

ARTIGO ORIGINAL

Utilização dos serviços de saúde na atenção à Tuberculose: Peculiaridades masculinas

The Use of Health Care Services in Tuberculosis: Male Peculiarities

Jordana de Almeida Nogueira^I; Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro^{II}; Luana Carla Santana Oliveira^{III}; Cybelle Alves da Silva^{IV}; Annelissa Virgínia Andrade de Oliveira^V; Cláudia Maria Ramos Medeiros Souto^{VI}; Tereza Cristina Scatena Villa^{VII}

^I Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Clínica, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Universidade Federal da Paraíba – UFPB-Brasil. Endereço para correspondência: Av. das Falésias 1260 Condomínio Village Atlântico Sul Casa A4- Ponta do Seixas. CEP: 58045-670. João Pessoa - PB. E-mail: jal_nogueira@yahoo.com.br. Telefone: (83) 3251-1429.

^{II} Enfermeira, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal da Paraíba. E-mail: deborasgt@hotmail.com

^{III} Enfermeira, mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal da Paraíba. E-mail: luanacarla_jp@hotmail.com

^{IV} Enfermeira, mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal da Paraíba. E-mail: cybelle_17@hotmail.com

^V Enfermeira, mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal da Paraíba. E-mail: anneyury@yahoo.com.br

^{VI} Professor Doutor do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Universidade Federal da Paraíba – UFPB. E-mail: claudiaramos.enf@gmail.com

^{VII} Professor Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/EERP-USP. Coordenadora da Área de Pesquisa Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose/REDE-TB. E-mail: tite@eerp.usp.br

*O artigo origina-se do projeto “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil” aprovado e financiado pelo CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT N° 034/2008, coordenado pela área de estudos operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose-REDE-TB.

*O artigo foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, Campus I – João Pessoa-PB.

Resumo

O estudo avalia, na perspectiva de gênero, a posição que homens com diagnóstico de TB assumem com relação à procura e utilização dos serviços de saúde. Pesquisa transversal, que envolveu 73 doentes de TB. Os dados foram coletados através de fontes primárias, utilizando-se um instrumento, validado e adaptado para atenção à TB no Brasil. Empregou-se análise bivariada, teste de associação do Qui-quadrado (χ^2) e cálculo de mediana para tratamento dos dados. Os indivíduos com renda inferior a um salário mínimo acessaram preferencialmente os serviços especializados (p -valor = 0,02). Os serviços de atenção básica foram acessados por 43,8% dos usuários por ocasião do aparecimento dos sintomas, enquanto que os serviços especializados foram responsáveis pelo diagnóstico de 83,3% dos casos. O valor mediano do tempo do diagnóstico da TB foi de nove dias. Os fatores intrínsecos ao gênero masculino influenciaram de forma negativa a sua adesão às práticas em busca por cuidados de saúde.

Palavras-chave

Gênero e Saúde; Masculinidade; Tuberculose.

Abstract

This study assesses according to gender perspective, the position taken by men diagnosed with TB regarding the demand and use of the health care services. Cross-sectional study comprising 73 patients with TB. Data were collected through primary sources, using an instrument, validated and adapted for TB care in Brazil. The bivariate analysis, Chi-square association test (χ^2), and calculation of median for data processing were used. The individuals with income below the minimum wage have preferentially accessed the specialized services (p -value = 0.02). The primary care services were accessed by 43.8% of users at the time of onset of symptoms, while the specialized services accounted for 83.3% of diagnosed cases. The median value of the time of TB diagnosis was nine days. It can be highlighted that the intrinsic factors concerning the male gender negatively influenced their compliance to practices and demands for some health care.

Keywords

Gender and Health; Masculinity; Tuberculosis.

Recebido em

Aceito em

Não há conflito de interesse

Introdução

A Tuberculose (TB) tem sido ao longo da história da saúde mundial, uma das doenças infecto-contagiosas que prevalece com altos índices em muitos países constituindo-se como problema sério de saúde pública.¹ Embora seja alvo de pesquisas clínicas, operacionais e epidemiológicas, estudos relacionados aos fatores que influenciam o retardo ao diagnóstico à TB, ainda são incipientes, sobretudo aqueles que discutem aspectos culturais influenciadores de práticas em busca da saúde. Nessa perspectiva o gênero surge como um termo que busca explicar as diversas especificidades de identidades definidas a partir de fatores sociais, culturais, entre outros, atribuídas as pessoas e que definem seus papéis tendo como referências diversos atributos, entre eles o de forte, não vulnerável, não susceptível, em geral delegados aos homens. Vale considerar, no entanto, o entendimento das identidades de gênero como algo dinâmico, flexível, que sofrem variações no tempo e nos contextos sócio-culturais e geográficos.

No que tange à compreensão sobre o retardo ao diagnóstico, não há consenso na literatura quanto ao número de dias entre o aparecimento dos sintomas e a confirmação diagnóstica que caracterize tal atraso. Estudos realizados em diversos países apresentam variações em média de 1 a 30 dias.²⁻³ Entretanto, há concordância no que concerne à relevância do diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento para um controle eficaz da TB, uma vez que o atraso na descoberta da doença influencia o prognóstico e a transmissão dentro da comunidade.

Sabe-se que entre homens, fatores como o uso do tabaco, ingestão de álcool e desvantagens em situações relacionadas ao trabalho aumentam os riscos de doenças em longo prazo. A procura pelo serviço é influenciada por diversos fatores, entre eles a forma como eles percebem os sintomas da TB, avaliam a gravidade da doença e decidem o que fazer com respeito à sua saúde.⁴

Estudos mostram que atributos de masculinidade - numa perspectiva patriarcal e heterossexual - como resistência física e emocional destinadas aos homens fazem com que demorem a ir ao serviço de saúde, concomitantemente se apoiando em práticas e abusos que aumentam exposição aos fatores de risco.⁵⁻⁷ Acrescentam-se ainda as diferenças no comportamento de cada indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus integrantes.⁸

A não adesão aos serviços de saúde por parte dos homens tem influenciado de maneira negativa nos índices de mortalidade, o que pode ser explicado pelo fato de não buscarem assistência especialmente em caráter preventivo. Estudos apontam que, no Brasil, existe um maior número de homens internados em situação grave do que mulheres e que estes vivem menos do que a população feminina.^{4,9}

Diante do exposto, em que se constatam que os papéis de gênero influenciam o modo como os homens agem em busca da saúde; que estudos enfocam a influência dos aspectos clínicos, operacionais e epidemiológicos; que há uma escassez de pesquisas que possam complementar uma diversidade de fatores que potencialmente influenciam negativamente os

homens a buscarem melhoria para a sua saúde, esse estudo tem como objetivo investigar na perspectiva de gênero a posição que homens com diagnóstico de TB assumem com relação a procura e utilização dos serviços de saúde

Material e método

Pesquisa epidemiológica, seccional (*survey*), realizada no município de João Pessoa- PB, eleito pelo Ministério da Saúde como prioritário ao controle da TB. Conta com população de 702.234 habitantes, e organiza a atenção à saúde de forma regionalizada em cinco Distritos Sanitários com 180 Unidades de Saúde da Família (USF). Para os casos de TB co-existem duas portas de entrada no município: USF e ambulatório de referência do Programa de Controle da Tuberculose (PCT).

O universo do estudo constituiu-se por pacientes do sexo masculino em tratamento de TB residentes em João Pessoa, sendo excluídos os menores de 18 anos e a população carcerária. O tamanho da amostra estimada foi calculada considerando os parâmetros: probabilidade do erro tipo I = 0,05; probabilidade do erro tipo II = 0,20; variação devido ao erro = 0,2. Determinou-se que seriam necessários 73 informantes.

Os dados foram coletados entre julho a outubro de 2009, por meio de fontes primárias (entrevistas com doentes) utilizando-se questionário validado para avaliação das ações de controle da TB no Brasil.¹⁰ Para este estudo elegeu-se as variáveis relacionadas às informações **sócio-demográficas** (idade, raça/cor, escolaridade, ocupação, renda mensal, etilismo e tabagismo); **porta de entrada** (procura pelos serviços de saúde para controle preventivo; acesso às informações sobre TB; frequência com que perdeu algum turno de trabalho ou compromisso para ir ao serviço de saúde); e **acesso ao diagnóstico** (diagnóstico no primeiro serviço de saúde procurado; local do diagnóstico; acesso rápido à consulta; acesso aos serviços nos finais de semana e no período noturno; qualidade do atendimento prestado).

Os entrevistados responderam cada pergunta segundo escalas variadas de respostas como dicotômicas, de múltipla escolha com resposta única e uma escala de possibilidades, (*Likert*). Os dados foram digitados e transferidos para a Tabela de Entrada de Dados do *Software Statistica 9.0*. As variáveis foram categorizadas ou dicotomizadas conforme suas especificidades, comparadas entre os diferentes serviços de saúde: Atenção Básica (AB), que incluiu as Unidades de Saúde da Família; Ambulatório de Referência do Programa (PCT) e Serviços Especializados (SE) que agrupou Hospitais Gerais/ Privados, Policlínicas, Consultórios Médicos. Os indicadores levantados foram submetidos a tratamento estatístico por meio de análise bivariada, teste de associação do qui-quadrado (χ^2) e cálculo de mediana e quartil.

Os resultados foram discutidos também numa perspectiva ideológica, nesse caso, a ideologia de gênero, entendendo-se que os homens portadores de TB agem conforme os sistemas de valores construídos culturalmente, e que esses influenciam o modo como agem em busca de ações em saúde.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, sob o nº 0589. O sigilo das

informações contidas nos questionários foi garantido e o consentimento por escrito foi solicitado a todos entrevistados.

Resultado

Na Tabela 1, no uso do teste de associação, ao nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), evidenciou-se a semelhança de proporções e a não existência de associação entre as variáveis que caracterizam o perfil sócio-demográfico (faixa etária, raça, escolaridade, ocupação, etilismo e tabagismo) dos usuários com TB e o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente.

Tabela 1 – Associação entre as variáveis sócio-demográficas e econômicas dos casos de TB e o primeiro serviço de saúde procurado. (n=73). João Pessoa, 2009.

Variáveis	Primeiro serviço de saúde procurado pelo doente				p
	AB n (%)	PCT n (%)	SE n (%)	TOTAL n (%)	
Idade					
Até 40 anos	19(46,3%)	9(22,0%)	13(31,7%)	41(100,0%)	0,4475
> que 40 e < que 60	8(34,8%)	3(13,0%)	12(52,2%)	23(100,0%)	
60 anos ou mais	5(55,6%)	2(22,2%)	2(22,2%)	9(100,0%)	
TOTAL	32(43,8%)	14(19,2%)	27(37,0%)	73(100,0%)	
Raça/Cor (n=69)*					
Branco	5(41,7%)	2(16,6%)	5(41,7%)	12(100,0%)	0,8691
Negro	7(43,8%)	2(12,4%)	7(43,8%)	16(100,0%)	
Pardo	17(41,5%)	10(24,4%)	14(34,1%)	41(100,0%)	
TOTAL	29(42,0%)	14(20,3%)	26(37,7%)	69(100,0%)	
Escolaridade					
Sem escolaridade	7(58,3%)	2(16,7%)	3(25,00%)	12(100,0%)	0,4494
Até 8 anos de estudo	22(44,9%)	10(20,4%)	17(34,7%)	49(100,0%)	
Mais de 8 anos de estudo	3(25,0%)	2(16,7%)	7(58,3%)	12(100,0%)	
TOTAL	32(43,8%)	14(19,2%)	27(37,0%)	73(100,0%)	
Ocupação					
Desempregado	10(35,7%)	10(35,7%)	8 (28,6%)	28(100,0%)	0,1485
Empregado/Autônomo	13(48,1%)	3(11,1%)	11(40,8%)	27(100,0%)	
Aposentado	7(58,3%)	0(0,0%)	5(41,7%)	12(100,0%)	
Outros	2(33,3%)	1(16,7%)	3(50,00%)	6(100,0%)	
TOTAL	32(43,8%)	14(19,2%)	27(37,0%)	73(100,0%)	
Renda mensal em SM**					
Até 0,5 SM	4(40,0%)	5(50,0%)	1(10,0%)	10(100,0%)	0,0254
De 0,5 a 1,0 SM	10(33,3%)	6(20,0%)	14(46,7%)	30(100,0%)	
Acima de 1,0 SM	18(54,5%)	3(9,1%)	12(36,4%)	33(100,0%)	
TOTAL	32(43,8%)	14(19,2%)	27(37,0%)	73(100,0%)	
Etilismo					
Sim	27(44,2%)	12(19,7%)	22(36,1%)	61(100,0%)	0,9288
Não	5 (41,7%)	2 (16,6%)	5 (41,7%)	12(100,0%)	
TOTAL	32(43,8%)	14(19,2%)	27(37,0%)	73(100,0%)	
Tabagismo					
Sim	18(45,0%)	11(27,5%)	11(27,5%)	40(100,0%)	0,0680
Não	14(42,4%)	3(9,1%)	16(48,5%)	33(100,0%)	
TOTAL	32(43,8%)	14(19,2%)	27(37,0%)	73(100,0%)	

AB- Serviços de Atenção Básica / PCT- Referência Ambulatorial para TB/

SE- Hospitais Gerais/ Particulares, Policlínicas, Consultórios Particulares

*Excluído as categorias de resposta sem valor estatisticamente significativo (n<5).

** SM (Salário mínimo): R\$ 465,00.

Houve maior procura pelos serviços da AB, entre os indivíduos com até 40 anos e acima dos 60 anos, correspondendo a 46,3% e 55,6%, respectivamente; na faixa etária entre 40 a 60 anos a categoria SE alcançou 52,2%.

Quanto à variável raça/cor, observa-se que os usuários com TB são predominantemente pardos e a maioria destes (41,5%) recorreu a AB como porta de entrada. Identifica-se também que a AB foi procurada principalmente pelos doentes sem escolaridade (58,3%) ou com até 8 anos de estudo (44,9%), enquanto que os indivíduos com maior nível de escolaridade recorreram em grande parte aos SE (58,3%).

Encontrou-se associação estatisticamente significativa (p -valor=0,02) entre o primeiro serviço de saúde procurado com a variável renda. Doentes com as menores rendas mensais (até meio salário mínimo) recorreram ao PCT para o primeiro atendimento, e aqueles com melhores rendas (acima de um

salário mínimo) ingressaram na rede de cuidados pela AB.

Em relação aos hábitos de vida, aponta-se o percentual significativo de homens etilistas com TB procurando a AB – 44,3%. O mesmo ocorre quanto ao tabagismo, 45,0% dos homens que procuraram a AB relataram o hábito de fumar.

Na Tabela 2, verifica-se associação entre o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente e a realização do diagnóstico neste mesmo serviço, representada estatisticamente por p -valor <0,05. Entre o total de casos investigados (n=73), observa-se que os serviços da AB foram acionados por 32 (43,8%) usuários. No entanto, a AB foi responsável pelo diagnóstico de apenas 12 usuários, o que representa 16,4% da amostra investigada. Os casos não diagnosticados na AB e nos SE foram direcionados para o PCT, o qual foi responsável pelo diagnóstico de 43 casos (58,0%).

Tabela 2 – Associação entre o tipo de serviço procurado pelo doente de Tb e a unidade responsável pelo diagnóstico (n = 73). João Pessoa, 2009.

Variáveis	Primeiro serviço de saúde procurado pelo doente				p
	AB n (%)	PCT n (%)	SE n (%)		
Diagnóstico no primeiro serviço procurado					
Não	20 (62,5%)	0 (0,0%)	18 (66,7%)		0,0000
Sim	12 (37,5%)	14 (100,0%)	9 (33,3%)		
TOTAL	32 (100,0%)	14 (100,0%)	27 (100,0%)		
Local do Diagnóstico					
AB	12 (37,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		0,0000
PCT	17 (53,1%)	14 (100,0%)	12 (44,4%)		
SE	3 (9,4%)	0 (0,0%)	15 (55,6%)		
TOTAL	32 (100,0%)	14 (100,0%)	27 (100,0%)		

AB- Serviços de Atenção Básica – USF/ PCT- Referência Ambulatorial para TB/ SE- Hospitais Gerais/ Particulares, Policlínicas, Consultórios Particulares

Os dados apresentados na Tabela 3 mostram que entre os usuários que assinalaram “sempre” utilizar os serviços de saúde para controle preventivo, 6 (66,7%) procuraram predominantemente por SE.

Tabela 3 – Associação entre à procura por serviços de saúde para controle preventivo, acesso às informações e faltas nos compromissos dos doentes de TB com o primeiro serviço de saúde procurado. (n = 73). João Pessoa, 2009.

Variáveis	Primeiro serviço de saúde procurado pelo doente				p
	AB n (%)	PCT n (%)	SE n (%)	TOTAL n (%)	
Busca ações preventivas					
Sempre	3(33,3%)	0(0,0%)	6(66,7%)	9(100,0%)	0,1204
Às vezes	9(64,3%)	2(14,3%)	3(21,4%)	14 (100,0%)	
Nunca	20(40,0%)	12(24,0%)	18(36,0%)	50(100,0%)	
TOTAL	32(43,8%)	14(19,2%)	27(37,0%)	73(100,0%)	
Acesso às informações sobre TB (n=71)*					
Às vezes	6(46,1%)	2(15,4%)	5(38,5%)	13(100,0%)	0,9544
Nunca	26(44,8%)	11(19,0%)	21(36,2%)	58(100,0%)	
TOTAL	32(45,1%)	13(18,3%)	26(36,6%)	71 (100,0%)	
Perdeu turno de trabalho					
Sempre	9(45,0%)	4(20,0%)	7(35,0%)	20(100,0%)	0,8394
Às vezes	3(60,0%)	0(0,0%)	2(40,0%)	5(100,0%)	
Nunca	20(41,7%)	10(20,8%)	18(37,5%)	48(100,0%)	
TOTAL	32(43,8%)	14(19,2%)	27(37,0%)	73(100,0%)	

AB- Serviços de Atenção Básica – USF/ PCT- Referência Ambulatorial para TB

SE- Hospitais Gerais/ Particulares, Policlínicas, Consultórios Particulares

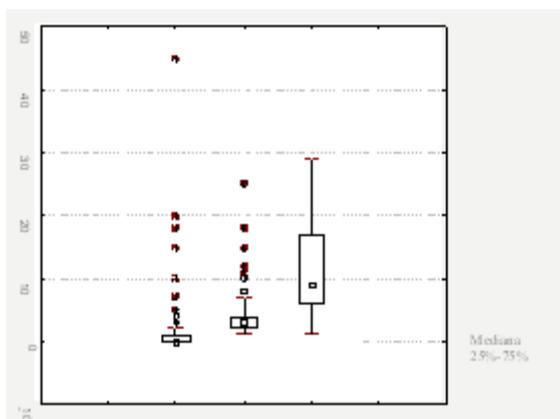
*Excluído as categorias de resposta sem valor estatisticamente significativo (n<5).

O acesso às informações não influenciou a procura por um tipo de serviço, uma vez que não existe discrepância entre os valores percentuais referentes às categorias “às vezes” e “nunca”. Do total de doentes entrevistados, 58 (81,7%) nunca tiveram acesso às informações sobre a TB. Em se tratando dos doentes que perderam um turno de trabalho ou compromisso para ir ao serviço de saúde, 45% utilizavam a AB. Não houve associação estatisticamente significante entre estas variáveis (p -valor >

que 0,05).

Quanto às variáveis que indicam acessibilidade aos serviços de saúde (Tabela 4), observa-se que em geral os serviços que diagnosticaram ofereceram atendimento no período de até 24 horas, sendo que o PCT apresentou melhor desempenho (95,2%). O acesso aos serviços de saúde no período noturno e finais de semana é facilitado nos serviços de maior densidade tecnológica (PCT e SE), apresentando associação estatisticamente significativa entre os serviços pesquisados, p -valor $> 0,005$. No geral, os usuários manifestaram satisfação quanto ao atendimento recebido, alcançando 100% na AB e 97,7% no PCT.

Em relação ao número de dias para obtenção de uma consulta no primeiro serviço de saúde procurado, constata-se valor de mediana igual a zero (Figura 1). Quanto ao número de vezes que precisou comparecer ao serviço de saúde para realização do diagnóstico observa-se valor de mediana igual a 3, oscilando entre 2 vezes (primeiro quartil) e 4 vezes (terceiro quartil), sendo observados valores extremos acima de 20 vezes. Já o valor mediano do tempo do diagnóstico da TB foi de 9 dias, com maior proximidade do primeiro quartil, valor igual a 6. Valores extremos foram observados, registrando tempo para obtenção do diagnóstico de 1 a 29 dias.



Discussão

Para que os modelos de saúde pública sejam eficazes no controle da TB, é preciso considerar os efeitos da pobreza, da desigualdade, da questão social, educacional, política e econômica, e da questão de gênero os quais influenciam a saúde e o comportamento da doença. Cada um desses fatores, afetam vários aspectos do controle da doença.¹¹

Na maioria dos casos a taxa de incidência de TB é mais elevada nos homens em todas as idades, principalmente em adultos jovens, exceto na infância quando a taxa é mais alta no sexo feminino.¹¹ Quanto à variável raça/cor, houve predomínio da raça parda “[...] a constatação incontornável que se apresenta é que nascer de cor parda ou cor negra aumenta de forma significativa a probabilidade de um brasileiro ser pobre”,¹² e o ser pobre contribui para o adoecimento por TB. A construção social da desigualdade de oportunidades entre brancos e negros condiciona a sua forma de viver como grupos sociais. A razão entre a taxa de mortalidade indica que as mulheres e os homens negros morrem três vezes mais que os brancos por TB, existindo enorme sobre-representação da pobreza entre os negros brasileiros.¹²⁻¹³

O status social da TB é amplamente determinado pelas condições de vida da população. A concentração da doença encontra-se em áreas de aglomeração humana, com precários serviços de infra-estrutura urbana, onde coexistem a fome e a miséria.¹⁴ Observou-se neste estudo associação estatisticamente significativa entre o primeiro serviço de saúde procurado com a variável renda, sugerindo que o acesso aos serviços de saúde é influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem. Outro estudo mostrou que os homens costumam optar por alternativas mais imediatas e “preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas demandas”,¹⁵ por outro lado esses lugares exigiriam pouca exposição e demandariam menos tempo de permanência.

A influência da socialização de gênero com relação ao trabalho ou a ocupação ou a inexistência desses, merecem especial atenção ao se analisar a condição masculina. A imagem de homem, pai e esposo relacionada aos estereótipos protetor, provedor e chefe de família constroem uma visão de homem forte, imune à fragilidade e vulnerabilidade, susceptível a sofrimento, levando o homem a ter receio de perder o emprego ou se aliar a um estilo de vida estressante. A perpetuação da imagem masculina pautada numa posição de dominação tem como principal agente veiculador a família, mas também a escola, a mídia, a igreja, a imprensa, os poderes, a política, a economia, o mercado de trabalho e outras instituições sociais formadoras de idéias, valores, crenças, etc. Se por um lado “as atividades laborativas vêm em primeiro lugar na lista de preocupações masculinas”,⁶ podendo repercutir por exemplo nas altas taxas de incidência e mortalidade masculina; por outro lado a falta de trabalho e, por conseguinte, a impossibilidade de prover materialmente a família é um aspecto importante relacionado aos riscos de saúde dos homens,¹⁶ podendo resultar em depressão, intenso sofrimento e até na morte.

Em relação aos hábitos de vida, aponta-se o percentual significativo de homens etilistas e tabagistas com TB em que “[...] fumar ou não, realizar exames preventivos ou não, faz parte do imaginário e do simbólico que perpassam as concretas e particulares relações entre homens e mulheres”, sendo o hábito de fumar mais prevalente entre os homens.¹⁶ Em sociedades que equiparam poder, sucesso e força como características especificamente masculinas, os homens buscam, no processo de socialização, o desprendimento de características relacionadas ao feminino – sensibilidade, cuidado, dependência, fragilidade, passividade – e interiorizam o ter poder, força e racionalidade com repressão das emoções. Esse modelo hegemônico de comportamento do homem resulta em condutas disfuncionais, agressivas e de risco, predispondo-os a doenças, lesões e mortes.¹⁷

No estudo, verificou-se que 43,8% dos homens com TB procuraram primeiramente a AB ao descobrirem que estavam doentes, em contrapartida, identifica-se que a AB diagnosticou apenas 16,4% da amostra investigada, o que revela um deslocamento para o serviço especializado de referência/PCT. Os casos não diagnosticados na AB e nos SE foram direcionados para o PCT, o qual foi responsável pelo diagnóstico de 43 casos (58,0%). Esse achado pode ser explicado pelo fato de os homens procurarem o serviço de saúde ao apresentarem um agravamento do quadro da doença, o que resulta no diagnóstico tardio e consequente internação hospitalar. Trata-se de uma questão histórica e cultural, a pequena demanda de homens que procuram os serviços de saúde especialmente na busca por atendimento no nível primário da atenção, de um modo geral, atribuindo esse papel mais frequentemente às mulheres, configurando uma situação de saúde desfavorável quando se trata do grupo masculino com relação ao feminino.¹⁸

O comportamento de busca para a solução da doença é influenciado não somente pela acessibilidade aos serviços, mas também pelas experiências pessoais e pelos significados da doença, como também pelas questões socioculturais.¹¹ A utilização dos serviços de saúde está condicionada às necessidades de saúde da população, assim como pelas características dos serviços ofertados. Em geral, os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres. Logo, as desigualdades na utilização dos serviços de saúde refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer.⁴

Nesta pesquisa, verificou-se que 57,5% dos homens com TB procuram os serviços de saúde quando ficam doentes, enquanto que 37,0% não buscam nenhum serviço. O homem procura mais o pronto socorro e a farmácia, locais em que a organização do serviço não favorece o diagnóstico, nem o tratamento da TB.¹³ Geralmente, os homens interatuam com o sistema de saúde de maneira episódica, e por se sentirem incomodados com a situação passiva e dependente do papel de doente ignoram sinais de alarme de doenças.¹⁷

Outra consequência da baixa frequência aos serviços de saúde resulta da falta de informações acerca das questões relacionadas ao processo saúde-doença. Do total de doentes entrevistados, 58 (81,7%) nunca tiveram acesso às informações sobre a TB. Uma possível hipótese para o fato de os homens terem uma

duração média de internação hospitalar maior do que as mulheres, é que os homens se internariam em uma fase mais avançada da doença, por falta de procura pelo serviço com fins de prevenção, bem como falta de informações sobre a doença, resultando em maior tempo do tratamento indicado. Esse dado pode estar relacionado a uma questão comportamental ligada ao gênero.¹⁹

As mulheres parecem ter maior facilidade no acesso às informações em saúde, uma vez que as mesmas procuram com maior frequência os serviços de saúde. Os homens por sua vez parecem ter menor acesso às informações, seja por falta de interesse ou por considerarem as questões relacionadas à saúde da mulher, especificamente, mais bem divulgadas do que as demais, incluindo-se aí a TB.¹⁸

Outro fato relevante é que entre os usuários que assinalaram utilizar os serviços de saúde para controle preventivo, 66,7% procuraram predominantemente por SE. Tal evidência pode estar diretamente relacionada ao modelo de masculinidade imposto pela sociedade na qual o corpo masculino é visto como resistente capaz de enfrentar qualquer dificuldade, um corpo forte para o trabalho e viril para desempenhar sua função de mantenedor da família, explicando o porquê da negação quanto às necessidades de cuidados em saúde, resultando em baixa procura por assistência médica.¹⁸

Acresce-se que a menor procura dos homens por serviços de saúde pode estar relacionado às obrigações com o trabalho. Os dados apresentados mostram que 17,8% dos participantes disseram faltar aos seus compromissos para procurarem o serviço de saúde. O fato de homens desprezarem a procura por ajuda médica, alegando a possibilidade de perda do emprego ou ainda a necessidade de estar ativo e de demonstrar resistência, destaca-se frente a situações onde surgem os primeiros sintomas de uma possível doença ou ainda quando não atendem às prescrições médicas. Essa desvalorização no auto-cuidado e adiamento em procurar auxílio, ampliam o risco de adoecimento e agravamento de doenças e, por conseguinte, incrementam as taxas de letalidade.¹⁸

A acessibilidade ou o acesso a ações e serviços de saúde pode ser conceituado como a capacidade do paciente obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente, buscando qualidade na assistência. A necessidade de ir mais de uma vez à unidade para obtenção do diagnóstico acaba por ter relação direta com o retardo ao diagnóstico nos homens, pois, os mesmos referem uma maior dificuldade em alterar sua rotina para ir ao serviço de saúde. Falta de tempo, impossibilidade de deixar as atividades, ou medo de que a revelação do problema de saúde e a ausência para tratamento médico possam prejudicá-los, resultando em perda do posto de trabalho, são as principais preocupações em homens que adoecem.¹⁶ Uma vez que eles encontram barreiras para procurar assistência, quanto mais idas ao serviço de saúde forem necessárias para a confirmação diagnóstica da TB, mais tardio será o diagnóstico nessa parcela da população.

Elencada dentre as prioridades sanitárias do Pacto pela Vida e como área estratégica da Atenção Básica, espera-se que a oferta descentralizada das ações de controle da TB para o âmbito das

equipes de saúde da família, venha assegurar maior facilidade de acesso aos serviços de saúde e deste modo, agilizar o diagnóstico precoce e tratamento da doença.¹⁴ Observou-se que, em geral, os serviços que diagnosticaram ofereceram atendimento no período de até 24 horas, sendo que o PCT apresentou melhor desempenho (95,2%). O acesso aos serviços de saúde no período noturno e finais de semana é facilitado nos serviços de maior densidade tecnológica (PCT e SE), apresentando associação estatisticamente significativa entre os serviços pesquisados. É importante ressaltar que, horários inflexíveis e limitados bem como as formas de marcação de consultas funcionam como constrangimento ao efetivo acesso à AB, especialmente nas metrópoles, em que parcelas importantes da população passam o dia longe de seu local de moradia.²⁰

Na perspectiva da Atenção Primária a Saúde, pressupõe-se a inserção de atores e sujeitos sociais que valorizem as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. No caso dos homens “falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza [...]. Denota-se daí a idéia de feminilização associada aos cuidados de saúde”.¹⁵ No contexto da atenção à TB não poderia ser diferente, uma vez que esses usuários necessitam de atenção especial principalmente por parte dos profissionais que o acompanham, para se obter total adesão ao tratamento e consequentemente maior controle da doença.

A discussão dessas questões pode ser estratégica para as mudanças de comportamento dos homens. Analisar as causas que os levam a não procurarem os serviços ou procurá-los esporadicamente inclui o entendimento de que estereótipos culturais vinculados à condição masculina, o não reconhecimento do não acesso dos homens aos serviços de saúde como uma questão de negação de direitos humanos, e as repercussões na saúde, podem ser alternativas para minimização de fatores que servem de barreiras. A questão da transversalidade do gênero nas políticas de saúde e nas ações de saúde é outra estratégia para minimizar estereótipos culturais que os profissionais de saúde geralmente compartilham com relação à inserção dos homens nos serviços de saúde, mesmos valores que predominam na sociedade em geral.

No entanto, os serviços de saúde são locais adequados para a identificação do problema, para o desenvolvimento de um trabalho individual ou coletivo, de orientação e encaminhamento dessas questões. Entende-se que apesar da visibilização de questões como distanciamento homens dos serviços de saúde, não adesão aos tratamentos, retardos de diagnósticos de doença, urge a necessidade de adoção de políticas públicas voltadas às necessidades desses usuários, de uma rede de apoio institucional que dê suporte as suas necessidades reais de saúde.

Conclusão

Os achados corroboram com a hipótese inicial de que os fatores intrínsecos ao gênero masculino influenciam sua ida aos serviços de saúde e realização de diagnósticos precoces. Os

homens, em geral, não procuram os serviços de saúde para ações preventivas ou para tratamento de doenças, incorrendo na perpetuação da transmissão e no agravamento das mesmas. Os pobres, pardos e negros, com baixa escolaridade, fumantes e etilistas são mais vulneráveis ao adoecimento por TB. Aliados a esses fatores, o ingresso ao sistema de serviços de saúde, tendo a AB como porta de entrada, não garante o diagnóstico da doença, sendo a atenção deslocada para unidades de referência (PCT).

Ressalta-se a relevância da prática da integralidade no atendimento aos doentes de TB, e a necessidade de aperfeiçoar o processo de trabalho das equipes da AB, para que efetivamente possam incluir em suas ações ferramentas necessárias para a realização do diagnóstico e manejo dos casos de TB. Destaca-se a necessidade de adoção de práticas embasadas em olhares sensíveis para as questões de gênero, voltadas para a produção do cuidado com base na escuta, no acolhimento e vínculo com homens que buscam os serviços de saúde. Práticas apoiadas no reconhecimento de que a presença insuficiente de homens nos serviços de saúde de AB reflete uma naturalização e banalização dessas questões, e a ausência de políticas públicas efetivas voltadas ao suprimento de suas necessidades de saúde, que levem em conta especificidades e singularidades.

Referências bibliográficas

1. Ruffino A Netto. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2002; 35(1):51-8.
2. Mesfin MM, Newell JN, Walley JD, Gessesew A, Madeley RJ. Delayed consultation among pulmonary tuberculosis patients: a cross sectional study of 10 DOTS districts of Ethiopia. *BMC Public Health.* 2009 Feb; 9(53):1-10. (English).
3. Zerbini E, Chirico MC, Salvadores B, Amigot B, Estrada S, Algorry G. Delay in tuberculosis diagnosis and treatment in four provinces of Argentina. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2008; 12(1):63-8. (English).
4. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde colet.* 2002; 7(4):697-707.
5. Rosely GC. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. *Rev. bras. estud. popul.* 2003; 20(1):80-92.
6. Romeu G, Elaine FN, Fábio CA. 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):565-74.
7. Wilza V. Gênero, saúde dos homens e masculinidades. *Ciênc. saúde colet.* 2005; 10(1):18-34.
8. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde colet.* 2000; 5(1):133-49.
9. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc. saúde colet.* 2005; 10(1):105-9.
10. Villa TCS, Ruffino A Netto. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *J. bras. pneumol.* 2009; 35(6):610-12.

11. World Health Organization (WHO). Gender in Tuberculosis Research. Gender and Health Research. Geneva; 2004.
12. Henriques R. Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90 (Texto para discussão n. 807). Brasília (DF): IPEA; 2001.
13. Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. Ciênc. saúde colet. 2005; 10(1):71-80.
14. Ministério da Saúde. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. 6ª ed. rev. atual. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
15. Wagner F. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciênc. saúde colet. 2005; 10(1):105-9.
16. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. Ciênc. saúde colet. 2005; 10(1):7-17.
17. Korin D. Novas Perspectivas de Gênero em Saúde. Adolesc. Latinoam.. 2001 Mar; 2(2):67-79.
18. Costa FM Jr, Maia ACB. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. Psicologia: teoria e prática. 2009; 25(1):55-63.
19. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb, SLD. Perfil Epidemiológico da Morbi-mortalidade masculina. Ciênc. saúde colet. 2005; 10(1):35-46.
20. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M et al. Uma Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro Ciênc. saúde colet. 2004; 9(3):1-21.