo, entretanto, relata outra experiência:

Eu trabalhei numa unidade que funcionava até as vinte... até as dezenove ou até às vinte, e aí tinha um dia que eu ficava no plantão lá no acolhimento pra fechar a unidade, aí eu abri uma agenda no último horário pros homens que trabalhavam durante o dia, né. E aí deu muito certo, né, teve uma procura (Médico SP 35a)

Os(as) profissionais de São Paulo apontaram uma relação muito clara entre facilidades no acesso geral e uma maior presença masculina nas consultas. A ampliação do atendimento da demanda espontânea recebeu tanto crédito, que pareceu aos(às) entrevistados(as) restar pouco a fazer para facilitar o acesso da população masculina senão aumentá-lo ainda mais (ampliando o horário de funcionamento da UBS e aumento do número de vagas disponíveis).

A gente de dois ou três anos pra cá aumentou o nosso acesso às pessoas que vem pelas primeiras vezes ou queixas iniciais, com a mudança de organização da agenda, pra que essas agendas façam... os pacientes sejam atendidos em grande maioria no mesmo dia, e isso já me deu a percepção de que os homens vêm com mais facilidade. Então eu acho que oferecer

acesso de qualidade pras pessoas pode fazer com que os homens venham com mais facilidade, então hoje o cara não precisa faltar um dia no trabalho pra marcar consulta, mais um pra vir, e pode fazer os dois num dia só, então pode já, usando a mesma cultura reinante, ter facilitado de alguma forma o acesso às pessoas (Médico SP 35a)

Um médico citou, além da ampliação do horário de funcionamento, o atendimento das pessoas que trabalham na área adscrita – e não apenas das que moram na região, como é feito geralmente.

Por sua vez, poucos(as) médicos(as) de Mauá percebem que a organização atual do serviço (mais especificamente, a forma como a unidade oferece atendimento médico) possa dificultar a presença dos homens. Mesmo quando apontam aspectos mais voltados à unidade, tendem a dar destaque a fatores comportamentais para a baixa procura – mantendo-se, de certa forma, em um lugar de conforto.

Não vejo dificuldade [no acesso dos homens], porque assim, a marcação de consulta pros dois é do mesmo jeito, o problema é que eles não procuram muito, mesmo. (...) Porque a vaga é disponibilizada na mesma quantidade para os dois, então... é a procura deles que é baixa mesmo, das mulheres elas procuram até demais. Até às vezes sem necessidade. (...) por exemplo, a minha agenda clínica médica, não é por sexo, tem um número de vagas. Então assim, ele vem marcar, ele vai marcar; é que as mulheres vêm e marcam. E Hiperdia, por exemplo, cê passou comigo, cê saiu daqui já com um bilhetinho pra já deixar agendada a próxima consulta. Geralmente a mulher sai daqui, ela já vai lá e marca; o homem não, ele vai embora e fala que depois marca (Médica Mauá 34)

Eu creio que culturalmente também o serviço de saúde ele foi mais preparado, ele é muito mais preparado pra atenção da saúde da mulher. A acessibilidade há pouco tempo atrás era muito mais fácil, né, uma mulher que quer fazer exame de Papanicolaou, ela chega ali na frente e marca, ela não precisa nem passar em consulta, ela só vai agendar o exame. (...) eu acho que a própria forma que funciona o sistema, ele deu mais acessibilidade pra mulher; o homem, na maioria das vezes, ele ainda continua nesse “poxa, vou ter que fazer prevenção da minha parte masculina, ter que fazer minhas rotinas de homem”. (...) [E o acesso a problemas novos, demandas de tratamento?] Também, eu acho que é igual. Eu acho que é igual. (...) O acesso, o fluxo de atendimento, eu acho que isso

não tem a menor distinção, talvez um pouco mais de resistência aos [dos] homens de querer vir e descobrir alguma coisa errada. (Médico Mauá 36)

Essa *igualdade* no acesso merece questionamento, como em Schraiber *et al.* (2010) e Pinheiro e Couto (2013). Em todas as UBSs mauaenses, os períodos (manhã ou tarde) dedicados a consultas agendadas de Clínica Médica (CM, dirigidas à população adulta em geral) correspondiam a cerca de 30% dos períodos disponíveis para consultas na unidade. Essa parcela passava para 20% ao se considerar todos os períodos de trabalho dos(as) profissionais, incluindo realização de grupos (nenhum, como já afirmamos, voltado à população masculina), reunião de equipe ou visita domiciliar (das quais se beneficiam principalmente pessoas acamadas ou com mobilidade reduzida). Duas médicas não entrevistadas reservavam apenas um “período de CM” entre seus oito ou dez períodos de trabalho. Mais ainda, duas UBSs deixaram só recentemente de reservar vagas para “saúde da mulher”, onde, segundo uma médica, elas acabavam tendo a oportunidade de trazer demandas não ginecológicas.

Isso provavelmente contribui para que, em um dia de observação na UBS Caetano Veloso, a espera média entre as equipes para uma consulta de pré-natal fosse de 5 dias; para escuta qualificada (vaga de atendimento geral triado pela enfermagem), 10 dias; para puericultura, 13 dias; para consulta de hipertenso ou diabético, 45 dias; e para consulta de clínica médica, 81 dias. Nas outras duas UBSs, não havia diferenças tão marcantes entre as consultas de CM e HAS/DM. Uma recepcionista da UBS Erasmo Carlos informou a possibilidade de marcar hipertensos em vagas de não hipertensos e vice-versa de acordo com a demanda, mas é fácil suspeitar que essa triagem (não é possível chama-la categoricamente de *acolhimento*) seja sujeita a falhas – ou que um homem tenha dificuldades em expor certos problemas, e acabe agendado em uma vaga destinada ao cuidado da hipertensão.

Hiriart e Gatica (2014, p. 219) destacam que “os serviços, ao alinhar-se com metas de saúde pública, começam a privilegiar a oferta de determinadas prestações a grupos estabelecidos de antemão, por sobre as demandas da população”. De fato, o uso dessas vagas “temáticas” depende do diagnóstico ou do grupo populacional, e não da demanda que uma pessoa pretende colocar em consulta ou do tipo de atenção que

esperava receber. Em todas as UBSs mauaenses observou-se que, quando um adulto pede para marcar consulta, a recepção pergunta se ele “tem pressão alta ou diabetes” ou se “toma remédio pra pressão”, agendando-o nas vagas de HAS/DM em caso positivo. A fala dessa médica ratifica nossa observação e as facilidades decorrentes dessa seleção:

Elas [as recepcionistas] perguntam assim, “você toma algum remédio?” Tem paciente que fala que não tem problema, ele está controlado, né, “você tem problema de pressão?”, “não, está controlado”, “mas toma remédio?”, “tomo”. Então a gente orientou elas a perguntar do remédio, se toma remédio para pressão... (...) Nós fizemos uma capacitação com as meninas da recepção pra elas perguntarem do remédio... (...) não da doença. Se tomam remédio. Aí quando falam que sim, aí agenda rápido, assim, não tem limite, fora que é programático, normalmente ele termina a consulta dele e já sai com a próxima consulta. (...) Com retorno agendado. (...) E, mesmo assim, elas dão mais atenção, quando a pessoa tem problemas às vezes vai passar com a enfermeira, pra a enfermeira ouvir, né, a queixa, quer agendar uma EQ [escuta qualificada, vaga de atendimento geral com menor tempo de espera], ou então já deixar o retorno agendado (Médica Mauá 31)

Esse tipo de organização, entretanto, é desaconselhado pela PNAB, que cita como característica do processo de trabalho das equipes de atenção básica a

programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários. (Brasil, 2012, p. 41, grifo nosso)

Tesser (2012, p. 422) também aponta que o privilégio acrítico à prevenção, com reserva de vagas para “diabéticos, hipertensos, idosos e crianças saudáveis”, acaba dificultando o acesso ao cuidado “para os adoecidos da coorte adscrita à equipe de saúde da família”.

Mesmo que se planeje atender problemas determinados pelo serviço, outras demandas continuam surgindo. O uso de vagas de hipertensão e diabetes para abordar outros assuntos também é apontado por essa médica de São Paulo, falando de um grupo de HAS/DM que ela realizava durante a residência:

Um paciente com hipertensão e diabetes tinha mais facilidade, ele podia vir no grupo de hipertenso e diabético. E um paciente jovem que... xis [tinha outro problema de saúde], ele tinha que marcar consulta na recepção, na agenda que abria uma vez por mês (...) A pessoa [hipertensa ou diabética] ia, mas ela ia, ela queria uma consulta, na verdade. Pra falar da dor no joelho, pra falar de outras questões, pra falar da disfunção erétil... Que aí você, imagina, um grupo de hipertenso e diabético e aí vem um paciente falar de disfunção erétil pra você, aí... (...) [médica finge desespero] “Não, agora não...!” (Médica SP 29)

Portanto, as possibilidades de um homem de 18 a 60 anos, sem hipertensão ou diabetes, falar de seus problemas de saúde em uma consulta agendada parecem muito menores que as de uma mulher (que, além das vagas de CM, pode se utilizar das vagas de gestante ou mesmo puericultura, enquanto cuidadora de criança) ou de um idoso com hipertensão ou diabetes. Porém, aquela é exatamente a população cuja ausência os profissionais lamentam, atribuindo-a a *fatores culturais*.

É claro que, em Mauá, os homens adultos poderiam acessar o serviço por meio das *vagas de acolhimento*: as três UBS estudadas reservam uma vaga por hora, nos períodos dedicados a consultas médicas agendadas, para atendimento de demanda espontânea. Como os homens são reconhecidos aqui e alhures por procurar a unidade “só para queixas agudas”, ou quando o problema se torna insuportável ou o impede de trabalhar (Pinheiro *et al.*, 2002; Gomes *et al.*, 2007), esse tipo de atendimento poderia ser um recurso importante para favorecer seu acesso, a exemplo das unidades paulistanas, mas pelos menos três problemas dificultam isso.

Primeiramente, o uso dessas vagas é mediado pela enfermagem, em sua quase totalidade mulheres, o que pode ser representar um obstáculo para alguns homens expressarem certas queixas e, com isso, fazer jus ao seu uso. Storino *et al.* (2013, p. 643), reconhecendo que a enfermagem está na “linha de frente do acolhimento”, também se perguntam se “o fato de os profissionais da enfermagem serem do sexo feminino pode influenciar no reconhecimento das necessidades por parte dos

profissionais”. Outro dificultador, para os autores, seria o desconhecimento do trabalho desses profissionais por parte dos homens, que centralizariam sua demanda por serviços na figura do médico e na consulta médica.

Em segundo lugar, essas vagas são reservadas para situações entendidas pelo serviço (e não pelo indivíduo) como agudas ou graves – o que pode excluir diversas queixas, sobretudo de sexualidade (salvo, talvez, as DSTs).

Por fim, algumas falas sugerem uma preferência dos profissionais pelas consultas agendadas e ações preventivas, sendo a busca por atendimentos não agendados um sinal de falha do serviço.

A gente tem que ir até eles. Tem que ir. E saber mostrar o caminho pra eles vir até nós, pra eles não vir de qualquer maneira (...) Ele fala, “eu tô sentindo mal, eu vou lá”, sabe, e já quer passar na hora, cê entendeu? Não é bem assim. Precisava mais divulgar (Médico Mauá 65)

Eles têm a concepção de que eles só vão no médico quando eles estão doentes, então aí eu falo “não, mas...”, aí eu tento explicar pra eles, né, porque que eles tão aqui, “olha, a gente aqui do posto, não sei se você conhece o nosso programa, né, saúde da família, trabalha com tratamento também, mas a gente gosta muito de trabalhar com prevenção das doenças, então, olha...”, aí eu pergunto dos fatores de risco possíveis, se ele se enquadra, né, se ele tem algum hábito, algum vício, né? (Médica Mauá 31)

Essa preferência foi citada por Sant’Ana (2004, p. 26), em artigo que abordava, há mais de dez anos, áreas de atrito do trabalho do médico de família no Brasil.

A valorização dos grupos muitas vezes se dá às custas de recusa de atendimento a pacientes que têm queixas, que estão sofrendo. É frequente também que profissionais do PSF [Programa Saúde da Família, nomenclatura da época] se queixem de que só à tarde, quando atuam com grupos ou fazem visitas domiciliares, estão fazendo PSF. Isto só faz reforçar a dicotomia curativo-preventivo, sendo que as ações de assistência são consideradas de menor importância.

De fato, em Mauá, as ações preventivas ganharam destaque entre as propostas para favorecer o acesso dos homens, principalmente através de campanhas, mutirões e grupos voltados para a população masculina, preferencialmente em horários alternativos, e usando as mulheres como modelo de cuidado. Questões de próstata

predominaram como temas possíveis dessas ações, e tanto o risco quanto o oferecimento de procedimentos foram apontados como elementos que favoreceriam a adesão dos homens.

Fazer campanhas para chamar o homem pra ele se cuidar: (...) Não tem aquele negócio da mama, da mulher, aquilo deu certo, né? [a campanha Fashion Targets Breast Cancer] (...) é assim, fazer algo pro homem, pegar os modelos homens e fazer, “oh, homem também precisa fazer exame, eh... não é porque você é um atleta, ou...” Quem é atleta, por aqui? É assim... “se cuide, vá no posto, é de graça, faça exames a partir de tal idade, procure o urologista, a mulher vai ao gineco, e você vai ao uro! Não há vergonha nenhuma em fazer isso (Médica Mauá 62)

Eu acho que programas de homens, eles tinham que ser bem parecidos com os programas de mulheres. Né? Se a gente tivesse, por exemplo, ahh... Sei lá, ultrassom de próstata como campanha, ou campanhas preventivas, igual as mulheres às vezes têm, palestra de câncer de mama, se tivesse alguma coisa relacionada à doença de próstata, alterações urinárias, mas eu acho que seriam mais campanhas, tentar nivelar o tanto que é feito pela mulher, com o tanto que é feito pelo homem (Médico Mauá 36)

Embora não tenha sido objeto específico desse estudo, é possível estimar algumas razões para organizar o serviço por condições de saúde e recortes etários ou de sexo e para a centralidade das ações preventivas nas falas de muitos profissionais: crença de que essa forma de organização garantiria metas assistenciais (como apontado por Hiriart e Gatica, 2014, e a despeito da própria PNAB); costume (“sempre foi assim”); e, por último mas não menos importante, resistência à sobrecarga de trabalho pela seleção (e cerceamento) da demanda. Em todo caso, ele traduz um entendimento restrito de Atenção Primária à Saúde por parte da gestão e dos profissionais – entendimento explorado por Giovanella e Mendonça (2012), que identificam quatro interpretações da expressão “Atenção Primária à Saúde”:

- 1) programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços - é denominada em inglês *selective primary care*; 2) um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população – é denominada em inglês *primary care*; 3) abrangente ou integral,

como uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde conforme proposto em Alma-Ata para enfrentar necessidades individuais e coletivas – é denominada em inglês *comprehensive primary health care*; 4) filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde (p. 494, grifos das autoras).

A Declaração de Alma-Ata (1978), identificada pelo *slogan* “Saúde para todos no ano 2000”, apresentava uma proposta de APS abrangente, inspirada em experiências de várias partes do mundo. Segundo Cueto (2004, p. 1867), “três ideias permeavam a declaração: ‘tecnologia apropriada’, oposição ao elitismo médico e um conceito de saúde como ferramenta para o desenvolvimento socioeconômico”. Pouco após a conferência, entretanto, surgiu uma proposta de APS que se dizia mais realista e custo-efetiva, chamada *Atenção Primária Seletiva*. Ela representava “um pacote de intervenções de baixo custo para enfrentar os problemas de saúde mais comuns de países pobres” (*ibidem*, p. 1868), e teve apoio de organismos internacionais como a Fundação Rockefeller, o Banco Mundial e a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Inicialmente, não estavam claras quais seriam aquelas intervenções, mas elas acabaram se concentrando em quatro, todas fáceis de medir e avaliar e com metas claras: monitoramento do crescimento, técnicas de reidratação oral, amamentação e imunização, conhecidas pela sigla em inglês GOBI.⁴⁹ Algumas agências acrescentaram a suplementação alimentar, alfabetização feminina e planejamento familiar às ações, resultando na sigla GOBI-FFF.⁵⁰ Houve grande debate à época se a Atenção Primária Seletiva era complementar ou contraditória à Declaração de Alma-Ata (Cueto, 2004).

A gestão da clínica nas UBSs mauaenses estudadas mostra traços dessa APS seletiva. Apesar do acréscimo de ações voltadas à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Melito (condizentes à transição epidemiológica brasileira), mantém-se a organização por problemas específicos, a dedicação a ações de pré-natal, puerpério e puericultura (quase a GOBI-FFF) e a expectativa de abordar a saúde dos homens por campanhas específicas. Entretanto, se a estratégia original propunha ações de baixo custo e alta eficácia (como reidratação oral e amamentação), as falas dos(as) profissionais

⁴⁹ *Growth monitoring, Oral rehydration techniques, Breastfeeding, Immunization.*

⁵⁰ *Food supplementation, Female literacy, Family planning.*

valorizam exames complementares e temas como câncer de próstata, osteoporose e andropausa – temas controversos para pesquisadores da medicalização e da prevenção quaternária (Moynihan *et al.*, 2002; Gervas *et al.*, 2012).⁵¹

Eu pensei que a densitometria óssea era só feita em mulher, e homem também precisa fazer, né? Então há pouco tempo que eu fiquei sabendo isso, porque eu fui convidada pela Secretaria de Mauá, eu fui para um curso de osteoporose, lá em São Paulo, há uns dois anos atrás, e aí eu descobri que o homem precisava também fazer a densitometria, né? (Médica Mauá 52)

Ah, talvez um programa, aí de... eu não gosto de falar porque parece que é mais distante, assim, pelo menos do meu conhecimento. Mas a andropausa, né? Eu acho que a gente, eh... com essa área masculina, a gente trabalha bem pouco, eu acho, no geral. Porque você não ouve falar dessas questões. É uma coisa, assim, pelo menos, assim, tô falando... aqui no nosso nível, tá? Nas grandes escolas, tal, certamente tem uma abordagem diferente. (...) Tem homem que passa mal também. Eu falo “será?” (...) Um mal-estar, às vezes uma ansiedade, uma irritabilidade, alguma coisa assim, eu falo, “será [andropausa]?” (Médica Mauá 61)

A supervalorização das ações preventivas, a organização do atendimento ao redor de problemas específicos e a preferência por consultas agendadas e de seguimento regular vai na contramão de uma atenção integral (Starfield, 2002), que depende do reconhecimento da variedade de necessidades de saúde das pessoas sob responsabilidade do serviço e do equilíbrio destas com as ações oferecidas por ele.

A atenção primária é o ponto de entrada para a atenção à saúde individual, o *locus* da responsabilidade continuada pelos pacientes em populações e o nível de atenção na melhor posição para interpretar os problemas apresentados no contexto histórico e meio social do paciente. Assim, a forma pela qual é formulada para prestar os serviços e de como fazê-lo de forma adequada são componentes-chave de uma estratégia para melhorar a efetividade e a equidade dos serviços de saúde (Starfield, 2002, p. 314).

⁵¹ Uma revisão sistemática de Millar *et al.* (2016, p. 1) encontrou uma “correlação fraca entre sinais, sintomas e níveis de testosterona, incerteza sobre que níveis de testosterona deveriam ser considerados baixos para homens mais velhos e grande variação na prevalência estimada da condição”. Isso levou à conclusão de que é difícil tomar a forma como se diagnostica o hipogonadismo patológico em homens mais jovens como modelo para decisões clínicas quanto à diminuição da testosterona relacionada à idade em homens mais velhos.

No caso dos homens, há uma incoerência entre os fatores de adoecimento e as características dessa população na relação com o serviço reconhecidas pelos profissionais e as expectativas e propostas que eles próprios demonstram e sugerem. Isso prejudica o cuidado dos homens de muitas maneiras.

Antes de mais nada, há pouco espaço para temas não previstos:

Não tem vaga suficiente na nossa agenda pra atender todos os homens! Porque nós temos as prioridades, nós cobrimos as prioridades, o que sobra é pouca coisa. (...) É muito difícil, cê não tem vaga suficiente, você pode calcular, aí, o número da população nossa, nós temos... cada equipe tem cinco mil, quatro, cinco mil pessoas. Imagina, calcula o número de consultas por dia: não dá. Não dá nem uma consulta por ano. (Médico Mauá 67)

Essa fala destaca também o número excessivo de pacientes por equipe como um dificultador do acesso, e faz uma conta que merece atenção. Em uma área com 4000 pessoas atendidas por uma equipe com um médico que trabalhe 40 horas semanais durante 46 semanas no ano (descontando quatro semanas de férias e duas de congressos e outros eventos, reuniões externas ou intercorrências pessoais), e que dedique 85% do seu tempo ao atendimento ambulatorial (descontamos um período semanal para visita domiciliar, reunião de equipe e grupo), cada indivíduo da área teria, em média, 23 minutos de consulta por ano. É claro que nem todos eles buscarão o serviço ou serão *convidados* a comparecer ao longo de um ano, e que o trabalho multiprofissional pode oferecer um cuidado resolutivo que não inclua sempre a consulta médica, mas a evidente finitude dos recursos disponíveis é algo a se considerar na consecução de uma Atenção Primária que visa toda a população, e não apenas grupos específicos. De qualquer forma, observam-se tensões muito semelhantes às descritas por Bower *et al.* (2011): no Reino Unido, como em Mauá,

profissionais de atenção primária identificam tensões entre oferecer cuidado comprometido com metas de qualidade e atender às demandas da pessoa [*patient's agenda*], tensões exacerbadas na multimorbidade. (...) Eles relataram dificuldades no manejo de pacientes com multimorbidade em um tempo de consulta limitado, o que os levou a adotar um modelo decisório “aditivo-sequencial”, que lidava com problemas em ordem de prioridade até que se esgotassem os recursos da consulta, quando cuidados adicionais eram adiados (p. 579).

Outro problema é que as ações preventivas regularmente oferecidas nas unidades tendem a ter pouco impacto em boa parte das demandas associadas pelos(as) entrevistados(as) aos homens, como infecções respiratórias, acidentes de trabalho, doença ocupacionais *etc.* – um exemplo da inadequação entre necessidades de saúde e políticas sanitárias discutida por Cordeiro (1997). Mais ainda, para Gérvas *et al.* (2008), “o conhecimento dos benefícios aos indivíduos da maioria das atividades preventivas é rudimentar, e não existe informação para avaliar benefícios na presença de riscos coincidentes” (p. 1998).

O “foco na prevenção” é questionado por muitos autores pela perspectiva da prevenção quaternária (Roland e Jamoulle, 1998); da gestão da clínica (Gusso e Poli Neto, 2012; Massuda *et al.*, 2014); da biopolítica e medicalização (Castiel e Diaz, 2007) e da integralidade (Starfield, 2002). No caso dos homens, reconhecidos por procurar o serviço em situações agudas ou que exigem cuidado imediato, pode ser mais adequado aproveitar esses encontros espontâneos para abordar questões preventivas do que priorizar a todo custo ações reconhecidas como de baixa adesão e voltadas a necessidades reconhecidas pelo serviço ou gestores (Cordeiro, 1997; Starfield, 2002; Mattos, 2006). É o que indica a fala deste médico:

Porque você precisa naquele instante, se você não pega na hora, você não pega depois. Cê tem que amarrar ele. Como é que cê amarra ele? Você atende ele bem, daquela queixa, e você descobre, dali você já vai amarrar pra outras coisas. Cê entendeu? Não precisa na queixa, eu terminei de atender aquela queixa, aí eu posso colocar coisas interessantes na prevenção de umas doenças, pela idade dele, pelo sexo, pela profissão... (Médico Mauá 65)

Ainda que traduza uma perspectiva mais abrangente de cuidado, ela não deixa de transparecer uma priorização das ações preventivas, como se fossem um fim para o qual se dedicaria o cuidado “daquela queixa”. Isso também fica claro pelo uso do verbo *amarrar*, sugerindo uma expectativa de sujeição dos homens que esteve presente em outras falas, e que estaria justificada por supostos benefícios à saúde do homem ou sua parceira. Uma médica, por exemplo, contou como é importante vencer a resistência masculina à vasectomia, em nome de poupar sua parceira de uma laqueadura – exemplo de que o homem ainda é visto como facilitador da saúde sexual e reprodutiva mais do que um sujeito com necessidades e questões próprias (Figuerola-Perea, 1998).

As mulheres, aliás, foram citadas como exemplo desse cuidado que sujeita:

Eu não sei como inculcar na cabeça do homem que ele é igual à mulher. A mulher não se sujeita àquele exame muito desagradável, que é o toque vaginal, que é o transvaginal, que é o Papanicolaou, e a mamografia, por que não, porque vira uma panqueca, e é muito doloroso, às vezes, então são exames muito desagradáveis, e que a gente faz todo o ano. Então por que o homem não se sujeitar a isso? Ele não vai perder a virilidade... Porque o medo dele é isso, é ele ser taxado de homossexual, de perder a virilidade, eu não sei qual é o medo, é a cultura, porque quando você vai nessas firmas grandes, essas metalúrgicas, [nome de montadora de automóveis], por exemplo, não tem xabú: todo ano cê tem que passar no urologista, e é feito o toque retal sim! Entendeu? Assim como a mulher tem que fazer o papa, ele tem que fazer o toque retal, por que não? (Médica Mauá 62)

A adesão das mulheres a exames preventivos descritos pela própria médica como desagradáveis é uma justificativa para sujeitar os homens a exames semelhantes – no caso, o toque retal. Não se trata de um questionamento às dificuldades que ela mesma reconhece no cuidado das mulheres, e que foram comentadas por Gomes *et al.* (2008), mas sim de uma aparente *justiça sanitária*, que não coloca em questão a história de controle e normatização do corpo feminino pelo Estado e pela Medicina (Vieira, 2002; Costa, 2006; Rohden, 2006). Mais ainda, a ação preventiva com foco no câncer de próstata, realizada de forma aparentemente obrigatória em uma automobilística, é referida como um ideal, quando parece mais um braço (ou um dedo) do controle do corpo do operário, tema discutido por Foucault (2012).

Dessa forma, não é de se espantar que alguns homens resistam a frequentar um serviço que não só reconhecem como feminino, mas que também valoriza as mulheres como modelo de pudor e obediência (Rohden, 2006) e onde podem perceber grandes possibilidades de sujeição e desempoderamento (Costa, 2003; Carrara *et al.*, 2009; Pinheiro e Couto, 2011). Não se deve, porém, buscar uma equidade de gênero por meio do desempoderamento dos homens frente à medicalização. Desempoderar os homens não equivale a empoderar as mulheres: sujeita-los aos ditames da Medicina reforçará o poder médico, não o feminino (Carrara *et al.*, 2009; Pinheiro e Couto, 2011).

Apesar de tudo, tanto em São Paulo como em Mauá (mais no primeiro grupo) surgiram falas que apontavam para um convite geral dos homens ao serviço,

questionando abordagens campanhistas ou que se limitassem à prevenção.

Não sei se colocar uma faixa ou fazer uma campanha para captação de homens funcionaria muito, eu acho que talvez seja um dispêndio muito grande de tempo, energia e dinheiro pra um resultado pequeno, até porque fica difícil de centralizar o mote, né, o que é saúde do homem? Né, assim, do tipo “ah, vamos fazer uma campanha de saúde do homem”, vai fazer o quê, vai fazer toque nas pessoas? Vai medir pressão? (Médico SP 27)

A gente dá informação, “oh, o posto é isso, este posto é teu, né, o que você precisar, se você passar mal, você tem o acolhimento...”. Né? Eu pelo menos na consulta eu começo a dar uma orientação, o que que aquele posto de saúde oferece pra ele. “E você, a hora que você precisar, a gente tá aqui, porque isso aqui é teu, meu querido! Se você estiver passando mal, se você não tiver passando mal, a gente tá aqui pra prevenir...” (Médica Mauá 52)

Esse é um questionamento feito também por Norman e Tesser (2009, p. 2014), ao afirmarem que é tarefa da prevenção quaternária “a crítica das campanhas de prevenção desnecessárias ou de benefícios duvidosos, para dar aos pacientes uma oportunidade de decisão informada”. Ademais, da forma como eram sugeridas por muitos profissionais, as campanhas representavam uma cisão entre atividades curativas e preventivas – em outras palavras, entre as demandas dos usuários e a dos serviços, ao invés de aproveitar as primeiras como oportunidades para as segundas. Essa cisão pode acabar favorecendo que as ações preventivas se tornem mais um mercado ou uma forma de controle dos corpos, comprometendo alguns dos sentidos da integralidade propostos por Mattos (2006).

Outro fator apontado como um dificultador à presença masculina é o trabalho dos(as) Agentes Comunitários(as) de Saúde (ACSs) e dos(as) recepcionistas, na imensa maioria mulheres. Profissionais em São Paulo e Mauá referem que o contato com essas profissionais podem trazer obstáculos à expressão das queixas dos homens, a começar por vergonha. Também foram citados o fato de morarem na região, o medo de vazamento de informações (embora poucos, alguns(as) médicos(as) deram exemplos que vivenciaram) e sua preferência por falar com mulheres nas visitas.

A agente de saúde tava falando que incentivam ela a falar mais com homens também. Porque rolou um papo de que as agentes

de saúde só falam mais com as mulheres. (...) nas visitas domiciliares. E elas falam que é quem elas encontram em casa, quem se dispõe a descer para atender, né, a abrir a porta, a conversar... Tem muito disso, né, que a mulher fala mais, né, então a mulher está mais disposta a conversar (Médica SP 27)

Um último aspecto a considerar é o ambiente. Alguns trabalhos apontam a UBS como um local de marcante presença feminina (Couto *et al.*, 2010; Pinheiro, 2010; Knauth *et al.*, 2012), o que inclui seus elementos decorativos. O Ministério da Saúde define ambiência de uma UBS como

o espaço físico (arquitetônico), que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada pelas tecnologias ali presentes e por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato e audição. A luminosidade, a temperatura e os ruídos do ambiente são exemplos disso. (Brasil, 2008, p. 27).

As duas UBSs de São Paulo eram semelhantes do ponto de vista físico. Os interiores das unidades eram amarelo-claro, e as placas indicativas dos setores eram padronizadas. Havia poucas marcas de gênero nas comunicações institucionais. Quanto aos(as) usuários(as), havia um predomínio de mulheres em quase todos os períodos de observação, um pouco maior na UBS Vinícius de Moraes.

Em Mauá, as UBSs variaram em relação ao ambiente, e mesmo a mais austera delas tinha ilustrações que remetiam ao feminino e ao infantil, como árvores coloridas e coelhinhos. Em outra, havia nuvens azuis e rosas de EVA com cartões trazendo conselhos sobre sintomas comuns da gravidez; fotos de grupos em que só figuravam mulheres; e enfeites femininos na recepção e nas portas dos consultórios. Quanto aos(as) usuários(as), as mulheres predominavam em todas, destacadamente na UBS Erasmo Carlos. Ali, havia longos períodos sem nenhum homem à vista, mesmo quando havia mais de dez pessoas na recepção, destacando-se também a maior presença de idosos(as). Isso pode se relacionar à maior dificuldade de agendar uma consulta, ao compararmos às outras unidades mauaenses.

Em nosso estudo, ampliamos o entendimento de ambiente de forma a incluir os frequentadores da unidade (profissionais e usuários), uma vez que a composição humana sem dúvida nenhuma influencia a sensação de estar na unidade. Em todas as

cinco UBSs, quase todos(as) os funcionários da recepção, ACSs e enfermagem eram mulheres. De fato, apenas na UBS Chico Buarque havia um recepcionista homem em alguns períodos. Quanto aos(às) médicos(as), não houve um perfil comum, variando a presença de homens e mulheres.⁵²

A maior parte dos(as) profissionais de São Paulo identificou as UBSs como ambientes femininos, e quase todos citaram isso como uma dificuldade para o acesso dos homens.

É um ambiente em geral predominantemente feminino, tanto da população que busca, quanto dos funcionários. Né, assim, a maioria dos funcionários são mulheres, né, salvo uma situação ou outra a grande maioria são mulheres, eu acho que isso dificulta [a presença dos homens] (Médico SP 30)

Um médico referiu que a precariedade das instalações era uma dificuldade para o acesso de todas as pessoas, não só homens; outro, com mais tempo de atuação, afirmou que o ambiente já fora um empecilho maior. Uma médica chegou a afirmar que um ambiente muito infantilizado poderia dificultar até mesmo a presença de algumas mulheres:

É claro, se a UBS fosse rosa, com lacinhos e fru-fus, e tal... Fosse uma casinha de boneca... Realmente, né? Até eu ficaria meio assim, de entrar num lugar que parece uma casa de boneca, tipo... [Até você mesma sendo mulher?] É, exato, porque, tipo, “eu tô aqui mesmo, né, realmente atende todo mundo, não atende todo mundo, ou é só para mulher grávida?” (Médica SP 29)

Um médico de São Paulo fez uma comparação interessante da UBS com uma loja de departamentos:

⁵² A propósito, a profissão médica tem diferenças de gênero brutais. A proporção de mulheres entre os novos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina era de 3,64% em 1940, 11,4% em 1960 e 35,22% em 1980, acelerando seu aumento a partir dos anos 2000. Elas passaram os homens em 2009, chegando a 52,46% dos novos inscritos em 2010 (CREMESP/CFM, 2011, p. 18-20). Apesar disso, ao considerarmos os profissionais em atividade que tinham alguma especialidade em 2010, as mulheres eram maioria em cinco das seis especialidades básicas (70% dos pediatras, 54,2% dos médicos de família e comunidade, 54,2% dos clínicos, 51,5% dos ginecologistas e obstetras e 50,3% dos preventivistas), mas não passavam de 20% na cirurgia geral e suas diversas especialidades (plástica, torácica etc.) – exceto pela cirurgia pediátrica, em que alcançavam 30,2% dos especialistas. Elas correspondiam a 8,2% dos neurocirurgiões e 5% dos ortopedistas (*ibidem*, p. 66-8). Como descrito por Bourdieu (1999) a respeito de outras profissões, na Medicina também lhes cabem as áreas menos especializadas e o cuidado das crianças, gestantes e famílias, enquanto lhes são interditas as ações invasivas, de maior tecnologia, ou associadas a força física.

Eu acho que o fato de ter poucos homens, talvez, porque eles vão... [risos] talvez às vezes ele se sinta entrando tipo, numa Marisa,⁵³ numa loja feminina [risos]. (...) chega lá, tem um monte de mulher, criança, gestante... e ele. Talvez ele se sinta meio estranho no ninho, ele entra lá e fala assim, “meu, cadê a sessão de roupa masculina desse lugar?” (Médico SP 27)

Em Mauá, muitos(as) médicos(as) consideraram que características do ambiente (inclusive sua precariedade e pouca discrição) poderiam dificultar a presença e a expressão das queixas dos homens, mas nem sempre isso estaria relacionado a uma *feminilização*.

[Você acha que o ambiente da UBS pode dificultar a presença dos homens?] Não... porque a sala é fechada, não... ele não é examinado na frente das outras pessoas, acho que não. (...) mesmo quando vai passar em acolhimento é dentro do consultório, também, só com a pessoa que vai fazer o acolhimento, não tem constrangimento (Médica Mauá 34)

A cultura já diz que a mulher se cuida mais, e eles vêm aqui, se a gente sair lá fora, principalmente faixa etária mais jovem, né, poucos, se abrir a porta lá e olhar, poucos homens ali fora sentados esperando, poucos. Não sei se eles se sentem também mais envergonhados em relação a isso: que tá bem e tá tomando a vaga de alguém que tá doente (Médica Mauá 31)

Uma médica de Mauá apresenta um olhar peculiar sobre ambiente: ela conta que é muito procurada por homens em locais predominantemente masculinos (padaria próxima à UBS) ou mais diversificados (como o ônibus que toma para casa). Ela representa uma abertura ao diálogo e ao reconhecimento do outro relacionadas à presença da profissional em ambientes diversos de seu *lugar de conforto*, oferecendo algum aconselhamento fora das paredes do posto ou do consultório.

Quando eu chego lá no posto, eu sempre chego cedo e vou na padaria tomar café. Lá é um monte de consulta, né? Eu vou fazer uma ceia, eu fico no ponto de ônibus cinco horas da tarde, é consulta no ponto de ônibus... Tanto homem, como mulher. Eu entro dentro do ônibus, a maioria eu conheço, porque trabalha tudo em São Caetano como porteiro, aí eles aproveitam e já sentam do meu lado para conversar comigo pra fazer consulta. Ou senão para tirar algumas dúvidas. (...) eles estão lá [na padaria] tomando cerveja, “Oi, e aí?”, e todo

⁵³ Loja de roupas femininas popular, cujo *slogan* dizia “de mulher pra mulher, Marisa”

mundo me conhece, né? “Oi, doutora, tudo bem?”, “tudo”, “ah, eu vou pagar um cafezinho pra senhora”, “não precisa não”. “Aproveitando que tamo aqui, deixa eu tirar uma dívida? Sabe, eu tô com uma dorzinha aqui, uma dorzinha aqui...”. Nunca é questão de próstata, é dor de cabeça, é uma dor ombro... (Médica Mauá 52)

Um serviço marcadamente feminino, historicamente dedicado às mulheres, organizado de forma a priorizar alguns problemas de saúde, focado em ações preventivas, com inadequações às demandas e dificuldades masculinas e sustentando outras barreiras relacionadas a gênero oferece muitos obstáculos a uma atenção integral à população masculina. Nesse contexto, o diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes acaba funcionando como um *cartão preferencial* muito precioso para alguns homens. Não queremos, com isso, dizer que esses agravos não merecem maior atenção – em que pese sua eleição frente a outros fatores de risco cardiovascular até mais importantes, como o tabagismo – mas sim apontar que organizar o serviço em função destes problemas pode gerar iniquidade e exclusão. Além disso, se as mulheres são favorecidas pelas ações de saúde, sua intercessão junto aos homens não decorre apenas de uma percepção diferenciada de saúde, adoecimento e cuidado, mas também de uma maior frequência e melhor conhecimento do serviço e seus códigos.

Dessa maneira, é possível questionar se, em unidades com maior acesso e integralidade, os homens continuariam *precisando* das mulheres como facilitadoras tão fundamentais. Nesse caso, entretanto, poderiam continuar tendo problemas na *expressão* de suas queixas – o que discutiremos nos próximos tópicos.

6.4.2. Próstata, disfunção erétil e sexualidade masculina

O rastreamento de câncer de próstata foi apontado por todos(as) os(as) profissionais como uma demanda comum em consultas de homens, condizendo com Figueiredo (2008). Diversos fatores foram citados como motivação para essa busca, a saber:

- g) Acometimento e/ou recomendação de conhecidos;
- h) Recomendação de familiar (normalmente a esposa);

- i) Mensagens da mídia;
- j) Recomendação prévia ou atual de médico(a);
- k) Associação, pelo usuário, de problemas da próstata com disfunção erétil ou outros problemas geniturinários; e
- l) Ocultando queixa de disfunção erétil ou outros problemas de saúde.

A atitude quanto ao rastreamento de câncer de próstata e a forma de fazê-lo divergiram de forma marcante entre os(as) entrevistados(as) de São Paulo e Mauá. No que diz respeito à atitude, nenhum(a) profissional paulistano(a) propõem rastreamento de câncer de próstata aos usuários, e todos relataram desestimular a realização de exames quando demandados. Há também atenção a possíveis demandas ocultas.

[Eu] explico um pouco sobre os motivos de não precisar fazer, iatrogenia, falo um pouco sobre prevenção quaternária, às vezes mostra alguns esqueminhas, desenhos, depende, e geralmente não peço, mesmo... [me] certifico de que ele não está sentindo nada e não peço (Médica SP 26)

A resistência ao rastreamento de neoplasia de próstata se justificaria pela adesão às diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil, 2010), *United States Preventive Services Task Force* (Moyer, 2012) e INCA (2013), e duas entrevistadas em São Paulo citaram a prevenção quaternária como fator a considerar.

Se é uma pessoa assintomática, que se encaixa na questão de rastreamento pra câncer de próstata, sigo recomendações do, principalmente a que marcou foi US Task Force 2012, maio de 2012, que colocou não mais como indefinido, mas como contraindicado, coloco isso pro paciente (...) “olha, desde 2012 tem vários institutos, o próprio Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, assim como outros órgãos internacionais, recomendam que não faz sentido fazer rastreamento pro câncer de próstata porque, enfim, nunca vai conseguir saber pra você exatamente, mas no geral você corre mais risco de ter um problema por ter procurado, do que ter resolvido um câncer que ele ia te prejudicar de alguma forma, esses problemas em geral são por conta de uma cirurgia que foi feita sem a necessidade e tem uma taxa de complicação razoável de coisas ruins, como impotência, incontinência urinária” (Médico SP 27)

A diretriz da USPSTF mencionada pelo entrevistado também influenciou a prática dos médicos da atenção primária estadunidenses. Cohn *et al.* (2014)

demonstram um decréscimo contínuo na solicitação de PSA por esses profissionais nos seis meses seguintes à publicação da diretriz (junho a novembro de 2012). A diminuição nas solicitações foi particularmente pronunciada entre homens de 40 a 49 anos e maiores de 70 anos; homens mais velhos com níveis de PSA cronicamente altos; e naqueles com uma medida anterior de PSA menor que 2,5 ng/mL – o que sugeriu aos autores que os médicos estariam escolhendo práticas de rastreamento mais seletivas.

Em Mauá, o rastreio faz parte da rotina de todos(as) os(as) médicos(as), e muitos lamentam a baixa adesão dos homens. Uma médica chega a recorrer à relação que alguns homens estabelecem entre disfunção erétil e próstata para estimular a realização do exame:

Acho que, tem alguns, que na cabeça deles, eles acham que alteração de próstata vai causar impotência, então eles vêm com muito medo disso, eu não tiro da cabeça não, que é bom eles ficarem pensando nisso que aí eles vêm mesmo, né [risos] (Médica Mauá 34)

Outra divergência importante são as práticas de rastreamento em si. Alguns(mas) médicos(as) de São Paulo apontaram o PSA sérico como o exame que realizam em homens que insistem no rastreio a despeito do aconselhamento em contrário; já os profissionais de Mauá relataram diversas combinações dos recursos PSA, toque retal, ultrassonografia e encaminhamento a urologista, para diferentes idades-alvo. Ou seja, se quanto à atitude há uma divisão bem marcada entre rastrear e não rastrear, a forma de fazê-lo continua homogênea em São Paulo (sempre através de PSA, quando realizado), mas ganha uma miríade de possibilidades em Mauá: PSA sem toque retal, PSA com toque retal, PSA encaminhando a urologista para toque retal, ultrassonografia de próstata diante de alteração no PSA, ultrassonografia de próstata para todos os homens *etc.* Até a última entrevista surgiam diferenças nas práticas, motivo pelo qual essa categoria não foi considerada um parâmetro para saturação.

Figueiredo (2008) também observou uma divergência entre os médicos sobre a atitude quanto ao rastreamento de câncer de próstata, com parte deles referindo as controvérsias do exame e reservando o PSA a indivíduos sintomáticos, enquanto outra parte afirmava a importância tanto do PSA sérico quanto do toque retal. Essa diversidade é um exemplo de como a autonomia médica se mantém mesmo em abordagens que exigiriam maior coletivização (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000).

Além disso, se em São Paulo o toque retal não fazia parte do rastreio de câncer de próstata (quando realizado), em Mauá houve médicos e médicas que declararam não fazer esse tipo de exame em qualquer situação.

Nós fazíamos um grupo consulta, era uma palestra, a enfermeira mostrava aonde ficava a próstata, pra que servia, aí era examinado um por um individualmente, não com toque, porque eu não sou urologista, eu não vou fazer um toque se eu não tenho confiança absoluta naquilo que eu tô fazendo, né? (Médica Mauá 62)

Eu não me acho habilitada [para fazer toque retal], acho que nem seria o espaço adequado, e nem o tempo adequado aqui, pelo tanto que a gente atende. Não daria. (...) E um pouquinho porque eu também não sou chegada [risos] (...) [Não é um exame que a senhora ache...] Que eu gostaria de estar fazendo... (...) Né, teria que tá bem habilitada pra fazer, entendeu? Num lugar mais adequado, que cê não vai expor assim... [o usuário] (Médica Mauá 61)

A não realização do toque retal pelo médico da APS representa uma limitação importante, na medida em que o exame digital retal, para além da próstata, é parte do exame físico de queixas corriqueiras e potencialmente graves como constipação, sangramento retal e dor anal. Seja no contexto de uma avaliação proctológica ou urológica, a não realização do exame digital retal pode resultar em prejuízo à integralidade, pela diminuição da resolutividade (Starfield, 2002).

Em 1941, Pacheco apontava que

o prático geral, quer clínico quer operador, aquele que labuta na clinica numerosa e trabalhosa do interior, aquele que não pôde contar com o concurso de um especialista próximo e que na maioria das vezes é o único a precisar resolver tudo, tem necessidade de conhecer bem a prática do toque retal. O auxílio e os ensinamentos advindos, orientariam para diagnósticos certos, as vezes fáceis, para os quais ele mesmo o poderia instituir terapêutica segura e criteriosa, fazendo prognósticos razoáveis (p. 15).

Sete décadas depois, Carvalho (2012) afirma que o exame físico nas queixas anorretais é fundamental, tanto pela possibilidade de diversas doenças quanto porque as pessoas normalmente se referem a essas queixas de genericamente como “hemorroidas”. Além disso, muitas das pessoas encaminhadas ao proctologista não

têm doença anorretal, e “evitar que o paciente seja encaminhado desnecessariamente é um dos papéis mais importantes do médico de família” (p. 1384).

Tendo a importância que demonstramos e bastante facilidade técnica, por que alguns médicos não realizam esse procedimento? Estrutura inadequada e falta de formação se confundiam nas explicações dos(as) profissionais, e a Médica Mauá 61 reconheceu acima seu desagrado em realizar o exame.

Assim, um primeiro motivo pode ser a falta de formação para tanto – nada que não se possa superar com uma ação educativa dirigida aos profissionais, para a qual o capítulo supracitado de Carvalho (2012) é uma boa referência. Quanto à estrutura, o exame exige apenas luvas de procedimento, gel lubrificante, maca e privacidade.

Um segundo motivo é que os(as) profissionais estão inseridos nas relações de gênero tanto quanto os usuários, e podem não apenas ser limitados por barreiras culturais, quanto reproduzi-las. Mais ainda, a resistência à realização do toque retal por parte dos profissionais pode não se tratar apenas de uma dificuldade em invadir áreas íntimas a título de cuidado, mas de fazê-lo em *homens* – população que, como dissemos, tem demonstrado maior capacidade de resistir ao poder biomédico (Carrara *et al.*, 2009; Pinheiro e Couto, 2011).

A resistência masculina ao toque retal também foi citada pelos(as) profissionais, principalmente em Mauá (onde a prática, mesmo que nem sempre realizada, parecia estar mais em questão que em São Paulo). Sendo a masculinidade hegemônica construída na separação do feminino e do infantil e a penetração uma amostra de potência e masculinidade (Bourdieu, 1999), o toque retal pode ser entendido pelos homens como uma situação feminilizante e vulnerabilizadora – nas palavras de Gomes *et al.* (2008, p. 1975), “o toque retal não toca apenas a próstata, mas também toca na masculinidade, podendo arranhá-la”.

Voltando às práticas de rastreamento, tudo indica que recomendações institucionais não são suficientes para seu alinhamento, na medida em que alguns entrevistados diziam se pautar por “protocolos”, mesmo quando suas condutas não constavam de diretrizes como as do Ministério da Saúde (Brasil, 2010), *United States Preventive Services Task Force* (Moyer, 2012), ou mesmo da Sociedade Brasileira de Urologia (Dall’Oglio, 2011; Nardi *et al.*, 2013). Uma dessas condutas é a indicação de ultrassonografia transretal na fase de inicial do rastreamento, não preconizada por

nenhuma referência institucional. Nenhum profissional se referiu a diretrizes municipais, e um deles valorizou a *liberdade* do médico em suas prescrições:

Protocolo é... negócio de um programa, né, acho que você como médico, você pode mudar... (...) criar novos... É inovar, você entendeu? E eu acho bacana assim, o médico ele é livre, né?
(Médico Mauá 65)

Essa diferença de homogeneidade *versus* heterogeneidade de práticas de rastreamento de neoplasia de próstata entre os grupos paulistano e mauaense pode ser atribuída a pelo menos dois aspectos. Primeiro, todos(as) os(as) profissionais entrevistados em São Paulo fizeram residência em Medicina de Família e Comunidade; mais ainda, isso se deu há menos de cinco anos e no mesmo programa. Não que esse aspecto leve necessariamente a uma conduta mais *correta*, mas parece levar, no mínimo, a uma conduta mais *consoante*. Segundo, eles(as) frequentam rotineiramente diversos espaços potentes para construção de consensos, como reuniões semanais nas unidades e reuniões semanais da residência onde trabalham como supervisores. Os profissionais de Mauá têm formação mais variada (em tempo e instituição) e têm dois espaços formais de troca em suas UBSs: uma reunião geral (com todos os profissionais) e uma reunião técnica (com os profissionais de nível superior). Ambas são mensais, e apenas na UBS Caetano Veloso esses espaços foram reconhecidos como para alinhamento de práticas clínicas. Claro que a escassez de espaços formais de discussão não exclui outras formas de contato entre os médicos, como mostra essa fala:

Um bom médico não sabe tudo, não, ele tem suas dúvidas, é um ser humano, às vezes você está lá, quantas e quantas vezes eu lá, preciso pedir um exame, “ai, como chama o exame? Péra um pouquinho”, “[nome de um médico], como que é o exame que a gente pede?”, “ah, [nome da médica], é isso”, “é mesmo”. “Ai, oh, não consigo ler esse eletro, você consegue ler, que você tem mais experiência?”, então tem essa troca, tinha essa troca (Médica Mauá 52)⁵⁴

Enquanto a atitude dos médicos paulistanos de não estimular o *screening* de câncer de próstata se pauta pelas recomendações da USPSTF, INCA e Ministério da

⁵⁴ Vale notar que, apesar disso, o contato com os(as) médicos(as) cubanos(as) do PMMB – que poderia influenciar práticas através do intercâmbio de saberes – não apareceu nas falas dos profissionais mauaenses.

Saúde, a dos profissionais mauaenses parece alinhada às recomendações da Sociedade Brasileira de Urologia e à campanha Novembro Azul. Assunto recorrente nas falas de Mauá (onde era citado positivamente) e São Paulo (onde recebia críticas), a campanha parece ser também um dos fatores mais importantes na centralidade que a próstata tem nas percepções e propostas dos profissionais sobre a saúde do homem.

Então uma ação, assim, inclusive a gente, já desde o começo, mas principalmente desde o ano passado, a gente tenta elaborar uma ação para o homem... né, principalmente no mês de novembro [mês da campanha Novembro Azul] (Médica Mauá 31)

A gente não... [aderiu] Até porque não tem evidência alguma [risos] em relação a essa estratégia, a gente acaba não abraçando muito, então assim, “venha falar sobre o câncer de próstata na unidade”. (...) A gente acabou não aderindo, os próprios, entre os colegas, os médicos acabam não... (Médica SP 30)

Chamamos essa centralidade de *prostatocentrismo*, e pudemos depreendê-lo não só das falas favoráveis, quanto das críticas pontuais que recebeu em uma ou outra cidade.

Tentar enxergar o homem além da próstata, eu acho que é bem nesse sentido mesmo, pensar do que, sei lá, do que morrem esses homens, o que eles procuram... Procurar trazê-los em outras situações, fazer com que eles frequentem a unidade de saúde com mais tranquilidade... Eh... Acompanhar o pré-natal de uma esposa, coisa do tipo, e que eles tenham mais naturalidade para vir buscar esse espaço (Médico SP 30)

Porque não é só a próstata, né, é o homem se amar um pouquinho, porque se amar não é passar loção de barba, né, não é só tomar banho, tomar banho é se amar também, mas se amar também é gostar de si próprio. Né? Não achar que é o Super-Homem, não achar que vai ter 20 anos sempre... Eh, eles chegam aqui estropiados dos ombros, é porque levantaram muito peso, com aquela bursite, eles chegam cheio de varizes com úlcera, porque levaram muito peso, e eles nunca se preocuparam em ir no médico, que talvez orientasse eles a usar uma meia, né? (Médica Mauá 62)

Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia, o Novembro Azul é uma iniciativa do Instituto Lado a Lado pela Vida, instituição brasileira sem fins lucrativos,

qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), em parceria com a SBU. O objetivo da campanha é “combater a doença [*câncer de próstata*] e, principalmente, motivar a população masculina a fazer exames preventivos”. O sítio da SBU sobre a campanha de 2014 recomendava que “homens a partir de 50 anos procurem seu urologista para discutir a prática e a realização da avaliação”, sendo que homens com “maior risco da doença (história familiar, raça negra)” deveriam fazê-lo a partir de 45 anos. A avaliação incluiria dosagem de PSA sérico e exame digital retal anuais (SBU, 2015).

A campanha tem um sítio de internet que disponibiliza material informativo;⁵⁵ a ONG tem seu próprio site,⁵⁶ onde estão listados parceiros que incluem empresas farmacêuticas, instituições relacionadas ao futebol, empresas de saúde e sociedades de especialidade como a SBU. É importante ressaltar que empresas do complexo médico-industrial participam regularmente de congressos de urologia enquanto patrocinadores e palestrantes.⁵⁷

Embora assinado pelo Instituto Lado a Lado pela Vida e pela SBU, o *folder* da campanha, dirigido à população em geral, é bem mais diretivo que as recomendações da sociedade – e mais próximo da prática dos(as) médicos(as) mauaenses:

A única forma de garantir a cura do câncer de próstata é o diagnóstico precoce. Mesmo com a falta de sintomas, homens a partir dos 45 anos com fatores de risco, ou 50 anos sem estes fatores, devem ir anualmente ao urologista para fazer o exame de toque retal, que permite ao médico avaliar alterações da glândula, como endurecimento e presença de nódulos suspeitos, além de fazerem o exame de sangue PSA (antígeno prostático específico) (ILLPV, 2016, p.2).

Conflitos de interesse podem não ser suficientes para que se ignorem

⁵⁵ Disponível em <http://www.novembroazul.com.br/> (acesso em 4 de outubro de 2016). A título de curiosidade, encontramos duas outras ONGs voltadas à próstata, embora com menos influência que o ILLPV: a Associação pela Saúde da Próstata (<http://www.saudedaprostata.org.br/>) e o Instituto Nacional da Próstata – InPrós (<http://ong.portoweb.com.br/inprosbrasil/>). Esta última atua através de eventos, palestras e articulações com o poder público em Porto Alegre e proximidades. As páginas foram acessadas em 10 de setembro de 2016.

⁵⁶ Disponível em <http://www.ladoaladodelavida.org.br/> (acesso em 4 de outubro de 2016).

⁵⁷ Além de Rohden (2012), conferir também o sítio de internet do XXXV Congresso Brasileiro de Urologia (2015), disponível em <http://www.cbu2015.com.br/> (acesso em 20 de junho de 2016). Outrossim, em 6 de maio de 2015, a primeira página do sítio da SBU (à época <http://www.sbu.org.br/>) declarava “apoio educacional” de dez empresas médico-hospitalares, dentre as quais Lilly, Apsen, Bayer e Astra Zeneca.

recomendações de especialistas ou resultados de estudos científicos, mas sua presença exige cautela na interpretação destes. De fato, evitar usar informação patrocinada sobre condições médicas e doenças é uma forma de enfrentar a ação danosa das empresas do complexo médico-industrial através da mídia; outras formas são a produção de material independente e acessível sobre saúde e a difusão de informações sobre controvérsias envolvendo as definições de condições de saúde e doenças (Moynihan *et al.*, 2002).

Com todo esse apoio, não é difícil ao ILLPV e à SBU influenciarem práticas profissionais e percepções de médicos(as) e usuários sobre o câncer de próstata. A presença de ambos na mídia desde meados de outubro ao final de novembro e seu trabalho junto a atores públicos e privados de grande influência explica o alcance e a valorização do rastreamento, a despeito das evidências e recomendações públicas nacionais e internacionais em contrário.

Em junho 2015, Ministério da Saúde e INCA publicaram uma nota técnica conjunta (MS/INCA, 2015) em que reafirmam a contraindicação de estimular o rastreamento populacional de câncer de próstata, que repercutiu em Secretarias Estaduais de Saúde do Piauí ao Rio Grande do Sul. Em novembro de 2015, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) publicou um comunicado aos(as) apoiadores(as) da campanha, em que problematizava o rastreamento, esclarecia seus riscos, citava referências nacionais e estrangeiras e apontava para outras formas de cuidado dos homens (SBMFC, 2015).⁵⁸ A carta teve uma projeção enorme, levando o assunto à pauta dos principais meios de comunicação do país e promovendo debates entre urologistas e médicos de família e comunidade (Collucci e Mito, 2015).

Dentre os(as) profissionais que criticaram a campanha, houve divergência se ela poderia ser aproveitada para outras abordagens da saúde masculina.

Eu digo assim, de “olha, os homens têm que fazer... eh... exame da próstata”, sabe? Porque é um tema mais geral, que eles vê na televisão, e aqui a gente já aproveitava, já. Né? Já perguntava as outras coisas (Médico Mauá 65)

Eu acho que o Novembro Azul como foi colocado, muito difícil de mudar isso. (...) Talvez eu começaria abordando outras

⁵⁸ Participei da elaboração do documento, que foi largamente inspirado por esta pesquisa.

coisas, até mais prevalentes, pensar em questões cardiovasculares, pensar em questão de dor osteomuscular; questões de ergonomia, relação com o trabalho... questões de... pode até, a sexualidade eu acho que na verdade é para todo o mundo (Médico SP 27)

Nesse sentido, em novembro de 2014, o Departamento de Atenção Primária à Saúde de Curitiba elaborou uma orientação técnica sobre o Novembro Azul. O texto afirmava a não indicação do rastreamento de câncer de próstata, e sugeria que os equipamentos de saúde deveriam “aproveitar a vinda destes homens para realizar atividades que, de fato, consigam ajudar a população-alvo” (Curitiba, 2014b). Essas atividades incluíam rastreamento de etilismo, tabagismo e drogadição; de hipertensão arterial sistêmica em homens acima de 35 anos; de diabetes em homens hipertensos; sorologias para HIV e sífilis *etc.* Além do de próstata, o documento contraindica os rastreios de câncer de cólon (exceto em indivíduos de alto risco), câncer de pulmão e hipotireoidismo.

A disfunção erétil, por sua vez, foi apontada como uma demanda pouco comum tanto em São Paulo quanto em Mauá – talvez um pouco maior na segunda. A Médica SP 29 chegou a estimar ter atendido cinco homens com esse problema em quatro anos de formada. Além disso, em ambos os municípios, os médicos referiram que raramente ela é colocada de forma espontânea ou clara pelos homens, e muito menos como a primeira queixa de uma consulta – surgindo, por exemplo, por questionamento ativo dos profissionais.

Eu acho que a maioria das vezes [a demanda referente a disfunção erétil] já existia. Que já existia, e mesmo que mascarada por algum outro motivo, a busca ao médico pode ter sido desencadeada por essa demanda (Médico SP 35a)

Outra forma muito citada, principalmente em Mauá, é ser colocado pela esposa, antes do homem passar em consulta (ao fazer o agendamento ou durante sua própria consulta) ou durante um atendimento por outros motivos. Muitas trazem a expectativa de que os médicos abordem ativamente seus parceiros sobre o assunto, temerosas de que eles não expressem um problema que, segundo elas, merece atenção médica.

Senão claramente (o que é raro) ou colocado inicialmente por outrem (parceiras ou profissionais), o assunto costuma surgir *travestido, camuflado, mascarado*, ou

depois de *rodeio*. Todos esses foram termos usados pelos(as) entrevistados(as), e sua escolha é mesmo interessante, sugerindo que o problema surge vestido de outra forma, disfarçado, pretendendo parecer outra coisa, ou de forma evitativa.

Foi possível listar dez demandas masculinas ou formas de se expressá-la que os(as) profissionais associam à possível presença de um problema de ereção:

- a) Pedido de exame de próstata (por associação fisiológica ou ocultação);
- b) Pedido de check-up;
- c) Pedido de vitamina;
- d) Queixa de fraqueza ou desânimo;
- e) Hesitação ou rodeio em explicar o que o trouxe à consulta;
- f) Perguntar se medicação para ereção poderia ser usada no contexto de outra doença, ou se interagiria com remédios em uso;
- g) Perguntar se os remédios que utilizam ou as doenças das quais padecem podem causar disfunção erétil;
- h) Queixa de problemas no casamento (posteriormente relacionados à falta de relação sexual);
- i) Queixa de infertilidade (aparentemente mais relacionada a ejaculação precoce); e
- j) Pedindo de encaminhamento para urologista evitando dar detalhes.

Muitos(as) profissionais referiram limitações no cuidado da disfunção erétil, tanto em consulta, quanto em encaminhamentos. Poucos citaram a prescrição de inibidores da fosfodiesterase-5 (como sildenafila), sendo boa parte deles médicos homens. Muitos recorrem a encaminhamento a urologista ou psicólogo(a).

A disfunção erétil, às vezes a gente tenta conversar, e eu tento conversar, mas eu não tenho muita experiência em uro
(Médica Mauá 52)

Eu falo assim, “eu vou procurar um profissional competente pra cuidar de você”. Eu mando ele... Não passo medicação nenhuma, sabe? Eu faço os exames de rotina e mando pra uro
(Médico Mauá 65)

Alguns(mas) médicos(as) em ambos os municípios reconheceram fatores como *problema* ou *fator psicológico*, *ansiedade*, *contexto de vida* ou *problemas no*

casamento envolvendo a disfunção erétil, condizendo com a forma como se entendia esse transtorno antes do surgimento do Viagra® (Potts *et al.*, 2006; Wiencke, 2006). Entretanto, predomina entre os profissionais uma valorização dos fatores de risco biológicos, destacadamente em Mauá. A idade é um dos mais citados, naturalizando-se uma percepção de que a perda da função erétil é inerente ao envelhecimento e que é surpreendente que alguns idosos mantenham ereção.

Era um senhor, dos seus sessenta anos, sessenta e quatro, com diabetes, insulínodpendente, hipertenso, usava todas as classes que dá impotência (...), em suma, é uma desgraceira; a mulher dele que veio me reclamar que ele não parava [risos], “não teve problema nenhum com a ereção com ele”, quem tinha problema era ela, porque ela tinha falta de lubrificação, enfim, eu tinha que ajudar ela. Pra você ver como varia de pessoa pra pessoa, né? É estranho, não é o comum, uma vez que você é tabagista, que você já tem uma certa idade, e que você usa bebida alcoólica, digamos, só bebida alcoólica, e você é diabético e hipertenso, e usa esses medicamentos, inibidor de ECA, o metildopa, por exemplo, e o tiazídico, né... Há uma impotência natural, né? Mas no caso dele não (Médica Mauá 62)

Potts *et al.* (2006) argumentam que a pressão biomédica por diagnosticar e tratar a disfunção erétil e restaurar a ereção e a penetração negligencia formas alternativas de relação sexual experimentadas por alguns homens, e identificadas por eles como “normais” e “satisfatórias” para si e suas parceiras, além de desvalorizar o entendimento dessas mudanças como consequências positivas do envelhecimento.

A fala da Médica Mauá 62 acima também aponta outro fator muito valorizado pelos(as) médicos(as) na abordagem da disfunção erétil: as “doenças de base”, com destaque para diabetes melito e hipertensão arterial sistêmica; tabagismo e etilismo também foram citados. É comum essas doenças ganharem exclusividade frente a outras causas, entendimentos ou possibilidades de manejo da disfunção.

Eu primeiro instigo pra ver qual é o problema, como eu acabei de falar, a maioria dos problemas são assim, o marido chega, é alcoólatra, bebe, vem bêbado... Eh, aí eu explico para ele as complicações do álcool... Pacientes que é hipertenso, que não se cuidam, né... Diabéticos que não se cuidam, vêm com aquela taxa de açúcar alta, então explico, também... Às vezes o paciente ele é brincalhão, falo assim, “você sabe que isso pode brochar?” [risos] Né, aí eles ficam meio assim, já ficam preocupados (Médica Mauá 52)

A maioria que vem com problema de disfunção erétil ou problema relacionado à parte sexual, são hipertensos, diabéticos, e com todas as comorbidades dessas doenças, eu acho que é muito mais difícil para eles assumirem alguma responsabilidade de tratar dessas doenças, de ter uma diabetes controlada, de fazer uma atividade física, sair do sedentarismo, acho que é muito mais fácil eles tentarem arranjar outro... uma outra doença, uma outra comorbidade, que explique o fato dele tá com algum problema sexual (Médico Mauá 36)

Pinheiro e Couto (2011) também observaram, no contexto das dificuldades de ereção, uma resistência a trazer o problema em consulta (constituindo o que temos chamado de demanda oculta) e uma biologização da abordagem pelos profissionais, focando nos agentes causais mais orgânicos (como medicações e doenças de base).

Figueiredo (2008) também demonstrou que as necessidades referentes à sexualidade masculina são pouco colocadas como algo a ser problematizado ou cuidado e costumam ser abordadas de uma perspectiva biomédica. Similarmente, mostra que necessidades masculinas referentes à subjetividade, às emoções e à saúde mental são pouco presentes em consulta e recebem uma abordagem superficial por parte dos profissionais. Depressão e ansiedade tendem a ser abordadas com foco na medicação; quanto ao etilismo, os profissionais destacam aspectos morais e as interações do álcool com doenças crônicas ou seu tratamento.

A observação dos serviços e as entrevistas sugerem que percepções biocentradas da DE podem decorrer de uma seleção da população atendida que poderíamos chamar de *viés de programação*: se os homens diabéticos têm acesso e seguimento bastante facilitados (como mostraremos mais adiante), queixas não necessariamente relacionadas à “doença de base” também chegam com mais frequência ao consultório, levando à invisibilidade da disfunção erétil em outras populações e a uma percepção generalizada de associação direta entre as doenças que ultrapassa o entendimento de fatores de risco.

[A] maioria são pacientes homens, esses pacientes homens que chegam eles têm uma faixa de 50 a 60 anos, eles são hipertensos, então eles frequentemente, eles passam de 3 em 3 meses comigo, porque são 45 dias, 45 dias [alternando consulta médica e com enfermagem]. (...) Aí, passa, uma, duas, três consultas, aí eles ficam, assim, meio constrangidos, aí chegam assim, “nossa Doutora, há muito tempo eu gostaria

de puxar esse assunto, mas eu tive vergonha”, (...) Mas isso não é de uma hora pra outra, não, eles demoram pra abrir o jogo (Médica Mauá 52)

O tratamento da disfunção erétil deve incluir intervenções medicamentosas e não medicamentosas, e a medicalização da sexualidade masculina e o movimento da indústria farmacêutica a respeito do tema devem ser levados em consideração ao construir uma abordagem (Lexchin, 2006; Pinheiro *et al.*, 2011; Rohden, 2012; Moura, 2015). Ainda assim, é importante reconhecer os inibidores da fosfodiesterase-5 como um recurso eficaz para muitos homens com DE, inclusive aqueles com problemas orgânicos associados (Hatzimouratidis *et al.*, 2010; Modesto e Figueira, 2013). Mais ainda, um manejo adequado de medicações tão populares e tão cercadas de expectativas e *disease mongering* é uma questão de prevenção quaternária.

Outra questão que merece destaque é que nenhum dos profissionais disse conversar com os homens sobre outras formas de relação sexual que não envolvessem a penetração, o que seria uma forma de problematizá-la enquanto demonstração de masculinidade e única forma de obter prazer sexual (Potts *et al.*, 2006; Pinheiro, 2010; Rohden, 2012).

Figura 6. As traumáticas aventuras do filho do Freud

FONTE: Urbano (2015, p. 19).

Um manejo clínico limitado da disfunção erétil na APS pode ter duas consequências negativas para os homens. Primeiro, a resolutividade deste nível fica prejudicada, a respeito de um problema de saúde prevalente e em cujo cuidado um(a) médico de família poderia contribuir sobremaneira (Starfield, 2002). Em segundo lugar, a julgar pelas diretrizes da SBU (Dall'Oglio, 2011; Nardi *et al.*, 2013), a consulta

com urologista tem grande chance de incluir um toque retal e um pedido de PSA. Por isso, muitos homens podem ter sido poupados do exame na atenção primária, mas acabarão realizando-o na atenção secundária, sem que isso contribua para a resolução do problema pelo qual foram encaminhados, e acrescentando os riscos do rastreamento. Isso deve ser levado em conta pelos(as) médicos(as) da APS, considerando que uma de suas funções é evitar consultas desnecessárias com especialistas focais que, “em sua aversão à incerteza, perdem o sentido do preço cobrado pela certeza (diagnóstica e terapêutica)” (Gérvás e Pérez-Fernández, 2005, p. 97).

Quanto aos *outros problemas da sexualidade*, nenhum profissional se referiu ao que Ferron e Lopes (2012) chamam de *transtornos da sexualidade* (como incongruência entre o gênero e o corpo consignado ou parafilias). As DSTs já foram discutidas anteriormente. O grande representante daquele grupo de problemas foi, sem dúvida, a ejaculação precoce. De acordo com as entrevistas com os(as) médicos(as), o problema surgia tanto entre homens mais jovens quanto idosos (diferentemente da disfunção erétil, muito mais comum em idosos), e percebia-se maior associação com problemas psicológicos (também diferentemente da disfunção erétil, onde predominava a relação com causas orgânicas). A dificuldade de expressar o problema era semelhante à da DE, embora alguns profissionais a percebessem como menor.

Foi muito marcante a quase ausência de homens homossexuais e bissexuais nos serviços – ou melhor, a percepção dos(as) profissionais de que essas características raramente surgissem ou fossem relatadas ou perguntadas em consulta.⁵⁹

Em relação à sexualidade, assim, de... impotência, esse tipo de coisa, os homossexuais não reclamaram até hoje não - é que eu tenho pouco, né... (...) Só esses dois [que havia mencionado]
(Médica Mauá 34)

A julgar pela diversidade de expressões de gênero e orientações sexuais na população em geral, e do reconhecimento dos profissionais de que os homossexuais se cuidam mais que heterossexuais, sua *ausência* nos serviços provavelmente se trata de

⁵⁹ Algumas perguntas do nosso roteiro tratavam da relação entre orientação sexual, cuidado e acolhimento. Esperava-se, com elas, abordar aspectos referentes à heterossexualidade, homossexualidade e bissexualidade, mas elas deram espaço para falas sobre outras questões de gênero, como a transexualidade.

invisibilidade, da não percepção dessas pessoas como usuários – ou do não surgimento de questões específicas em consulta. Isso provavelmente decorre da pouca presença de questões de sexualidade masculina em geral na atenção primária em saúde, e da pouca valorização ou dificuldade de abordar esse aspecto por alguns profissionais. Dificuldades relacionadas ao serviço e ao ambiente também foram apontadas pelos(as) profissionais – lembrando nossa discussão anterior sobre a não realização de toque retal por alguns(mas) profissionais.

Pra mim na consulta ainda não tem feito diferença [conhecer a orientação sexual da pessoa]. Mas eu não sei, em termos, por exemplo, de demanda oculta, se tem pessoas que não se sentem à vontade de expressar a opção sexual, é isso, assim, em termos de sexualidade, eu percebo que as pessoas têm mais dificuldades de conversar mesmo. (...) Tanto homens quanto mulheres. Se os heterossexuais já têm essa dificuldade, eu fico com receio dos homossexuais... de ter essa conversa, entende? Porque você já vê que é uma conversa difícil pra homens e mulheres; a gente já sabe que a nossa sociedade é pouco tolerante, é muito mais, né, em um certo grau mais homofóbica (Médica SP 29)

Os que chegam mais assim, sabe? Com escândalo, esses aí a gente percebe. (...) Não só por parte de quem está o acolhendo, alguma coisa, mas das pessoas que estão na unidade. Você percebe. A coisa assim, percebe que tem uma restrição, porque tem gente que se pudesse... Ih, eu acho que agredia (...) No geral, no geral, não, aqui, se chegar um que é todo, como é que eu vou me expressar, é cheio de purpurina, vai, dizendo, chamando a atenção, é visto bem diferente. (...) O mais discreto é melhor. (...) Não vou falar que não tem preconceito, nada, não, porque a gente percebe nitidamente. (...) Eu acho que [o mais discreto é melhor] pra todos, né? (Médica Mauá 61)

A última fala defende que um determinado comportamento (*discreto*) protegeria homossexuais de violências no serviço de saúde – uma perspectiva culpabilizadora da vítima, tanto pior ao considerarmos que esse mesmo serviço deveria se comprometer com o acolhimento da diversidade sexual.

Ainda assim, é interessante notar que boa parte do(as) profissionais tem um ideal de serviço que preconiza a *igualdade* e não tanto a *equidade* no atendimento das pessoas de diferentes orientações sexuais ou expressões de gênero. Alguns médicos(as) de São Paulo confiam que a abertura do acesso resolveria possíveis

obstáculos institucionais (reforçando o grande crédito que esses profissionais dão a essa estratégia, mencionado anteriormente).

Tudo depende de como você o recebe [homem homossexual], se você o recebe como um igual, se você não acha que ele é um... anormal, ele se abre (Médica Mauá 62)

Na minha equipe, não [existem diferenças no acolhimento dos homens conforme sua orientação sexual]. Na unidade, na verdade, isso influencia muito pouco, porque no agendamento do dia a gente não restringe o número de vagas, a gente restringe horário de chegada, então nem que alguém, algum segurança, recepção, qualquer outro funcionário que possa entrar em contato com esse usuário entrando na unidade, ele não tem como cercear ele o acesso à equipe, de nenhuma maneira, “ah, não tem vaga para agora, chegou atrasado”, não, esse limite é o mesmo para todo mundo (Médico SP 27)

Esse ideal demonstra uma preocupação em diminuir o preconceito, mas pode ter efeito contrário: uma visão *essencialmente igualitária* pode não contemplar dificuldades específicas dessas populações, cuja superação exige exatamente o reconhecimento da diferença e o enfrentamento das desigualdades que advém dela – como discutem Scharaiber *et al.* (2010), Machin *et al.* (2011) e Couto e Gomes (2012).

É o que sugere essa fala de um médico de São Paulo:

Pensando no acolhimento como o jeito de conversar e receber essa pessoa numa unidade, eh, você tem gente mais sensibilizada pras diferenças de forma geral, não só as diferenças de orientação sexual, mas como todas as diferenças dos seres humanos, e tem gente menos sensibilizada, então eu não garanto, apesar da gente já ter feito várias discussões, não garanto que por exemplo, o pessoal da recepção não vai recebê-lo com alguma coisa a mais de preconceito ou não, ou alguma coisa a mais de desprezo porque é uma queixa de um homem gay jovem, e às vezes com a voz afeminada e aí as pessoas em geral vão usar a tendência do preconceito comum de dizer que é frescura, que é viadagem (Médico SP 35a)

O reconhecimento da diversidade e das dificuldades que populações específicas possam ter no acesso aos serviços de saúde também se relaciona fortemente à integralidade e à competência cultural da Atenção Primária (Starfield, 2000; Kleinman e Benson, 2006; Mattos, 2006).

A pouca presença – ou melhor, percepção da presença – de homossexuais,

bissexuais, transexuais *etc.*.. na unidade por parte dos(as) entrevistados(as) coloca em questão nossa formulação inicial de que “mulher se cuida demais”/”homens heterossexuais em idade economicamente ativa não se cuidam”/”idosos e homossexuais se cuidam”. Afinal, se os(as) profissionais apontam um cuidado diferenciado daquele dos homens heterossexuais em geral, mas também que eles raros ou inexistentes no serviço, parece precipitado fazer uma afirmação tão categórica como a que se faz a respeito de homens idosos (independentemente de sua orientação sexual).

Já abordamos muitas dificuldades e facilidades no cuidado em saúde relacionadas a ser homem, e discutimos bastante como diferentes entendimentos de APS e organizações da assistência podem influenciar as demandas trazidas pelos homens e as percepções e abordagens dos profissionais sobre elas, principalmente aquelas referentes à sexualidade. Agora, voltaremos nossa discussão para o fenômeno que motivou nossa pesquisa: a demanda oculta.

6.4.4. A Síndrome da Maçaneta e “o gato que sai do balaio”: entendendo a demanda oculta

Médicos(as) em São Paulo e Mauá relataram que queixas de disfunção erétil e outros problemas de sexualidade, bem como queixas genitais, dificilmente são colocadas abertamente na consulta. Quando surgem, frequentemente é ao seu término, quando o profissional estava prestes a encerra-la.

Se tem alguma queixa, já é, de genitais, eles têm certo receio, mas mostram, mas tem um certo receio até de falar, às vezes eles falam, a consulta tá acabando, e eles falam. (...) aí eles tomam esse rumo, assim, tipo, como se fosse, assim, rapidinho, “ah, tem isso também” (Médica Mauá 31)

Tem a síndrome da maçaneta, ou na segunda feira também eles acabam, sempre assistem uma matéria no final de semana na televisão e depois vem querendo fazer um exame de próstata (...) Faz poucos dias eu atendi um caminhoneiro que veio com uma queixa de ombralgia e aí ele tinha um esforço mecânico, que ele descarregava o caminhão, e aí eu fiz um exame físico completo da dor, identificando qual que eram os músculos, se era uma dor crônica, ponto gatilho, e aí ao final de uma grande consulta de dor ele me perguntou se era possível fazer

o exame de próstata, ele achava que por estar acima de cinquenta anos era a idade de realizar o exame (Médico SP 35b)

O nome *síndrome da maçaneta* é famoso entre médicos de família, e não é à toa que ele aparece na literatura em um editorial assinado por um cardiologista que atendida homens com disfunções sexuais (Jackson, 2005). Ela acontece quando uma pessoa, ao fim da consulta, já com a mão na maçaneta da porta, abrindo-a para deixar o consultório, apresenta algum problema de saúde ou preocupação novos que não referira durante aquele encontro. Algumas dessas queixas são facilmente tratáveis ou exigem apenas tranquilização; outras podem exigir quase uma nova consulta – como é o caso de uma DST ou uma queixa de dor precordial (White *et al.*, 1994; Jackson, 2005).

As queixas de disfunções sexuais (como DE e EP) foram das mais citadas como ocultas pelos médicos(as), condizendo com o que Baldwin *et al.* (2003), Jackson (2005) e Chitale *et al.* (2007) apontam. Além destas e de outras queixas genitais ou mesmo demanda por avaliação de próstata, os(as) entrevistados(as) referiram outros problemas que surgiam predominantemente ao fim da consulta ou parecendo uma *revelação* (às vezes, feita pela parceira, ou após um questionamento mais insistente):

- a) DSTs ou medo de contágio;
- b) Queixas osteomusculares;
- c) Uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas
- d) Crise familiar;
- e) Problemas de saúde mental;
- f) Sintomas que o amedrontam; e
- g) Sintomas não valorizados

Esses achados condizem com o estudo de Rodondi *et al.* (2009), onde foram analisadas 92 gravações de consultas em uma unidade acadêmica de APS na Suíça. A *by the way syndrome* ocorreu em 39,1% das consultas, tendo conteúdo biopsicossocial em 39% das vezes, psicossocial em 36%, e biomédico nos 25% restantes. Naquele estudo, *psicossocial* se referia a *stress*, emoções, valores e crenças; *biomédico*, à história médica, sintomas e condições físicas; e *biopsicossocial*, a um *mix* de ambas as categorias. As respostas médicas, entretanto, foram principalmente biomédicas. Além

de demonstrar que a síndrome é comum e geralmente envolve algum conteúdo psicossocial, os autores demonstram um desencontro entre necessidades/expectativas e as respostas médicas. Starfield (2002) comenta o assunto ao apontar que uma das formas de medir o nível de integralidade de um serviço baseia-se no quanto as necessidades dos pacientes são reconhecidas.

Estudos repetidos demonstraram que os profissionais frequentemente não conseguem reconhecer problemas que os pacientes expressam quando buscam atendimento. As deficiências são particularmente pronunciadas quando os problemas são de natureza psicológica ou psicossocial (p. 342).

O impacto desse desencontro pode ser exemplificado ao considerarmos que alguns transtornos mentais como ansiedade e depressão cursam com sintomas físicos como palpitações, boca seca e parestesias, os quais podem surgir também durante a vivência de crises vitais como luto, divórcio e desemprego. Alguns homens podem ter um conhecimento do próprio corpo que os leve a interpretar eventos fisiológicos como sintomas a abordar (*e.g.*, ruídos peristálticos); outros, preocupar-se excessivamente com doença; outros ainda podem mentir em busca de benefícios objetivos ou subjetivos. Em todo caso, são homens que podem comparecer ao serviço de saúde queixando-se de sintomas físicos cuja investigação não mostra causa orgânica, e exames desnecessários podem ser evitados com uma avaliação adequada (Caixeta e Sintzel, 2005; Jamouille e Gusso, 2012).

Dalmaso (2000) aponta algumas dificuldades que as equipes têm no atendimento de queixas sem um componente biológico preponderante: falta de tempo para conversar pela pressão da demanda, dificuldade em apontar ao usuário a relação entre sintomas e sua vida concreta, a resistência das pessoas em lidarem com problemas emocionais e a dificuldade dessas em compatibilizar sua vida cotidiana com um acompanhamento em saúde mental. Tudo isso contribui para restringir a abordagem desse tipo de problema, prejudicando a integralidade e favorecendo a medicalização. A reflexão de Hiriart e Gatica (2014) sobre pacientes policonsultantes é muito cabível:

Se os pacientes policonsultantes se apresentam ante os serviços de saúde com uma doença física, o que buscam pode não ser mais que a possibilidade de uma mediação que permita

simbolizar uma experiência corporal. Por isso não são dóceis, porque a experiência implica uma apropriação da palavra do médico para construir sentido sobre o mal-estar que lhes aflige. Isso faz necessário implantar uma clínica que não pode ser padrão nem praticada em série (p. 222).

A maioria dos(as) profissionais considerou que as demandas que definiam como ocultas – principalmente as referentes à disfunção erétil e outras questões de sexualidade – fossem anteriores à consulta. Ou seja, já eram problemas bem delimitados, que as pessoas recebiam expor.

Eu acho que ele precisou sentir confiança, acho que precisou estabelecer um vínculo, ver que tinha um vínculo bom, né, para conseguir colocar isso [pedido de PSA]. Às vezes eu percebo que muitos saem, mesmo a gente fazendo perguntas abertas, né, ao final questionando “tem mais alguma coisa que eu posso ajudar?”, percebe-se que a pessoa sai e não realizou plenamente as... Não sanou as dúvidas plenamente (Médico SP 35b)

Essas demandas já existentes às vezes são lembradas – ou referidas como tal – durante a consulta. Essa visão parece supor que as demandas são latentes, conhecidas pelo sujeito e captáveis pelo escrutínio médico, condizendo com a afirmação de Barsky III (1981, p. 497) de que “um clínico poderia investigar a causa da visita tão sistematicamente quanto ele ou ela investiga a causa da febre, fadiga ou perda de peso de um paciente”.

Eu acho que a maioria já tinha, já vinha com essa queixa. A queixa dele às vezes não é a doença deles, vem muita coisa atrás, né? E aí é como se fosse a ponta de um iceberg, ele vem com a queixa, mas atrás daquilo vem muitas coisas que você tem que descobrir (Médico Mauá 65)

Uma visão *barskyana* da demanda oculta pode explicar por que alguns profissionais se ressentem quando algum tema importante não foi exposto pela pessoa – principalmente ao considerarmos que o manejo da incerteza diagnóstica é uma grande dificuldade para médicos(as) formados para buscar exatidão, diagnósticos raros e definir muito precocemente o que é ou não é de sua competência (Pérez-Fernández e Gervas, 2002; Gervas e Pérez-Fernández, 2005; Norman e Tesser, 2009). Mais ainda, é preciso se perguntar se essa leitura não subtrai agência do usuário na definição do

assunto a ser tratado na consulta, além de desconsiderar que o serviço (inclusive nas consultas) também gera demanda (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000).

E aí hoje, na terceira vez que eu o via, ele vai e me fala que ele tem câncer e que ele já sabia do diagnóstico há quatro meses atrás. (...) eu disse, “olha, senhor, cê não pode esconder esse tipo de diagnóstico, é grave, não sei o quê”, “ah, não, mas o médico disse, eu achei que ele disse só pra me assustar, eu não levei muito a sério o que ele falou”, eu falei, “então, infelizmente eu tenho que te informar que o seu médico está certo, realmente você pode morrer disso, né, e é câncer, é um diagnóstico... né, ruim e que nenhum médico vai te dar um diagnóstico de câncer pra te assustar. Né?”. “Ah, não, mas é porque às vezes a gente fica meio sem graça, não sei o quê, aí quer testar se o médico é bom ou não...”. (...) Eu acho que ele estava me testando, né, porque o primeiro já sabia, já tinha tomografia, já tinha tudo, aí ele falou “ah, é porque eu tenho uma pasta lá em casa cheia de exames...”. Aí eu falei, “olha, senhor, isso não se faz, cê vai, tá aqui...” (Médica SP 29)

Por outro lado, alguns(mas) profissionais de São Paulo apontam que essas demandas poderiam ocorrer ao indivíduo na própria consulta, seja pela percepção ou elaboração de sintomas, seja pelo reconhecimento da consulta como local possível para discutir outros assuntos.

Já aconteceu até um caso desses mesmo, o paciente veio e falou, “olha, eu quero fazer” [exame de próstata], e quando eu comecei a questionar sobre os sintomas urinários aí que ele se deu conta que ele estava tendo os sintomas urinários, diminuição do jato, uma urgência adicional, eu fiz o toquei e tinha uma próstata aumentada... veio PSA alterado, encaminhei para o urologista... (Médico SP 35b)

Não é que eles vieram para falar sobre isso, sobre, “ah, não estou tendo orgasmo”... “Não tenho prazer na relação sexual com meu parceiro”. Isso realmente não é o motivo da consulta. O principal, a pessoa vem pra outra coisa. (...) Ela percebe que pode conversar sobre outra coisa, ou ela percebe que, ou a coisa fica mais clara na cabeça dela, porque aí dependendo do que a pessoa pergunta, a gente, o que eu percebo é que às vezes parece que pra alguns pacientes, “ah, a doutora falou isso, então, ah, então eu estou tendo dificuldade com a minha relação por causa disso, disso, disso” (Médica SP 29)

A atenção a demandas não evidentes, como dissemos anteriormente, é muito

familiar à psicologia e à psicanálise (Rocha, 1991; Ieto e Cunha, 2007; Gallo *et al.*, 2012). Embora contemple de forma mais profunda o caráter *construído* dessa demanda, esse referencial continua fugindo ao nosso escopo. Aqui, é possível e necessário diferenciar três tipos de demanda oculta:

- a) demandas conhecidas e não ditas, que terão centralidade na nossa análise;
- b) problemas percebidos, mas incompreendidos, não nomeados ou pouco elaborados – onde cabem as demandas construídas durante a consulta e os sintomas medicamente inexplicáveis, discutidos por Tófoli *et al.* (2012); e
- c) demandas surgidas pela intercessão de outrem, que incluem as demandas que surgem graças à percepção e “denúncia” de esposas, bem como necessidades de saúde identificadas ou valorizadas pelo serviço, mas que ainda não se constituíam demandas – nem talvez venham a sê-lo (Siméant, 1984; Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000).

Eu imagino que [queixar-se de disfunção erétil] depende de quão, do tamanho, de quanto que a disfunção impacta. Se eventualmente é um homem que antes conseguia ter duas ereções numa relação, durante uma relação, e agora está tendo uma, ou se ele tem ereção que com frequência ele consegue ejacular, gozar, a mulher também, eles se dão por satisfeito na relação, pode ser alguma coisa que até incomode ele, mas demore mais a surgir. Talvez o cara venha com isso já armado pra falar sobre isso quando tá muito... atrapalhando muito a relação, né (Médico SP 27)

Eu acho que na maioria das vezes já foi alguma coisa embutida pela própria esposa. “Olha, não esquece de falar disso, não esquece de pedir isso”. (...) É um atendimento que ele fala que ele vem pra rotina, e algumas vezes a mulher acaba contando alguma queixa que ela vivencia no dia a dia dela, e ela acaba passando na consulta, e ele muitas vezes não fala (Médico Mauá 36)

No caso do etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas, pode-se confundir um indivíduo em pré-contemplação – que não considera mudar seu comportamento em um futuro próximo (Prochaska *et al.*, 1992) – com alguém que deliberadamente oculta esse problema por vergonha, por exemplo. Não parece justo chamar essas situações de “demanda oculta”, na medida em que ela é uma demanda inicialmente (e, às vezes, permanentemente) alheia, interessando mais ao serviço do que ao indivíduo coloca-la

em questão (Siméant, 1984; Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000).

Comentando sobre o atendimento de uma mulher com sintomas medicamente inexplicáveis e sobre a importância de “*ler na entrelinhas, mesmo que o paciente seja chato*” a Médica Mauá 62 nos oferece uma metáfora útil para ilustrarmos a tipologia das demandas ocultas que propusemos.

Era uma mulher poliqueixosa, jovem... uns trinta anos, tudo que cê possa imaginar ela tinha. Então, eu falei, “então vamos começar”, examinei, nada, pedi Papanicolau, transvaginal, eh... não precisava de mamografia, examinei as mãos, tudo normal, chegamos a pedir endoscopia, porque a queixa era muito grande, ultrassom de abdome, em suma, tudo normal. Aí eu virei pra ela no final, e falei “você já notou que você não tem nada fisicamente, que o que você tem é aqui? [apontou a própria cabeça]. O que é que tem na tua vida que te deixa desse jeito? Você sabe, você nunca me disse, o que é?”. “Ah, eu sei, doutora: meu marido me largou por outra” [risos] Pronto! O gato saiu do balaio. E às vezes não é na primeira, nem na segunda, nem na terceira, né, que cê descobre isso. Aí, assim, eu acredito que até na disfunção erétil, é por aí: é o vínculo que você, é a valorização que o médico dá para a queixa, que muitas vezes ele acha que é uma besteira... (Médica Mauá 62)

Seguindo essa linha, poderíamos imaginar um homem que vem à consulta portando um cesto fechado, dentro do qual há um gato. Em uma situação, ele sabe que ali há um gato, e o peso, o miado e o cheiro o incomodam, mas ele não fala disso – por achar que ter um gato é coisa de mulher, por exemplo. Em outra, ele comparece à consulta dizendo que ali tem algo que faz barulho, se mexe e o incomoda, e, no(s) encontro(s) com o profissional, eles decidem chamar aquilo de “gato” – ou ele descobre que o profissional que o atende é capaz de ajuda-lo em seus problemas com o felino. Numa terceira situação, é o médico (ou a esposa) quem aponta para o balaio e diz: “você anda por aí com esse gato? Um dia ele pode sair daí e te arranhar, ou fazer uma sujeira danada. O que você vai fazer com ele?”.

A busca por exames complementares ou *check up* parece ser uma situação que comumente oculta preocupações (como citado por Connelly e Mushlin, 1986; Hengstler *et al.*, 2002), e a anamnese frequentemente revela uma queixa bem delimitada e nem sempre relacionada diretamente ao exame, como na fala abaixo.

Numa comparação com o Papanicolaou nas mulheres, elas entendem que o Papanicolaou é um exame que vai ver tudo,

então se ela tá com corrimento, se ela tá com uma dor hipogástrica, ela precisa fazer um Papanicolaou que é o que vai mostrar; então pro homem é isso, se ele tá com uma queixa urinária ou sexual é o exame de próstata que vai dar essa resposta pra ele, eu acho que a maioria entende isso como um mecanismo, não entendo tanto como instrumentalização (Médico SP 30)

Nesses casos, ocorre um desencontro de modelos explanatórios entre o(a) usuário(a) e o(a) profissional (Oliveira, 2002; Pendleton *et al.*, 2011). Às vezes, o próprio usuário reproduz discursos médicos hegemônicos e valoriza abordagens medicalizadoras, que priorizam a densidade tecnológica em detrimento da anamnese, do exame físico e do manejo da incerteza diagnóstica (Moynihan *et al.*, 2002; Gervas e Pérez-Fernández, 2005; Norman e Tesser, 2009; Tesser, 2012). O médico, antes mediador entre o sintoma e a doença (ou decodificador entre *illness* e *disease*, como colocado por Oliveira, 2002), passa a ser buscado como aquele que permite o encontro entre o *sintoma* e o *exame*.

“Ah, eu quero fazer o hemograma”, o paciente chega, a maioria quer fazer hemograma. É a queixa do paciente. (...) É que eles acham que hemograma é pra ver anemia, eles acham que a anemia é que é... é causador de todos os sintomas de uma pessoa, né? (Médico SP 65)

Reconhecer que um pedido de exame possa ocultar outra demanda ou preocupação é um desafio. Por outro lado, em raras falas, parecia não se considerar que ele pudesse, às vezes, ser autoexplicativo – ou seja, o médico acreditava que houvesse uma demanda oculta, quando nem sempre ela existe:

Aí coloquei no encaminhamento [de um homem ao neurologista], “tá acontecendo assim, assim, tem toda uma questão”, e eu não conseguia abordar o que era mais interessante, que é me aproximar mais, e talvez tentar achar o que estava por trás de tudo isso, que tem, né, uma causa por trás de tudo isso. Que não é só o medo do câncer, alguma coisa além (Médica SP 30)

Entendidas algumas formas de apresentação de demandas, consideremos agora aquelas mais claras para o indivíduo, mas nem sempre para o serviço – dentre as quais se destaca a disfunção erétil. Quais seriam os fatores envolvidos em sua ocultação ou revelação? Em outras palavras, por que um homem deixaria de dizer a seu(sua)

médico(a) um problema que ele percebe como digno de cuidado, recorrendo às vezes a *camuflagens* e *rodeios*?

É possível depreender alguns aspectos das falas dos(as) profissionais. Quase todos – principalmente as mulheres – apontaram que muitos homens têm vergonha de conversar sobre problemas de sexualidade. Algumas mulheres referem que os homens chegam a se desculpar por falarem sobre o assunto, como se isso fosse ofendê-las. Por conta dessas dificuldades, uma médica sugere que a escolha do profissional pelo usuário poderia facilitar a expressão de certas queixas, e outras contam recorrer a médicos homens – do próprio serviço ou urologistas – em alguns atendimentos.

Eles falam assim, “oh, eu sei que a senhora é nova... né, é mulher, mas eu preciso falar uma coisa” [risos]. Isso eu já ouvi algumas vezes, também. (...) por isso que eu acho que a minha aparência também não favorece muito nesse caso, porque eu tenho uma cara de novinha (...) então eu acho que muitos homens não se sentem muito à vontade para falar comigo (Médica SP 27)

Como eu tô acostumada com isso, falei “oh, existem dois exames, existe o PSA, e tal, mas o mais certo é fazer o toque, é o mais confiável, e tal”, ele, “ah, não, então eu quero fazer o toque”, aí eu falei, “então vamos fazer o exame?”, aí ele, “ah, mas tem que ser com você?”. Eu falei “não, não necessariamente, se você quiser eu posso te encaminhar pro urologista, só que eu não garanto que o urologista vai ser homem!”. Ele “não, mas eu prefiro arriscar” (Médica Mauá 34).

Por outro lado, alguns(mas) médicos(as) lembraram de casos de homens que demonstravam maior naturalidade, mostrando diversidade entre homens na forma de lidar com assuntos comumente difíceis. Médicos(as) em São Paulo e Mauá notaram diferenças geracionais quanto à vergonha dos usuários, mas não houve consenso se homens mais velhos, em comparação aos mais jovens, têm maior facilidade ou dificuldade em expressar queixas sexuais.

Mas tem alguns pacientes que dizem isso com tranquilidade, “ah, eu tenho duas coisas: eu estou com uma dor de garganta e não estou conseguindo ter relação sexual”, tem alguns que falam isso com tranquilidade (Médico SP 30)

Jovem adulto, de 25 a 40 anos, que tem vergonha de passar comigo [a respeito de questões de sexualidade] porque eu sou

mulher. (...) Idosos não tanto, mas são mais adultos jovens; os adolescentes também, numa boa, passam, às vezes eles tem o problema na região peniana, que é uma lesão dermatológica, numa boa. Mas os homens acima de 21, a base de 21 a uns 40, há uma resistência por eu ser mulher (Médica Mauá 52)

Os pacientes mais jovens não têm isso. (...) De ter vergonha de falar. Até de um corrimento uretral, por exemplo... né? (...)Né, os pacientes idosos, alguns, você pensava que eles têm mais receio de falar. Então, tipo, em tempo de consulta, com paciente mais jovem uma consulta falando da saúde sexual dele, apesar de demorada, é mais rápida do que um paciente mais idoso (Médica SP 29)

A expressão das demandas também parece se modificar de acordo com a categoria profissional de quem atende. Médicas percebem que alguns homens não expõem o problema às enfermeiras, mas sim a elas, aparentemente devido à percepção de que apenas as médicas serão capazes de resolvê-lo; outras contam com essa mesma autoridade na tentativa de minorar a vergonha. Vínculo e confiança também foram apontados por médicos e médicas como fatores que ajudam os homens a superar o acanhamento.

Hipertenso, diabético, é uma vez comigo, uma vez com a enfermeira. Toda vez que eles passam com a enfermeira, eu às vezes eu leio o relato, “tá tudo bem, tá tudo ótimo, não tem nada, e tal, só passou por rotina”, aí quando vem comigo eles já falam, “tô com isso, tô com aquilo, tô com dor ali, ah, isso não está funcionando”, às vezes eles não falam para enfermeira, eles tem vergonha. Eles preferem falar pra mim. (...) Que eu já tive pacientes que falou, “ah, por que que eu tenho que passar com a enfermeira? Ela não vai resolver meu problema!”, já ouvi falarem assim, então eu acho, eu acredito que seja por isso. (...) aí ele, tipo assim, “ah, não tem jeito, não tem outra opção, vou contar pra ela porque ela também vai poder resolver o meu problema; a enfermeira não vai resolver, mesmo, então para que que eu vou contar?”. (Médica Mauá 34)

Porque eu sou mulher também, né, profissional, mas eu deixo muito à vontade em relação à questão de vínculo, ele pode, tudo isso a gente aborda, isso, e tal, “não fique acanhado de falar, mas eu sou mulher, sou médica, apesar de ser mulher, conte comigo”, tem a questão, eu sempre trago, do sigilo, “a gente tá aqui entre profissionais”, e tal, eu sempre abro muito

isso pra eles, e aí é quando a gente acaba conversando com essa técnica de comunicação e abrindo isso, aí eles soltam, né, e acaba jogando (Médica SP 30)

Nesse sentido, alguns médicos(as) percebem que os homens às vezes deixam de abordar certos assuntos não por vergonha, mas por não considerar que a consulta na ESF seja um local para tratar desses assuntos. De maneira geral, homens costumam procurar prontos-socorros, farmácias e ambulatórios de sindicatos quando precisam de algum tipo de tratamento (Pinheiro *et al.*, 2002). No caso da sexualidade masculina, há um histórico desinteresse pelo assunto por parte da Atenção Primária brasileira (Figueiredo, 2008; Pinheiro, 2010; Pinheiro e Couto, 2013), e a maior apropriação do assunto passa por um processo de medicalização (Rosenfeld e Faircloth, 2006; Pinheiro *et al.*, 2011; Rohden, 2012). Isso se complica por uma organização dos serviços que, como mostramos, favorece gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos – ou seja, que não dá a entender que os problemas de sexualidade masculina sejam da sua alçada. Assim, ele se distancia de uma Atenção Primária integral, abrangente e resolutiva, como proposta por Mattos (2006) e Starfield (2002), ao mesmo tempo que perde oportunidades de legitimar-se junto à população masculina.

Eu acho que a maioria não é vergonha. Eu acho que é mais a dúvida de “isso eu tenho que, eu converso mesmo com o médico? Ou não?”. (...) eu acho que a dúvida, se realmente é para o médico ou não é pro médico. (...) ele não tem expectativa de falar, de que isso é uma coisa que dá para falar com o médico. Ou com o enfermeiro. Ou com um profissional de saúde (Médica SP 29).

Dois médicos de Mauá apontaram que a forma que as pessoas se expressam pode também se relacionar à facilidade com que conseguem consultas de retorno – em outras palavras, que a necessidade de resolver todos as queixas ou coloca-las de forma atabalhoada pode acontecer porque “*demora pra passar de novo*” (Médica Mauá 31).

Tudo isso indica que a resistência dos homens em falar sobre disfunção erétil não se deve apenas a uma vergonha inerente a essa população: outros aspectos, como geração, procedência, categoria profissional de quem faz o atendimento e sexo do(a) médico(a) influenciam a forma como os homens se expressam. Isso tanto reafirma a existência de masculinidades plurais, quanto mostra que o referencial de gênero não esgota a compreensão da saúde dos homens.

6.4.5. “O bom médico sabe escutar”: relações entre expressão e desfecho

O bom médico sabe escutar. Por mais que bobagem que você escute, você saber escutar, saber, de repente é uma coisa tão pequenininha, e ele está fazendo deste tamanho. Então eu acho que sim, eu acho que tem uma influência, quando vem muita demanda, vem muito na demanda, assim, questão de tirar dúvidas; tem pacientes que não são meus, que chegam na minha porta e falam assim, “Doutora, eu posso fazer uma pergunta?”, “pode. Entra aqui”, “posso fechar a porta?”, “Pode” (Médica Mauá 52)

Quase todos(as) os(as) profissionais de São Paulo e Mauá percebem que a forma como os homens se expressam influencia o cuidado que recebem, mas não houve consenso se seria algo exclusivamente masculino ou se/como afetaria as mulheres.

A mulher, ela consegue, ahn... Ela consegue expressar melhor o que que ela veio fazer na consulta, se ela tá com algum problema ginecológico, ou se ela está com algum problema endocrinológico, ela acaba te contando; na maioria das vezes os homens eles fazem toda uma florida na situação para você tentar buscar o que ele veio fazer, a não ser aqueles que tem um pouco mais de tempo na consulta, que ele vem para aquilo. (...) Eu acho que é cultural. Eu acho que o homem ainda tem a sensação de que ele tem que ser o senhor da casa, o detentor de todos os poderes, e o que vai conduzir a família, e talvez eu acho que ele não se permita achar que ele tá doente ou que ele tenha que fazer algum tipo de tratamento. Principalmente ainda se for em relação a sexualidade (Médico Mauá 36)

Colocar uma queixa de forma a tentar obter um benefício foi colocado também por uma médica de São Paulo – no caso, exame de próstata em uma equipe que desestimula esse rastreamento. É interessante notar que a apropriação do discurso médico pelo usuário é entendida como manipulação, e não como uma forma de interação com o serviço que aciona a informações oferecidas pelo próprio.

Tinha outro médico da equipe e ele já começou a fazer algumas orientações aos pacientes a respeito da questão da próstata, então muitas vezes de falar a questão de fazer quando tiver sintoma, e aí o paciente pergunta, “qual é o sintoma?”. A gente acaba falando. (...) e hoje eu noto que chegam muitos homens falando do sintoma, para não falar que quer o exame ele fala que está com o sintoma, e muitos desses,

como ele falou que tem o sintoma tem que pedir o exame, e vem normal depois, então eu tenho uma leve suspeita que eles estão falando o sintoma mesmo para fazer o exame (Médica SP 26)

Quase todos(as) os(as) médicos(as) percebem que a relação entre a forma como a demanda é expressa (mais ou menos clara, no início ou no fim da consulta) e o cuidado recebido depende tanto de características referentes à consulta quanto ao profissional, a saber:

- a) Atendimentos do dia: se há muitas pessoas a atender em um período e o(a) profissional está preocupado com os atendimentos seguintes ou cansado, é menos provável que seja oferecido um cuidado adequado a queixas pouco explícitas ou surgidas ao fim da consulta;⁶⁰
- b) Tempo de consulta: consultas rápidas dificultam o surgimento de temas ocultos, na medida em que restringem silêncios necessários à elaboração da pessoa, à comunicação não verbal e à possibilidade do(a) profissional explorar demandas não ditas ou pistas verbais e não verbais. Embora se assemelhe ao item anterior, este diz respeito mais à consulta em si (e não a um *estado de espírito* do/a profissional) e faz mais sentido ao considerar agendas organizadas por vagas com o mesmo tempo (por exemplo, doze consultas de vinte minutos cada em um turno de quatro horas);
- c) Facilitação feminina: mulheres às vezes colocam problemas dos parceiros em suas consultas, dando a conhecer queixas não trazidas pelo homem. Essa função de *porta-voz* pode ser útil para algumas pessoas, mas deve ser encarada com cuidado por duas questões que já discutimos: a reprodução de papéis do gênero feminino e a antecipação de questões que ainda não se tornaram demandas para o sujeito;
- d) Habilidade de escuta, disponibilidade, empatia; e
- e) A forma como o homem se expressa influenciando a própria empatia do(a) profissional ou sua decisão de explorar demandas ocultas. Homens que chegam pedindo exames e encaminhamentos a médicos preocupados com prevenção quaternária e resolutividade correm o risco de ser pior ouvidos;

⁶⁰ Por extensão, cabe nos perguntarmos como a prioridade à demanda espontânea na gestão da clínica pode prejudicar a discussão de conteúdos preventivos em consulta.

além disso, alguns profissionais se sensibilizam com posturas mais humildes e repelem em certa medida pessoas mais combativas – mais uma faceta da expectativa de sujeição dos homens pelo serviço.

Stewart *et al.* (2000), em um estudo qualitativo envolvendo médicos(as) e pacientes de unidades de Atenção Primária canadenses, concluíram que uma atenção médica que busca um campo comum com o paciente e responde mais completamente às suas necessidades únicas está associada a melhoras no estado de saúde (como menos preocupação) e na eficiência do cuidado (como menos exames e encaminhamentos). Em outras palavras, se as demandas e preocupações de uma pessoa são mais contempladas em consulta, a atenção tende a ser mais satisfatória e resolutive. Outras pesquisas estrangeiras também demonstram como a atenção a demandas ocultas é fundamental para um diagnóstico abrangente e um tratamento adequado, e como entender as preocupações dos usuários melhora sua satisfação e adesão (Barry *et al.*, 2000; Dyche e Swiderki, 2005; Gross *et al.*, 2008).

As habilidades de escuta, disponibilidade e empatia são discutidas por McWhinney e Freeman (2001, p. 127-150), que consideram também as limitações da consulta e lembram que, às vezes, a dificuldade de comunicação tem mais a ver com o(a) médico(a) que com o(a) paciente. O treinamento em habilidades de comunicação é fundamental para superar essas limitações (Vegni *et al.*, 2002; Leite *et al.*, 2007; Ribeiro e Amaral, 2008; Altiner *et al.*, 2012; Little *et al.*, 2015a, b), mas não esgota a questão. Como apontamos anteriormente, muitos estudos citam a importância de atentar a demandas ocultas, mas sem se deter nos aspectos que as envolvem ou em desfechos mais específicos (Modesto e Couto, 2016).

E quanto aos homens que frequentam as UBSs estudadas, por que é tão importante que demandas sejam corretamente compreendidas, a despeito de não serem sempre colocadas de forma clara? Uma médica destacou limitações à resolatividade, e um médico paulistano resumiu uma das questões mais importantes da nossa pesquisa:

Pensando em resolução de Atenção Básica, né, se eles forem mais detalhados (...) eles se sentem mais à vontade, eu acredito que a gente teria uma resolubilidade melhor, aqui, né, teria menos encaminhamentos pro [outro] profissional.
(Médica Mauá 31)

Quando você me traz, você tem disfunção sexual, inevitavelmente eu vou tentar entender um pouco mais da sua vida, um pouco mais das suas questões, um pouco mais do que significa relação sexual pra você, um pouco mais do que, eh, você entende como necessidade na questão do sexo ou não; quando cê vem me pedindo o exame, às vezes eu vou te dar o exame e pronto. (...) Então tende a ser mais voltado pra questões biológicas, com todas as consequências disso, né, então pode talvez adoecer mais, ou trazer mais iatrogenias causadas por exames desnecessários ou procedimentos desnecessários, porque é mais cômodo você ficar naquela questão inicial, né, vai dar menos trabalho você só responder; o cara “ah, quero um exame”, “então toma o exame”, do que entender o problema por trás da questão (Médico SP 35a)

Assim, é bastante possível que um homem com disfunção erétil ou outro problema de sexualidade que comparece ao serviço de saúde pedindo avaliação de próstata, *check-up* ou vitaminas corra o risco de receber exatamente o que pede e dar início a cascatas diagnósticas/terapêuticas desnecessárias, além de não ter atenção ao problema que o trouxe à consulta.

Isso fica mais claro ao considerar o estudo de Marvel *et al.* (1999), que mostrou que médicos(as) frequentemente escolhem um problema para explorar antes de determinar todas as suas preocupações da pessoa, redirecionando seu discurso inicial em 23 segundos, em média. Uma vez redirecionadas, as descrições raramente são completadas, levando a queixas de fim de consulta – a síndrome da maçaneta – e à perda de oportunidade de obter informações importantes. Um estudo mais antigo (Beckman e Frankel, 1984) já mostrava que os(as) pacientes são interrompidos, em média, em 18 segundos após começarem a falar. Os autores supunham quatro motivos pelos quais um(a) médico(a) pede informações ao paciente e o interrompe logo em seguida. Primeiro, ele pode entender que uma resposta direta como “dor no peito” conclui a informação, autorizando-o a explorar aquela queixa. Segundo, o(a) médico(a) pode assumir que a primeira preocupação expressa é a mais importante (o que não se verifica nem nas falas, nem na literatura). Terceiro, pode se dever a uma busca por um uso eficiente do tempo. Finalmente, uma diferença entre o método de coleta de informações aprendido na faculdade – que a divide em pequenas tarefas, sendo a primeira identificar a queixa principal – e a forma como os usuários (que não

têm treinamento médico) se expressam ou se preocupam.

Somando-se a isso questões de gênero (como a vergonha e a assertividade atribuídas à população masculina), inadequações referentes ao serviço e o *prostatocentrismo*, é fácil perceber que muitos homens são candidatos a uma atenção pontual, apressada, medicalizada e iatrogênica.

Nesse contexto, como facilitar a expressão das queixas dos homens sem depender apenas da intercessão feminina?

No que tange à disfunção erétil, a GlaxoSmithKline (2016) tem sua proposta para a população estadunidense. No sítio de internet do Levitra® (vardenafila), ela orienta como os homens podem conversar sobre o assunto com seus médicos.

Você pode ter sido recentemente diagnosticado com disfunção erétil (DE), ou pode estar interessado em aprender mais sobre DE porque está em dúvida se você tem isso e quer conversar com seu médico. Lembre-se, você não é o primeiro cara a discutir DE com seu médico. Ele ou ela já ouviu disso antes.

O sítio oferece uma série de perguntas que um homem pode fazer a seu médico sobre disfunção erétil, deixando visível um botão para imprimi-las. Algumas delas são “o que é disfunção erétil e como eu sei se tenho isso?”, “a disfunção erétil é parte normal do envelhecimento?” e “eu tenho colesterol alto/pressão alta/diabete. Isso está afetando minha função erétil?”.

Em busca de uma estratégia menos medicalizadora, a resposta de um médico paulistano aponta outro caminho a explorar:

Uma consulta bem feita, eh, facilita a expressão de uma queixa mesmo que é mais difícil de falar; né, isso é muito da relação com o paciente, da comunicação que você estabelece com aquela pessoa, eu acho que dá para uma mulher jovem ouvir de um senhor que está com disfunção erétil se conseguir estabelecer uma boa comunicação, uma boa relação. Então eu acho que tem o que fazer, assim, melhorar qualitativamente a consulta, melhorar a comunicação na consulta (Médico SP 30)

Para diversos autores, uma forma de *melhorar qualitativamente* a consulta é o *Método Clínico Centrado na Pessoa* – MCCP (Stewart *et al.*, 2000; McWhinney e Freeman, 2001; Ribeiro e Amaral, 2008; Norman e Tesser, 2009; Rodondi *et al.*, 2009;

Tesser, 2012; Croker *et al.*, 2013).⁶¹ Ele incorpora seis componentes interativos:

- 1) Explorar tanto a doença (*patient's disease*) quanto a experiência da doença (*illness experience*), incluindo suas quatro dimensões: sentimentos sobre estar doente, ideias sobre o que está errado consigo, impacto do problema no funcionamento diário e expectativas sobre o que deve ser feito;
- 2) Entender a pessoa como um todo;
- 3) Elaborar um plano conjunto de manejo da doença;
- 4) Incorporar ações preventivas e de promoção de saúde na consulta;
- 5) Intensificar a relação médico-paciente; e
- 6) Ser realista quanto a tempo, recursos e trabalho em equipe.

No sentido de explorar tanto a doença quanto sua experiência e diminuir o surgimento de demandas de fim de consulta, Beckman e Frankel (1984), Marvel *et al.* (1999) e Barrier *et al.* (2003) propõem tentar definir as demandas do sujeito (*patient's agenda*) logo no início da consulta, deixando-o falar o mais livremente possível e escolhendo com ele quais assuntos serão abordados naquele encontro. Segundo Rodondi *et al.* (2009), muitos estudos mostram que a *by the way syndrome* pode ser “prevenida ou reduzida solicitando-se a agenda do paciente tão abertamente quanto possível durante a consulta ou usando uma abordagem centrada no paciente que facilite a revelação de toda a sua agenda” (p. 739). Entretanto, os autores também observam que fazer essa pergunta apenas uma vez no início da consulta não influenciou o surgimento da síndrome nas consultas que analisaram. Mais ainda, perguntar sobre as demandas do paciente duas ou mais vezes durante a consulta pode não ser suficiente para diminuir a *by the way syndrome*: a forma de fazer a pergunta também deve ser considerada. Perguntar “o que mais?” (*what else?*) parece mais eficaz que “como vai você?” (*how are you?*) no estabelecimento da agenda do paciente, e questões abertas como “tem mais alguma coisa que você gostaria de mencionar?” são melhores que

⁶¹ O Método Clínico Centrado na Pessoa também é chamado por esses e outros autores de Medicina Centrada na Pessoa, Medicina Centrada no Paciente, Abordagem Centrada na Pessoa, *Patient-Centered Care* e *Patient-Centered Medicine*, apesar da grande diferença entre os termos *paciente* e *pessoa*. Starfield (2011), inclusive, discute diferenças entre *Patient-Centered Care* e *Person-focused Care*. Optamos aqui pelo primeiro nome por ser o que consta na tradução brasileira de McWhinney e Freeman (2001, p. 151-204) e por sugerir que o método pode ser utilizado por profissionais de saúde em geral, e não apenas médicos.

perguntas fechadas como “mais alguma preocupação?”.⁶² Nas palavras de Weiss *et al.* (2013, p. 712),

todos os prescritores deveriam ser encorajados a usar mais questões abertas e perguntar sobre demandas várias vezes durante a consulta. Isso pode resultar em uma maior expressão das preocupações dos pacientes e melhores desfechos para eles.

Essas medidas para “prevenção de demandas aditivas” (palavras do Médico SP 30), enfim, são úteis diante do fato de que muitas vezes aquilo que a pessoa coloca inicialmente não é o que mais a preocupa.

Por outro lado, muitos médicos temem que, deixando o indivíduo falar livremente sobre o que o trouxe à consulta, ela possa se estender indefinidamente.

O paciente, às vezes ele te fala uma coisa, e ele tá querendo dizer outra, então, deixar o paciente falar, em primeiro lugar; né, a queixa dele, mas também não deixar ele contar história da feira, da compra, né, saber fechar o diagnóstico, examinar, e dar liberdade (...) pra ele chegar... aonde ele quer. Na demanda que ele quer (Médica Mauá 62)

Beckman e Frankel (1984) citam esse temor, mas comprovam que, deixadas livres, a maioria das pessoas esgotam seu primeiro pronunciamento em menos de três minutos, normalmente menos de um. Weiss *et al.* tiveram achados parecidos em gravações de áudio de 213 consultas de 20 *general practioners* britânicos: pessoas que não foram interrompidas levaram de um a 240 segundos para completar suas colocações iniciais (50 segundos em média), enquanto aquelas que foram redirecionadas pelo profissional levaram de dois a 132 segundos para sê-lo (26 segundos em média). Marvel *et al.* (1999) já haviam demonstrado que, quando não redirecionadas pelo profissional, as pessoas completam suas colocações iniciais em poucos segundos a mais do que aquelas que o foram.

Outro componente do MCCP é a elaboração de propostas conjuntas. Segundo alguns profissionais, muitos usuários entendem que a recusa de um exame tem a ver

⁶² A pesquisa de Ruiz-Moral *et al.* (2011) faz recomendações parecidas a quem pretende estudar necessidades não satisfeitas ao fim de consultas: “as perguntas abertas com as quais os sujeitos possam fazer sugestões detectam melhor as necessidades não satisfeitas na comunicação médico-paciente que as perguntas fechadas sobre satisfação ou perguntas dirigidas a explorar possível discrepância de condutas” (p. 315)

com restrições financeiras ou operativas do SUS ou do serviço. Diante disso, alguns se frustram e outros se oferecem a custear elas mesmas os procedimentos que esperavam realizar.

Tem algumas pessoas... mais as que não usam com frequência, ou não conhece tanto o serviço, que se você fala que um exame não é necessário, ou que você não acha que vai ajudar naquele momento, eh... algumas pessoas encaram isso como, “ah, é porque está no SUS, é porque tá no postinho...”, “no convênio que eu já tive ou que eu tenho não é assim, lá eles pedem exames”, então é mais difícil de você convencer que você está propondo uma solução boa de saúde (Médico SP 27)

Eles vêm [pedir avaliação de próstata] e fazem questão de fazê-lo, e como parece uma coisa cultural, se você não pede é capaz até de ir reclamar na ouvidoria (Médica Mauá 62)

Diante dos tensionamentos colocados pela postura medicalizada de muitos usuários, Tesser (2012, p. 423) propõe uma “ética da negativa”, pela qual “não se faz o que não é necessário fazer” – mesmo que isso custe trabalho adicional.

Tal trabalho caminha na direção de um processo de ressignificação, construção de parceria, confiança e negociação de planos comuns de manejo das ansiedades e problemas de forma satisfatória para ambos, profissionais e usuários, de forma que nem o usuário seja completamente satisfeito se tiver demandas excessivamente medicalizadas e potencialmente danosas a ele mesmo, nem saia frustrado a ponto de romper o vínculo com o profissional se esse não fizer o que ele espera (*loc. cit.*).

O cuidado na aplicação do saber técnico fica claro na fala desse médico:

Eu acho que colocar isso de cara [evidências questionando o rastreamento de câncer de próstata] é muito conflitivo, eu acho que tem que primeiro ouvir, vê se tem alguma coisa a ser examinada, examinar, fazer uma avaliação e depois propor alguma coisa efetivamente (Médico SP 27)

McCaffery *et al.* (2016) sugerem meios de discutir o sobrediagnóstico em diversos níveis, visando diminuir seu impacto sobre a saúde. No nível individual, os autores indicam a tomada de decisão compartilhada e o uso de recursos de apoio à decisão, uma vez que os usuários “regularmente superestimam os benefícios do rastreamento, testes e tratamentos e subestimam os riscos, e apesar da tomada de

decisão compartilhada se amplamente estimulada, ela não é frequentemente implementada” (p. 1). No nível comunitário, destacam o papel promissor da comunicação de massa e de campanhas dirigidas a usuários. Finalmente, no que tange às políticas de saúde, recomendam o estabelecimento de júris populares para estudar, discutir e decidir sobre políticas de rastreamento, além de mudanças na terminologia de doenças, na medida em que estudos mostram que o nome do diagnóstico influencia a disposição individual por uma ou outra conduta médica.

Finalmente, o Método Clínico Centrado na Pessoa, as perguntas mais abertas e adequadas e saber escutar só ganham sentido e tornam-se merecedoras de investimento para quem reconhece que há dificultadores da comunicação que estão ao alcance dos profissionais. Se determinantes culturais da comunicação (como gênero) e a diversidade das pessoas não forem contemplados, estaremos no domínio das naturalizações e da suposta neutralidade (Schraiber *et al.*, 2010).

Eu acho que como a gente por ser médico de família atende muita coisa e aí a gente atende muita coisa que, que é mais ou menos confortável, no geral e no individual, às vezes tem coisas que é tranquilo para mim e não é pra você, ou o contrário. Ter em mente o que não é confortável pra você trabalhar com isso, né, assim, saber que tem dentro da sala você, o paciente e aquele desconforto, tem três pessoas lá dentro, né (...) Eu discuto isso muito com os residentes quando eu falo de saúde mental, por exemplo, “ai, eu tenho medo dele, aquele paciente é estranho”, então, “então saiba que aqui dentro da sala tem você, o paciente e o medo, tem três pessoas lá dentro, não finge que não tem medo”, entendeu? Então nesse caso não finge que não tem desconforto, tem, tem e tá tudo bem (Médico SP 30)

6.4.6. “Se ele coça o ouvido, quer falar de sexualidade”: questionamento ativo como possibilidade

Como vimos até aqui, a disfunção erétil e outros problemas de sexualidade são difíceis de expressar, apesar do transtorno que muitas vezes causam; a *camuflagem* da demanda pode por os homens sob risco de iatrogenia; e a sexualidade masculina tem sido medicalizada, mas (e também por isso) continua exigindo cuidado de uma atenção primária que se pretenda abrangente e integral. Diante disso, seria o caso de questionar ativamente sobre esses problemas na consulta?

Figura 7. As traumáticas aventuras do filho do Freud

FONTE: Urbano (2013, p. 29)

Um componente da anamnese tradicional, o *interrogatório de sistemas e diversos aparelhos* (ISDA), recebeu elogios (em Mauá) e críticas (em São Paulo) – nesse último caso, pelo risco de gerar demandas desnecessariamente. Uma médica de São Paulo, por sua vez, disse questionar sobre sexualidade como parte da abordagem familiar.

Se for pra perguntar tudo de tudo... aí a gente vai fazer o... a história... antiga, dirigida. (...) É, seria o interrogatório de sistema, você vai perguntando sobre cada sistema. (...) porque aí é a queixa da sexualidade, a queixa dos transtornos de saúde mental, é a consulta de idoso, que às vezes “ah, e aí, cê está ouvindo bem? Cê tá enxergando bem?” Que às vezes eles não trazem... (Médica SP 29)

Eu vou começar a tentar me esforçar assim, o jeito, né, de abordar assim, como se fosse uma investigação mesmo sobre os aparelhos, que a gente aprende, né, da anamnese, a gente faz, acolhe a queixa do paciente, mas também investiga, né, sobre alguns aparelhos, as doenças, que é o último quesito lá embaixo, né, da anamnese... Na faculdade a gente chamava ISDA (Médica Mauá 31)

Outras técnicas e modelos de consulta também surgiram na fala dos(as) profissionais. Alguns citaram que questionários antes, durante ou após o encontro poderiam ser úteis em alguns (falas paulistanas) ou todos os casos (falas mauaenses). Esse tipo de questionário é usado em pesquisas sobre demanda oculta, como a de Ahmad e Ramsay (2009), onde é proposta sua utilização rotineira, com vistas a otimizar a consulta e melhorar a qualidade do cuidado. Por outro lado, é razoável temer que o uso desse tipo de questionário fragmente e objetifique demasiadamente o

cuidado, eximindo o(a) médico(a) de práticas que são do âmbito da consulta (Kleinman e Benson, 2006).

E pensando até em outros profissionais, mas se tem algum profissional que não seja muito, que não seja treinado a fazer um... método centrado na pessoa, um outro tipo de escuta, isso [demanda velada] muitas vezes pode passar em branco. E aí valeria a pena o questionário tipo “como está sua vida sexual? Como está sua vida no trabalho? Como está seu sono? Você sente...?” [risos] (...) Esse tipo de questionário ajudaria a dar a chance de tratar sobre esse assunto que o profissional não está treinado a identificar de maneiras indiretas (Médico SP 27)

No que tange à disfunção erétil, uma pesquisa financiada pela Pfizer elaborou multidimensional e autoaplicável chamado *International Index of Erectile Function* (IIEF). Validado linguisticamente em dez idiomas, o teste se propõe a abarcar cinco domínios da função sexual masculina (função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação com a relação e satisfação geral) em 15 perguntas com respostas graduadas de zero ou um a cinco (Rosen *et al.*, 1997). Na época, o sildenafil estava em testes, vindo a ser aprovado pelo FDA em 1998. A presença de conflitos de interesse e estratégias de medicalização, entretanto, exige cuidado em sua aplicação e interpretação. Para além do objetivo alegado de “desenvolver um questionário autoadministrado que fosse adequado para uso por clínicos e pesquisadores e que fosse minimamente difícil para pacientes” (p. 823), o instrumento sem dúvida aumentaria a sensibilidade de homens e médicos ao problema – o que, por sua vez, aumentaria o mercado consumidor da nova droga.

Alguns profissionais compararam o questionamento ativo sobre sexualidade com outros feitos por eles(as) cotidianamente na UBS, como sobre iniciação sexual e uso de drogas entre adolescentes, sintomas de lesão de órgãos-alvo lesão entre hipertensos e diabéticos e alimentação em consultas de puericultura. Entretanto, alguns médicos demonstraram dificuldades pessoais e da rede em oferecer tratamento e/ou encaminhamento aos indivíduos que tiveram essa demanda identificada – diferentemente do que ocorre com outros questionamentos realizados rotineiramente.

Lógico, você não vai forçar, ele me dá uma resposta, normalmente surge dele. E se a gente forçar em cima da situação, eu vou ter solução? Que solução eu vou ter? Oferecer medicamento? Então a gente espera dele, ele falar

sobre o tema; ele fala: se ele se interessar em fazer algum tratamento, aí que a gente vai... (...) Porque senão nós vamos ter problemas e problemas sem solução! Sem solução, porque a dificuldade é enorme aqui pra gente fazer um acompanhamento de doenças do homem (Médico Mauá 67)

A preocupação com gerar demanda, a comparação com outros rastreamentos e a necessidade de garantir seguimento surgidas nas falas acima indicam a necessidade de avaliar o questionamento ativo de disfunção erétil e outros problemas da sexualidade masculina de forma semelhante a outros exames de rastreamento. Wilson e Jungner (1968, p. 26-7) listaram dez critérios para decisão sobre implementar programas desse tipo, certamente ainda úteis. São eles:

- 1) A condição procurada deve ser um problema de saúde importante;
- 2) Deve haver um tratamento aceitável para pacientes com a doença reconhecida;
- 3) Dispositivos de diagnóstico e tratamento devem estar disponíveis;
- 4) Deve haver um estágio latente ou oligossintomático reconhecível;
- 5) Deve haver um teste ou exame físico adequado;
- 6) O teste deve ser aceito pela população;
- 7) A história natural da condição, incluindo a evolução da doença latente à declarada, deve ser adequadamente compreendida;
- 8) Deve haver uma política consensuada sobre quem tratar como pacientes;
- 9) O custo da busca ativa (incluindo diagnóstico e tratamento de pacientes diagnosticados) deve ser economicamente balanceado em relação ao gasto possível com cuidado médico em geral; e
- 10) A busca ativa (*case-finding*) deve ser um processo contínuo, e não um projeto “de uma vez por todas” (*once and for all*).

A indisponibilidade dos inibidores da fosfodiesterase-5 no SUS, o manejo limitado dos recursos medicamentosos e não medicamentosos pelos(as) profissionais, a falta de uma “política consensuada sobre quem tratar como pacientes” em um contexto em que a indústria farmacêutica busca ampliar mercados consumidores, e a dificuldade de acesso a serviços especializados quando necessário parecem motivos suficientes para que não se questione ativamente os homens em geral a respeito de

disfunção erétil.

O respeito à privacidade e à autonomia *versus* a abertura para a expressão de queixas sexuais foi outro debate colocado pelas entrevistas, ao se considerar os homens (e parceiras) que gostariam que o assunto fosse discutido em consulta, mas que não conseguem fazê-lo pelas dificuldades que discutimos anteriormente.

Eu acredito muito na autonomia da pessoa de buscar um problema, de buscar a solução para um problema que a incomoda. Talvez eu tenha uma série de homens que tenham alguma dificuldade sexual, por exemplo, mas que dão um jeito, se viram ou se contentam talvez, se conformem, na verdade, com essa situação e isso não seja uma questão (Médico SP 30)

Eu não pergunto, eu acho que tem que partir, normalmente partir deles. Cê sabe como é que é, a gente lida aqui, o PSF, a gente mais se preocupa com as patologias que levam o indivíduo a esta situação, e não ele estar numa situação dessas, porque se ele está bem de saúde, eu vou ficar perguntando... A que ponto eu vou levar? Porque aí eu vou entrar na intimidade dele, e o relacionamento que existe, familiar. (...) Então não é fácil você entrar na intimidade do homem (Médico Mauá 67)

É interessante notar que a prática médica envolve invadir muitos outros assuntos considerados difíceis, como fazer busca ativa de sintomáticos respiratórios ou contactantes de tuberculose (Brasil, 2011). No caso dos problemas de sexualidade, parece que o pudor também atinge os profissionais, representando um deslize do técnico para o moral na abordagem médica – como ocorre com outros temas complexos e sensíveis, como a violência contra a mulher (Schraiber *et al.*, 2009).

Uma das consequências (ou propósitos) de qualquer busca ativa é sensibilizar usuários e profissionais sobre determinado tema. No caso da disfunção erétil, o ganho em abertura ao diálogo sem uma formação reflexiva dos profissionais pode ter como consequência uma maior medicalização do tema e um aumento nas prescrições desnecessárias. O reconhecimento desse risco não deve ser entendido como um empecilho à legitimação da consulta como espaço para abordar a disfunção erétil ou outras questões de sexualidade. Pelo contrário: é exatamente no campo feminilizado da saúde e no campo medicalizado da saúde sexual que médicos e médicas de família

preocupados com prevenção quaternária e integralidade têm muito a oferecer.⁶³

Como encontrar o meio-termo entre a abertura ao diálogo e o estímulo à medicalização? Duas falas sugerem caminhos possíveis:

Eu acho que existem situações e também momentos, não dá para chegar na primeira consulta com o paciente chegar e falar “me conta tudo, eu quero saber, e aí?” Então eu acho que existem percepções... você acaba observando, alguns tipos de indicativos na consulta que você acaba abordando mesmo. Dependendo da história, do contexto no geral (Médica SP 30)

Talvez isso, assim, como você tá na sua pesquisa de demanda oculta, se surgir uma coisa do tipo quando a pessoa, sei lá, coça o ouvido, isso quer dizer que ela quer falar da sexualidade dela? (Médica SP 29)

Little *et al.* (2015a, b) chamam atenção para a importância de elementos de comunicação não verbal, dialogando com a Médica SP 29 acima. McWhinney e Freeman (2001) comentaram que algumas pistas devem “alertar o médico para o fato de que ele possa estar trabalhando em um contexto pessoal e interpessoal e não em um contexto clínico-patológico”, como “consultas frequentes para os mesmos sintomas ou com múltiplas queixas” e “uma pessoa adulta que consulta com o acompanhamento de algum parente” (p. 133-4) – como ocorre com muitos homens atendidos na APS. Enfim, parece que um dos elementos mais importantes a respeito da abordagem de demandas ocultas é saber que elas podem existir. Barsky III (1981, p. 492), por sua vez, lista quatro situações em que o médico deve suspeitar que haja razões não biomédicas para uma consulta, sugerindo ações dirigidas a cada uma:

Primeiro, alguns pacientes podem parecer exageradamente preocupados com seus sintomas. Perguntar a eles o que imaginam estar causando o transtorno pode tornar a consulta mais inteligível. Segundo, sempre que o ato de diagnosticar parecer pouco importante, o médico deveria perguntar ao paciente como ele esperava que o médico poderia ajudar.

⁶³ Tesser (2012, p. 424) faz uma reflexão parecida quanto a uma área em que a medicalização social é particularmente excessiva: a saúde mental. Se, por um lado, “os saberes biomédicos e psiquiátricos instituídos tendem a medicalizar, alienar e cronificar sofrimentos e sintomas diversos”, por outro, “é justamente nessa área do cuidado que os vínculos e vivências são, em particular, poderosos terapeuticamente”. Para ele, a prevenção quaternária em saúde mental passa por uma abordagem biopsicossocial que busque “uma reconstrução das subjetividades e a superação dos sofrimentos de uma forma mais participativa, menos estigmatizante e menos alienada”.

Terceiro, pacientes que se mostram insatisfeitos com seu cuidado médico deveriam ser questionados quanto a isso, uma vez que podem estar insatisfeitos porque a real motivação em buscar cuidado não foi clareada. Quarto, pacientes que começam a consulta sem nenhuma mudança no quadro clínico deveriam ser questionados quanto a estressores na vida.

Em nosso caso, parece razoável questionar duas populações a respeito de disfunção erétil. Uma é aquela de maior risco (como diabéticos), em que essa investigação se enquadraria na busca por lesões de órgãos-alvo – como alguns(mas) entrevistados(as) disseram fazer, e de acordo com o que sugerem Tejero *et al.* (2010). É preciso, entretanto, desviar-se de abordagens reducionistas ou biocentradas e do sobrediagnóstico.

Outro grupo a ser questionado é o dos homens que expressam alguma das dez demandas relacionáveis à DE, as quais voltamos a listar:

- a) Pedido de exame de próstata (por associação fisiológica ou ocultação);
- b) Pedido de check-up;
- c) Pedido de vitamina;
- d) Queixa de fraqueza ou desânimo;
- e) Hesitação ou rodeio em falar sobre o que o trouxe à consulta;
- f) Perguntar se medicação para ereção interagiria com remédios em uso;
- g) Perguntar se remédios ou doenças podem causar DE;
- h) Queixa de problemas no casamento (relacionados à falta de relação sexual);
- i) Queixa de infertilidade; e
- j) Pedido de encaminhamento para o urologista sem dar detalhes.

Assim, faz bastante sentido a prática expressa por esse profissional de São Paulo:

É comum surgir [busca por avaliação de próstata] no contexto de impotência, então vir um paciente que tá com impotência e acha que isso tem a ver com a próstata (...) Ele acha. Ou até pergunta, né. Na verdade assim, toda vez que têm me perguntado “ah, Doutor, não tem que fazer exame de próstata?”, eu pergunto primeiro “por que que cê, o que que tá te fazendo, o que que tá acontecendo pra você pensar que você precisa fazer exame de próstata?” (Médico SP 27)

6.5. Conversando sobre a saúde: análise das entrevistas com usuários

A única pessoa que eu converso um pouco sobre a minha saúde é minha mulher. “Como é que foi o seu dia hoje?”, “foi bom, excelente”, então tudo bem, cabou [risos] Essa é a conversa todo o dia. Entendeu? Então, a gente quase não tem tempo pra conversar sobre a saúde (Usuário SP 38)

Os usuários participantes em Mauá tinham entre 52 e 70 anos; em São Paulo, entre 30 e 76 anos (metade destes tinha entre 30 e 47 anos).⁶⁴ Isso condiz com a percepção dos profissionais de que a prioridade à demanda espontânea favoreceu o acesso de homens mais jovens em São Paulo, e de que idosos e pessoas em seguimento de doenças crônicas se destacam nas UBSs de Mauá.

Nas duas cidades, entrevistamos homens indicados por questões da próstata e por disfunções sexuais (especificamente disfunção erétil e ejaculação precoce). Não recebemos nenhum homem atendido por *transtornos da sexualidade* – problemas relacionados à identidade, à orientação ou à preferência sexual (Ferron e Lopes Jr, 2012). Além disso, todos faziam referência a práticas heterossexuais. Uma tabela com essas e outras características dos usuários entrevistados e incluídos encontra-se no apêndice J.

Se a discussão da análise das entrevistas com profissionais seguiu uma ordem que ia de aspectos mais gerais (homens, saúde, organização dos serviços) a mais particulares (demanda oculta e sua exploração), faremos o contrário nas entrevistas com usuários. Partindo do cenário em que foram captados para a pesquisa (em consulta, ao surgirem questões referentes a próstata ou disfunção erétil) até considerações mais gerais sobre saúde e relação com os serviços, faremos um trajeto do particular ao geral. Isso condiz com o local de fala desses entrevistados: homens que buscaram o serviço, expuseram algumas questões, por vezes ocultaram outras, e que estão inseridos em uma teia de significados mais abrangente. Foram esses os temas de análise:

- a) Homens em consulta;
- b) Próstata;

⁶⁴ Os dois entrevistados excluídos tinham 68 (São Paulo) e 40 anos (Mauá).

- c) Disfunção erétil/impotência sexual;
- d) “Quem tem saúde não vai no médico”: homens e saúde;
- e) Homens e serviços de saúde.

Há de se perceber um desbalanço de tamanho entre os tópicos dedicados ao segmento dos profissionais e dos usuários. Isso decorre da opção por evitar redundâncias na discussão, na medida em que as referidas teias de significados dos usuários têm muitas tramas sobrepostas àsquelas dos profissionais.

6.5.5. Homens em consulta

As entrevistas com usuários permitiram entender melhor os fatores que influenciam a expressão de demandas em consulta – não apenas relacionadas a disfunção erétil e outros problemas da sexualidade, mas a assuntos difíceis em geral. Foi possível apreender fatores mais relacionados à pessoa que se consulta, ao(à) médico(a) que o atende, e, de forma mais compartilhada, à relação em si. Embora compartimentalizado, o esquema da Figura 8 é bastante útil do ponto de vista didático.

Figura 8. Fatores que influenciam a expressão de demandas em temas difíceis

MAIS LIGADOS AO HOMEM	MAIS LIGADOS AO PROFISSIONAL	MAIS LIGADOS À RELAÇÃO EM SI
<ul style="list-style-type: none"> - Vergonha (principalmente de médicas, mas também de médicos); - (In)capacidade de demonstrar fraqueza; - Medo de desrespeitar médica; - Obrigação de falar tudo, não esconder nada; - Perceber que o dado é importante à investigação; - Assunção das consequências de não falar; - Entender o escopo do generalista e do especialista; e - Educação (instrução e polidez) 	<ul style="list-style-type: none"> - Saber técnico e profissionalismo/autoridade; - Habilidades de escuta; - Habilidades de investigação; - Respeito ao tempo do indivíduo; e - Educação (polidez) 	<ul style="list-style-type: none"> - Perceber o(a) profissional como um amigo; - Vínculo; - Sentir-se cuidado; e - Consultas de seguimento

Vínculo e profissionalismo (com um provável componente de *autoridade*) foram fatores muito citados pelos homens como motivos para superar a vergonha, mesmo entre aqueles que reconheciam que ela ainda era uma dificuldade.

Eu acredito que homem pra ficar pelado na frente da médica, só se ela falar “abaixa as calça!”. Porque o cara, ele vai ficar com vergonha, não sei, é mais ou menos isso daí, aí o médico, o que acontece, o médico você fala uma coisa pra ele, na brincadeira, ele já vai te conquistar; por ele ser homem, também, né, não sei [risos], tem, tem problema na sexualidade sim, é verdade, é. Não pelo profissionalismo, mas... mais por ser mulher (Usuário SP 38)

Croker *et al.* (2013) observaram que aspectos interpessoais da consulta estão fortemente associados à confiança no profissional, sendo o mais forte deles a percepção de ter seus problemas levados a sério. A contribuição de outros aspectos variou com a idade e a etnia (mas não tanto com o sexo) dos mais de um milhão de participantes questionados, e a influência do envolvimento em decisões compartilhadas na confiança depositada no profissional também foi notável. Lefkowich *et al.* (2015), por sua vez, indica que os homens comumente relatam não se sentirem acreditados, cuidados ou ouvidos pelos profissionais de saúde, além de não conseguirem encontrar cuidado personalizado ou serviços mais amigáveis à população masculina (como ações no trabalho ou comunidade).

A influência da paridade de gênero entre usuários e profissionais não pode ser avaliada apenas do ponto de vista da vergonha. Vários pesquisadores apontaram diferenças objetivas na prática de médicos e médicas atendendo homens e mulheres, como uma disposição maior das médicas em oferecer cuidados preventivos e uma melhor avaliação de satisfação por parte dos atendidos (Bertakis *et al.*, 1995), e diferenças na incerteza diagnóstica e percepção de demanda oculta de acordo com o sexo do(a) paciente e do(a) médico(a) (Gross *et al.*, 2008). Por outro lado, interessantemente, Potts *et al.* (2006) não perceberam grandes diferenças nas experiências sexuais relatadas por homens a entrevistadores ou entrevistadoras.

Alguns homens, principalmente em Mauá, se queixaram de não ter consultas de seguimento mais frequentes, e isso parecia mais uma tentativa de ter mais oportunidades de encontro com o serviço – onde poderiam trazer demandas não relacionadas à doença crônica, como eles e os profissionais apontaram que ocorria –

do que uma preocupação exagerada com a saúde.

Esse quadro fortalece a necessidade de valorizarmos o Método Clínico Centrado na Pessoa, discutido na análise das entrevistas com profissionais. Não podemos esperar que todos os usuários tragam suas queixas como o Usuário SP 38 abaixo: a raridade desse tipo de expressão foi, inclusive, um dos motivadores dessa pesquisa.

Eu cheguei pra ela, igual eu havia dito há um tempo atrás, falei pra ela que eu tô com problema de relação sexual, de ejaculação precoce, bom, eu expliquei tudo pra ela, não omiti nada, mesmo ela sendo mulher, ela é médica, né? Ela é médica, ela estudou pra isso, tem que confiar nela. Aí eu falei “Doutora, tá acontecendo isso, eh, eu tô tendo ejaculação precoce, e o uro[logista] me passou essa medicação, e eu queria que a senhora me ajudasse e me receitasse essa medicação, mediante a senhora ver e analisar se realmente eu preciso”. Entendeu? Aí ela avaliou, e ela pegou e me passou de novo a Paroxetina, mas ela deixou bem claro, “[Nome do usuário], eu só vou te dar pra trinta dias, pra você voltar em consulta” (Usuário SP 38)

6.5.3. Próstata

[O que poderia facilitar o acesso dos homens ao serviço de saúde?] Ah, ter mais, eh... público, a televisão... rádio... abrir mais espaço, mais a cultura, né? É pro ser humano ter mais... Entendeu? Se abrir mais. (...) Falar que o homem tem câncer de próstata, vai ficar impotente, vai morrer, vai fazer aquilo, tem que orientar, pros cara, tá morrendo muitos homem, entendeu? (Usuário Mauá 58)

O câncer é o problema mais citado a respeito da próstata (frequentemente de forma exclusiva) e o câncer de próstata é reconhecido como um dos problemas mais importantes da saúde do homem, sendo lembrado como um dos que homens têm diferentemente das mulheres. Mesmo considerando que parte dos entrevistados foi convidada em consultas onde se falou sobre próstata (portanto, pessoas mais sensíveis ao tema), ficou clara a importância que esse problema tem na percepção dos homens (também observada por Figueiredo, 2008). Alguns entrevistados associaram *problema de próstata* a sintomas urinários, e uns poucos fizeram a associação com disfunção erétil que alguns(mas) profissionais haviam apontado em suas entrevistas.

O problema de próstata é, sempre dá câncer, né? Câncer, né, a doença que dá no homem, né, negócio de próstata, essas coisa, né, é o câncer, que cem por cento ele é... sempre é tomado... a parte masculina (Usuário SP 61b)

Ela [esposa] faz questão de estar no médico, de me acompanhar, que ela é uma pessoa muito, ela se preocupa muito com a minha saúde, né... Tanto que ela nem cobra muito sobre relação [sexual], que ela sabe, eu falo “filha, não é de mim, eu sei lá o que tá acontecendo”, entendeu? Então a gente põe na cabeça, pensa que já é problema de próstata, não sei de quê (Usuário Mauá 52)

Nesse contexto, as entrevistas evidenciam dois motivos principais pelos quais os homens buscam avaliação de próstata: a) associação fisiopatológica com disfunção erétil no imaginário dos homens (como demonstrado pela fala acima);⁶⁵ e b) medo de câncer, seja por influência da mídia, histórico na família ou em conhecidos. Ambos os motivos haviam sido citados de alguma forma também pelos(as) profissionais.

Uai, mas se passa na televisão, se passa você vê... como fala, um programa, alguma coisa, uns médicos falando, quer dizer, você chega aqui, ela fala “não, não é preciso, só se você estiver sentindo isso, sentindo”, mas pô, eu vou esperar sentir pra mim poder fazer o meu exame, eu não posso fazer antes pra tentar já amenizar? A minha situação? Porque a situação pra muita gente, câncer de próstata, pra quem conhece e tem... que nem eu, eu acompanhei alguns casos, né, não na minha família, mas em outras famílias, pessoas que teve que esperar ali o momento certo de ir embora. Sabe, nem levantar da cama não levantava mais (Usuário SP 47)

É que eu vejo o pessoal falar, né, que a próstata como uma doença pesada, né? E quando ela vem, e a gente vem perceber ela já dá, o cara já tá... Né? Ela não dá sintoma, parece. Assim diz o pessoal que já tiveram. Né? Que teve problema com ela, e tem, né. Outros. Então aí... é isso que deixa a gente intrigado com isso aí, né. Mas eu acho que isso é mais pra pessoa que já tem gente na família que tem já um... problema com isso aí (Usuário SP 57)

⁶⁵ Não é à toa que o Ministério da Saúde (Brasil, 2010, p. 65) recomenda aos profissionais perguntar aos homens que demandam PSA se eles sabem onde fica a próstata – o que serviria inclusive para explicar-lhes o propósito do toque retal.

Mesmo que com alguma confusão entre prevenção e detecção precoce, muitas pessoas com e sem disfunção erétil têm, de fato, medo de câncer de próstata, confiando no rastreamento como forma de evitar morrer por esta causa – o que condiz com as recomendações da SBU, mas não com as do USPSTF, INCA, MS e SBMFC. Mais ainda, muitos homens iniciaram ou esperavam iniciar o rastreamento aos 40 anos – o que não condiz sequer com a recomendação atual da SBU –, reportando-se a recomendações da mídia ou de médicos.

Eu falei [com cardiologista], que sempre eu vi na televisão que a partir dos quarenta anos é bom a pessoa procurar, fazer, né, falei “então eu já tô com quarentão, então deixa já...” Eu que comentei com ele (Usuário SP 43)

Gomes *et al.* (2008) e nossas entrevistas mostram que o “exame de próstata” traz pavor ao coração de muitos homens – o que não condiz com a adesão ao rastreamento por parte dos entrevistados.⁶⁶ Haveria outro fator além do esclarecimento, o atendimento a recomendações da mídia e o medo de câncer?

Enquanto Ross *et al.* (2006) demonstram a importância do aconselhamento médico na realização do PSA, as entrevistas com usuários (e profissionais) indicam que a realização do rastreamento do câncer de próstata por meios que não envolvam, pelo menos a princípio, o toque retal, facilita a busca por esse tipo de avaliação pelos homens, bem como a manutenção do seguimento.

A tecnologia, antigamente, num, sei lá, você ia fazer um exame antigamente, em urologista era no dedo, né? Hoje não, hoje é no aparelho, ultrassom, colher sangue... Antigamente era no toque, né? Então... Ainda tem médico no toque, não se isso existe, ainda. Então os caras já não ia, né? (Usuário Mauá 58)

Por exemplo: você conversa com alguém, o cara fala assim, “ah, você já tá chegando perto dos quarenta... Ah, vai ter que fazer o [estala a língua] o toque lá do médico”, homem morre de medo de médico, só de falar em médico, ele já lembra do... [toque retal] (...) Todo mundo que você conversa na rua, ele já fala disso, já, então o homem tem medo de médico! (Usuário SP 38)

⁶⁶ Uma anedota ilustra bem como esse exame pode ser perturbador. Um homem vai ao urologista sabendo que fará, pela primeira vez, um toque retal. Ao despir a calça e deitar-se, saca um revólver e deixa-o junto à cabeceira do leito. O médico, amedrontado, pergunta: “o que você vai fazer com essa arma?”. O homem responde: “fica tranquilo, doutor, a arma não é para você, é para mim... Paro caso de eu gostar do exame”.

Se a famigerada resistência masculina a cuidados preventivos pode ser um problema a superar em se tratando de temas como hipertensão, obesidade e DSTs, no caso do rastreio de câncer de próstata, ela acaba *protegendo* os homens de intervenções desnecessárias. Por outro lado, a não realização do toque retal pelos médicos que optam pelo rastreamento é um fator que facilita a adesão dos homens, podendo recolocá-los em risco de iatrogenia. Além do mais, ela também representa uma subversão das recomendações da SBU, que preconizam a realização de PSA juntamente com toque retal (Dall'Oglio, 2011; Nardi *et al.*, 2013).

Não só a literatura indica que o rastreamento do câncer de próstata e o tratamento decorrente podem representar riscos à saúde dos homens: alguns deles testemunharam isso com pessoas próximas.

Meu pai teve um caso semelhante, que até hoje não sabe se era ou não era [câncer de próstata]. Né, porque sumiu, desapareceu. Falaram que já tava do tamanho duma laranja, né, porque não tinha o que fazer mais, mas... Foi pra casa, ele usou acho que seis meses durante o dreno, ficou internado uns dois meses, né, foi pra cirurgia e tudo, isso e aquilo... Foi até por engano numa cirurgia, que nem precisava, né, que ele veio quase falecer porque ele tava debilitado, né, que os médicos tavam tentando fazer o dreno, eles achavam que tinham furado a bexiga, e aí tiveram que abrir ele às pressas. Mas... até aí foi um engano. Né, porque minha irmã trabalhava nas clínicas, trabalhava no InCor então ela aceitou conversar com os médicos. E os médicos falou “ah, infelizmente a gente pensou que tinha estourado a bexiga, e tal, mas nós vimos que não”. E depois foi indo, fez os exame, foi pra casa com o dreno, tirou... Mais nada. (Usuário SP 47)

Ainda assim, alguns fatores a respeito das ideias dos entrevistados sobre o câncer de próstata merecem discussão.

Em primeiro lugar, o acometimento de conhecidos pode se dever, em grande parte, ao sobrediagnóstico decorrente da realização do próprio rastreamento (INCA, 2014a). Em segundo lugar, o negativismo sobre o tratamento tardio pode se dever tanto às mensagens da mídia (comprometida com a geração de demanda e a promoção de intervenções independentemente da adequação destas) quanto à demora na realização de biopsias e tratamentos. Pensando na rede de atenção à saúde, percebe-se que essa demora pode decorrer em grande medida do próprio sobrediagnóstico: se os serviços de referência em urologia recebem uma grande quantidade de indivíduos

diagnosticados por rastreamento, ocupando vagas de consulta e salas de cirurgia sem que isso resulte em diminuição da mortalidade geral e específica (Moyer, 2012; Ilic *et al.*, 2013), muitos homens diagnosticados quando já apresentavam sintomas terão dificuldade de obter tratamento oportuno.

Aí fui fazer, fui esperar pra fazer a biopsia, esperei... dois anos, é isso mesmo, falei que tem três anos, esperei dois anos, inclusive eu viajei pro norte, que todo fim de ano eu vou no norte (...), nessa última vez que eu fui, eh, já tinha comprado a passagem pro dia... pro dia quatro, aliás, pro dia dois, e eles me chamaram pra fazer a biópsia no dia quatro, aí eu fui lá, falei “oh, eu não vou fazer não, já esperei dois anos e não me chamaram, agora não vou perder minha passagem, não”
(Usuário Mauá 70)

Em terceiro lugar, a desqualificação da busca pelo serviço desencadeada por sintoma por parte de profissionais e usuários é outro problema. Se a UBS não estiver preparada nem legitimada para acolher “o homem que nunca foi no médico” e que vem a ter, por exemplo, diminuição do jato urinário, poderemos ter atraso diagnóstico e consequente aumento nos diagnósticos de câncer em estágios mais avançados. Esse retardo pode ser ainda maior ao se considerar a importância que as *doenças de base* ocupam nos modelos organizativos e explicativos da APS – ou seja, uma queixa de poliúria pode ser facilmente atribuída à descompensação do diabetes ou efeito colateral do uso de diuréticos, desconsiderando-se as afecções prostáticas no diagnóstico diferencial.

Em outras palavras, se os serviços de APS não atentarem adequadamente às queixas urinárias (pela desvalorização da demanda espontânea e seu enquadramento em paradigmas limitados); os serviços secundários estiverem cheios de pessoas diagnosticadas com câncer, mas assintomáticas (para as quais a espera fará menos diferença do que para aquelas com cânceres sintomáticos); e considerar-se ainda a dificuldade que os serviços de APS têm em oferecer cuidados paliativos (Neergard *et al.*, 2008),⁶⁷ fortalece-se uma ideia de que a única forma de tratar adequadamente o câncer de próstata é mediante o diagnóstico ainda na fase assintomática, e de que os

⁶⁷ O estudo dinamarquês indica que “parentes experimentam cuidados paliativos insuficientes, principalmente devido a problemas organizacionais e cultural entre profissionais. Há falta de cuidado compartilhado. O cuidado paliativo na Atenção Primária em geral carece de melhora, tanto em termos de conhecimento profissional, atitude, disponibilidade e habilidades de comunicação” (p. 1).

homens diagnosticados por sintomas estão fadados a morrer com muito sofrimento.

O tratamento agora tá precário. Que esse meu amigo, mesmo, tá com câncer de próstata, ele fez agora a biópsia, e não deu nada, ele falou que não passou pros ossos ainda. Mas vai passar! Vai passar, porque o senhor sabe que tem a tal da metástase, lá, né. Aqui, o senhor acha que o câncer vai esperar? Ele vai pra ele, ele vai pegar ele, vai pegar ele, ele vai, ele vai... Eh... Porque o médico tentou tirar aquela sonda que tem dentro do pênis dele, tentou tirar, mas ele não conseguiu urinar, porque o tumor já... já encheu, o tumor já encheu o canal, a próstata dele encheu. Então não passa urina, não passa mais nada, então tornaram a tirar, tiveram que enfiar de novo. Então isso aí, porque tá grande, já, pra caramba, porque isso, vai ter que extrair a próstata todinha, que provavelmente já vai dar a metástase nele, que... Vai passar pra outro órgão, né, e vai matando, vai matando o cara (Usuário SP 61a)

6.5.4. Disfunção erétil/impotência sexual

*I was eighteen
Didn't have a care
Working for peanuts
Not a dime to spare
But I was lean and
Solid everywhere
Like a rock
(...)
Like a rock, I was strong as I could be
Like a rock, nothin' ever got to me
Like a rock, I was something to see
Like a rock⁶⁸*

O termo *disfunção erétil* era conhecido por poucos entrevistados, que conheciam mais *impotência* sexual. Ambas as expressões, no entanto, são associadas a diferentes problemas, como perda de libido, dificuldade em obter e manter uma ereção satisfatória, ejaculação precoce e ejaculação em pequena quantidade ou “fraca”.

Você já não sente mais aquela vontade, você não sente mais (...) é problema, porque... eu não me sinto na idade, assim, de tá... numa... de chegar numa situação dessas eu não me sentia legal, né (Usuário Mauá 52)

⁶⁸ Bob Seger & The Silver Bullet Band – Like a rock. In: *Like a Rock*. Capitol, 1986.

Eu creio que seja... na relação sexual, o... as funções meio descoordenadas, né? (...) Descoordenada é a pessoa que tem ejaculação precoce, eh... eh... erétil, você falou (Usuário Mauá 53b)

O levantamento, né? É a função, a força do endurecimento penial, né? (...) Graças a Deus, da minha parte, ainda tá bom; isso aí não é problema (Usuário SP 61a)

Os entrevistados estabeleceram relações muito fortes entre problemas de ereção, envelhecimento e comorbidades, em especial o diabetes, por vezes citando orientações médicas que reforçavam essa relação. Também houve uma percepção de que os problemas da sexualidade (especialmente disfunção erétil) são mais uma das manifestações de adoecimento e limitações decorrentes do envelhecimento. Esses achados indicam que o discurso de declínio discutido por Potts *et al.* (2006) está presente não apenas presente nas falas individuais dos dois segmentos entrevistados, mas é reproduzido nas relações terapêuticas vivenciadas.

[O médico] fala “Seu [nome do usuário], quando chega aí a certa idade (...) o pênis está assim. Depois vai assim... [gesticula] Você é novo, ele tá assim, né, é que depois ele vai indo, vai, a idade vem, ele vai perdendo a potência”, isso é... é do ser humano, não tem como. Nem que cê queira falar que é machão, não adianta! É do ser humano. Eu acho que a pessoa não deve ter vergonha não, porque... isso aí é idade, aí cê vai com setenta, não vai dizer que com trinta ou quarenta anos pra setenta e seis anos, oitenta, noventa, que a pessoa tenha, pode até ser que tenha... organismo... que segure o pênis na ereção com essa idade, não sei se tem, não. É difícil (Usuário SP 76)

As falas dos usuários também reafirmaram que os(as) médicos(as) tinham dificuldade em manejar os tratamentos disponíveis e resistiam a utilizar medicações na presença de doença de base, creditando grande impacto ao controle da glicemia e da pressão arterial – o que o entrevistado abaixo percebeu que nem sempre se confirma.

Uma pessoa que é doutor, né, porque ele tem a solução disso aí, eles estudaram em cima disso, né, então eles podem falar; “oh, o remédio é esse e esse”, e acabou, tá entendendo? É assim que... que é o meu pensamento, pode ser que não seja o dele, então é onde eles falam, “não, isso aí você tem que controlar o diabetes”, mas eu já controlei já e não... [resolveu] (Usuário Mauá 65)

Esse achado concorda com Figueiredo (2008), que aponta que as necessidades referentes a sexualidade masculina são poucas vezes colocadas como algo a ser problematizado ou cuidado, e são normalmente abordadas de uma perspectiva biomédica. Tanto usuários quanto profissionais parecem desinteressados (ou despreparados) em investir no assunto. Dessa forma, perde-se tanto a oportunidade de abordar a sexualidade numa perspectiva mais ampla, quanto de legitimar-se juntos aos usuários como um recurso acolhedor e resolutivo (Teixeira, 2003).

Quanto à forma com que os homens lidavam com problemas de sexualidade, apenas um entrevistado informou ter acionado outras práticas que não envolviam a penetração para contornar a ejaculação precoce da qual padecia.

Chegamo a comprar, eh... aqueles pênis de vibrador... (...) é creme, é tal: jogamo tudo fora. Tudo fora, jogamo tudo fora. (...) Não, depois de uns seis meses que eu tava tomando remédio, depois da melhora, que eu comecei a tomar o remédio, jogamo tudo fora (Usuário SP 38)

Ao mesmo tempo que isso reafirma a tarefa do serviço em estimular outras formas de relação sexual que não envolvam a penetração, com vistas a uma experiência mais ampla da sexualidade e evitando medicalização, ficou claro que a penetração é, de fato, a forma mais importante de obter prazer sexual para os homens – e, segundo alguns afirmaram, também para mulheres.

Impotência? É a pessoa que... eu creio que... a pessoa que... falando mais chulamente, a pessoa que não funciona. (...) por exemplo, se ele for... Eh, ter uma relação com a mulher, ele não vai satisfazer a mulher, e no caso ele não vai ter, no caso, uma ereção satisfatória ou nem ter, né (Usuário Mauá 53b)

Um homem sem ereção é uma pessoa que não funciona, diz o Usuário Mauá 53b. Essas falas contrariam as *counter histories* sobre sexualidade e envelhecimento identificadas por Potts *et al.* (2006), que levam as autoras a positivar a experiência da disfunção erétil, na medida em que permitiria novas descobertas e vivências da sexualidade, com relações sexuais mais focadas no casal, e não apenas no homem. É importante considerar essas vivências, mas com cuidado para não desqualificar as queixas de DE – até porque muitos homens podem já vivenciar uma sexualidade mais abrangente e criativa, não reduzida à penetração e atenta aos desejos da parceira, mas ainda assim se ressintam de seus problemas de ereção.

Paralelamente, o próprio Ministério da Saúde explora a importância da ereção para homens e mulheres em suas propagandas antitabagismo. Na Figura 9, impressa no verso de maços de cigarro, o uso do tabaco é relacionado (corretamente) à diminuição, dificuldade ou impedimento da ereção, mas é uma mão feminina que demonstra reprovação diante de um homem que olha frustrado o próprio pênis. Nesses termos, apesar da boa intenção, o Ministério acaba reforçando um valor da masculinidade hegemônica e reproduzindo o discurso da indústria farmacêutica.

Figura 9. Propaganda antitabagismo: impotência

Parte dos entrevistados foi indicada pelos profissionais por terem apresentado queixas de sexualidade (especialmente DE), mas parte daqueles que foram convidados por terem buscado avaliação de próstata também tinham algum desses problemas. Eram, afinal, os homens que buscaram avaliação de próstata e ocultavam uma queixa de disfunção erétil ou outro problema de sexualidade.

Tentando entender o que faz ou não um homem expressar esses problemas em consulta – sem supor que devam *necessariamente* fazê-lo – elencamos alguns fatores que dificultam essa expressão:

- a) Vergonha (especialmente quando se trata de médica mulher);

Acho que é um tipo de vergonha, né? De ficar, falar com uma mulher, eu acho que eles têm esse tipo de vergonha, porque

não deixa de não ter; eu mostro, mas a gente tem um pouquinho de receio (Usuário Mauá 70)

- b) Não esperar solução, muitas vezes por associar o problema com a idade ou doença crônica;

Ah, porque eu acho que é normal, né? Com a idade, põe na cabeça que deve ser a idade, e... Deve ser a idade, também, né... (Usuário Mauá 69)

- c) Desinteresse da parceira;

Ela também, ela... me satisfaz, mas eh... não tem esse desejo. Ela tem também problema, e... Aí se eu procuro, ela não diz que não, mas a gente vê que não tem aquele desejo. Aí por isso a gente também, eu também por isso não esquento muito a cabeça. Era ruim se a mulher procurasse e a gente... (Usuário Mauá 70)

- d) Desconhecer a atuação do(a) médico(a) da ESF

Acho que já não seria da área dela (...) ela é mais eh... clínica geral e ginecologista, né (...) que a minha esposa também passa com ela (Usuário Mauá 53a)

Se tivesse perguntado [sobre sexualidade], eu teria falado, porque é uma coisa que ela é... ela é médica clínica geral, ela não é uma médica... urologista, né? Então um momento eu tenho que falar com médico urologista, não com a... Né? (Usuário Mauá 58)

Por outro lado, a expectativa de um tratamento definitivo, a intercessão feminina, a presença em consultas de seguimento e experiências bem-sucedidas anteriores facilitaram essa expressão. Esses achados condizem com o estudo de Baldwin *et al.* (2003), que identificou que a vergonha, achar que a disfunção erétil era parte natural do envelhecimento, não saber que o urologista poderia lidar com a questão e não dar importância ao problema eram os principais motivos pelos quais homens não se queixavam da disfunção erétil que os acometia em consultas com urologistas por outros motivos.

Anteriormente, discutimos como o diabetes e a hipertensão são tão estruturantes dos serviços que deixam o âmbito dos modelos organizativos e passam a configurar verdadeiros modelos explicativos (onde funcionam como fatores de risco, etiologia,

complicações, prognóstico e objeto de intervenção em uma miríade de situações clínicas); também apresentamos as fortes relações entre DE, HAS e anti-HAS no imaginário dos profissionais e usuários. Nesse contexto, parece haver uma negociação sobre a causalidade da DE, em que os profissionais trazem o problema para o âmbito do biológico e do natural, enquanto os usuários esperavam outra resposta – como observado por Rodondi *et al.* (2009) e Machado *et al.* (2015) em outras circunstâncias.

Assim como a presença rotineira por conta de doenças crônicas de interesse do serviço facilita a colocação de outras questões em consulta, uma maior abertura e resolutividade dos(as) profissionais para abordagem de questões de sexualidade pode contribuir na legitimação do serviço pelos homens e na inclusão daqueles que não o frequentam.

Entretanto, para que esta proposta se diferencie do movimento de inclusão dos homens a partir da saúde sexual identificado por Rohden (2012), de caráter medicalizador, biocentrado e com integralidade reduzida, é preciso que os profissionais reconheçam pelo menos três tarefas de prevenção quaternária no cuidado dos problemas da sexualidade masculina (especialmente a disfunção erétil), advindas das entrevistas com médicos(as) e usuários:

- 1) Identificar essa(s) demanda(s) entre outras queixas, poupando os homens de intervenções desnecessárias que não os ajudarão a resolver o problema – e, no caso do rastreamento de câncer de próstata, pode mesmo piorá-lo;
- 2) Identificar adequadamente os candidatos a intervenções médicas, evitando medicalização, por um lado, e garantindo acesso a cuidados primários e secundários, por outro; e
- 3) Manejar adequadamente os tratamentos disponíveis, evitando a supervalorização da doença de base e expectativas incorretas quanto ao seu controle.

6.5.1. “Quem tem saúde não vai no médico”: homens e saúde

Saúde é tudo na vida da gente. Se não tiver saúde... o dinheiro é bom, mas (...) o dinheiro sem saúde não vale nada! (Usuário SP 76)

Apesar das décadas de crítica ao conceito boorsiano de saúde como ausência de doença (Almeida Filho e Jucá, 2002), era essa ideia que marcava as falas de quase todos os usuários entrevistados. Paulistanos mais jovens, entretanto, tinham uma ideia de saúde mais relacionada a bem-estar e capacidade produtiva. De qualquer forma, não houve dúvida entre os entrevistados sobre a saúde ser fundamental.

A saúde pra mim, e pra todos nós, é conforme o senhor tá, o senhor não sente nada. O senhor não tem diabete, o senhor não tem uma dor na unha: essa é a saúde. Mas pra quem tem problema, diabete, pressão alta, isso não é saúde. (...) Quem tem saúde não vai no médico, não é assim? (Usuário Mauá 65)

Saúde é você estar em ordem, né? Cê não ter dor... cê... tá com estômago bem, cabeça bem, pronta pra trabalhar, pronta pra viver, né? Tem que buscar se cuidar, né? A saúde, né, é o que eu estou fazendo, né? Começando a fazer três vezes por semana de caminhada, pelo menos meia horinha, tem que se cuidar (Usuário SP 38)

De qualquer forma, é curioso perceber que, apesar de qualificada como “tudo na vida” e “primeiro lugar” e de ser repetidamente apontada como mais importante que dinheiro, boa parte dos homens entrevistados têm ou tiveram doenças ocupacionais e/ou reconhecem que o trabalho foi um fator de adoecimento ou um empecilho ao cuidado em saúde. Mais ainda, percebem que deveriam ter tomado mais cuidados durante a vida, incluindo mais visitas a serviços de saúde.

Eu tive uma vida sedentária, né? Porque desde os catorze anos que eu trabalho igual um louco pra comprar uma casa. Né? Família, assim, toda a família, medo de pagar aluguel, sei lá, morei com meu sogro dez anos, eu morei com meu sogro, e trabalhei igual a um cachorro louco, um camelo (...). Porque você só vive pr’aquilo, em pró aquilo, e consegui, né, porque aí minhas filhas agora têm um lugar pra ficar (Usuário SP 38)

Até uma idade de quarenta anos, eu era meio descuidado, também, não ligava porque eu também não sentia nada, né? Aí, se eu tivesse pensado, naquele tempo (...) “oh, vou cuidar, não vou comer tanto sal, eu não vou comer tanta... porque isso vai, futuramente, vai me fazer mal”, eu não pensava nada disso, pô, pensava que era o bonzão, né? (SP 61a)

Esses achados condizem com os de Figueiredo (2008), para quem o trabalho é tanto um dificultador do cuidado em saúde quanto um fator de adoecimento para os

homens. Naquela pesquisa, muitos homens associavam suas queixas a ocupações atuais ou pregressas ou acidentes de trabalho recentes ou antigos.

Além do trabalho, a idade é quase unanimemente apontada como um fator determinante de adoecimento, principalmente por aqueles que consideram a saúde como ausência de doença – percepção que concorda com a dos profissionais.

O que eu sinto é dor nas pernas, eh, não sei se é, deve ser idade, né, no tendão de Aquiles. E agora na famosa panturrilha, que eles falam agora, né, não é mais batata da perna, é panturrilha, né? Às vezes eu tô, venho subindo a... uma subidinha meio elevada, tenho que dar uma parada, né?(...) Deve ser a idade, também, né? Já venho praticando esporte há muito tempo, né? (...) Uma coisa é que você tem que sentir isso, senão não é humano. Quando chega a idade, se não sentir nada, cê não é humano... né? (Usuário SP 76)

[Saúde] é o bem-estar da pessoa que não sente nada e tal, tá bem de saúde, tá bem de tudo. (...) Mas eu, eu tô com sessenta e oito anos, até os cinquenta não sentia nada; aí começou a aparecer problema da... da hérnia, depois foi do... ouvido, depois foi do joelho, agora vem da próstata, então quer dizer que vai aumentando, a idade também não ajuda, né? Vai aumentando janeiro, vai aumentando os problemas de saúde (Usuário Mauá 69)

Nesse sentido, muitos homens avaliavam que sua saúde não estava boa; outros, que estava “razoavelmente bem” (Usuário SP 38), “razoável” (Usuário Mauá 69) ou “controlada” (Usuário Mauá 58); e os poucos que avaliavam sua própria saúde como boa eram, ainda assim, hesitantes.

Minha saúde... eh, no meu ver, no meu entendimento está bem (...) porque eu sou uma pessoa, né, de classe baixa em termos salarial, né, então eu não tenho muito como, recurso como correr atrás pra fazer um prognóstico, assim, completo, mas no meu ver, tá bem (Usuário Mauá 53b)

Todos os homens entrevistados relatavam algum tipo de cuidado em saúde – como era de se esperar em um conjunto de indivíduos captados dentro do consultório por seus(suas) próprios(as) médicos(as).

[Como você cuida da sua própria saúde?] Ah, é vindo aqui fazer consulta... de vez em quando. Que eu não sinto dor nenhuma, então... (Usuário SP 76)

Eu acho que primeiro é alimentação, né? Alimentação e... no dia não comer coisas que faz mal. (...) eu não perco noite de sono, durmo em horário certo, procuro dormir... dormir no horário certo (Usuário SP 43)

As ações de cuidado em saúde citadas pelos usuários poderiam ser divididas em dois grupos: um mais relacionado ao serviço, que envolvia comparecimento, seguimento e principalmente ações preventivas na unidade, e outro mais relacionado à pessoa, através de ações de promoção de saúde. A maior valorização das primeiras, por parte dos usuários, fica clara não só através do conteúdo das falas, mas na forma como se referiam a elas. Cuidados como “vir em consulta”, “tomar os remédios” e “fazer o que o médico manda” normalmente eram os primeiros a serem citados, em detrimento das ações de promoção de saúde ou mesmo de ações preventivas relacionadas a mudanças no estilo de vida.

[Como você cuida da sua própria saúde?] Ah, eu procuro sempre seguir a orientação da médica, né (...) tomar os remédios na hora certa, fazer as dietas, evitar... o açúcar e muita coisa doce... (Mauá 53a)

[Como você cuida da sua própria saúde?] Ah, eu faço, assim, o que os médicos manda eu fazer, eu procuro... eu procuro obedecer, né? (...) O que eles manda fazer, eu faço, aí... vou indo. Regime, eles não mandou eu fazer regime, ainda, e eu acho que não tem muita necessidade, né, também (Usuário Mauá 70)

Se “fazer o que o médico manda” é uma forma de cuidar-se tão valorizada por esses homens, é possível que muitos outros percebam nesse cuidado uma perda de autonomia ou uma submissão ao poder biomédico. Considerando que ser dominador é uma característica da masculinidade hegemônica (Costa, 2003), isso pode ser um fator de resistência dos homens à procura por assistência médica – para além da própria resistência em buscar ajuda como uma forma de construir a ideia de “sexo forte” (Courtenay, 2000). Voltaremos a essa questão no tópico seguinte.

Embora tenham sido citadas algumas similaridades entre os problemas de saúde que afetam homens e mulheres (como, por exemplo, HAS e DM), os entrevistados apontaram muito mais diferenças, explicadas através de fatores biológicos e comportamentais/culturais que diziam respeito à saúde deles e delas. No

entanto, houve um predomínio de explicações comportamentais/culturais, de um lado, e biológicas, de outro – a exemplo do que discutiram Machin *et al.* (2011). Mulheres se cuidariam mais por serem mais suscetíveis a doenças, por terem uma constituição mais frágil que a do homem. Por sua vez, homens estariam mais suscetíveis a doenças advindas de etilismo, tabagismo, uso de drogas e trabalho, além de não se preocuparem tanto com a saúde ou buscarem ajuda como as mulheres. A preocupação feminina com a saúde e sua busca por atendimento médico seria muitas vezes exagerada, e foi relacionada por alguns homens a uma preocupação estética – concordando com percepções dos profissionais, e levando a se colocar em questão, mais uma vez, a mulher como exemplo de cuidado.

Muita gente (...) enfia o pé na jaca, né? Bebe mesmo, mas isso aí é de cada um. A maioria dos homens fumam mais do que mulher, por isso tem mais problema do que a mulher (Usuário Mauá 53b)

O homem, ele procura menos o médico do que a mulher, a mulher qualquer coisinha vai no médico, entendeu? O homem não, o homem não se preocupa em ir no médico (Usuário SP 61b)

Cabe notar que a discrepância entre o cuidado em saúde e atitude em consulta referida pelos entrevistados e aquela relacionada por eles aos homens em geral, a si mesmos (quando mais jovens) e até mesmo a algumas mulheres, chamadas de “relaxadas”, pode traduzir um viés de seleção da nossa amostra, constituída por homens com uma boa relação com o serviço, muitas vezes há anos em atendimento.

Finalmente, embora a maioria dos homens more com a esposa/companheira, e boa parte das vezes com filhos(as) – como se observa no apêndice J –, a participação dos familiares no cuidado em saúde parece muito pequena, variando entre nenhuma ajuda, disposição em ajudar e ajudas limitadas. Se, por um lado, isso pode se tratar de um problema de reconhecimento de auxílio (impossível de constatar através da metodologia utilizada) ou de características de nossa amostra, por outro, indica que a facilitação feminina pode ter menor importância do que aquela dada pelos profissionais, através do exemplo de homens cuja relação com o serviço não parece depender fortemente da intercessão de uma mulher.

6.5.2. Homens e serviços de saúde

*Some men go crazy
Some men go slow
Some men go just where they want
Some men never go*

*Oh, blame it on midnight
Uh, shame on the moon⁶⁹*

Como afirmamos anteriormente, todos os entrevistados realizavam cuidados em saúde relacionados à UBS, e muitos deles referiam tentar manter hábitos de vida saudáveis, não necessariamente desencadeados pelo serviço. Nesse sentido, quase sempre a UBS não era o único serviço que utilizavam atualmente, e muito menos no passado – seja porque não utilizavam, como disseram alguns, ou por utilizarem outros, como disseram muitos.

Os três tipos de serviços diferentes da UBS mais citados pelos entrevistados foram aqueles oferecidos por plano de saúde; serviços de pronto-atendimento (públicos ou privados); e ambulatorios de especialidade do SUS. Esses últimos quase sempre dependiam da regulação da UBS, através de encaminhamentos, e seu uso costumava ser mais iniciado mais tardiamente.

Os planos de saúde estiveram presentes em muitas falas através de sua falta – ou seja, como lugares aonde os homens iam quando podiam ou iriam se pudessem.

Acho que tinha uns seis ou sete anos que eu não... não passava aqui no posto. Aí até o doutor [nome] falou, “eu conheço a família de vocês inteirinha e não te conheço”, eu falei, “uma porque eu tinha um convênio”; quando precisava, eu ia no convênio, até porque tem pessoas que não têm convênio e precisa do posto, então eu tenho que deixar pra quem... pra quem não tem convênio, eu penso assim, né? Mas agora eu não tenho convênio, se eu precisar, eu tenho que correr atrás da UBS... (...) o posto é em geral, é pra todos, independente de ter convênio ou não. Mas no meu caso, eu penso assim, eu tenho, eu tinha o convênio, por que que eu vou utilizar o posto? (Usuário SP 43)

A preferência por planos de saúde entre aqueles que têm acesso a esse tipo de

⁶⁹ Bob Seger & The Silver Bullet Band – Shame on the moon. In: *The Distance*. Capitol, 1982.

assistência foi apontada em 2002 por Pinheiro *et al.* No caso dos homens, ela não se relaciona a uma maior cobertura por plano de saúde, já que ela é maior entre as mulheres (Pinheiro *et al.*, 2002; Pinto e Soranz, 2004). Tampouco se pode afirmar que exista uma relação entre *estar ocupado* e *ter um convênio*. De acordo com o IBGE, em agosto de 2014 (pouco menos de um ano antes das entrevistas), os homens correspondiam a 54,2% da população ocupada em seis regiões metropolitanas do Brasil, contra 45,8% das mulheres (Brasil, 2014c, p.11). Porém, segundo relatório da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), “enquanto nos planos coletivos há distribuição similar por faixas etárias em homens e mulheres, nos planos individuais as mulheres são maioria, especialmente a partir das idades adultas” (Brasil, 2014a, p. 33).⁷⁰ Ainda assim, a perda ou falta de um convênio (por perda de emprego, desocupação ou recursos financeiros insuficientes) é um fator importante para alguns homens explicarem o início e a manutenção de seu atendimento na UBS.

Eu trabalhava numa firma e eu fazia [exame de PSA] pelo convênio. Aí como eu saí da firma, aposentei, saí da firma, aí fiquei sem convênio (Usuário Mauá 58)

Isso é mais um motivo para que o fator *trabalho* seja interpretado com cautela ao pensar nos dificultadores da presença dos homens na UBS. Por um lado, ele representa empecilhos objetivos, como incompatibilidade de horário, e subjetivos, como dificuldade de negociar saídas com o patrão (aparentemente mais fácil para as mulheres); por outro lado, trabalho e renda parecem facilitar outras formas de cuidado, inclusive preventivo, por meio da saúde suplementar.

Uma pessoa que tem uma posição, mais dinheiro, sempre tá passando por check-ups, né? (Usuário Mauá 53b)

Pelo convênio eu pedi, passei pra fazer check-up por fazer, eu comentei com o cardiologista, né? E ele pegou e falou assim, “ah, cê quer fazer o exame de sangue, vai fazer o exame de sangue”. Eu falei “eu quero fazer um check-up geral, e eu nunca fiz”. Foi quando eu inteirei 41. Eu falei “eu fiz 41 anos, eu preciso fazer um check-up geral”, ele falou “não, tudo bem, vamos fazer, eu vou te encaminhar”, me deu um monte de encaminhamento pra mim fazer, eu fiz tudo (Usuário SP 43)

⁷⁰ Indicadores atualizados de cobertura de acordo com diferentes parâmetros sociodemográficos podem ser obtidos em <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em 4 de janeiro de 2016.

A própria associação entre perda de emprego ou baixa renda e uso da UBS é outro dificultador à presença de homens nesses serviços, na medida em que representa uma perda do papel de provedor (Schraiber *et al.*, 2005) e a impossibilidade de demonstrar masculinidade através da profissão e do patrimônio (Courtenay, 2000).

Os convênios médicos constituem subsistemas de saúde, geralmente sem serviços ou profissionais que organizem a porta-de-entrada,⁷¹ o que explica o histórico de contato com especialistas focais relatado por ex-usuários – em especial, urologistas e cardiologistas. A oferta de serviços médicos especializados sem coordenação do cuidado impede uma atenção integral, enquanto a soma de especialidades não representa maior resolutividade (Starfield, 2002; Gervas e Pérez-Fernandes, 2005).

O especialista focal, segundo Norman e Tesser (2009), tem duas tarefas: primeiro, garantir que o doente não tenha alguma doença de sua especialidade; e segundo, havendo suspeita de doença do âmbito da sua especialidade, ela deve ser devidamente comprovada. Não se poupam testes diagnósticos para realizar essas duas tarefas, diminuindo a margem de incerteza, o que se relaciona ao fato da formação dos médicos e, particularmente, desses especialistas se dar principalmente em ambiente hospitalar. Ali se concentram pessoas com problemas graves, incomuns, em longas trajetórias de cuidado, frequentemente com descompensações avançadas que exigem e permitem investigações e terapêuticas mais invasivas e de maior risco. Quando esses profissionais se deparam com pessoas provenientes da população geral (onde predomina a saúde, e não a doença), sem nenhum diagnóstico prévio, muitas vezes referindo queixas pouco claras (até por serem, muitas vezes, iniciais), o risco de iatrogenia é substancial, seja pela solicitação de exames desnecessários para aquela pessoa, mas corriqueiros para o médico; seja porque os exames terão, naquela população, um valor preditivo positivo menor do que na população em meio à qual ele foi treinado; seja porque suas tarefas não permitem a existência de dúvida, levando a uma cascata diagnóstica e terapêutica mais caudalosa. É por isso que Gervas e Fernández afirmam que

o bom médico geral/de família navega alegre e confiante pelo Mar da Incerteza, e quando crê serem necessários os dotes diagnósticos e terapêuticos dos especialistas, se dirige ao porto adequado, para desembarcar o paciente na Terra dos Sintomas.

⁷¹ Alguns convênios têm implementado serviços de Atenção Primária à Saúde, que assumem inclusive a coordenação do cuidado na rede própria. São exemplos a Cassi (Banco do Brasil), a Amil e a Unimed.

Há um porto por cada especialidade (Porto de Oftalmologia, Porto de Pediatria *etc.*), onde esperam hábeis ciclopes com uma lente em seu único olho (2005, p. 88).

O “Porto das Urgências”, outra figura do texto de Gêrvas e Fernández, é um dos mais visitados pelos entrevistados. Eles referem, a exemplo dos/as profissionais, que os homens “só vão no médico quando precisam” – ou seja, quando tem sintomas novos, quando esgotam outros recursos de cuidado (como automedicação) ou quando os sintomas são/se tornam insuportáveis. É aos serviços de pronto-atendimento que esses homens (os entrevistados e aqueles aos quais se referem, atualmente ou no passado) se dirigem nessas situações.

Uma vez eu tava em São Paulo, eu fui até na frente do bar, né? Eu pisei na casca de banana, não sei o que foi, eu escorreguei e machuquei o dedo, aí eu fui no pronto socorro também lá na... ali na Barra Funda (Usuário Mauá 52)

Me deu essa coisa que parecia um tumor, foi no sábado, aí já fui direto pro pronto socorro da Lapa, passei o dia lá. Fazendo exame de sangue, tudo, que dia de sábado aqui não funciona (Usuário SP 38)

Gomes *et al.* (2007), entrevistando homens de diferentes escolaridades, identificaram entre aqueles com ensino superior a ideia de que os homens procuram ajuda, em geral, “por dois motivos: quando a dor se torna insuportável e quando há uma impossibilidade de trabalhar” (*ibidem*, p. 570). Homens com baixa ou nenhuma escolaridade, por sua vez, relataram que “quando os homens sentem alguma coisa, eles procuram medidas de tratamento alternativas, como tomar alguma medicação por conta própria, tomar algum chá ou se medicar utilizando-se da orientação de algum farmacêutico” (*ibidem*, p. 570-1).

A farmácia, em especial, teria um papel importante na relação dos homens com sua saúde, por ser vista como uma instância semiprofissional, onde se pode pedir um conselho sobre saúde sem precisar enfrentar filas ou marcar consultas, satisfazendo mais rapidamente a necessidade mais urgente, que em geral é aliviar a dor. Essas medidas pontuais que contornam a espera condizem com a objetividade e pressa atribuídas aos homens (Machin *et al.*, 2011; Knauth *et al.*, 2012).

De fato, Pinheiro *et al.* (2002), utilizando dados da Pesquisa Nacional por

Amostra de Domicílios de 1998 (PNAD/98) envolvendo 344.975 pessoas (sendo 81,7% residentes em áreas urbanas e 51,2% mulheres), mostrou que pronto-socorro, farmácia e ambulatório de sindicato são mais procurados pelos homens, enquanto ambulatórios especializados (centros de especialidades) são mais procurados pelas mulheres. A respeito dos motivos de procura, o estudo identificou que “as mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção (40,3% mulheres e 28,4% homens), enquanto os homens procuram serviços de saúde predominantemente por motivo de doença (36,3% homens e 33,4% mulheres)” (*ibidem*, p. 697), com destaque para problemas odontológicos e acidente ou lesão.

Vários motivos foram relacionados à preferência por outros serviços ao terem problemas agudos ou simplesmente queixas novas, já que as UBSs estudadas ofereciam atendimento à demanda espontânea em menor (Mauá) ou maior escala (São Paulo). Eles incluíam a certeza de atendimento no mesmo dia (fundamental para quem tem dificuldade de se ausentar do trabalho), a proximidade do local onde está (especialmente se o problema o acometer enquanto trabalha) e o funcionamento fora do horário comercial – limitações de fácil compreensão, mas que as UBSs têm muita dificuldade em superar. Para além disso, está o entendimento de muitos homens sobre a função desses serviços, como evidenciam as falas abaixo:

Aqui é um caso que não é um caso grave, aqui é um caso que se eu tô com um problema, ele vai pedir um exame, posso aguardar alguns dias... agora, num caso de emergência, teria que estar indo direto prum... pronto socorro, que aqui a gente num passa pra emergência. Aqui no caso é pra nós se prevenir (Usuário SP 43)

O reconhecimento do serviço como um local para consultas de rotina, voltadas para o seguimento de doenças crônicas e realização de *check-ups* (ou seja, de ações preventivas) por parte dos homens que o frequentam representa, simultaneamente, uma conquista e um desafio.

Em primeiro lugar, aponta para uma transformação no cuidado em saúde por parte dos homens, reconhecidos na literatura e nas entrevistas com profissionais e usuários como pouco aderentes a medidas preventivas – afinal, conhecemos e ouvimos sobre homens que comparecem regularmente em consulta, seguem as orientações

médicas, tomam remédios e até mesmo buscam o serviço espontaneamente atrás de exames de rastreamento, como o de câncer de próstata.

Porém, apesar da valorização dos cuidados preventivos presente nas falas sobre si e nas diferenças que traçam com outros homens, quase todos os relatos sobre o início da presença no serviço envolviam alguma queixa, algum sintoma. O diabetes seguido hoje já foi uma consulta por tontura; a hipertensão, uma consulta por mal-estar; a neuropatia, uma consulta por dor nas pernas. Mesmo os pedidos de avaliação de próstata ou *check-up* feitos na(s) primeira(s) consulta(s) eram acompanhados de alguma queixa – como prurido (Usuário SP 47) ou precordialgia (Usuário SP 43). Isso parece ser uma diferença importante das mulheres, apontadas por profissionais e usuários como mais dispostas a procurar o serviço de saúde muito precocemente e “sem sentir nada”. Dessa forma, além de sujeitar os homens a contatos com serviços pautados por atendimentos pontuais, mais invasivos e com menor possibilidade de acionar recursos como a observação assistida ou *watchful waiting* (Norman e Tesser, 2009; Tesser, 2012), o não reconhecimento, pelos homens, da UBS como destinatária de demandas não agendáveis – mesmo quando ofereciam mais espaço a isso, como é o caso daquelas de São Paulo – leva à perda de oportunidades de atendimento resolutivo, inclusive com inserção em cuidados programáticos e oferta de ações preventivas em geral. Por isso é possível dizer que a legitimação do serviço junto aos homens em uma perspectiva mais abrangente é, simultaneamente, uma tarefa de prevenção quaternária e de fortalecimento da integralidade.

Tesser *et al.* (2010) discutem como o acolhimento e o favorecimento do atendimento à demanda espontânea podem desmedicalizar a assistência (desde que não se limitem a um mero pronto-atendimento médico), sugerindo “mudanças em rotinas, agendas e atividades profissionais individuais e coletivas, terapêuticas e de promoção à saúde, para que cada equipe possa acolher seus usuários minimizando a medicalização” (p. 3615).

Outra tarefa de prevenção quaternária derivada das falas de alguns usuários é o risco de que a preocupação com ações preventivas e com sintomas em geral se torne exagerada – a exemplo do que acontece, segundo os dois segmentos entrevistados, com as mulheres. Mais ainda, a combinação de *preocupação com prevenção* e *valorização da saúde suplementar* pode tornar os homens alvo dos *check-ups*

oferecidos por clínicas privadas e laboratórios, raramente pautadas por evidências científicas ou que contemplem prevenção quaternária.⁷² Nas palavras de Jamoulle e Gusso (2012), a prevenção quaternária é

o campo da descrença e muitas vezes do escárnio, onde surgem medos ancestrais. Com frequência, é o resultado da medicalização de medos. Por isso, há uma invasão de pessoas com queixas cardíacas na manhã de segunda-feira, por terem visto um *site* ou programa de tevê sobre cardiopatias na noite de domingo; mulheres com cancerofobia como resultado de todas as mensagens que ouvem sobre o câncer de mama; e pessoas “normais” patologizando tudo que desvie da “normalidade”. Está claro que a prática médica em si pode ser a causa de questões graves, seja qual for o setor: primário, secundário ou terciário (p. 208).

De qualquer forma, os entrevistados percebem poucas diferenças entre os serviços visitados e a UBS, às vezes valorizada pela proximidade ao domicílio, pela continuidade do atendimento e pela confiança nos profissionais – em outras palavras, por sua proximidade geográfica e afetiva. O serviço é, na maior parte das vezes, reconhecido como um ambiente agradável, acolhedor e de fácil acesso – para as questões que “podem esperar”. A maior presença feminina na unidade foi apontada como uma dificuldade à presença masculina por poucos homens – um deles (Usuário SP 47) chegou mesmo a sugerir dias de atendimento diferentes para homens e mulheres, visando promover mais trocas na sala de espera.

As entrevistas mostram que a maior idade, apesar de apontada como fator de adoecimento, também favorece o cuidado com a própria saúde. Isso parece não se dever apenas ao surgimento de doenças comuns nessa idade e que acometem nossos entrevistados (como HAS e DM), mas também por novos entendimentos quanto à saúde por parte dos homens, junto a uma maior disponibilidade de tempo para comparecer ao serviço e interesse em seguir suas prescrições.

Apesar de eu já gostar de tá passando, que antigamente eu não gostava, mas você chega numa idade que você tem que gostar, querendo ou não, tem que gostar (Usuário Mauá 52)

⁷² Hospitais e clínicas privadas como Sírio Libanês, Einstein e Hospital do Coração (HCor) têm setores especializados em *check-up*, conforme busca por esse termo no Google em setembro de 2016. O foco nos exames complementares é uma marca comum a todos, e há pacotes por sexo e faixa etária.

Quanto a outros dificultadores da busca por atendimento médico e da presença masculina na UBS, os entrevistados deram respostas muito semelhantes às dos(as) profissionais, destacando características inerentes à masculinidade hegemônica que, no geral, não trariam novidades ao que discutimos até aqui, não fosse por dois elementos: a submissão/perda de autonomia inerente à entrada no serviço e a individualização da conduta/culpabilização individual daqueles que não a aceitam.

Muitas pessoas que eu conheço falam assim, “vai no médico pra quê? Vou tomar antibiótico, vou ter que parar de beber”. Então é uma opção, a pessoa tem que cuidar da saúde dela. (...) Por exemplo, bebida e cigarro, quem usa isso não troca por um medicamento que vai te fazer bem. Esse é o erro do homem, é o medo do homem, é isso aí, às vezes o homem não procura uma melhora pra vida dele por conta dessas coisas aí, cigarro, bebida, entendeu? (...) Porque se você tá com problema, por exemplo, seu coração tá parando, como é que você vai procurar orientação médica se você não vai seguir aquilo que o médico tá falando? (Usuário SP 38)

O problema é que o homem ele é mais resistente a procurar um médico... pra tratar de alguma, de alguma doença, às vezes ele tá sentindo alguma coisa, mas ele... ele se acha no direito de... de não procurar, não sei se é do homem, isso aí, eu acho que a mulher ela procura, quando ela sente alguma coisa, ela já corre pro médico (...) [Meu cunhado], ele ia no médico, né, passavam exame de sangue pra fazer e ele não fazia: pegava, saía fora, rasgava o exame, jogava no lixo. A consequência, um dia ele pegou e tava... o diabetes muito alto... E teve que amputar uma perna por causa da diabetes. Por que ele não... (...) se ele seguisse as recomendações e fizesse o exame médico eu acredito que já teria... já teria detectado a diabetes antes e ainda teria tratamento, quando foi ver, já o sangue não circulava mais nas pernas, na perna dele... Ele quase morreu, passou... teve entre a vida e a morte. [O senhor tem medo que isso aconteça com o senhor?] Não, porque eu procuro seguir a recomendação (Usuário Mauá 53a)

Essas questões estão fundamentalmente associadas ao pluralismo das masculinidades: se cuidar da saúde deixa de ser uma demonstração de feminilidade (a ponto do comportamento das mulheres ser algo a ser seguido, e não repellido) e passa a ser uma alternativa plausível (ou, às vezes, uma obrigação), abre-se também uma possibilidade para que os próprios homens culpabilizem indivíduos concretos do sexo masculino por ações prejudiciais ou negligentes quanto à própria saúde. Ao mesmo

tempo, reafirma-se “o caráter ‘insalubre’ de certa masculinidade, sendo os homens apresentados como vítimas de sua própria masculinidade, ou seja, das crenças e valores que constituiriam as ‘barreiras socioculturais’ que se antepõem à medicalização” – como dizem Carrara *et al.* (2009, p. 672) sobre a PNAISH.

Ainda assim, parece claro que, para os homens entrevistados e aqueles aos quais estes se referem, recorrer à UBS exige sacrifícios e perda de autonomia: vir ao médico e seguir apenas parte das orientações (por discordância ou outro impedimento) não é uma possibilidade. O serviço de saúde é um espaço disciplinar, onde não se controla apenas a glicemia e a pressão arterial, mas o corpo e a conduta, de forma aparentemente inegociável. Mesmo não sendo uma instituição total como o hospital, a UBS tem bastante sucesso em promover a incorporação de condutas disciplinadoras e da docilização dos corpos, produzindo sujeitos que incorporam suas prescrições e submetem-se, voluntariamente, ao seu exame (Foucault, 2009; 2012).

Considerando que as relações de gênero são relações de poder (Scott, 1986), há dois desdobramentos dessa situação. Primeiro, muitos homens deixarão de frequentar esses serviços não só pela já comentada “demonstração de fraqueza”, mas por identificarem as relações de controle e submissão lá estabelecidas; segundo, os homens têm, provavelmente, mais empoderamento que as mulheres para se esquivar dos desígnios da saúde e da medicalização, embora tenham se tornado cada vez mais um alvo desses (Vieira, 2002; Rosenfeld e Faircloth, 2006). Além disso, facilidades como convênio e maior autonomia (para, por exemplo, visitar um pronto-socorro à noite) permitem que os homens acessem serviços que, pela compartimentalização e pontualidade, possivelmente representam menor risco de controle de seus corpos. Os homens podem, enfim, “se achar no direito” de não procurar um médico ou ir à uma UBS, de recusar a normatização historicamente imposta e reproduzida entre as mulheres. Afinal, como disse o Usuário SP 61a, *tem mulher relaxada, mas é menos do que o homem, então o homem é mais relaxado com a saúde.*

Talvez por isso que, ao se pronunciar sobre ações possíveis para facilitar a presença dos homens no serviço, muitos entrevistados tenham se reportado à *conscientização* (Usuário Mauá 53b e Usuário SP 61a) ou à consciência individual – traduzida por expressões como *cada um tem seu pensamento* (Usuário Mauá 58), e *o psicológico de cada um* (Usuário SP 30), considerando reorganizações do serviço

menos ainda que os(as) profissionais.

Se a entrada do homem no serviço depende de um evento inaugurador (normalmente um sintoma relacionado ao trabalho ou relacionável a alguma doença crônica, principalmente aquelas priorizadas pelo serviço, como HAS/DM) e uma condição facilitadora (perda de convênio, desemprego, aposentadoria, mediação feminina), manter o seguimento e continuar frequentando a unidade depende de uma condição relacional presente em quase todas as falas, de uma forma ou de outra: perceber-se cuidado.

Vai me examinar? Que me examine pra eu ficar bom! É ao meu favor? Que continue, eu aceito de bom grado. Certo! Porque todo mundo a tendência é querer sarar, né? E não morrer (...) É o que eu vejo, a doutora [nome da médica], as enfermeiras que atendem a gente direitinho, a gente chega aqui passando, sofrendo alguma coisa, eles correm pra lá, correm pra cá, que a gente vê a correria, corre pra lá, corre pra cá, (...) exame daqui, dali, por quê? Porque quer ver a gente vivo! E isso incentiva a gente, tá entendendo, doutor?(...) Não enxergo bem... não enxergo, mas tô vendo a correria, que eles tão correndo ao meu favor, pra me socorrer, então merece o meu elogio (Usuário Mauá 65)

Seja através da atenção às suas demandas (muitos homens contaram de sua surpresa ao perceber que o escopo da consulta era maior do que imaginavam), seja pela adesão ao discurso preventivista e às propostas do serviço, perceber-se cuidado é a chave para que muitos homens abram mão de algum grau de autonomia, mudem fortemente seus comportamentos e aceitem alguns ditames e limitações do serviço.

Esse pedreiro que eu trabalho com ele mesmo, aí, ele fala assim, “ah, esperar vinte dias, esperar dois meses”, eu falei, “mas esse dia chega!”. Eu falei pra ele, “esse dia chega. E se você não marcar, quando chegar dois meses, você não passou porque você não marcou. Mesmo que demorasse, vai chegar esse dia”, eu falo pra ele (Usuário Mauá 53b)

Eu tenho um metro e cinquenta de altura, o meu peso não era pra ser isso [76,5 quilos]. E eu não tô comendo quase, eu como, tem dia que eu como uma vez só por dia, dependendo do serviço que eu tô. Aí eu... falando pra ela e tal, eu tô, me deu, ela me deu um regime aí pra mim... me alimentar, né, botou eu no cabresto [risos]. (...) foi bem ruim, até o pãozinho de comer, nada além de massa, só aquele pão integral. Ela disse “você tem que comer de manhã”, que eu não comia

nada, não. Ela disse “você tem que comer” (...) é o que eu tô fazendo, já me acostumei já, né (Usuário SP 57)

Diante disso, é possível traçar uma “fórmula da presença dos homens na UBS”, contemplando os fatores mais importantes discutidos até aqui (Figura 10).

Figura 10. Fórmula da presença dos homens na UBS

Nesse contexto, podemos arriscar que o que diferencia homens idosos de trabalhadores de 20-50 anos quanto à presença nas UBSs estudadas não é apenas uma percepção diferenciada da própria saúde e da necessidade de cuidado trazida pela experiência ou por ações de conscientização do serviço (como alguns usuários e profissionais sugerem ou esperam), mas sim a combinação de um transtorno, a falta de outros recursos e o maior tempo disponível, além da aceitação, em alguma medida, do controle que o serviço promove.

Storino *et al.* (2013) demonstram como acolhimento e vínculo potencializam a integralidade no cuidado dos homens da APS mineira, defendendo a autonomia do usuário no reconhecimento de suas necessidades em saúde e estimulando a abertura do profissional a essas necessidades, como forma inclusive de construir outras.

Criar possibilidades de acolhimento e vínculo para os homens, em todo o sistema de saúde, é o primeiro passo para romper com a invisibilidade do público masculino no sentido de dar vistas para os princípios de equidade e integralidade da assistência (*ibidem*, p. 644).

No caso dos homens com disfunção erétil, parece ser mais fácil trazer (e atentar a) essa questão no contexto do cuidado de doenças crônicas como hipertensão ou diabetes – tanto por relações anatomofisiológicas percebidas por usuários e

profissionais, quanto pela mensagem que o serviço emite sobre suas prioridades através de sua organização. Também a busca por avaliação de próstata surge motivada, muitas vezes, por relações imaginadas entre a próstata e sintomas urogenitais, embora, no decorrer da pesquisa, tenham surgido pessoas genuinamente preocupadas com câncer – em outras palavras, reconhecendo-se como alvo de ações preventivas específicas.

A UBS é um exemplo de que a disciplina não depende de grades e muros, como discute Michel Foucault discute em “Vigiar e Punir” (2009). Entretanto, ela não prescinde da *vigilância* – mais ainda, da incorporação dessa vigilância. E o *guarda* deste *panopticon*, aquele que não precisa ser visto para concretizar sua vigilância pois a mera possibilidade de sua existência é capaz de influenciar condutas, é o risco.

Eu tenho uma ideia assim, que... dizem que se você surgir alguma doença na próstata, alguma coisa, você, tudo dizem que o problema tem que ser tratado no início. Então eu tenho, eu, graças a Deus, eu tenho certeza que eu não tenho. Mas então eu quero tá todo ano, se for possível todo ano fazer um tratamento, um exame pra constar que eu estou bem (Usuário SP 43)

Diferentemente do exercício de poder médico em uma unidade de terapia intensiva, que passa por contenção física e medicamentosa de pacientes reconhecidos como “rebeldes” (Menezes, 2006), o poder médico no campo da Atenção Primária à Saúde é marcadamente disciplinar. Incorporando essa disciplina através da adesão voluntária a prescrições visando o controle de fatores de risco, os usuários deixam de ser “rebeldes”. Nesse sentido, Carrara *et al.* (2009, p. 672) discutem como o objetivo principal da PNAISH é

enfraquecer a resistência masculina à medicina de uma forma geral, ou seja, medicalizar os homens. Para tanto, uma ação educativa bem feita “modernizaria” os homens brasileiros, dissipando o pensamento mágico que os (des)orienta e que os torna presas de seus próprios preconceitos.

Assim, é preciso sempre nos perguntarmos se pretendemos incluir os homens para docilizar seus corpos a título de protegê-los de riscos cada vez mais aterrorizantes, ou para ouvi-los, priorizando as necessidades reconhecidas por eles e promovendo saúde e autonomia no cuidado.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho, derivado de questões surgidas na minha prática clínica como médico de família e comunidade, começou tentando entender por que os homens não diziam o que sentiam e em que riscos se envolviam com essa conduta, a partir do referencial de gênero e considerando as noções de prevenção quaternária e integralidade. Depois de 34 entrevistas com médicos(as) e usuários,⁷³ algumas dezenas de visitas às unidades (entre apresentações da pesquisa, observações e entrevistas), estudo da literatura pertinente ao tema e interlocução com os referenciais conceituais que nortearam a pesquisa, apresentamos uma análise que desdobrou todas as proposições investigativas e analíticas iniciais. Nosso olhar sobre a busca por avaliação de próstata e a demanda oculta dos homens na atenção primária passou a se voltar para aspectos como diversidade, exclusão, poder biomédico, disciplina e diferenças relacionadas a entendimentos de atenção primária, à organização dos serviços e à construção de demanda.

Confirmamos muitos dos achados de outras pesquisas a respeito de homens e saúde no que tange às suas percepções e relação com o serviço. Ainda assim, identificamos uma transformação em curso, onde se percebem fraturas no binômio “mulher se cuida”/“homem não se cuida”, cristalizado entre profissionais e usuários. Descrevemos como esse binômio parece estar dando lugar a um trinômio “mulher se cuida demais”/“homens em idade economicamente ativa não se cuidam”/“idosos se cuidam”, que aponta para uma diversidade no cuidar de si relacionada à geração e trabalho e problematiza a mulher como modelo incontestado de cuidado. A dimensão geracional apareceu nas falas de profissionais e usuários, muito relacionada a adoecimento e disfunção erétil, com grande presença de um discurso de declínio (Potts *et al.*, 2006) e da biologização dos problemas de ereção.

A orientação sexual foi sugerida pelos(as) profissionais como outro fator diferencial no cuidado em saúde pelos homens, mas a baixíssima presença de homossexuais, bissexuais e transexuais referida por eles(as) e sua aparente ausência

⁷³ Incluindo o piloto e as duas entrevistas de usuários excluídas, pois não se pode negar que elas também influenciaram, de alguma forma, meu olhar.

entre os usuários entrevistados (que mencionaram apenas práticas heterossexuais) impede que a coloquemos, nesta pesquisa, no mesmo termo do trinômio que os idosos, cuja presença nos serviços é incontestável.

As mulheres, a propósito, não surgem apenas como aliadas dos homens: elas são aliadas dos próprios serviços. Reconhecidas como mais adaptadas à instituição, mais dóceis, com mais tempo livre e, mesmo quando trabalham, identificadas com o cuidado de si e dos outros, elas parecem *guias* através do *caminho das pedras* de um ambiente tradicionalmente negado aos homens. Entretanto, essa mediação parece mais importante no relato dos(as) profissionais que no dos usuários.

A comparação entre UBSs mauaenses e da zona oeste de São Paulo permitiu ver alguns desafios. Em Mauá, a título de favorecer o cuidado de populações vulneráveis e agendando consultas conforme diagnósticos priorizados pelo serviço (e não tanto pelas necessidades percebidas pelos usuários), acaba sendo facilitado o acesso de alguns grupos (crianças, gestantes, idosos) em detrimento de outros, como o dos homens adultos – cuja ausência, ainda assim, é lamentada. Isso permite ver traços de uma Atenção Primária seletiva, que gera iniquidade e transforma o diagnóstico de HAS ou DM em cartão preferencial para o serviço.

Em São Paulo, a percepção de uma maior presença dos homens foi associada pelos profissionais a uma organização que favorece o atendimento à demanda espontânea – o que condiz com a forma mais reconhecida de cuidado em saúde por essa população. Ainda assim, ela não parece resolver desigualdades de acesso de alguns homens, como os homossexuais, e muitos usuários ainda não reconhecem o serviço como destinatário de muitas de suas demandas. Esses elementos da APS mauaense e paulistana podem explicar por que é comum que homens coloquem demandas referentes à sexualidade durante atendimentos regulares de problemas crônicos (principalmente em Mauá) ou em meio a outras queixas.

Outra questão a respeito da organização dos serviços de saúde (e das disposições de seus profissionais) é a identificação das campanhas como recursos para abordar a população masculina. Nesse sentido, foi possível criticar o *prostatocentrismo* tanto do ponto de vista da integralidade (na medida em que a próstata inclui o homem no serviço, mas de forma reducionista e desempoderadora) quanto da prevenção quaternária (por conta da controvérsia a respeito do rastreamento

de câncer de próstata).

Diante das evidências disponíveis no momento e de acordo com o entendimento de Jamoulle e Gusso (2012), reunimos na Figura 11 as ações voltadas ao câncer de próstata conforme o campo de atuação preventiva ao qual pertencem.

Figura 11. Campos de atuação preventiva no câncer de próstata

		Doença	
		<i>Presente</i>	<i>Ausente</i>
		PREV. PRIMÁRIA	PREV. SECUNDÁRIA
Experiência da doença	<i>Ausente</i>	Alimentação saudável; Não fumar	PSA e toque retal (questionáveis)
	<i>Presente</i>	Não estimular rastreamento populacional; Discutir risco/benefício com homens interessados; Identificar demandas subjacentes ao pedido de avaliação de próstata	Investigar sintomas urinários (considerando a possibilidade de CaP); Tratar o câncer, suas complicações e sequelas do tratamento
		PREV. QUATERNÁRIA	PREV. TERCIÁRIA

NOTA: CaP: câncer de próstata. PREV.: prevenção. PSA: antígeno prostático específico.

Nossa pesquisa mostrou que a melhoria da abordagem à sexualidade masculina na APS não depende da busca ativa de problemas desse campo em consulta, mas da legitimação bilateral da UBS como local para abordar este e outros assuntos. Bilateral porque o reconhecimento pelos homens e pelos(as) profissionais é igualmente necessário e influencia um ao outro. Esse reconhecimento depende, por um lado, de “mudanças na cultura” desejadas por profissionais e usuários, que se inserem em um contexto mais amplo de lutas contra o machismo e a homofobia. No entanto, se os serviços operarem no campo das naturalizações, aspirando uma neutralidade e uma espécie de *abertura passiva* à diversidade sexual, não serão apenas meras testemunhas de qualquer processo, mas tenderão a reproduzir desigualdades. Por outro lado, deve-

se promover transformações das práticas individuais e coletivas voltadas para os homens, visando os muitos aspectos da integralidade.

A análise das entrevistas com os usuários dialogou muito bem com a dos(as) profissionais, através de corroborações e contestações. Todos os homens referiram cuidados em saúde, normalmente relacionadas a prescrições do serviço, como uso de medicação, comparecimento a consultas, realização de exames, atividade física e alimentação. As duas últimas, do âmbito da promoção da saúde, foram as de menor adesão. Muitos apontaram diferenças entre suas práticas e a de outros homens, o que fortalece a ideia de diversidade no cuidado e contraria estereótipos surgidos nas falas de profissionais e dos próprios usuários.

A discrepância entre a crítica à baixa procura masculina pelo serviço e os diversos exemplos de homens que o buscavam por queixas agudas, ações preventivas e seguimento de condições crônicas exige, mais uma vez, que se reconheçam mudanças em curso. Demonstra também a importância cada vez maior de entender a *ausência masculina* como *invisibilidade* (Couto *et al.*, 2010) e reafirma a necessidade de buscar razões nas práticas profissionais para entender porque o serviço não se legitima junto aos homens e, quando isso ocorre, é frequentemente de forma restrita.

Foi possível esboçar uma *fórmula do homem na UBS*, que inclui um fator desencadeante, uma condição facilitadora, e a condição mantenedora de sentir-se cuidado, mesmo que isso passe por submeter-se ao controle do serviço. Ela não dá conta de todas as singularidades que levam os homens a comparecer nesse tipo de serviço, mas pode certamente nos ajudar a entender “por que eles não vêm”. Todos aqueles fatores, aliás, são construídos na relação entre homens e serviço, que coloca a UBS como um recurso com limitações e atribuições específicas (além de frequentemente heterogêneas e, por vezes, surpreendentes) dentro de um repertório de serviços de saúde que traz possibilidades dinâmicas de aliança de acordo com condições como desemprego e aposentadoria. E, se o serviço participa na construção desses fatores, certamente ele pode influenciar transformações no sentido de aumentar a integralidade no cuidado dos homens – o discutiremos nas próximas páginas.

Para começar, parece haver um entendimento entre os homens de que relacionar-se com a UBS exige aderir integralmente às suas propostas – o que pode repelir aqueles indispostos a tamanha mudança de comportamento, além de apontar

para a necessidade de atenção individualizada, que contemple peculiaridades coletivas ou individuais.

As entrevistas com profissionais deixam claro que a UBS desqualifica o uso do serviço movido por queixa aguda; as entrevistas com usuários mostraram reprodução desse discurso, em falas recorrentes e acusadoras de que “homem só vai no médico quando precisa”. Entretanto, se o maior inaugurador da presença masculina no serviço é exatamente o sintoma (normalmente ocupacional ou relacionado a doença priorizada pelo serviço), ao desvalorizar a demanda espontânea como porta de entrada, o serviço desperdiça inúmeras oportunidades de encontro com os homens – inclusive para inclui-los em ações classicamente prioritárias.

Nesse contexto, foi muito marcante a experiência de atendimento relatada pelo Usuário SP 30. Obeso, sedentário, ex-usuário de drogas, trabalhando em dois empregos (um deles envolvendo moto) – ou seja, colecionando fatores de risco –, ele compareceu ao serviço de saúde queixando-se de ejaculação precoce e teve uma atenção resolutiva e satisfatória à sua demanda, tendo reconhecido a UBS como uma referência para sua saúde. Teria sido esse o resultado se o serviço se organizasse de outra forma, ou se pautasse por outras prioridades?

Sabe-se que muitos homens não se consideram alvos de cuidados preventivos (diferenciando-se das mulheres, reconhecidas como mais preocupadas e mais precocemente inseridas no serviço), e consideram buscar o médico como sinal de fraqueza (outra negação do feminino). Entretanto, os relatos dos usuários sobre suas práticas de saúde mostram que muitos outros buscam cuidados preventivos e curativos, o que corrobora a percepção de uma mudança progressiva apontada pelos(as) médicos(as) mais experientes. Quando se percebem doentes, porém, muitos dos frequentadores da UBS não recorrem a ela, tanto por terem acesso a outras formas de cuidado médico (destacando-se o convênio e os pronto-socorros) quanto por não a reconhecerem como um destinatário possível de suas demandas (principalmente por associá-la a ações preventivas, problemas de saúde específicos, e assistencialismo).

Assim, cada vez se torna mais inadequado dizer que “os homens não se cuidam”: seria mais acertado perguntar-se como e onde se cuidam. Aliás, ao dizer que homens que “se cuidam” de alguma forma da saúde (em serviços particulares, pronto-socorros, farmácias, aderindo a práticas saudáveis) simplesmente “não se cuidam”, a

UBS reafirma seu entendimento de cuidado em saúde como ligado exclusivamente à adesão a ações preventivas, programáticas e, em grande medida, disciplinares: vir na consulta, medir a pressão e o diabete, fazer exames e implementar mudanças no estilo de vida indicadas pelo serviço.

Diante dos homens que continuam não se adequando ao serviço, a UBS pode realizar duas leituras: naturalizar suas práticas e limitações e esperar que eles se adequem a elas (o que é difícil, por conta de estereótipos que valorizam a resistência e recursos de empoderamento aos quais os homens têm acesso mais do que as mulheres); ou repensar-se, entendendo a inclusão dos homens como um problema que também lhe compete, passando pela reorganização do serviço e pela diminuição do desequilíbrio de poder. Nas palavras de Giovanella (2008, p. S23),

o recente processo de renovação da Atenção Primária à Saúde, impulsionado pelas agências multilaterais em saúde, pode ser uma oportunidade de tensionar necessárias mudanças no modelo assistencial, produzindo estratégias de cuidados menos invasivas e mais dialógicas com produção de autonomia para os sujeitos.

Se entrada do homem no serviço de APS depende de pelo menos um de dois *reconhecimentos* – o do serviço pelo homem como destinatário das necessidades em saúde reconhecidas por ele e o do homem a si mesmo como parte de uma população de risco ou como alvo das intervenções oferecidas pelo serviço –, podemos relacioná-los, respectivamente, a duas estratégias principais para “trazer os homens”. Uma, reconhecer as peculiaridades do gênero masculino na relação com o serviço de saúde e transformar-se de forma a facilitar o acesso e abrir-se às demandas trazidas pelos próprios. Foi o que vimos em São Paulo, ainda que com intenções e percepções degenerificadas, persistindo desafios para a incorporação da perspectiva de gênero pelos profissionais (discutidos por Schraiber *et al.*, 2010). Outra, a que tenta enquadrar o homem em uma população de risco, alvo de intervenções clássicas e degenerificadas (como as voltadas à diabete e hipertensão) ou generificadas e idealizadas (como câncer de próstata). Esse foi o caso de Mauá. Elas não são, na verdade, estratégias excludentes, desde que as ações contemplem gênero e sejam profundamente orientadas pela comunidade – nas palavras de Lefkowich *et al.* (2015, p. 1), “se nós queremos trazer os homens, então nós temos que perguntar aos homens o que eles querem”.

Finalmente, identificamos fatores que influenciam a comunicação sobre assuntos difíceis em consulta; alguns, mais relacionados ao homem, outros, ao profissional, e outros ainda, à própria relação. A vergonha foi um tema recorrente, e muitos homens demonstraram recorrer à autoridade médica para tentar superá-la (como aceitar ser atendido por uma médica mulher).

Além da revisão publicada (Modesto e Couto, 2013), o doutorado me levou a fortalecer a discussão sobre Novembro Azul e saúde dos homens dentro da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, o que resultou na carta aos apoiadores da campanha. Ela representou a oficialização de um posicionamento e a publicização de atitudes que médicos e médicas de família e comunidade em todo o Brasil já vinham tomando em seus consultórios, e desencadeou uma discussão enorme na mídia. Segundo a assessoria de imprensa da SBMFC, em novembro de 2015, houve mais de 150 exposições da sociedade em mídias regionais e nacionais, como a Folha de São Paulo (Colluci e Miotto, 2015); o Correio da Paraíba (Meireles, 2015) e o jornal O Povo, do Ceará (Freire, 2015a, b) – nesses dois últimos, eu mesmo pude dar entrevistas. A sociedade participou inclusive de uma reportagem do Jornal Nacional (2015), que ouviu também a SBU, o ILLPV e o público em geral.

Esse debate foi importantíssimo não só para colocar o rastreamento do câncer de próstata em questão, exigindo que a SBU e urologistas se pronunciassem a respeito de uma prática antes naturalizada, mas também para alertar sobre os limites da medicina e da prevenção; destacar outras necessidades de saúde da população masculina; e divulgar a especialidade. Essa experiência resultou em uma revisão narrativa sobre rastreamento de câncer de próstata e os debates desencadeados pela movimentação da SBMFC, que aguarda publicação (Modesto *et al.*, no prelo).

A pesquisa também deixou claro que gênero é uma categoria imprescindível para a compreensão da saúde dos homens, mas a diversidade observada quanto ao adoecimento e o cuidado em saúde é marcado, além do gênero, pelas dimensões de classe e geração, que influenciam o processo de adoecimento e práticas de cuidado. A categoria geração é claramente relacionada às percepções sobre disfunção erétil e aos cuidados buscados e dispensados. As noções de medicalização e prevenção quaternária trouxeram aportes teóricos importantes, mas também ajudaram a manter “o pé na clínica” e a buscar propostas claras para o cuidado dos homens.

Três aspectos ainda merecem ser destacados nessas considerações finais: 1) as motivações para busca por avaliação de próstata no contexto da APS; 2) o cuidado da disfunção erétil; e 3) a relação entre demanda oculta e integralidade.

7.1. Motivações da busca por avaliação de próstata no contexto da APS

Estudos sobre homens frequentemente consideram o rastreamento com PSA e toque retal uma ação positiva, à qual se deve facilitar a adesão dos homens (como Gomes, 2008; Vieira *et al.*, 2013), buscando inclusive entender a resistência dos homens ao toque retal da perspectiva de gênero (Gomes *et al.*, 2008). Sem deixar de considerar a pertinência destas análises, nossa pesquisa se diferencia delas por um olhar mais crítico sobre essa prática – tanto pelo surgimento de novas pesquisas e diretrizes quanto pela colocação do tema como objeto de problematização, sob a perspectiva da prevenção quaternária. Na verdade, uma das vivências que me motivou a pesquisar as demandas ocultas de homens foi não me contentar em oferecer-lhes a intervenção que buscavam, mas que eu considerava problemática (como a realização de PSA) sem uma compreensão mais profunda de suas motivações – que me permitiria inclusive oferecer-lhes ações mais adequadas aos seus anseios.

Os entrevistados apontaram o câncer de próstata como um dos problemas mais importantes da saúde masculina, praticamente desconhecendo outras afecções prostáticas que não a neoplasia. Mensagens da mídia, conselhos médicos prévios (principalmente de urologista) ou atuais (em Mauá) e eventos em conhecidos são alguns dos desencadeantes de busca por avaliação de próstata mais citados. Nesse sentido, refletimos como limitações da APS e do nível secundário – algumas, acirradas pelo próprio rastreamento populacional da neoplasia de próstata – podem acabar fortalecendo a importância do rastreamento no imaginário social, particularmente no masculino.

As entrevistas com usuários não foram capazes de demonstrar que os homens se utilizem do rastreamento do câncer de próstata para entrar nos serviços em busca de outros tipos de cuidado – possivelmente por conta da nossa amostra, constituída em grande parte por indivíduos já em seguimento quando colocaram essa demanda. Entretanto, ficou clara a utilização de consultas de seguimento, especialmente aquelas

relacionadas a HAS/DM, as quais exigem e facilitam uma presença regular no serviço, permitindo a abordagem de outras demandas.

No que tange à gestão da clínica, comentamos a relação entre a organização do serviço e o favorecimento de algumas populações, gerando exclusão e influenciando até mesmo a percepção dos profissionais sobre saúde e adoecimento. Esse modelo de atenção – de ocorrência generalizada no Brasil, como indicam Gusso e Poli Neto (2012) e Massuda *et al.* (2014) – acaba influenciando a percepção de saúde e os cuidados valorizados por profissionais e usuários.

O posicionamento da USPSTF foi questionado em 2016 por alguns autores, principalmente por questões de validade interna do *US Prostate, Lung Colorectal and Ovarian* (PLCO) *Cancer Screening Trial* – mais especificamente, a contaminação do grupo controle pela realização de PSA durante o estudo (Shoag *et al.*, 2016a, b). Penson e Resnick (2016) afirmam que esses questionamentos não devem ser suficientes para que instituições como a *United States Preventive Services Task Force* passem a recomendar o rastreamento populacional.

Se alguém pesa os benefícios do *screening* populacional vistos no ERSPC (desconsiderando completamente o PLCO) contra os riscos potenciais observados nesses e outros estudos, não é completamente irrazoável concluir que os benefícios do *screening* populacional anual com PSA não supera os danos (Penson e Resnick, 2016, p. 1).

Os autores apontam o desafio de “determinar o melhor casamento entre protocolo e população”, sugerindo que a individualização dos protocolos conforme o risco e as expectativas do homem é uma tendência, mas depende de um melhor entendimento do risco subjacente à doença, associado a ferramentas para comunicar a previsão dos benefícios e riscos a cada homem.

Simplificar exageradamente a heterogeneidade tanto dos benefícios quanto dos danos do *screening* de cancer de próstata para o paciente índice ignora as distribuições essenciais dos benefícios e danos previstos, necessária para oferecer atenção à saúde centrada no paciente de alta qualidade. Além disso, falhar em incorporar preferências individuais do paciente na tomada de decisão vai irrefutavelmente resultar e dano excessivo como resultado tanto do sobretratamento quanto do subtratamento do câncer de próstata, desalinhados às metas e expectativas do paciente (Penson e Resnick, 2016, p. 2).

De qualquer forma, esse questionamento não prejudica as perguntas e respostas dessa pesquisa, mesmo que futuramente o rastreamento com PSA seja recomendado em populações específicas.

7.2. Cuidado da disfunção erétil: entre a medicalização e o reducionismo

A relação entre medicalização e constituição das masculinidades está colocada na PNAISH, na APS e no SUS. No caso da disfunção erétil, temos, de um lado, um problema comum, que afeta a auto-estima e relações interpessoais de muitos homens; de outro, a movimentação da indústria farmacêutica, que se esforça para captar cada vez mais clientes. Ao chamar atenção para a disfunção erétil e sua abordagem, estaremos sendo acríticos quanto ao mercado? Ou, usando as palavras de Rosenfeld e Faircloth (2006, p. 13), estaremos nos reunindo aos trabalhos que falham “em reconhecer a significância da medicina para a produção e controle da masculinidade”?

Como vimos, as propagandas das diversas medicações as apresentam não apenas como o estado da arte no tratamento de um problema comumente relacionado ao envelhecimento e doenças orgânicas, mas também como melhoras tecnológicas de um sexo dito “natural” e como drogas de estilo de vida (ampliando seu uso entre homens jovens, a princípio saudáveis), frequentemente apelando a esportes, figuras públicas e imagens que associam essas drogas a uma masculinidade hegemônica (Loe, 2006; Wiencke, 2006). No entanto, as críticas a esse processo muitas vezes levam a uma *postura antimedamentosa* por parte de autores e profissionais, que parece não considerar algumas questões:

- a) Por mais que se estimule e lance mão de práticas sexuais que não envolvam a penetração, ela continuará importante para muitos homens e mulheres;
- b) A medicalização da disfunção erétil é um processo avançado, que conta com atores tão influentes quanto sociedades médicas e indústria farmacêutica, e é recebida acriticamente por inúmeros homens;
- c) Embora não seja um argumento cabal, e sem deixar de lado as críticas de Carrara *et al.* (2009), Leal *et al.* (2012) e Couto e Gomes (2012), a própria PNAISH coloca entre seus objetivos específicos “estimular, implantar, implementar e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais

masculinas” (Brasil, 2009a, p. 54);

- d) Apesar de menos comum que nos Estados Unidos, onde é permitida propaganda de medicação diretamente ao público leigo, o acesso à medicação no Brasil é fácil. Em outras palavras, os homens usarão remédio com médicos, sem médicos e apesar dos médicos; e
- e) Abordagens não-farmacológicas do problema são trabalhosas, demoradas, exigem formação específica, tem resolutividade limitada como qualquer terapia e são pouco disponíveis no SUS.

Assim, entre a ereção medicalizada e a flacidez resignada, parece que continuamos dizendo aos homens como eles devem viver sua sexualidade.

Contemplar as questões e a autonomia dos usuários e evitar reducionismos pode levar a uma melhor resposta médica à medicalização da sexualidade masculina, que pode passar por reconhecer os benefícios do sildenafil, tadalafil e vardenafil e fazer um uso racional desses recursos. Medicamentoso e não medicamentoso não devem constituir pares de opostos, e sim um *continuum* de recursos negociados conforme o contexto. Algumas medidas podem ajudar a conseguir um uso prudente da medicação:

- a) Entender que a sexualidade masculina é alvo da indústria farmacêutica, que tem na disfunção erétil um campo importante de medicalização;
- b) Garantir avaliação médica a pessoas com disfunção erétil;
- c) Avaliar atentamente a gravidade e os impactos do problema e diferenciá-lo de outros (como ejaculação precoce);
- d) Diagnosticar e tratar doenças que podem causar ou piorar o quadro;
- e) Oferecer escuta qualificada, que aborde ideias sobre sexualidade e condições de vida e relacionamento;
- f) Ter cuidado com questionários diagnósticos;
- g) Contemplar a/o parceira/o no atendimento, quando possível e aceitável;
- h) Oferecer apoio psicológico quando necessário e disponível;
- i) Esclarecer riscos, benefícios e limitações do tratamento;
- j) Planejar e colocar-se à disposição para reavaliações.

7.3. Demanda oculta e integralidade

Tratamos de demandas conhecidas, mas não ditas; conhecidas, mas incompreendidas; construídas na relação com o serviço e na própria consulta; e demandas alheias, que apressadamente podemos confundir com as da própria pessoa que está diante de nós. Mostramos como abordar demandas ocultas exige compreender a integralidade da atenção e pautar-se por um cuidado centrado na pessoa, que contemple o gênero dos usuários e dos profissionais (que reproduzem estereótipos de gênero e de APS e modelam estratégias de assistência e promoção de saúde).

Ter demandas ocultas não é necessariamente um problema. Algumas levam mesmo tempo para tomarem forma no consultório, esperando condições favoráveis de vínculo, privacidade, coragem, confiança, reconhecimento; a legitimação de si e do outro; e/ou achar um nome para dar ao que se sente, mesmo que não seja definitivo.

Quando a demanda oculta se torna um problema, considerando que ela sempre permeia a relação terapêutica? Primeiro, ela pode ser um sinal de desencontro entre usuários e profissionais, e, conseqüentemente, um prejuízo à integralidade. Segundo, no contexto desumanização da prática médica e medicalização (Tesser, 2012), a demanda mal compreendida pode levar a exames e tratamentos inadequados. Demonstramos essa questão entre os homens que buscam avaliação de próstata, mas poderíamos tê-lo feito similarmente com pais que pedem a prescrição de vitaminas para seus filhos ou mulheres em busca de colpocitologia oncótica (Teixeira, 2003). Graças a uma perspectiva de prevenção quaternária, o descabimento do cuidado buscado se torna um grande motivador a se buscar demandas ocultas – e uma chance de fazer diagnósticos e prescrições menos medicalizadores (Tesser, 2012; Jamoulle e Gusso, 2012). Por outro lado, vimos que alguns(mas) profissionais, atentos a demandas ocultas e preocupados com os riscos inerentes a rastreios, tratamentos e exames complementares, pareciam se esforçar em buscar razões ocultas para demandas que consideravam medicamente inadequadas – talvez como forma de evitar um confronto decorrente da negativa de um procedimento, ou em busca de justificativas mais aceitáveis para essa negativa.

Tesser (2012) comenta que o exagero na solicitação de exames e prescrição de medicações sintomáticas (decorrente de pouca qualificação técnica e da degradação e

desumanização da prática médica na APS), junto com a ação da mídia e à crença na tecnologia dura como forma de objetivar, prevenir e curar problemas, levou ao aprendizado de uma postura medicalizadora pelos usuários do sistema, que passam a pressionar os serviços atrás de mais exames, mais remédios, mais procedimentos *etc.* O autor afirma que uma “‘operação simbólica’ de reorientação das ansiedades e crenças” depende da empatia, troca de afetos, abertura e habilidades de comunicação, apontando para uma maior confiança no profissional e em seu conhecimento do que na tecnologia dura e buscando uma “(re)humanização desmedicalizante”. E ela

só pode ser feita conjuntamente com os usuários numa relação sincera e solidária de parceria no cuidado, em que o fluxo de emoções e comunicações seja o mais livre possível, ao longo do tempo e dos encontros sucessivos, para o que, reiteramos, a longitudinalidade da APS é essencial. A prevenção quaternária implica exercitar uma clínica ética e tecnicamente muito qualificada. (p. 423-4).

Demonstramos como a dificuldade de acesso dos homens e a facilidade de acesso das mulheres aos serviços de saúde se relaciona às relações trabalhistas e sua precarização, e mostramos como estratégias acionadas pelos profissionais para incluir os homens podem reafirmar relações de gênero prejudiciais às mulheres, a título de favorecer o cuidado masculino. Se a intercessão feminina favorece a presença e visibilidade dos homens nos serviços, ela também pode onerar ainda mais as mulheres no que tange às suas atividades na reprodução social do trabalho. Um caminho mais interessante e equitativo de inclusão dessa população nos serviços de APS (e que considere também o impacto disso das estratégias na vida dos atores envolvidos) pode ser investir na autonomia masculina sobre a própria saúde e promover transformações nos serviços que favoreçam a presença dos homens – como em sua ambiência e organização.

Entretanto, considerando a conjuntura nacional contemporânea de recessão econômica e aumento do desemprego associados ao fortalecimento, no Planalto, do discurso de austeridade e de revisão da cobertura universal do Sistema Único de Saúde (Doniec *et al.*, 2016), não é demais temer que cada vez mais homens tenham dificuldades de acesso a cuidados integrais em saúde. Afinal, o recrudescimento da APS seletiva é um resultado possível dos problemas das restrições orçamentárias na saúde – em outras palavras, a crise estrutural que deve trazer mais homens às UBSs

por perda de emprego e de convênio médico (Alegretti, 2016; G1, 2016) pode também fechar-lhes as portas de uma Atenção Primária resolutive e abrangente. Mais ainda, diante de uma política nacional específica relativamente recente, parcamente implementada, e sem uma defesa por grupos da sociedade civil (diferentemente da saúde da mulher, onde as políticas públicas incorporam lutas sociais), é certo que os planos de ação e as atividades voltadas à saúde do homem tenham menos força para resistir ao desmonte da saúde pública em curso.

Ainda assim (e por tudo isso), a saúde dos homens tem se mostrado, cada vez mais, um fator problematizador para se pensar uma Atenção Primária à Saúde abrangente, integral, e promotora de autonomia, pautada pela prevenção quaternária e por um cuidado centrado na pessoa.

REFERÊNCIAS

Abdo CHN, Oliveira Jr WM, Scanavino MT, Martins FG. Disfunção erétil – resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(6):424-9.

Ablin RJ. The great prostate mistake. *The New York Times*, Nova Iorque [periódico online]. 9 mar 2010 [acesso 22 ago 2014]:[7 telas]. Disponível em <http://www.nytimes.com/2010/03/10/opinion/10Ablin.html>.

Ahmad K, Ramsay B. Patients' fears and expectations: exploring the hidden agenda in our consultation. *Arch Dermatol*. 2009;145(6):722-3

Alegretti L. Brasil fecha 72.615 vagas de trabalho formais em maio, diz ministério. *GI* [Internet]. 24 jun 2016 [acesso 11 set 2016]:[3 telas]. Disponível em <http://g1.globo.com/economia/noticia/2016/06/brasil-fecha-72615-mil-vagas-de-trabalho-formais-em-maio.html>.

Almeida Filho N, Jucá V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(4):879-889.

Altiner A, Schäfer I, Mellert C, Löffler C, Mortsiefer A, Ernst A, *et al*. Activating GENeral practitioners dialogue with patients on their Agenda (MultiCare AGENDA) study protocol for a cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2012;13:118.

Anderson MIP, Rodrigues RD. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011;6(18):19-20.

Antunes R. Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho? *Serv Soc Soc*. 2011;107:405-419.

Baldwin K, Ginsberg P, Harkawayet RC. Under-reporting of erectile dysfunction among men with unrelated urologic conditions. *Int J Impot Res*. 2003;15:87-89.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. 2a. reimpr. São Paulo: Edições 70, 2011.

Barrier PA, Li JT, Jensen NM. Two words to improve physician-patient communication: what else? *Mayo Clin Proc*. 2003;78(2):211-4.

Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ*. 2000;320:1246-50.

Barsky III AJ. Hidden reasons some patients visit doctors. *Ann Intern Med*. 1981;94:492-8.

Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med*. 1984;101:692-6.

Bentzen N (ed.). *WONCA Dictionary of General/Family Practice*. Copenhagen: Maanedsskrift for Praktisk Laegegerning, 2003.

Bernardini-Zambrini DA. Comunicación, medios masivos y prevención cuaternaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48(1):48–9.

Bertakis KD, Helms LJ, Callahan EJ, Azari R, Robbins JA. The influence of gender on physician practice style. *Med Care*. 1995;33(4):407-16.

Bird CE, Rieker PP. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. *Soc Sci Med*. 1999;48(6):745-55.

Bourdieu P. *A miséria do mundo*. Petrópolis: Vozes; 1997.

Bourdieu P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

Bower P, Macdonald W, Harkness E, Gask L, Kendrick T, Valderas JM, Dickens C, Blakeman T, Sibbald B. Multimorbidity, service organization and clinical decision making in primary care: a qualitative study. *Fam Pract*. 2011;28(5):579-87.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 13 jun 2013;seção 1:59-62.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Foco Saúde Suplementar – Setembro de 2014 [Internet]. 2014a [acesso 4 jan 2016]:1-64. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Foco/FIN_AL_foco_setembro2014_web.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Cap. 5, p. 27-8: Características estruturais a serem observadas. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Rastreamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n.29).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Nota Técnica* [Internet]. Sem data [acesso 18 jan 2015]:1-4. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/geral/historico_cobertura_sf_nota_tecnica.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria interministerial n. 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 9 jul 2013; n. 130, seção 1:49-52.

Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Conjunta n. 2, de 24 de janeiro de 2014. Dispõe sobre a equivalência dos termos Medicina de Família e Comunidade e Medicina Geral de Família e Comunidade no âmbito das atividades de formação em saúde e institui Grupo de Estudos voltado ao tema. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 27 jan 2014b; n. 18, seção 1: 43.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores IBGE: Pesquisa Mensal de Emprego – Agosto de 2014 [Internet]. 2014c [acesso 4 jan 2016]:1-33. Disponível em ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Mensal_de_Emprego/fasciculo_indicadores_ibge/2014/pme_201408pubCompleta.pdf.

Braun MH, Sommer F, Haupt G, Mathers MJ, Reifenrath B, Engelmann UH. Lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction: co-morbidity or typical “aging male” symptoms? Results of the “Cologne Male Survey”. *Eur Urol*. 2003;44(5):588-94.

Buarque C. *Almanaque* [LP]. Brasil: Ariola/Phillips, 1981. Faixa 3. O meu guri.

Butler J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

Caixeta M, Sintzel F. A estrutura diferencial dos transtornos somatoformes. In: Caixeta M. *Psicologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.265-267.

Camelo M. O Vencedor. In: Los Hermanos. *Ventura* [LP]. Brasil: BMG, 2003. Faixa 2.

Canadian Task Force on Preventive Health Care, Bell N, Connor Gorber S, Shane A, Joffres M, Singh H, Dickinson J, Shaw E, Dunfield L, Tonelli M. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. *CMAJ*. 2014;186(16):1225-34.

Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*. 2009;19(3):659-678.

Carlos E. *A pescaria* [LP]. Brasil: RGE, 1965. Faixa 6. Minha fama de mau.

Carvalho RA. Problemas comuns anorretais. In: Gusso GDF, Lopes JMC (orgs.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 2. Cap. 157, p. 1381-1390.

Castiel LD, Diaz CAD. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

Chitale S, Collins R, Hull S, Smith E, Irving S. Is the current practice providing an integrated approach to the management of LUTS and ED in primary care? An audit and literature review. *J Sex Med*. 2007;4:1713-25.

Ciatto S. Is PSA reliable? *The BMJ* [Internet]. 4 ago 2003 [acesso 28 abr 2015]:[3 telas]. Disponível em <http://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/29/psa-reliable>.

Clark EG, Leavell H. Níveis de aplicação da Medicina Preventiva. In: Leavell H, Clark EG (orgs.). *Medicina Preventiva*. Rio de Janeiro: FENAME, 1977. Cap. 2, p. 11-36.

Cohn JA, Wang CE, Lakeman JC, Silverstein JC, Brendler CB, Novakovic KR, McGuire MS, Helfand BT. Primary care physician PSA screening practices before and after the final U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Urol Oncol*. 2014;32(1):41.e23-30.

Collucci C. Cuba ameaça cassar diploma de médico com parentes no Brasil. *Folha de São Paulo* [internet]. 21 mar 2015 [acesso 18 abr 2015]:[7 telas]. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/03/1606210-cuba-ameaca-cassar-diploma-de-medico-com-parentes-no-brasil.shtml>.

Collucci C, Miotto R. Exame de rotina contra câncer de próstata gera “guerra” entre médicos. *Folha de São Paulo* [Internet]. 22 nov 2015 [acesso 11 jan 2016]:[9 telas]. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2015/11/1709416-exame-de-rotina-contra-cancer-de-prostata-gera-guerra-entre-medicos.shtml>.

Connelly JE, Mushlin AI. The reasons patients request “checkups”: implications for office practice. *J Gen Intern Med*. 1986;1(3):163-5.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina (CREMESP/CFM). *Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*. São Paulo: CREMESP/CFM, 2011.

Cordeiro HA. O conceito de necessidades de saúde e as políticas sanitárias. In: Amâncio Filho, A (org.). *Saúde, trabalho e formação profissional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 41-7.

Costa JF. A medicina como projeto social: o controle dos corpos e sexos. In: Souza AN, Pintaguy J (orgs.). *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006. p. 133-143.

Costa RG. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. *Rev Bras Estud Popul*. 2003;20(1):79-92.

Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000;50:1385-1401.

Couto MT. *Pluralismo religioso em famílias populares: poder, gênero e reprodução* [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2001.

Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, Schraiber LB, Figueiredo WS. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2010;14(33):257-70.

Couto MT, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2569-2578.

Croker JE, Swancutt DR, Roberts MJ, Abel GAA, Roland M, Campbell JL. Factors affecting patients' trust and confidence in GPs: evidence from the English national GP patient survey. *BMJ Open*. 2013;3:e002762.

Cueto M. The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *Am J Public Health*. 2004;94(11): 1864-74.

Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Atenção Primária à Saúde. Coordenação da Carteira de Serviços da APS. *Carteira de Serviços. Guia para profissionais de saúde: relação de serviços e condições abordadas na Atenção Primária à Saúde*. Curitiba: SMS, 2014a.

Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Atenção Primária à Saúde. Coordenação da Carteira de Serviços da APS. *Orientação técnica 15/2014: exames de rotina para homens adultos* [Internet]. 2014b [acesso 28 maio 2015];1. Disponível em <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Orienta%C3%A7%C3%A3o%20T%C3%A9cnica%2015%20-%20novembro%20azul%202014.pdf>.

DaMatta R. O ofício do Etnólogo, ou como ter “Anthropological Blues”. In: Nunes EO. *A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. Cap. 1, p. 23-35.

Dall'Oglio MF (coord.). *Diretrizes de Câncer de Próstata*. Rio de Janeiro: SBU - Sociedade Brasileira de Urologia, 2011. p. 11-18: Rastreamento do Câncer de Próstata.

Dalmaso ASW. Atendimento à demanda espontânea: pronto-atendimento e atividades programáticas. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB (orgs.). *Saúde*

do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: HUCITEC, 2000. 2. ed. Cap. 7, p. 151-72.

Dedecca CS, Ribeiro CSMF, Ishii FH. Gênero e jornada de trabalho: análise das relações entre mercado de trabalho e família. *Trab Educ Saúde*. 2009;7(1):65-90.

Deslauriers JP, Kérisit M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires A. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008. p.127-153.

Doniec K, Dall’Alba R, King L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. *Lancet*. 2016;388(10047):867-8.

Dyche L, Swiderski D. The effect of physician solicitation approaches on ability to identify patient concerns. *J Gen Intern Med*. 2005;20(3):267-70.

Ferron MM, Lopes Jr A. Problemas da sexualidade. In: Gusso G, Lopes JMC (orgs.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. v.1. Cap. 82, p.741-6.

Figueroa-Perea J. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(sup 1):87-97.

Figueiredo WS. *Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27.

Foucault M. *Vigiar e punir*. 37a ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

Foucault M. *Microfísica do poder*. 25a ed. São Paulo: Graal, 2012.

Fracolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2004; 38(2): 143-151.

Freire M. Entre riscos e benefícios. *O Povo* (Ceará). 11 nov 2015a. p. 4

Freire M. Novembro na cor azul. *O Povo* (Ceará). 11 nov 2015b. p. 5

Froom P, Benbassat J. Inconsistencies in the classification of preventive interventions. *Prev Med*. 2000;31(2 Pt 1):153-8.

G1. *Planos de saúde perdem clientes pelo 13º mês seguido em julho* [Internet]. 15 ago 2016 [acesso 11 set 2016]: [3 telas]. Disponível em <http://g1.globo.com/economia/noticia/2016/08/planos-de-saude-perdem-clientes-pelo-13-mes-seguido-em-julho.html>.

Gallo CE, Restrepo AA, Bernal LVL. Aspectos subjetivos implicados en la demanda de consulta médica frecuente. *Psicol Caribe*. 2012;29(2):511-537.

Geertz C. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. p. 13-41: Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura.

Gérvas J. *Quaternary prevention: a summary* [Internet]. 15 mar 2012a [acesso 19 jun 2013]:1-3. Disponível em <http://equipocesca.org/5903652/>.

Gérvas J. Aviso: “En el mundo hay millones de varones impotentes e incontinentes por causa médica. (No dejes que toquen la próstata, ni que te hagan el PSA)”. ¡Pásalo! *Acta Sanitaria* [Internet]. 30 abr 2012b [acesso 30 ago 2016]:[8 telas]. Disponível em <http://www.actasanitaria.com/aviso-en-el-mundo-hay-millones-de-varones-impotentes-e-incontinentes-por-cause-medica-no-dejes-que-toquen-la-prostata-ni-que-te-hagan-el-psa-pasalo/>.

Gérvas J, Gavilán E, Gorricho J. Medicalización del envejecimiento y síndrome por déficit de testosterona. *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra*. 2012;20(4):1-8.

Gérvas J, Pérez-Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria*. 2005;35(2):95-8.

Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet*. 2008; 372:1997–99.

Ghofrani HA, Osterloh IH, Grimminger F. Sildenafil: from angina to erectile dysfunction to pulmonary hypertension and beyond. *Nat Rev Drug Discov*. 2006;5(8):689-702.

Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(sup 1):S21-S23.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. Cap. 16, p. 493-546.

GlaxoSmithKline. *Talk to your doctor* [Internet]. Sem data [acesso 31 jul 2016]:[4 telas]. Disponível em <http://www.levitra.com/talk-to-doctor.html>.

Goellner SV. A produção cultural do corpo. In: Louro GL, Felipe J, Goellner SV (orgs.). *Corpo, gênero e sexualidade*. 8a ed. Petrópolis: Vozes, 2003. Cap. 2, p. 28-40.

Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 30a ed. Petrópolis: Vozes, 2011. Cap. 4, p. 79-108.

Gomes R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. 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*. 2007;23(3):565-574.

Gomes R, Nascimento EF, Rebello LEFS, Araújo FC. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13(6):1975-84.

Gross R, McNeill R, Davis P, Lay-Yee R, Jatrana S, Crampton P. The association of gender concordance and primary care physicians' perceptions of their patients. *Women Health*. 2008;48(2):123-44.

Grubb RL, Figenshau RS. Cirurgia Urológica. In: Doherty GM, Lowney JK, Mason JE, Reznik SI, Smith MA (eds.). *Washington Manual de Cirurgia*. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap.41.

Gusso G, Poli Neto P. Gestão da Clínica. In: Gusso GDF, Lopes JMC (orgs.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1. Cap. 19, p. 159-166.

Hatzimouratidis K, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Montorsi F, Vardi Y, Wespes E. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. *Eur Urol*. 2010;57: 804-814.

Helfand BT, Glaser AP, Rimar K, Zargaroff S, Hedges J, McGuire HB, Catalona WJ, McVary KT. Prostate cancer diagnosis is associated with an increased risk of erectile dysfunction after prostate biopsy. *BJU International*. 2012;111:38–43.

Hengstler P, Battegay E, Cornuz J, Bucher H, Battegay M. Evidence for prevention and screening: recommendations in adults. *Swiss Med Wkly*. 2002;132(27-28):363-73.

Hiriart GM, Gatica XS. Pacientes policonsultantes: ¿un síntoma del sistema de salud en Chile? *Acta bioeth*. 2014;20(2):215-223.

Holland W. Screening for disease – considerations for policy. *Euro Observer*. 2006;8(3):1-8.

Hyun JS. Prostate Cancer and Sexual Function. *World J Mens Health*. 2012;30(2):99-107.

Ieto V, Cunha MC. Queixa, demanda e desejo na clínica fonoaudiológica: um estudo de caso clínico. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007;12(4):329-334.

Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;1:CD004720.

Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 4a ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1975.

Instituto Lado a Lado pela Vida (ILLPV). *Novembro Azul/Drible o preconceito* [Internet]. Sem data [acesso 20 jun 2016]:1-2. Disponível em http://www.sbu.org.br/pdf/folheto_triptico_sbu.pdf.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Rastreamento do câncer de próstata*. [Internet]. 2013 [acesso 25 fev 2014]:1-7. Disponível em http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/rastreamento_prostata_resumido.2013.pdf.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2014a.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Informativo detecção precoce*. 2014b;5(2):1-8.

Jackson G. “Oh... by the way...”: doorknob syndrome. *Int J Clin Pract*. 2005;59(8):869.

Jamouille M. Information et Informatisation en Médecine Générale. In: *Les Informagiciens*. Namur: Presses Universitaires de Namur. 1986. p. 193-209.

Jamouille M, Roland M. *Quaternary prevention* [Internet]. 1995 [acesso 7 maio 2013]:1-6. Disponível em <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000103/0000261.pdf>.

Jamouille M, Gusso G. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. In: Gusso G, Lopes JMC (orgs.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. v.1, Cap. 24, p. 205-11.

Johannes CB, Araújo AB, Feldman HA, Derby CA, Kleinman KP, McKinlay JB. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: longitudinal results from The Massachusetts Male Aging Study. *J Urol*. 2000;163:460-3.

Jornal Nacional. *Exames para o câncer de próstata dividem opiniões entre especialistas* [Internet]. 23 nov 15 [acesso 28 mar 16]:[5 telas]. Disponível em <http://migre.me/scPHw>.

Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S (eds.). *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003. p. 137-52.

Kimmel MS. Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. In: Valdes T, Olavarria J (eds.). *Masculinidad/es: poder y crisis*. Santiago: Isis Internacional, 1997. p.49-62. (Ediciones de las mujeres, n.24).

Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*. 2006;3(10):e294.

Knauth DR, Couto MT, Figueiredo WS. 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. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2617-2626.

Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamouille M. Prevenção quaternária, uma tarefa do clínico geral. *Primary Care*. 2010;10(18):350–4.

Laskin DM. The art of doing nothing. *J Oral Maxillofac Surg*. 1985;43:72.

Leal AF, Figueiredo WS, Nogueira-da-Silva GS. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2607-2616.

Lefkowich M, Richardson N, Robertson S. “If We Want to Get Men in, Then We Need to Ask Men What They Want”: Pathways to Effective Health Programing for Men. *Am J Mens Health*. 2015;pii:1557988315617825. [Epub ahead of print].

Leite AJM, Caparara A, Coelho Filho JM (orgs.). *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias*. São Paulo: Sarvier, 2007.

Lessa S. *Abaixo a família monogâmica!* São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

Lexchin J. Bigger and better: how Pfizer redefined erectile dysfunction. *PLoS Med*. 2006;3(4):e132.

Little P, White P, Kelly J, Everitt H, Mercer S. Randomised controlled trial of a brief intervention targeting predominantly non-verbal communication in general practice consultations. *Br J Gen Pract*. 2015a;65(635):e351-6.

Little P, White P, Kelly J, Everitt H, Gashi S, Bikker A, Mercer S. Verbal and non-verbal behaviour and patient perception of communication in primary care: an observational study. *Br J Gen Pract*. 2015b;65(635):e357-65.

Loe M. The Viagra Blues: embracing or resisting the Viagra body. In: Rosenfeld D, Faircloth CA (eds.). *Medicalized Masculinities*. Philadelphia: Temple University Press, 2006. p. 21-44

Lopes JMC. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC (orgs.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. v.1. Cap. 1, p. 1-11.

Luz MT. Políticas de Descentralização e Cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001. p. 21-42.

Machado FA, Venturini RR, Manzan ALA, Silva GR. Relação do paciente com o

serviço em Unidades Básicas de Saúde sob a óptica dos médicos e dos pacientes. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(37):1-10.

Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo WS, Valença OA, Pinheiro TF. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4503-4512.

Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;353:i2139.

Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*. 1999;281(3):283-7.

Massuda A, Poli Neto P, Drehmer VLFG. A Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS Curitiba: um desafio para o Brasil, passar de uma APS programática para uma mais acessível e abrangente. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM. *Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes Editora, 2014.

Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001. p. 41-66.

McCaffery KJ, Jansen J, Scherer LD, Thornton H, Hersch J, Carter SM, Barratt A, Sheridan S, Moynihan R, Waller J, Brodersen J, Pickles K, Edwards A. Walking the tightrope: communicating overdiagnosis in modern healthcare. *BMJ*. 2016;352:i348.

McWhinney IR, Freeman T. *Manual de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

Medrado B, Lyra J, Azevedo M. “Eu não sou uma próstata, sou um homem!”: por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: Gomes R (org.). *Saúde do homem em debate*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p.39-74.

Menahem S. Teaching students of medicine to listen: the missed diagnosis from a hidden agenda. *J R Soc Med*. 1987;80(6):343-6.

Menezes RE. Entre o biológico e o social. In: Souza AN, Pintaguy J (orgs.). *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006. p. 111-129.

Meireles L. Rastrear câncer é perigoso. *Correio da Paraíba*. 11 nov 2015. p. B2.

Millar AC, Lau AN, Tomlinson G, Kraguljac A, Simel DL, Detsky AS, Lipscombe LL. Predicting low testosterone in aging men: a systematic review. *CMAJ*. 2016; 188(13):E321-30.

Minayo MCS. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM (orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 201-230.

Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer (MS/INCA). *Posicionamento do Ministério da Saúde acerca da integralidade da saúde dos homens no contexto do Novembro Azul*. Nota técnica conjunta 01/2015 [Internet]. 26 jun 2015 [acesso 4 nov 2015]:1-13. Disponível em http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/ms_poe_saude_do_homem_em_destaque.

Modesto AAD, Couto MT. Como se estuda o que não se diz: uma revisão sobre demanda oculta. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(38):1-13.

Modesto AAD, Figueira MD. Abordagem do paciente com disfunção erétil e ejaculação precoce pelo médico de família e comunidade In: *PROMEF - Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade: Ciclo 8.1*. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2013, v.3, p. 107-130.

Modesto AAD, Lima RLB, D'Angelis AC, Augusto DK. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. No prelo.

Moore KL, Dalley II AF. *Anatomia orientada para a Clínica*. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.326-7.

Moraes V. *Vinicius*. [LP] Brasil: Elenco, 1967. Faixa 1. Berimbau.

Moreira Jr ED, Abdo CHN, Torres EB, Lobo CFL, Fittipaldi JAS. Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the Brazilian Study of Sexual Behaviour. *Urology*. 2001;58:583-8.

Moreira Jr ED, Lobo CFL, Diamant E, Nicolosi A, Glasser DB. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: results from a population-based cohort study in Brazil. *Urology*. 2003;61:431–6.

Morillo LE, Díaz J, Estevez E, Costa A, Méndez H, Dávila H, Medero N, Rodriguez N, Chaves M, Vinuesa R, Ortiz JA, Glasser DB. Prevalence of erectile dysfunction in Colombia, Ecuador, and Venezuela: a population-based study (DENSEA). *Int J Impot Res*. 2002;14(Suppl 2):S10-S18.

Moura RG. Coisa de homem. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(37)1-5.

Moyer VA. Screening for Prostate Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2012;157:120-134.

Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*. 2002;324:886-91.

Nardi AC, Pompeo ACL, Faria EF, Guimarães GC, Calixto JR, Ponte JRT, Nogueira L, Leal MLO, Berger M, Andrade N, Bernardo WM. *Câncer de próstata: diagnóstico* [Internet]. 2013 [acesso 6 maio 2015]:1-22. Disponível em http://www.sbu.org.br/pdf/diretrizes/novo/cancer_de_prostata_diagnostico.pdf.

Neergaard MA, Olesen F, Jensen AB, Sondergaard J. Palliative care for cancer patients in a primary health care setting: Bereaved relatives' experience, a qualitative group interview study. *BMC Palliative Care*. 2008;7:1.

Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):2012-2020.

Oliveira FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2002;6(10):63-74.

Organização Mundial da Saúde. *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. v.1.

Pacheco AAM. O toque retal em clínica urológica. *Revista de Medicina*. 1941 mar 31:p.15-28.

Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *A nova consulta*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Penson DF, Resnick MJ. Let's not throw the baby out with the bathwater in prostate cancer screening. *J Clin Oncol*. 2016 Jul 18;pii:JCO687194. [Epub ahead of print]

Pérez-Fernández M, Gervas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clin (Barc)*. 2002;118(2):65-7.

Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(4):687-707.

Pinheiro TF. *A abordagem à sexualidade masculina na atenção primária à saúde: possibilidades e limites* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

Pinheiro TF, Couto MT, Silva GSN. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2011;15(38): 845-858.

Pinheiro TF, Couto MT. Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde. *Physis*. 2013;23(1):73-92.

Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(1):85-98.

Potts A, Grace VM, Vares T, Gavey N. ‘Sex for life’? Men’s counter-stories on ‘erectile dysfunction’, male sexuality and ageing. *Sociology of Health & Illness*. 2006;28(3):306-29.

Poupart J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires A. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008. p.215-53.

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors. *Am Psychol*. 1992;47(9):1102-1114.

Puccini PT. As unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) do Município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica no Sistema Único de Saúde, 2006. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(12):2755-2766.

Redondo-Sendino A, Guallar-Castillón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health*. 2006;6:155.

Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(1):90-97.

Rio de Janeiro (Município). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. *Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde (versão profissionais)*. Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

Robertson S, Galdas PM, McCreary DR, Oliffe JL, Tremblay G. Men’s health promotion in Canada: current context and future direction. *Health Education Journal*. 2009;68(4):266–272.

Rocha F. Algumas considerações sobre as entrevistas preliminares, demanda e início de análise. *Percurso*. 1991;3(5/6):15-21.

Rodondi PY, Maillefer J, Suardi F, Rodondi N, Cornuz J, Vannotti M. Physician response to “by-the-way” syndrome in primary care. *J Gen Intern Med*. 2009;24(6):739-41.

Rohden F. Sexualidade e gênero na medicina. In: Souza AN, Pintaguy J (orgs.). *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006. p. 157-180.

Rohden F. Capturados pelo sexo: a medicalização da sexualidade masculina em dois momentos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2645-2654.

Roland M, Jamouille M. The periodic health examination: a useless test? *Rev Med Brux*. 1998;19(4):A255-62.

Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh Ih, Kirkpatrick J, Mishra A. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997;49:822-830.

Rosenfeld D, Faircloth CA (eds.). *Medicalized Masculinities*. Philadelphia: Temple University Press, 2006.

Ross LE, Richardson LC, Berkowitz Z. The effect of physician-patient discussions on the likelihood of prostate-specific antigen testing. *J Natl Med Assoc*. 2006;98(11):1823-9.

Ruiz-Cantero MT, Cambronero-Saiz B. La metamorfosis de la salud: invención de enfermedades y estrategias de comunicación [editorial]. *Gac Sanit*. 2011;25(3):179–81.

Sant’Ana AM. A propósito da Medicina de Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2004;1(1):24-28.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Mapa de distribuição das equipes de saúde da família e equipes NASF do Município de São Paulo – 2012 [internet]. 2012 [acesso 18 jan 2015]:[1 tela]. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/equipes_esf_2012.pdf.

São Paulo (Estado). Poder Executivo. Lei n. 15.624, de 19 de dezembro de 2014. Revaloriza os pisos salariais mensais dos trabalhadores que especifica, instituídos pela Lei nº 12.640, de 11 de julho de 2007. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo (SP). 2014 20 dez; v. 124, n. 241, seção 1:1.

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(sup 2):s205-s216.

Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, Silva GSN, Valença O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(5):961-970.

Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):7-17.

Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB (orgs.). *Saúde do adulto*:

programas e ações na unidade básica. São Paulo: HUCITEC, 2000. 2. ed. Cap. 1, p. 29-47.

Schulz CM. *The complete Peanuts: 1950-1952*. Seattle: Fantagraphics, 2004. p. 63

Scott JW. Gender: A useful category of historical analysis. *The American Historical Review*. 1986;91(5):1053-75.

Shoag JE, Mittal S, Hu JC. Reevaluating PSA testing rates in the PLCO Trial. *N Engl J Med*. 2016a;374(18):1795-6.

Shoag JE, Schlegel PN, Hu JC. Prostate-Specific Antigen screening: time to change the dominant forces on the pendulum. *J Clin Oncol*. 2016b;pii:JCO678938. [Epub ahead of print]

Silverman J. Hidden agendas and how to uncover them. *Medicine*. 2005;33(2): 27–29.

Siméant S. Capacidad resolutive de la demanda de atención de morbilidad a nivel primario, Chile, 1981. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1984;97:125-41.

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). *Comunicado aos(as) apoiadores(as) da campanha Novembro Azul* [Internet]. Out 2015 [acesso 10 nov 2015]:1-3. Disponível em <http://www.sbmfc.org.br/media/Novembro%20Azul.pdf>.

Sociedade Brasileira de Urologia (SBU). *Campanha Novembro Azul 2014* [Internet]. 26 out 2015 [acesso 17 nov 2015]:[5 telas]. Disponível em <http://portaldaurologia.org.br/campanhas-publico/campanha-novembro-azul-2014/>.

Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). *Hiperplasia Prostática Benigna*. Projeto Diretrizes AMB/CFM, 2006: v.5, n.24.

Srougi M. Tumores urogenitais. In: Srougi M (ed.). *Urologia básica*. Barueri: Manole, 2006. Cap. 6, p. 39-58.

Starfield B. Is US health really the best in the world? *JAMA*. 2000;284(4):483-5.

Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.

Starfield B. Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? *The Permanente Journal*. 2011;15(2):63-9.

Stewart M, Brown JB, Donner A, Mcwhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan JJ. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49(9):796-804.

Storino LP, Souza KV, Silva KL. Necessidades de saúde de homens na atenção básica:

acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. *Esc Anna Nery*. 2013;17(4):638-645.

Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003. p. 89-111.

Tejero EJE, Chicharro RV, Vargas EV, Morales AM. Historia clínica dirigida y exploración física em pacientes com disfunción eréctil: aspectos clínicos que no podemos olvidar. *Arch Esp Urol*. 2010;63(8):679-686.

Tempark T, Shwayder T. Chinese fortune-telling based on face and body mole positions: a hidden agenda regarding mole removal. *Arch Dermatol*. 2012 Jun;148(6):772-3.

Tesser CD. Prevenção Quaternária para a humanização da Atenção Primária à Saúde. *O Mundo da Saúde*. 2012;36(3):416-426.

Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(Suppl 3):3615-3624.

Tófoli LF, Gonçalves DA, Fortes S. Somatização e sintomas sem explicação médica. In: Gusso G, Lopes JMC (orgs.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. v.2., Cap. 218, p. 1897-905.

Urbano P. *As traumáticas aventuras do filho do Freud: quem é esse tal de Édipo?* Rio de Janeiro: Zás, 2013.

Urbano P. *As traumáticas aventuras do filho do Freud: onde está o meu falo?* Rio de Janeiro: Zás, 2015.

Vegni E, Martinoli M, Moja EA. Improving patient-centred medicine: a preliminary experience for teaching communication skills to Italian general practitioners. *Educ Health*. 2002;15(1):51-7.

Valladares L. Os dez mandamentos da observação participante. *Rev Bras Ci Soc*. 2007; 22(63):153-155.

Velho G. Observando o familiar. In: Nunes EO (org.). *A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. Cap. 2, p. 36-46.

Veloso C. *Cê* [LP]. Brasil: Universal, 2006. Faixa 9. Homem.

Vieira EM. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

Vieira KLD, Gomes VLO, Borba MR, Costa CFS. Atendimento da população masculina em Unidade Básica de Saúde da Família: motivos para a (não) procura. *Esc Anna Nery*. 2013;17(1):120-127.

White J, Levinson W, Roter D. “Oh, by the Way”: The Closing Moments of the Medical Visit. *J Gen Intern Med*. 1994;9:24-28.

Wiencke C. Sex the natural way: the marketing of Cialis and Levitra. In: Rosenfeld D, Faircloth CA (eds.). *Medicalized Masculinities*. Philadelphia: Temple University Press, 2006. p. 45-64.

Wilkins D, Savoye E (eds.). *Men's health around the world: a review of policy and progress across 11 countries*. Bruxelas: Men's Health Forum (EMHF), 2009.

Wilson JMG, Jungner G. *Principles and practice of screening for disease*. Genebra: World Health Organization, 1968.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MÉDICOS(AS)

Nome:

Data:

Sexo:

Local de trabalho:

Local de realização da entrevista:

Masculinidades e saúde

Você acha que ser homem traz riscos específicos à saúde? Quais?

Que demanda os homens trazem normalmente à consulta?

Se surgirem diferenciações entre dito/não dito, agendado/espontâneo, homem/mulher etc., explorar motivos e pedir exemplos

Busca por avaliação de próstata e disfunção erétil

Você atende homens que buscam avaliação de próstata? Como esse problema surge na consulta?

Entender como os homens expressam essa queixa, e se ela é percebida de outra forma que não pela queixa clara do paciente

Como você lida com essa demanda? *Pedir exemplos de atendimentos vivenciados*

Você atende homens com disfunção erétil? Como esse problema surge na consulta?

Entender como os homens expressam essa queixa, e se ela é percebida de outra forma que não pela queixa clara do paciente

Como você lida com essa demanda? *Pedir exemplos de atendimentos vivenciados*

Você acha que a forma como os homens expressam suas demandas pode influenciar o cuidado que recebem? Como?

A respeito desses homens que inicialmente não apresentam queixas que depois surgem, você acha que eles já chegam com uma demanda e ela não é dita, ou essa demanda é construída durante a consulta? Por quê?

Masculinidades e uso dos serviços de saúde

Você acha que os homens usam os serviços de saúde de forma diferente das mulheres?

Como essa diferença aparece? Como você a explica?

Quais as dificuldades ou facilidades que os homens podem ter no acesso aos serviços de saúde?

Você acha que ser homem dificulta falar sobre sua saúde? Como?

Como você acha que a orientação sexual pode afetar a maneira como os homens procuram os serviços de saúde?

Há diferenças no acolhimento desses homens? Quais?

Atentar para mudanças percebidas ao longo da vida profissional pelos(as) médicos(as) com mais tempo de trabalho nas questões acima

O que poderia facilitar o acesso dos homens ao serviço de saúde?

E a expressão de suas queixas?

O serviço poderia melhorar em algum sentido na forma como lida com os homens?

Você acha que aqueles problemas (*citar o que foi apontado como demanda oculta*) deveriam ser questionados a todos os homens pelo(a) médico(a)? Por quê?

Você acha que o ambiente da UBS pode dificultar a presença dos homens? Se sim, como?

Para os homens: Falamos bastante sobre a saúde dos homens em geral e dos seus pacientes. Mas você acha que ser homem traz algum risco específico à SUA saúde?

Gostaria de acrescentar mais alguma coisa? Você acha que essa entrevista mudou de alguma forma o jeito como você vê sua própria saúde ou seu trabalho?

Demais dados demográficos

Idade – Formação (graduação, residência(s), especialização(ões) – onde fez e quando concluiu) – Tempo de trabalho na Atenção Primária (incluindo residência em MFC ou especialização na área, e atentando ao tempo na ESF) – Tempo de trabalho na equipe – Cor de pele (auto referida) – Renda em faixa salarial (Até 5 / 5 a 10 / 10 a 15 / mais de 15 mil reais)

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM HOMENS ATENDIDOS PELO SERVIÇO

Nome:

Data:

UBS em que é atendido:

Indicado por:

Local de realização da entrevista:

Com quem vive:

Percepções sobre saúde e cuidados com a própria saúde

Na sua opinião, como está a sua saúde?

Como você cuida da sua própria saúde?

Explorar ajuda de terceiros(as) – quem ajuda e como – e ações fora do serviço de saúde

E o que é saúde para você?

Masculinidades, saúde e uso dos serviços

Você acha que os homens têm problemas de saúde diferentes das mulheres? *Pedir exemplos*

Você acha que os homens cuidam de sua saúde de forma diferente das mulheres?

Como você explica essa diferença?

Atentar para diferenças entre práticas assumidas por ele e as relacionadas a outros homens

Você lembra quantas vezes foi a um serviço de saúde nos últimos doze meses? Pode dizer quais?

Descrever tipos de serviço visitados

Quando você percebe um problema de saúde, que lugar você visita?

Explorar como essa escolha é feita

Que diferenças percebe nos diferentes atendimentos?

Fale um pouco sobre quando e por quê você procura esta UBS

Explorar motivos, frequência etc..

O que você acha do uso que os homens fazem dos serviços de saúde? E você, em particular?

No geral, você sente alguma dificuldade em conversar com o médico sobre seus problemas de saúde e suas necessidades?

Você acha que ser homem dificulta ou facilita o uso do serviço de saúde? Como?

Você acha mais difícil ou mais fácil falar sobre a sua saúde por ser homem? Por quê?

Você acha que há diferença entre ser atendido por médico homem ou médica mulher?

Qual(is)?

O que poderia facilitar o acesso dos homens ao serviço de saúde?

E a expressão de seus problemas?

Você acha que alguma coisa na consulta pode influenciar a forma como você expressa seus problemas, ou o que o médico faz?

Atentar para relação entre a forma como os homens expressam suas demandas e o cuidado que recebem (questionar, se necessário). Atentar para a valorização de aspectos da consulta.

O que você acha do ambiente da UBS?

Explorar se o ambiente dificulta ou facilita a presença do entrevistado, e se ele se sente bem quando vem à unidade

Sobre a consulta com médico(a) da ESF onde foi captado ou que motivou a captação

O que o levou a passar em consulta?

Como você colocou esse problema ou como ele surgiu na consulta?

Explorar se já pretendiam abordar a questão ao procurar o(a) médico

Você acha que essa procura foi influenciada por alguém ou alguma coisa?

Gostaria de ter conversado sobre algo mais?

Gostaria que o(a) médico(a) tivesse perguntado, examinado ou tratado mais alguma coisa?

Se sim, chegou a falar sobre isso?

Sobre próstata e disfunção erétil

Você sabe o que é “problema de próstata”? Pode explicar?

Você já foi ao médico por causa da próstata? Como foi?

Se este foi um motivo de busca do atendimento, explorar de onde surgiu essa demanda

Se foi um assunto que surgiu em consulta, explorar como isso ocorreu

Se isso nunca foi uma questão, perguntar aonde iria se quisesse abordá-la e por quê

Você sabe o que é “disfunção erétil”? Pode explicar?

Explorar a compreensão dos termos “disfunção erétil” e “impotência sexual”

Atentar para diferenças percebidas entre os termos

Você já foi ao médico por causa de disfunção erétil? Como foi?

Se este foi um motivo de busca do atendimento, explorar de onde surgiu essa demanda

Se foi um assunto que surgiu em consulta, explorar como isso ocorreu

Questionar sobre práticas sexuais que não dependam de ereção

Se nunca teve esse problema, questionar aonde iria se tivesse e por quê

Gostaria de acrescentar mais alguma coisa? Você acha que essa entrevista mudou de alguma forma o jeito como você vê sua própria saúde?

Demais dados demográficos

Idade (conferir com data de nascimento) – Estado civil — Cor de pele (auto referida)

– Tempo em que mora no local – Escolaridade/formação – Ocupação – Renda

APÊNDICE C – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DOS SERVIÇOS

Identificação geral

Nome, endereço, telefone
Horários de funcionamento (atendimento e exames complementares)
Organização da atenção primária (modelo(s), profissionais, PMMB)
População coberta (total, por modelo de atenção e por equipe)
Serviços oferecidos
Adjacências
Datas e horários de observação

Nos locais de recepção, trânsito e espera (entrada, recepção, sala de espera, corredores junto aos consultórios), observar:

O fluxo de porta e a chegada à recepção;
O perfil dos usuários e usuárias (caracterizá-los/as, contemplando quesitos como sexo, raça/cor e classe);
Como os homens lidam com a dinâmica de funcionamento dos serviços;
Número e parcela de homens nos locais de espera;
Comportamento dos homens durante a espera (como chegam, postura, como aguardam, com quem e como conversam);
Se os homens vêm como pacientes desacompanhados, pacientes acompanhados, acompanhantes (descrever quem acompanham).
Assuntos que emergem e são discutidos (ou não) durante a espera entre homens e entre homens e mulheres;
As demandas que os homens apresentam aos funcionários e como interagem com estes (caracterizá-los);
A interação dos homens com funcionários e funcionárias (diferenciá-la);
Como surgem as questões de gênero e quem as coloca (usuários ou usuárias, funcionários ou funcionárias);
O perfil dos profissionais (enquanto homens ou mulheres) e diferenciar atenção dada a homens e mulheres por funcionários e funcionárias;
Relação entre profissionais homens e mulheres;
Como os profissionais homens e mulheres lidam com as questões de gênero em geral e as questões dos homens na saúde;
O ambiente da UBS, caracterizando-o especialmente sob a ótica de gênero (como marcas de gênero no espaço e possíveis facilidades ou dificuldades no acesso de homens e mulheres); e
A comunicação escrita ou outras formas de divulgação em saúde (há diferenças de gênero?)

Em contato com profissionais da gerência, da recepção e/ou da assistência, descrever:

A organização da agenda;

O espaço previsto para demanda espontânea, agendada e programada; e

As ações de saúde (especialmente as de prevenção e promoção da saúde) oferecidas a homens e mulheres.

Eixos de análise

Relações de gênero como relações de poder no campo feminilizado da saúde

Acesso (uso)/não acesso (não uso) pelos homens

Relações entre homens, entre homens e mulheres, e entre profissionais homens e mulheres com usuários homens e mulheres

Uso e não uso relacionados com as masculinidades

Uso e não uso relacionados à desigualdade de gênero dos profissionais

Organização e prestação de serviços na saúde (atenção primária)

Processos de trabalho e trabalho em equipe

Equilíbrio entre demanda espontânea e demanda agendada/programada

Lugares e não lugares dos homens

Visibilidade/invisibilidade dos homens no serviço

Ações orientadas por gênero

Ações não orientadas por gênero, mas com impacto na população masculina

Medicalização

Poder biomédico

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(MÉDICOS/AS)**

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
ENTREVISTA COM MÉDICOS(AS) DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
(UBSs)**

Pesquisa: A busca por avaliação de próstata e a demanda oculta de homens na
Atenção Primária à Saúde

Pesquisadora responsável: Márcia Thereza Couto Falcão

Pesquisador executante: Antônio Augusto Dall'Agnol Modesto

Prezado(a) senhor(a),

Estamos realizando uma pesquisa e gostaríamos de convidá-lo(a) a participar de uma entrevista gravada. A pesquisa tem como objetivo estudar as formas como os homens acessam as UBSs e como expressam suas demandas, e se a forma como o fazem influencia os desfechos de seus atendimentos. Ela trata ainda de questões referentes à próstata e à disfunção erétil. Esperamos com isso oferecer propostas para que os serviços qualifiquem a atenção à população masculina e facilitem seu acesso e o atendimento de suas demandas.

Sua participação nesse projeto é voluntária, e garantimos a você os direitos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Você pode se recusar a participar desta pesquisa, se recusar a responder qualquer questão ou deixar de participar a qualquer momento, se assim o desejar, sem qualquer prejuízo. A entrevista deve levar entre uma e duas horas, mas você pode interrompê-la a qualquer momento, bem como ouvir seu depoimento gravado e solicitar que seja retirado o que você não concorda.

Seu nome será mantido em sigilo e as informações que você nos fornecerá não serão identificadas como suas. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar participar do estudo, assim como a qualquer momento durante a nossa conversa.

O único risco relacionado à sua participação é o de desconforto em alguma parte da entrevista ou após seu término. Nesse caso, como afirmado anteriormente, você pode se recusar a responder qualquer pergunta, interromper sua participação a qualquer momento, ouvir seu depoimento gravado, retirar o que não concorda ou mesmo abandonar a pesquisa sem qualquer prejuízo. Sua participação não implicará

em gastos, mas, caso os tenha, você será ressarcido.

Se você tiver alguma consideração, dúvida ou reclamação, pode entrar em contato com o pesquisador executante (Antônio Augusto Dall'Agnol Modesto – Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP – celular (11) 98268-8251, email filomedlit@yahoo.com.br) ou com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Márcia Thereza Couto (Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP – telefone (11) 3061-8692, celular (11) 97602-7879, email marthet@usp.br). Se você tiver alguma consideração, dúvida ou reclamação sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP), localizado à Av. Dr. Arnaldo, 251, 21º andar, sala 36, Cerqueira César – São Paulo (SP) – CEP 01246-000, tel: (11) 3893-4401/4407, email: cep.fm@usp.br, bem como com o Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (CEP-SMS/SP), localizado à Rua General Jardim, 36, 1º andar, Vila Buarque – São Paulo (SP) – CEP 01223-010, telefone (11) 3397-2464, e-mail: smscep@gmail.com.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar do projeto.

_____, ____ de _____ de ____.

Nome do sujeito: _____

Assinatura: _____

Eu, Antônio Augusto Dall'Agnol Modesto, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante.

_____ Data: ____/____/____

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (USUÁRIOS)

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA E CONSULTA A PRONTUÁRIO DE USUÁRIOS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBSs)

Pesquisa: A busca por avaliação de próstata e a demanda oculta de homens na
Atenção Primária à Saúde

Pesquisador responsável: Márcia Thereza Couto Falcão

Pesquisador executante: Antônio Augusto Dall’Agnol Modesto

Prezado senhor,

Estamos realizando uma pesquisa e gostaríamos de convidá-lo a participar de uma entrevista gravada e consultar seu prontuário. A pesquisa tem como objetivo estudar as formas como os homens fazem uso das UBSs e como contam seus problemas e preocupações. Queremos entender se a forma como se expressam pode influenciar o tipo de atendimento que recebem. Além disso, estudaremos questões referentes à próstata e a problemas de ereção. Esperamos que os resultados do estudo possam oferecer propostas para que os serviços melhorem a atenção à população masculina e facilitem seu acesso e o atendimento de suas demandas.

Sua participação nesse projeto é voluntária, e garantimos a você os direitos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Você pode se recusar a participar desta pesquisa, recusar-se a responder qualquer questão ou deixar de participar a qualquer momento, se assim o desejar, sem qualquer prejuízo (inclusive ao seu atendimento). A entrevista deve levar entre uma e duas horas, mas você pode interrompê-la a qualquer momento, bem como ouvir seu depoimento gravado e solicitar que seja retirado o que você não concorda.

Seu nome será mantido em sigilo e tanto as informações que você nos fornecer quanto as informações do seu prontuário não serão identificadas como suas. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar participar do estudo, assim como a qualquer momento durante a nossa conversa.

O único risco relacionado à sua participação é o de desconforto em alguma parte da entrevista, após seu término, ou com a consulta a seu prontuário. Nesse caso, como afirmado anteriormente, você pode se recusar a responder qualquer pergunta, interromper sua participação a qualquer momento, ouvir seu depoimento gravado, retirar o que não concorda ou mesmo abandonar a pesquisa sem qualquer prejuízo. Sua

participação não implicará em gastos, mas, caso os tenha, você será ressarcido.

Se você tiver alguma consideração, dúvida ou reclamação, pode entrar em contato com o pesquisador executante (Antônio Augusto Dall'Agnol Modesto – Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP – celular (11) 98268-8251, email filomedlit@yahoo.com.br) ou com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Márcia Thereza Couto (Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP – telefone (11) 3061-8692, celular (11) 97602-7879, email marthet@usp.br). Se você tiver alguma consideração, dúvida ou reclamação sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP), localizado à Av. Dr. Arnaldo, 251, 21º andar, sala 36, Cerqueira César – São Paulo (SP) – CEP 01246-000, tel: (11) 3893-4401/4407, email: cep.fm@usp.br, bem como com o Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (CEP-SMS/SP), localizado à Rua General Jardim, 36, 1º andar, Vila Buarque – São Paulo (SP) – CEP 01223-010, telefone (11) 3397-2464, e-mail: smscep@gmail.com.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar do projeto.

_____, ____ de _____ de ____.

Nome do sujeito: _____

Assinatura: _____

Eu, Antônio Augusto Dall'Agnol Modesto, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante.

_____ Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE F – ANUÊNCIA DA GERÊNCIA LOCAL

**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA**

CARTA DE ANUÊNCIA DA GERÊNCIA PARA ENTREVISTAS COM MÉDICOS(AS) E USUÁRIOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) E CONSULTA A PRONTUÁRIOS

**Pesquisa: A busca por avaliação de próstata e a demanda oculta de homens na
Atenção Primária à Saúde**

Pesquisador responsável: Márcia Thereza Couto Falcão

Pesquisador executante: Antônio Augusto Dall’Agnol Modesto

Eu, _____,
gerente da UBS _____, localizada no endereço
_____, fui
informado(a) da pesquisa supracitada e de seus preceitos éticos, condizentes com a
Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e autorizo a realização da mesma
nas dependências desta UBS, o que inclui entrevistas com médicos(as) e usuários no
interior da unidade, bem como a consulta aos prontuários dos homens entrevistados e
obtenção de informações gerais para caracterização do serviço.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura: _____

APÊNDICE G – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de **19/11/2014**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **372/14** intitulado: **“A BUSCA POR AVALIAÇÃO DE PRÓSTATA E A DEMANDA OCULTA DE HOMENS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”** apresentado pelo **Departamento de MEDICINA PREVENTIVA**

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12).

Pesquisador (a) Responsável: Márcia Thereza Couto Falcão

Pesquisador (a) Executante: Antonio Augusto Dall'Agnol Modesto

CEP-FMUSP, 19 de Novembro de 2014.

Prof. Dr. Paulo Eurípedes Marchiori
Vice-Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

APÊNDICE H – TABELA-LEMBRETE PARA REGISTRO DOS USUÁRIOS

A busca por avaliação de próstata e a demanda oculta de homens na Atenção Primária

Mestrando: Antônio Augusto Dall’Agnol Modesto (98268-8251,
filomedlit@yahoo.com.br)

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Thereza Couto
Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP

Prezados(as) médicos(as),

Gostaria de entrevistar homens que vieram à consulta em busca de avaliação de próstata ou para abordar questões relacionadas à sexualidade (disfunção erétil, ejaculação precoce e outras). Também me interessam os pacientes em cujas consultas essas questões apareceram secundariamente. Se você atender usuários assim, por favor, pergunte se eu posso ligar para explicar a pesquisa e anote os dados dos que aceitarem. Muito obrigado!

Nome completo	Telefone	D. nascimento	Demanda

APÊNDICE I – CARACTERÍSTICAS DOS(AS) PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS(AS)

	Sexo	Idade	RMFC	Esp. SF	Ano de graduação	Tempo na ESF (anos)	Tempo na equipe (anos)*	Cor	Renda mensal (milhares de reais)
São Paulo	F	26	2014	Não	2011	2	2	Negra	10 a 15
	F	27	2014	Não	2011	3	0	Negra	10 a 15
	F	29	2013	Não	2010	4	0	Parda	10 a 15
	F	30	2012	Não	2008	4	2	Branca	10 a 15
	M	27	2013	Não	2010	3	1	Branca	10 a 15
	M	30	2013	Não	2009	5	1	Branca	10 a 15
	M	35a	2010	Não	2004	10	4	Branca	10 a 15
	M	35b	2011	2009	2004	10	3	Branca	Mais de 15
Mauá	F	31	Não	2011	2007	7	4	Branca	10 a 15
	F	34	Não	Não	2008	3	3	Branca	10 a 15
	F	52	Não	2000	1991	17	10	Branca	10 a 15
	F	61	Não	Não	1983	10	2	Branca	Mais de 15
	F	62	Não	2013	1979	10	1	Branca	10 a 15
	M	36	Não	Não	2005	9	9	Branca	Mais de 15
	M	65	Não	2005	1980	7	6	Parda	Mais de 15
	M	67	Não	Não	1981	15	2	Branca	Mais de 15

NOTAS: RMFC: Residência em Medicina de Família e Comunidade (ano de conclusão, que ocorre em fevereiro/março). ESF: Estratégia Saúde da Família.

Esp. SF: Especialização em Saúde da Família (ano de conclusão). * “0” indica 3 a 12 meses.

APÊNDICE J – CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS

Mauá

UBS	Usuário	Demanda	DE/ EP	Mora com			Cor	Renda mensal (R\$)	Escolaridade	Ocupação	Tempo no bairro (anos)
				Mulher	Filho(s)/ filha(s)	Outros					
Caetano Veloso	Mauá 52	Disfunção erétil relatada pela esposa	Sim	X	X	X	Negra	1200	Fundamental incompleto	Afastado (pedreiro)	20
	Mauá 53a	Diabete Melito e disfunção erétil	Sim	X			Branca	1100	Médio completo	Porteiro	13
	Mauá 53b	Segue PSA	Não	X	X		Branca	1111	Médio completo	Desempregado (frentista e vigilante)	35
	Mauá 58	Seguimento de PSA, acompanha HPB com urologista	Sim	X	X		Parda	2500	Fundamental completo	Mecânico	25
	Mauá 65	Diabete melito e disfunção erétil	Sim	X			Negra	905	Fundamental incompleto	Afastado (faxineiro)	45
	Mauá 69	Problemas de próstata	Sim	X	X	X	Branca	2000	Fundamental incompleto	Aposentado (mecânico)	23
	Mauá 70	Acompanha câncer de próstata com urologista	Sim	X	X		Negra	1864	Fundamental incompleto	Afastado (armador)	40

NOTAS: apenas entrevistas incluídas. Todos os usuários em Mauá eram casados ou viviam em união estável. Demanda conforme indicada pelo(a) profissional que encaminhou à entrevista. DE: Disfunção Erétil. EP: Ejaculação Precoce. HPB: Hiperplasia Prostática Benigna. UBS: Unidade Básica de Saúde. PSA: Antígeno Prostático Específico.

São Paulo

UBS	Usuário	Demanda	DE/ EP	Mora com			Cor	Renda mensal (R\$)	Escolaridade	Ocupação	Tempo no bairro (anos)
				Mulher	Filho(s)/ filha(s)	Outros					
Chico Buarque	SP 30	Ejaculação precoce	Sim	X	X		Parda	2400	Médio incompleto	Entregador e fornheiro de pizzaria	26
	SP 43	Dor no peito e rotina incluindo próstata	Não	X	X		Branca	1450	Médio completo	Frentista	43
	SP 61a	Preventivo de próstata	Não	X		X	Branca	2100	Fundamental incompleto	Aposentado (segurança)	42
	SP 61b	Reavaliação de tosse e disfunção erétil	Sim	X	X		Parda	905	Fundamental incompleto	Jardineiro	19
Vinícius de Moraes	SP 38	Ejaculação precoce e ansiedade	Sim	X	X		Branca	3500	Fundamental incompleto	Vendedor	27
	SP 47	Exames de rotina incluindo próstata	Sim	X	X		Branca	1500	Médio completo	Motorista	47
	SP 57	Exame de próstata	Sim				Parda	2715	Fundamental incompleto	Marceneiro	17
	SP 76	Disfunção erétil	Sim	X			Negra	2700	Fundamental incompleto	Aposentado (operário fabril)	63

NOTAS: apenas entrevistas incluídas. Todos os usuários em São Paulo eram casados ou viviam em união estável, exceto Usuário SP 57, solteiro. Demanda conforme indicada pelo(a) profissional que encaminhou à entrevista. DE: Disfunção Erétil. EP: Ejaculação Precoce. UBS: Unidade Básica de Saúde. PSA: Antígeno Prostático Específico. Específico.