

Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar

Florêncio Mariano da Costa-Júnior

Departamento de Medicina Preventiva
Faculdade de Medicina
Universidade de São Paulo

> mcostajunior@gmail.com

Márcia Thereza Couto

Departamento de Medicina Preventiva
Faculdade de Medicina
Universidade de São Paulo

> marthet@usp.br

Ana Cláudia Bortolozzi Maia

Departamento de Psicologia
Faculdade de Ciências
Universidade Estadual Paulista – Unesp

> cau.bortolozzi@gmail.com

Resumo: Diversos estudos têm investigado as relações de gênero no campo de saúde quanto ao uso de serviços e aos cuidados sob o ponto de vista de usuários, principalmente na atenção básica. Esta pesquisa investigou, por meio da análise de conteúdo de entrevistas, as concepções sobre gênero e suas relações com a prática de seis profissionais da Enfermagem e cinco da Medicina que atuam na atenção ambulatorial e hospitalar. Discutem-se diferenças nos cuidados com a saúde em função do gênero e o atendimento prestado em relação ao gênero. Os profissionais relatam diferenças no atendimento e nas atitudes de pacientes homens e mulheres nos serviços de saúde; que eles atribuem a fatores biológicos e sociais. Conclui-se que questões de gênero estão presentes na atuação dos profissionais de saúde e devem ser consideradas na sua formação.

Palavras-chave: Gênero; feminilidades; masculinidades; atenção ambulatorial; atenção hospitalar

Gender and health care: the point of view of professionals working in hospital and outpatient settings.

Abstract: Studies have investigated gender relations in the field of health, in the use of services and health care from the point of view of users, especially in primary care. By means of content analysis of interviews, this study investigated conceptions of gender and their relationship to the practices of six nurses, and five physicians working in outpatient and hospital care. This paper discusses gender differences in healthcare, and health services for men and women. The professionals interviewed reported differences in the service provided, and in the attitudes of male and female patients in health services, attributed to biological and social differences. In conclusion, gender issues are present in the practice of health professionals, and they must be considered in their training.

Keywords: Gender; female; male, outpatient care; hospital care.

Género y atención en la salud: puntos de vista de los profesionales que trabajan en el hospital y ambulatorio

Resumen: Los estudios han investigado las relaciones de género en el campo de la salud cuanto el uso de los servicios por los usuarios en la atención primaria. A través de entrevistas y análisis de contenido, se investigó las concepciones de género y su relación con la práctica de seis profesionales de la Enfermería y cinco de la Medicina que trabajan en la atención ambulatoria y hospitalaria, discutiendo las diferencias en atención de la salud debido al género y los servicios de salud para hombres y mujeres. Las características de género fueron determinadas por los factores biológicos y sociales. Informan las diferencias en la asistencia y en las actitudes de pacientes varones y mujeres en los servicios de salud. Las cuestiones de género están presentes en el trabajo de los profesionales de la salud y se deben existir en su capacitación.

Palabras clave: género; la feminidad; la masculinidad; atención ambulatoria; atención hospitalaria

Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar

Introdução

A compreensão sobre o que é “ser homem” ou “ser mulher” define-se em termos culturais a partir de modelos de masculinidade e feminilidade predominantes que culminam em padrões e normas a serem seguidos pelos indivíduos em suas interações sociais nas relações de gênero (Lamas, 2000; Connell, 2005). Relações de gênero referem-se ao modo como as culturas organizam a hierarquia entre as pessoas em função do sexo mediada pelas relações de poder existentes nos diferentes contextos sociais (Scott, 1995).

Os padrões de gênero determinam as atitudes interpessoais a serem adotadas e esperadas socialmente e também influenciam a percepção sobre os corpos (Doyal, 2001; Korin, 2001; Connell 2005). Laqueur (2001) analisa os argumentos forjados pelos saberes biomédicos nos quais as diferenças entre homens e mulheres são atribuídas apenas às condições anatômicas e fisiológicas. Atualmente, muitos autores reconhecem como as interpretações sociais sobre a diferença sexual e as variações culturais a respeito desse fenômeno constroem as concepções acerca do gênero e sobre masculino e feminino (Laqueur, 2001; Menezes & Heilborn; 2007; Rohden, 2001; Scott, 1995).

Os significados que permeiam o masculino e o feminino são compostos por ideias e atributos criados nas relações sociais para classificar sujeitos em função do sexo biológico e que, no propósito da reprodução da espécie, têm funções diferenciadas (Connell & Messerschmidt, 2005; Moro, 2001). O gênero como uma interpretação cultural dessas diferenças estratifica os indivíduos diante de suas características sexuais, anatômicas e psicológicas.

No século XX o debate feminista promoveu avanços significativos no cenário científico, aumentando a participação das mulheres na produção de conhecimento e também redefinindo as pautas, as demandas e as análises acadêmicas relativas às posições das mulheres nos cenários sociais (Keller, 2006). O protagonismo feminino na ciência tem contribuído para a desconstrução do androcentrismo científico (Haraway, 1995) e da lógica dos discursos que colocam as pessoas em condições opostas no desenvolvimento de sua identidade (Scott, 1995). Atualmente, destaca-se a centralidade dos mecanismos sociais mantenedores dos binarismos e de

uma política da diferença (Keller, 2006; Miskolci, 2009; Louro, 2001). Distintas masculinidades e feminilidades são produzidas no mundo globalizado e patriarcal (Connell, 2005), e os modelos hegemônicos de gênero são determinados em cada momento histórico (Laqueur, 2001). Desta forma, tal como situa Scott (1995), o gênero é uma organização social da diferença sexual: uma categoria histórica, de caráter constitutivo das subjetividades humanas e que fundamenta as concepções de “homem” e de “mulher”.

As classificações culturais fundamentam os dispositivos de controle (Foucault, 1988), as obrigações sociais e também uma série de dispositivos que asseguram a dicotomia entre masculino e feminino (Lamas, 2000). Mais do que a distinção sexual, o gênero marca a relação humana nas esferas sociais e políticas e envia a produção de conhecimento, de modo a legitimar os mecanismos de exclusão e dominação (Lamas, 2000; Laqueur, 2001).

Para Connell (2005) e Rohden (2001), as relações de gênero presentes nos discursos científicos atribuíam ao feminino uma predisposição a distúrbios orgânicos e psicológicos e, ao mesmo tempo, ao masculino, a noção de resistência e de responsabilidade sobre a manutenção social e econômica. Estudos de Gomes et al. (2011), Rohden (2003), Figueiredo e Schraiber (2011) trazem a lume a forma como o gênero influencia na procura e na atenção prestada em saúde e denunciam as relações de gênero e os modelos de feminilidades e masculinidades como produtores de desigualdades.

A masculinidade hegemônica apresenta como ideal a imagem de homens ativos, fortes e bem dotados fisicamente. Este modelo, ao recusar a vulnerabilidade, reduz a procura masculina por serviços preventivos, aumenta a mortalidade e dificulta que esses homens sintam-se acolhidos pelos serviços de saúde (Machin et al., 2011; Gomes et al. 2007). A feminilidade hegemônica apresenta como ideal a mulher fraca, passiva e dependente (Rohden, 2003). Para Bordo (1997), as normas relativas ao feminino podem ser evidenciadas na relação da feminilidade com o corpo da mulher – objeto de tratamento e disciplina.

Rohden (2003), Vieira (2002), Martin (2006) e Martins (2004) contribuem para a reflexão sobre a condição feminina na atenção e no cuidado com a saúde. A medicalização do corpo administrado pelo “biopoder” (Foucault, 1988) é um reflexo de como o feminino é concebido e manejado nos serviços de saúde. Ainda que as mulheres tenham sido alvos de atenção por parte da ciência médica, nem sempre foram consideradas as diferentes configurações de feminilidade, tampouco garantidos fatores de proteção a essa população medicalizada e pouco autônoma para os cuidados de si (Aquino, 2005; Martins, 2004; Rohden, 2003).

As pesquisas brasileiras no campo da saúde coletiva mostram que as relações de gênero influenciam o modo como homens e mulheres concebem e lidam com

sua saúde e, no contexto da atenção primária, esta temática tem sido problematizada (Machin et al., 2011; Couto et al., 2010; Gomes, Nascimento & Araújo, 2007; Aquino, 2005; Travassos et al., 2002). No entanto, as relações sobre gênero e os profissionais da saúde nos níveis de assistência ambulatorial e hospitalar ainda são pouco exploradas. Nesse sentido, estudar a concepção atribuída por esses profissionais a masculinidade e feminilidade e aos cuidados com a saúde é uma questão importante que pode ampliar os conhecimentos sobre o tema no contexto da atenção ambulatorial e hospitalar. Fomentar este debate possibilita promover o reconhecimento das desigualdades de gênero e viabilizar estratégias de formação continuada que visem garantir a equidade e a integralidade nos diferentes níveis de atenção em saúde.

Método

Os estudos citados têm contribuído para a reflexão e a problematização dos aspectos relativos à saúde da população no âmbito das questões de gênero. A partir da revisão da literatura, considerando as pesquisas e a complexidade da construção de gênero ao longo da história, nós nos propomos a analisar como as concepções de gênero e os discursos hegemônicos se (re)produzem nos relatos de enfermeiras(os) e médicas(os) que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. O presente artigo é resultado de uma dissertação de mestrado que teve por objetivo captar os sentidos atribuídos por profissionais da assistência em nível hospitalar e ambulatorial acerca do cuidado com a saúde destinado a homens e mulheres.

Todos os procedimentos éticos prescritos para pesquisas com seres humanos foram respeitados, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma universidade pública e o termo de consentimento informado assinado pelos participantes.

Participaram 11 profissionais que atuavam na área da saúde por no mínimo um ano, sendo seis profissionais da Enfermagem e cinco da Medicina. Destes, sete eram mulheres e quatro homens. Entre os profissionais de Enfermagem, três trabalhavam em unidade de internação e três em ambulatórios de especialidades. Quatro médicos(as) atuavam em especialidades clínicas e uma como cirurgiã especialista. A idade dos(as) profissionais variou de 26 a 40 anos e todos(as) exerciam atividade em um hospital público de grande porte localizado em uma cidade paulista. O Quadro 1 apresenta os dados de caracterização dos participantes.

Quadro 1 - Caracterização dos participantes.

	Sexo	Idade	Formação e atuação	Tempo de trabalho na instituição/unidade	Tempo de formação
E1	F	40 a.	Enfermeira*	05 anos	18 anos
E2	F	35 a.	Enfermeira**	05 anos	10 anos
E3	F	31 a.	Enfermeira**	05 anos	07 anos
E4	M	30 a.	Enfermeiro**	01 e 06 meses	02 anos
E5	F	26 a.	Enfermeira*	04 anos	05 anos
E6	M	30 a.	Enfermeiro*	01 e 06 meses	03 anos
M1	F	35 a.	Médica***	06 anos	11 anos
M2	F	37 a.	Médica***	05 anos	09 anos
M3	M	36 a.	Médico***	04 anos	05 anos
M4	M	30 a.	Médico***	01 ano e 06 meses	03 anos
M5	F	40 a.	Médica***	05 anos	10 anos

(*) Profissional de unidade de internação; (**) Profissional de unidade ambulatorial; (***) Profissional clínico/cirurgião – especialista.

A coleta de dados ocorreu ao longo de seis meses. A técnica de entrevista semidirigida foi utilizada com auxílio de gravador digital portátil. O roteiro norteador, elaborado pelos(as) pesquisadores(as), contemplou questões pertinentes ao problema de pesquisa. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos(as) profissionais em horário agendado e em local privativo; tiveram duração média de 40 minutos, foram audiogravadas e transcritas integralmente, permitindo assim o agrupamento das falas em categorias e subcategorias, configurando o procedimento da análise de conteúdo. Os relatos foram explorados para a definição de categorias de análise (codificação), inferência e interpretação dos dados categorizados (Bardin, 2011).

Resultados e discussão

Os resultados serão apresentados a partir da descrição das categorias temáticas, seguida de exemplos de fragmentos dos relatos dos participantes, identificados segundo a área de formação e a idade, que estará inserida nas respectivas identificações.

1. Diferenças nos cuidados com a saúde em função do gênero

1.1 Mulheres cuidam mais da saúde devido à sua condição fisiológica e reprodutiva

Os profissionais concebem como diferentes as atitudes adotadas em saúde por homens e mulheres. Esta diferença estaria pautada na demanda fisiológica característica do corpo feminino, ginecológico e relacionado à maternidade, o que, por sua vez, torna o cuidado com o corpo uma rotina para as mulheres. Nesse viés, o anatômico e o biológico produziriam socialmente distintas atitudes de cuidados com a saúde, como apontado pelas entrevistadas:

Como ela tem o sangramento mensal, ela é obrigada a ir ao ginecologista com mais frequência [...] a ter um médico no trabalho de parto. Então, ela se habitua a procurar um médico, acaba virando rotina (Enfermeira, 31a).

A mulher, quando adocece, deprime mais [...] Mulheres choram mais até por natureza também (Médica, 37a).

Há a noção de que mulheres seriam mais predispostas ao adoecimento devido à sua condição corporal, pois suas anatomia e fisiologia as tornam mais vulneráveis. Estudos ressaltam que, de um ponto de vista histórico, as ciências médicas vêm construindo e mantendo a ideia do corpo feminino como mais frágil. O tratamento da suposta vulnerabilidade feminina preveniria danos à reprodução e garantiria o papel reprodutivo da mulher, justificando a criação de uma especialidade médica para essa população. Desta forma, baseando-se nesses princípios, as mulheres foram e ainda são educadas para cuidar do corpo de forma mais frequente, uma vez que devem garantir sua saúde reprodutiva (Martins, 2004; Rohden, 2003).

1.2 Homens cuidam menos da saúde do que as mulheres porque ambos reproduzem condutas de gênero aprendidas

A demonstração de fragilidade ou adoecimento físico produziria consequências negativas para os homens, o que parece estar relacionado com os atributos

de força, virilidade e resistência tidos como tipicamente masculinos (Braz, 2005). Desde a infância os homens são ensinados a ocultar seus sentimentos e valorizados ao demonstrem força, resistência e virilidade. Desta forma, culturalmente, temos a fragilidade física como um atributo feminino e as faltas das mulheres ao trabalho, ocasionadas pela procura de serviços de saúde, não produziriam nelas tanto desconforto quanto ocorreria com os homens. Tal observação é expressada por uma entrevistada:

O homem, pela própria característica dele [...] de ser o forte, o másculo, o protetor da casa, *não tem tempo de se preocupar com coisas pequenas. E a saúde é tida como uma coisa pequena* (Médica, 35a).

Costa-Junior e Maia (2009) também comentam que o contexto de trabalho não é receptivo às manifestações de doenças por parte dos homens, e afastar-se do trabalho por motivo de doença resulta em desmerecimento social e pessoal do homem enquanto alguém inapto para suas atividades laborais. Foi identificada a concepção de que os cuidados com a saúde se fundamentam na educação sexista que meninos e meninas recebem ao longo de sua socialização. A força dessas regras é retratada assim:

A mulher [...] previne muito mais do que o homem. Lógico, é uma coisa desde menina; a mulher, na maioria das famílias, *já é criada para ter determinados cuidados com ela mesma* (Enfermeira, 35a).

É até cultural, tem uma cultura de que a mulher tem que fazer o Papanicolau, fazer acompanhamento ginecológico, o parto, ter filho, essas coisas [...] ela até culturalmente foi desenvolvida pra se preocupar mais com a saúde do que o homem (Enfermeiro, 30a).

A aprendizagem decorrente da socialização produz relações distintas entre a função, a necessidade e o manejo do corpo de acordo com o sexo biológico. Ao longo da história, o corpo masculino esteve socialmente representado como saudável e resistente, em contraste com o corpo feminino, tido como instável e sensível a doenças (Rohden, 2011; Connell, 2005). O resultado dessas representações emerge quando os(as) profissionais percebem que homens e mulheres lidam de maneira distinta com a saúde e com os cuidados corporais, dado também verificado em outros estudos (Machin et al., 2011; Couto et al., 2010).

Segundo os(as) depoentes, as mulheres são mais comprometidas com os cuidados de si: são mais claras e específicas ao falar de seus problemas de saúde, não têm dificuldades para demonstrar fragilidade e nem vergonha de se exporem. Como

já apontado por Martin (2006) e Rohden (2003), a expressão da fragilidade das mulheres é produto das repetidas experiências de submissão aos cuidados médicos, o que, provavelmente, as leva a se acostumarem com tais situações desde a adolescência e a terem mais repertórios para relatar seus sintomas:

Não que ela seja hipocondríaca, mas já fica preocupada com aquilo pra ir procurar um médico e resolver o problema [...] acho que a mulher está mais aberta, não porque ela queira, mas pela própria condição ela fica mais aberta a receber essas informações e até mesmo a procurar ajuda (Enfermeira, 40a).

Além disso, de acordo com os relatos, as mulheres aceitam mais os tratamentos e as terapêuticas. Os(as) entrevistados(as) entendem que, embora tenham receio, as mulheres procuram mais os serviços de saúde, são mais dedicadas e interessadas no diagnóstico e no tratamento e, ainda, aceitam mais os exames que possam ser invasivos, pois estão “acostumadas”. Para Rohden (2003) e Vieira (2002), estas atitudes nas mulheres podem ocorrer por terem tido uma educação diferenciada e pelas experiências vividas ao longo de seu desenvolvimento, as quais as estimulam para a expressão de fragilidade. O discurso biomédico sobre a saúde da mulher funciona como dispositivo de controle e a torna mais acessível e responsiva às políticas de saúde; ao mesmo tempo, promove o uso excessivo de medicamentos e a submissão a cirurgias (Ribeiro & Rohden, 2009; Mendonça et al., 2008; Martins, 2004; Krieger & Fee 1994).

Segundo Martin (2006), a atenção das mulheres com seu corpo é mediada não só pelo discurso científico que apregoa determinados cuidados necessários, como também pelas intervenções e os exames que pretensamente monitoram a mulher sobre sua condição física, o que acontece por meio do profissional da saúde, como relatado pelos entrevistados:

A mulher geralmente sabe que vai estar exposta aí [durante o exame clínico], mas que essa exposição é fundamental (Enfermeiro, 30a).

Na grande maioria, as mulheres, nem que seja pra fazer exame de prevenção de câncer, já foram ao médico uma vez na vida na adolescência. Se não foi na infância, foi na adolescência (Médica, 37a).

Forjada pelas relações de poder, a administração do corpo exposto se apresenta como uma ferramenta necessária à ciência biomédica (Rohden, 2003; Bordo, 1997; Foucault, 1985). Portanto, aqueles(as) que se opõem a tal exposição dificultam o cumprimento do que se almeja em uma intervenção biomédica tradicional

de cuidados em saúde, e passam a ser entendidos(as) pelos(as) profissionais como pessoas com práticas inadequadas de autocuidado.

1.3 Homens e mulheres agem de diferentes modos como pacientes nos serviços de saúde em função de padrões de gênero

Na compreensão dos(as) entrevistados(as), os homens se consideram resistentes, negam a possibilidade de adoecimento, são preconceituosos quanto à prevenção e arredios ao tratamento, têm vergonha de procurar ajuda e se sentem inferiorizados por estarem adoecidos, como aponta Gomes et. al (2011).

Outra observação diz respeito ao fato de os(as) entrevistados(as) compreenderem que, por assumirem mais o tratamento, as mulheres estão em maior número nos serviços de atenção primária, enquanto os homens se sobressaem nas unidades de internação. Esta percepção dos(as) profissionais, exemplificada a seguir, corrobora os estudos que investigam o padrão de morbidade e o tempo médio de internação segundo o sexo (Arruda et al., 2014; Souza et al. 2012):

Uma comparação do número de pacientes que nós temos aqui, o número maior é de mulheres no ambulatório (Enfermeira, 40a).

É visível a diferença entre internação masculina e feminina, é muito mais homem do que mulher (Enfermeira, 26a).

A mulher assume mais, ela tem um comprometimento mais familiar em se tratar, dizem muitas coisas do tipo: “eu preciso me cuidar pra cuidar do meu marido, pra cuidar dos meus filhos” [...] *já a preocupação do homem é mais financeira: quanto tempo sem trabalhar* (Médico, 32a).

Os(as) participantes argumentam que a mulher, por se sentir como a principal responsável pelos filhos, teme desenvolver condições graves de saúde que comprometam seu papel, o que estimularia os cuidados preventivos. No entanto, para Ribas e Moura (2004), as hipóteses etológicas para a responsividade materna seriam simplistas, pois existem variáveis culturais que modulam os atributos de ser cuidador.

A luta do feminismo para inserir a mulher em atividades públicas contribuiu para a aproximação do masculino dos papéis privados e domésticos, no entanto, o modelo de masculinidade hegemônica parece ter grande influência sobre o efetivo exercício masculino em atividades domésticas e parentais (Gomes, 2011; Menezes & Heilborn, 2007). Nos relatos há também o argumento de que mulheres, ao contrário dos homens, aprendem a cuidar de si e a cuidar do outro:

Se a mulher fica doente, com certeza é outra mulher que vai ter que deixar algumas atividades para cuidar dessa que está doente (Enfermeira, 40a).

Dos acompanhantes das crianças, 99% são mulheres [...] *não são os homens que vêm trazer seus filhos. E quando às vezes vem, ele não tava informado do que acontecia* (Médica, 37a).

Apesar dos cuidados preventivos serem mais frequentes entre as mulheres, os estudos sobre masculinidade e saúde identificam a vulnerabilidade masculina e respaldam esta concepção ao apontar uma maior taxa de mortalidade masculina em todos os grupos etários. Assim, os serviços e as políticas de saúde coletiva parecem não repercutir entre os homens quando se trata de prevenção, corroborando com as pesquisas brasileiras e norte-americanas que apontam haver um maior número de homens internados em situação grave (Figueiredo, 2008; Pinheiro et al., 2002; Macintyre et al., 1996; Verbrugge, 1989). Os entrevistados assim colocaram a referida tendência:

A prevenção mesmo eles não realizam, eles têm aversão ao resultado do exame [...] a grande maioria vem já querendo não saber, já querendo ir embora; quando eles vêm que [está] muito avançado, eles acabam desistindo (Enfermeira, 35a).

A mulher, eu acho que ela dá uma continuidade melhor ao tratamento. Então, a doença na mulher, ela controla melhor. O homem já não, quando fica bom, ele para de tomar o remédio, daí a doença piora e volta novamente [para] onde tava (Enfermeiro, 30a).

Nos relatos dos(as) profissionais, os homens seriam mais objetivos ao falar de seus problemas, porém, parecem ter mais dificuldade em descrever seus sintomas e queixas. Ao contrário das mulheres, o público masculino parece não aceitar bem em ser cuidado e os homens hospitalizados têm piores condições de saúde (Costa-Junior & Maia, 2009; Gomes et al., 2011).

Os(as) participantes também acreditam que os homens apresentam mais relutância em se submeterem aos procedimentos manipulativos e medo das consequências da doença, além de demonstrarem receio e explicitarem raiva e revolta. Alguns(mas) atribuem esses comportamentos ao “machismo” e às características típicas do masculino.

Para os(as) entrevistados, os cuidados com a saúde se referem basicamente a procurar atendimento preventivo, seguir as prescrições médicas e se manter disponível para as intervenções. E são justamente estes os cuidados identificados como ausentes na população masculina: homens preferem cuidar de sua saúde de forma individual e rápida (Figueiredo, 2008; Pinheiro et al., 2002; Courtenay, 2000).

Homem faz tudo errado, não toma remédios direito. O homem parece que fica negando, fica “não, eu não preciso fazer isso” [...] suporta mal o ficar internado. Eu sempre tenho a sensação de que os homens lidam de forma pior com isso. Existem outros casos de paciente que fugiu (Médico, 36a).

Os homens, de modo geral, recorrem às farmácias ou aos prontos-socorros devido à rapidez desses serviços e relatam não se sentirem acolhidos em outros locais de atendimento (Figueiredo & Schraiber, 2011; Gomes et al., 2007; Braz, 2005). De acordo com os(as) participantes, o público masculino, mais que o feminino, deseja que a permanência no serviço de saúde seja breve. O tempo de espera por atendimento resultaria em afastamento prolongado do local de trabalho. Segundo os estudos de Costa-Júnior e Maia (2009) e Gomes et al. (2007), os homens estariam mais preocupados com o trabalho, pois fatores associados ao emprego e à competitividade aparecem nas pesquisas como uma variável que dificulta a procura por atendimento médico. Este aspecto também foi relatado por uma informante:

Tem a questão do tempo, ele fica preocupado com o trabalho e de não querer deixar o trabalho pra procurar condições de saúde, ir ao médico (Enfermeira, 40a).

Pode-se dizer que foi predominante a ideia de que as mulheres são mais independentes e resistentes diante de dores e solicitam ajuda de modo mais à vontade. Em geral, os homens se queixam mais quando estão com dores ou doentes e necessitam sempre de acompanhantes durante as internações. Curiosamente, os padrões do masculino relacionados à força, à racionalidade e à objetividade não se manifestariam quando o homem está doente.

A forma como as pessoas manifestam sua queixa está sujeita às regras sobre o que é socialmente permitido aos gêneros e esperado deles, havendo em nossa cultura permissão mais acentuada para a demonstração de fragilidade por parte das mulheres (Alves & Figueiras, 2007). As manifestações de pouca resistência nos homens contrastam com o seu desempenho social usual e, por isto, os(as) profissionais percebem de forma mais repetitiva a queixa masculina, como, por exemplo:

O homem fica com essa coisa de “estou com isso, estou com aquilo” para chamar a sua atenção e ter alguém por perto. *Aí a gente vai, conversa, dá uma atenção* [...] A mulher não é tanto dodozinho assim [...] a mulher chama muito mais quando ela está realmente com dor, quando está precisando de alguém (Enfermeira, 40a).

Alguns(mas) participantes flexibilizam a questão da diferença de gênero para

os comportamentos de homens e mulheres nos cuidados com a saúde e apontam outras dimensões, como história pessoal, ocupação, nível socioeconômico e hábitos de vida.

O cuidado é mais relacionado ao nível socioeconômico e cultural do que ao gênero [...] A gente nota que pacientes com as condições muito precárias *não conseguem lidar com algumas situações tão bem quanto aqueles que têm uma situação melhor, um nível de escolaridade melhor* (Médica, 37a).

De fato, tais fatores podem estar relacionados com a menor utilização masculina dos serviços de atenção primária em saúde, como demonstrado por Pinheiro et al. (2002), Travassos et al. (2002) e Verbrugge (1989).

Um dado apontado como uma das variáveis influentes na procura e na adesão aos serviços de saúde foi a idade. A interpretação social do envelhecimento parece afastar o homem da masculinidade hegemônica e o torna feminilizado – frágil e receptivo às terapêuticas (Rohden, 2011). Contudo, é necessário aprofundar essa relação em novos estudos, uma vez que a condição geracional e sua vinculação com outras categorias, como gênero, ainda são pouco abordadas nos estudos em saúde.

2. Atendimento de médicos(as) e enfermeiros(as) em serviços de saúde para homens e mulheres

Os relatos indicam que os atributos identificados como tipicamente masculinos ou femininos pelos(as) profissionais influenciam as suas interações com os(as) pacientes, havendo generalizações de estereótipos de gênero (Gomes, 2007; Doyal, 2001; Courtenay, 2000).

2.1 Dificuldades no atendimento nos serviços de saúde em função de características masculinas ou femininas

Os(as) participantes relatam que durante as internações os homens são mais queixosos, indicando um repertório restrito de comportamentos para enfrentar o adoecimento. Há, portanto, uma contradição em relação à noção de força e de resistência masculinas e uma dificuldade dos(as) profissionais em atenderem às queixas masculinas, consideradas exageradas e desnecessárias:

Homem dá mais trabalho no sentido de que ele é mais chorão, o limiar de dor dele é mais baixo, ele sente mais, sofre mais (Médica, 35a).

Acredito que nessa comunidade dos profissionais da saúde eles valorizam bem mais as queixas da mulher. Ela prefere descansar e fazer a reclamação realmente no momento em que ela tem dor (Enfermeira, 40a).

A masculinidade reconhecida segundo o modelo de homens ativos e fortes é tomada como referência pelos(as) profissionais na aproximação com os homens no ambiente hospitalar. Assim, características que se desviam da norma são consideradas tipicamente femininas e, portanto indesejáveis (Korin, 2001; Connell, 2005). Para Rohden (2003) e Martins (2004), a forma como as instituições de saúde diferenciam homens e mulheres fortalece o estabelecimento de padrões normativos socialmente concebidos como “adequados”, respaldam a discriminação dos “desviantes” e, desta forma, podem não considerar as outras masculinidades e feminilidades (Nascimento & Carrara, 2012).

Pode-se constatar a dificuldade dos(as) profissionais em lidar com pacientes homens, pois eles não falam claramente sobre seus sintomas e não seguem o tratamento. A interação com as pacientes é vista como mais satisfatória, uma vez que há maior adesão às prescrições e ao tratamento. As questões de gênero parecem facilitar a interação com as mulheres e isto pode repercutir na manutenção do vínculo destas com os serviços de saúde, como apontado pelos entrevistados:

[...] do meu ponto de vista, homem é uma pessoa mais difícil de lidar. Às vezes você está explicando para o homem e ele: “tá bom”, e você olha no olho dele e ele não está aceitando aquilo que você está falando (Enfermeira, 35a).

O homem é mais arredio, dependendo do procedimento que você vai fazer. Ele acha que não é certo, que não precisava daquilo, entendeu? (Enfermeiro, 30a).

Os homens são menos propensos a reportar problemas de saúde ao seu grupo de apoio e aos profissionais da saúde (Gomes et al., 2007; Macintyre et al., 1999). Sobre esta concepção pode-se supor que o atendimento prestado aos homens é qualitativamente inferior ao oferecido às mulheres, pois essa população é vista *a priori* como pouco receptiva aos cuidados prestados. Isto pode alimentar o ciclo de hesitação na busca de serviços de saúde. Estudos feitos com homens em situação de internação (Costa-Junior & Maia, 2009) ou em busca de atendimento (Couto et al., 2010; Gomes et al., 2007) apontam que os homens não se sentem acolhidos pelo setor da saúde.

As formas como as mulheres lidam com a saúde e também as habilidades para falar sobre si mesmas são percebidas pelos(as) entrevistados como um facilitador da interação e no atendimento do profissional de saúde diante do diagnóstico e do tratamento de doenças:

Acabo preferindo lidar com pacientes do sexo feminino. Com mulher, elas seguem melhor [...] e a gente tem um sucesso maior, é gratificante pra gente enquanto profissional (Médico, 36a).

A mulher normalmente tem uma abordagem muito mais completa. Ela responde a coisas sistematicamente; com homem, você pergunta: “tem dor de barriga?”, ‘tenho, de vez em quando’. Daí você puxa o resto. Com mulher não, é mais fácil (Médico, 32a).

Os(as) participantes descrevem as mulheres como mais questionadoras e prolixas. Tais atributos foram caracterizados negativamente na interação com as pacientes, pois as consultas seriam demoradas e as mulheres exigiriam mais explicações sobre os procedimentos, ainda que os aceitem com mais facilidade:

A mulher, se você fizer muita pergunta, você vai ficar louco, porque daí você vai dar corda para ela ficar dez horas falando com você. E o homem você tem que estimular para ele estar respondendo, a falar mais (Médica, 35a).

Eu acho que cuidar da mulher acaba sendo mais difícil, porque, embora ela aceite o fato de precisar de cuidado, ela também te cobra mais [...] No homem a ansiedade dele de acabar logo é tão grande que ele não te cobra muito (Enfermeira, 31a).

Do ponto de vista dos entrevistados, as mães que acompanham seus(suas) filhos(as) são vistas como difíceis de lidar, pois exigem mais dos profissionais, o que também foi observado por Alves e Figueiras (2007), Macintyre et al. (1999) e Verbrugge (1989):

O pai, na consulta, é um pouco mais objetivo no que ele quer [...] quer saber o que o exame faz. A mãe não. A mãe dá *várias voltas pra perguntar a mesma coisa. A mãe é mais prolixa. Consulta com pai é mais objetiva, mais rápida* (Médica, 37a).

2.2 Os serviços de saúde não consideram as diferenças de gênero

Os(as) profissionais da saúde e da própria estrutura dos serviços não atendem às diferenças inerentes às masculinidades e às feminilidades e tampouco consideram as particularidades de cada paciente, especialmente quando é preciso expor o corpo. Ao ignorarem as diferenças e as necessidades dos(as) pacientes quanto à exposição do corpo na atuação prática de seu atendimento, os(as) profissionais desconsideram a privacidade e a individualidade da pessoa doente:

Pra mim, já virou rotina [...] eu não dou atenção a isso, não trato muito diferente. Eu até observo, mas o meu egoísmo é maior do que me preocupar com a paciente [...] eu considero [assim] 99% dos profissionais de saúde, embora alguns digam “ai, eu me preocupo”. *Não se preocupa*. [...] A pessoa chega ao hospital, a primeira coisa que a gente faz é arrancar a roupa dela, vestir uma camisola com a bunda de fora. Normal, na saúde é assim. Mas pra pessoa não, ela não usa isso todo dia (Enfermeira, 31a).

Outra questão lembrada pelos(as) entrevistados(as) é a identificação de gênero entre o profissional e o paciente. O relato a seguir exemplifica as facilidades encontradas quando se trata de um enfermeiro administrar algum procedimento em um paciente homem, e de uma enfermeira administrar em uma mulher:

A gente sente que algumas coisas, principalmente na relação homem-homem, mulher-mulher, são mais tranquilas. Mas enfermeira com paciente do sexo masculino às vezes dificulta um pouco, dependendo da faixa etária do paciente, se for um jovem adulto [...] colocar uma sonda, colocar pela uretra. Então eu acho meio desagradável, mas a gente acaba se acostumando [...] Além da pessoa ficar envergonhada pela situação, pra gente fazer também é difícil. Então, sempre que é possível, se tem algum procedimento pra fazer num homem, a gente acaba pedindo ajuda pra algum homem (Enfermeira, 26a).

[...] não são todos os homens que gostam de passar por médicas mulheres. Às vezes, na consulta com um homem, ele não tem nenhuma queixa, principalmente quando se trata da área genital. E daí ele fala com o meu colega [...] Tem uma questão social aí de que a médica é mais de criança e de mulher (Médica, 37a).

O fato de paciente e profissional serem do mesmo gênero poderia minimizar a vergonha ou o pudor sentido por ambos em procedimentos invasivos. A exposição e a manipulação do corpo sexual parecem ser situações desconfortáveis na relação profissional-paciente, pois os homens se sentem mais à vontade em interações com médicos homens, em especial quando se trata de queixas nos órgãos sexuais; pode-se supor que o mesmo ocorreria com as mulheres, embora elas pareçam ser mais receptivas, mesmo quando se trata de profissionais homens.

O desconforto ocasionado nestas situações pode gerar condutas de esquivas nos(as) pacientes, levando os(as) profissionais a encaminharem a um(a) colega de trabalho para que administre o procedimento, evitando assim, a situação de mal-estar por parte de ambos. Além disso, os relatos sugerem que existe mais valorização do profissional quando é homem do que quando é mulher, o que pode estar relacionado ao fato de as ciências serem historicamente desenvolvidas e difundidas

por homens (Rohden, 2002; Moro, 2001). No exemplo acima, o médico seria reconhecido em diferentes especialidades, enquanto a médica seria valorizada apenas nos espaços pediátricos e ginecológicos.

Considerações finais

As diferenças de gênero foram compreendidas pelos(as) profissionais a partir das experiências diárias da profissão, ora justificadas por fatores orgânicos e anatómicos, ora pelas características comportamentais e sociais, mas não houve uma compreensão abrangente da categoria gênero como uma construção histórica de cunho político e social.

A análise dos relatos dos profissionais indica que há uma percepção sobre as questões de gênero e saúde que favoreceria as mulheres quanto aos cuidados com o corpo e com a prevenção de doenças, aos diálogos sobre o diagnóstico da enfermidade, à facilidade de atendimento e à adesão ao tratamento. Em sentido oposto, a concepção do corpo feminino como mais vulnerável apareceu como uma das justificativas para o maior cuidado das mulheres com a saúde, o que também pode sugerir as motivações para uma medicalização excessiva.

Tabus e preconceitos permeiam as concepções dos profissionais e seus pacientes, gerando desconforto e evitação. Por sua vez, reiteram o distanciamento entre os cuidados a serem prestados ou recebidos por uma pessoa de gênero diferente quando há a exposição e a manipulação do corpo. Este não é somente produto dos fatores biológicos que o constituem, mas sobretudo uma expressão de humanidade, pois traz em sua formação inúmeros valores e normas vigentes na cultura. Esse corpo social e histórico deve ser compreendido e atendido em suas distintas especificidades. As tecnologias em saúde aprimoraram as técnicas de intervenção sobre o corpo biológico sem considerarem os seus constituintes culturais, e a eficácia dos cuidados preventivos e terapêuticos depende do entendimento do corpo em sua complexidade. De fato, a dimensão de gênero é estruturante para pensarmos as expressões femininas e masculinas e está articulada com outros marcadores sociais, como cor/raça, classe, geração etc. Assim, é fundamental que novas análises considerem a pluralidade de experiências dos(as) usuários(as) dos serviços e suas correlações com a promoção da equidade de gênero em saúde.

A postura profissional adotada em face das diferenças comportamentais de homens e mulheres é entendida como uma forma necessária e eficiente para lidar com as singularidades. No entanto, a interação profissional-paciente parece reiterar as desigualdades de gênero, reproduzindo o cenário social discriminatório. O atendimento prestado pode ser diferente, mas está baseado na naturalização das

demandas específicas do gênero, sem questionar sua construção cultural.

É preciso considerar em estudos posteriores os condicionantes que fundamentam a maneira de os(as) profissionais compreenderem as diferenças entre as atitudes de pacientes nos serviços de saúde e sua relação com as expectativas interpessoais forjadas pela construção de gênero. Por exemplo, o paciente homem foi visto como queixoso por constantemente solicitar a presença dos profissionais ou dos familiares e por não saber lidar com o acometimento físico e com o tratamento. Mas será que de fato eles se queixam com mais frequência do que as mulheres, ou seria essa percepção um produto das representações de gênero dos(as) profissionais?

Conclui-se que é preciso investir na formação acadêmica dos(as) profissionais da saúde, incluindo uma discussão sobre sexualidade e gênero em uma perspectiva interseccional que examine as diferentes categorias sociais, culturais e biológicas na produção de desigualdades em saúde. Nos contextos hospitalares, as questões de gênero ainda são pouco debatidas, ao passo que no contexto da atenção primária isto já vem sendo pauta de debates alavancados pelo campo da saúde coletiva. Desta forma, a atenção ambulatorial e hospitalar parece carecer das análises que podem viabilizar o planejamento de programas que consideram hegemônicos e rígidos os padrões de gênero e que dificultam, muitas vezes, a relação com os cuidados com a saúde.

Recebido: 28/03/2014

Aceito para publicação: 21/06/2016

Referências bibliográficas

- ALVES, Nuno Correia & Figueiras, Maria João. 2007. “Queixas subjectivas de saúde, afectividade negativa e utilização de serviços de saúde: Diferenças de género”. *Análise Psicológica*. Vol. 3, nº 25, p. 415-425.
- AQUINO, Estela Maria Leão. 2005. “Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade?”. *Ciência Saúde Coletiva*. Vol. 1, nº 10, p. 19-22.
- ARRUDA, Guilherme Oliveira de; MOLENA-FERNANDES, Carlos Alexandre; MATHIAS, Thais Aida de Freitas & MARCON, Sonia Silva. 2014. “Morbidade hospitalar em município de médio porte: diferenciais entre homens e mulheres”. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Vol. 22, nº 1.
- BARDIN, Laurence. 2011. *Análise de conteúdo*. 3ª ed. Lisboa: Edições 70.
- BORDO, Susan R. 1997. “O corpo e a reprodução da feminilidade: uma apropriação feminista de Foucault”. In: JAGGAR, A.M. & BORDO, S.R. *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. p. 21-41.
- BRAZ, Marlene. 2005. “A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva”. *Ciência Saúde Coletiva*. Vol. 10, nº 1, p. 97-140.
- CONNELL, Robert W. & Messerschmidt, James W. 2005. “Hegemonic Masculinity”. *Gender & Society*. Vol. 19, nº 6, p. 829-859.
- COSTA-JUNIOR, Florêncio M. & Maia, Ana Cláudia B. 2009. “Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde”. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 1, nº 25, p. 55-63.
- COURTENAY, Will H. 2000. “Constructions of masculinity and their influence on men’s well-being: a theory of gender and health”. *Social science & medicine*. Vol. 50, p. 1385-1401.
- COUTO, Márcia Thereza et al. 2010. “O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Vol. 14, nº 33, p. 257-270.
- DOYAL, Lesley. 2001. “Sex, Gender, and health: the need for a new approach”. *British Medical Journal*. Vol. 323, nº 7320, p. 1061-1063.
- FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. 2008. *Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária*. Tese de Doutorado em Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo.
- FIGUEIREDO, Wagner dos Santos & Schraiber, Lilia Blima. 2011. “Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil”. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. 16, nº 1, p. 935-944.
- FOUCAULT, Michel. 1988. *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. 9ª ed. São Paulo: Graal.

- FOUCAULT, Michel. 1985. *História da Sexualidade II: O cuidado de si*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Graal.
- GOMES, Romeu et al. 2011. “Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade na atenção primária”. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. 16, nº 1, p. 983-992.
- GOMES, Romeu; Nascimento, Elaine Ferreira & Araújo, Fabio Carvalho. 2007. “Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e de homens com ensino superior”. *Cadernos de Saúde Pública* Vol. 23, nº 3, p. 556-574.
- HARAWAY, Donna. 1995. “Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial”. *Cadernos Pagu*. Vol. 5, p. 07-42.
- KELLER, Evelyn Fox. 2006. “Qual foi o impacto do feminismo na ciência”. *Cadernos Pagu*. Vol. 27, nº 27, p. 13-34.
- KORIN, Daniel. 2001. “Nuevas perspectivas de gênero en salud”. *Adolescência Latinoamericana*. Vol. 2, nº 2, p.67-79.
- KRIEGER, Nancy & Fee, Elizabeth. 1994. “Man-made medicine and women’s health: the biopolitics of sex/gender and race/ethnicity”. *International Journal of Health Services*. Vol. 24, nº 2, p. 265-283.
- LAMAS, Marta. 2000. “Gênero: os conflitos e desafios do novo paradigma”. *Proposta*. Vol. 84/85, p. 12-25.
- LAQUEUR, Tomas. 2001. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- LOURO, Guacira. 2001. “Teoria Queer – uma política pós-identitária para a educação”. *Estudos Feministas*. Vol. 9, nº 2, p. 541-553,
- MACHIN, Rosana et al. 2011. “Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária”. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. 16, nº 1, p. 4503-4512.
- MACINTYRE, Sally; FORD, Graeme & HUNT, Kate. 1999. “Do women “over-report” morbidity? Men’s and women’s responses to structured prompting on a standard question on long standing illness”. *Social science & medicine*. Vol. 48, nº 1, p. 89-98.
- MACINTYRE, Sally; Hunt, Kate & Sweeting, Helen. 1996. “Gender differences in health: Are things really as simple as they seem?”. *Social science & medicine*. Vol. 42, nº 4, p. 617-624.
- MARTIN, Emily. 2006. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Garamond.
- MARTINS, Ana Paula Vosne. 2004. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- MENDONÇA, Reginaldo Teixeira; Carvalho, Antônio Carlos Duarte de; Vieira, Elisabeth Meloni & Adorno, Rubens de Camargo Ferreira. 2008. “Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes”. *Saúde & sociedade*. Vol.17, nº 2, p. 95-106.

- MENEZES, Rachel Aisengart & HEILBORN, Maria Luiza. 2007. "A inflexão de gênero na construção de uma nova especialidade médica". *Revista Estudos Feministas*. Vol.15, nº 3, p. 563- 580.
- MISKOLCI, Richard. 2009. "A teoria Queer e a sociologia: o desafio de uma analítica da normatização". *Sociologias*. Vol. 11, nº 21, p. 150-182.
- MORO, Claudia Cristine. 2001. *A questão de gênero no ensino de ciências*. 1ª ed. Chapecó: Argos.
- NASCIMENTO, Marcos & CARRARA, Sérgio. 2012. "Sobre homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão". *Ciência e saúde coletiva*. Vol. 17, nº 10, p. 2583-2585
- PINHEIRO, Rejane Sobrino; VIACAVA, Francisco; TRAVASSOS, Cláudia & BRITO, Alexandre dos Santos. 2002. "Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil". *Ciência e saúde coletiva*. Vol. 7, nº 4, p. 687-707.
- RIBAS, Adriana F. Paes & MOURA, Maria Lucia Seidl. 2004. "Responsividade e teoria do apego: uma discussão crítica do papel de estudos transculturais". *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Vol. 17, nº 3, p. 315-322,
- RIBEIRO, Cláudia Regina & ROHDEN, Fabíola. 2009. "A ciência na mídia e as estratégias de reafirmação da bipolaridade entre os gêneros: o caso do Globo Repórter". *Cadernos Pagu*. Vol. 32, p. 267-299.
- ROHDEN, Fabíola. 2011. "O homem é mesmo a sua testosterona: promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro". *Horizontes Antropológicos*. Vol. 35, nº 17, p. 161-196.
- ROHDEN, Fabíola. 2003. "A construção da diferença sexual na medicina". *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 19, nº 2, p. 201-212.
- ROHDEN, Fabíola. 2001. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- SCOTT, Joan. 1995. "Gênero: uma categoria útil de análise histórica". *Educação & Realidade*. Vol. 20, nº 2, p. 71- 99.
- SOUZA, Edinilsa Ramos et al. 2012. "Morbimortalidade de homens jovens brasileiros por agressão: expressão dos diferenciais de gênero". *Ciência & saúde coletiva*. Vol. 17, nº 12, p. 3243-8.
- TRAVASSOS, Cláudia; Viacava, Francisco & Pinheiro, Rejane. 2002. "Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social". *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol. 11, nº 5-6, p. 365-373.
- VERBRUGGE, Lois M. 1989. "The Twain Meet: Empirical Explanations of Sex Differences in Health and Mortality". *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 30, p. 282-304
- VIEIRA, Elisabeth Meloni. 2002. *A medicalização do corpo feminino*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.