

Efeitos de intervenção psicoeducativa sobre a utilização de serviços de saúde por homens idosos

Lilian Maria Borges¹
Eliane Maria Fleury Seidl²

BORGES, L.M.; SEIDL, E.M.F. Effects of psychoeducational intervention on the use of healthcare services by elderly men. *Interface (Botucatu)*, v.17, n.47, p.777-88, out./dez. 2013.

This study investigated the effects of a psychoeducational intervention for strengthening self-care among elderly men, with emphasis on seeking and using healthcare services. Thirteen retired married men aged between 62 and 78 years ($M = 69.5$) participated. The interventions occurred at nine thematic meetings that included dialogue-based presentation and group dynamics. Data were obtained before and after the group sessions, through individual interviews based on a questionnaire that had been developed for investigating self-care behavior and associated factors. The possible effects from the interventions were seen to be greater readiness among the participants to attend consultations and medical examinations. However, the intervention was most beneficial in terms of awareness-raising and maintenance, rather than in relation to changes to healthcare behavior. The need for further investigations focused on the interrelationship between gender, aging and health was emphasized.

Keywords: Men's health. Aged. Masculinity. Psychoeducational group.

Este trabalho verificou os efeitos de uma intervenção psicoeducativa para fortalecer o autocuidado entre homens idosos, com destaque para a busca e a utilização de serviços de saúde. Participaram 13 homens com idades entre 62 e 78 anos ($M = 69,5$), casados e aposentados. As intervenções ocorreram em nove encontros temáticos. Os dados foram obtidos antes e após sessões grupais, mediante entrevistas individuais conduzidas para a investigação de comportamentos de autocuidado e fatores associados. Como possíveis efeitos das intervenções, verificou-se maior prontidão dos participantes para a realização de consultas e exames médicos. A intervenção mostrou-se mais vantajosa para sensibilização e manutenção do que para modificação de comportamentos de saúde. Reforça-se a necessidade de novas investigações focadas na inter-relação entre gênero, envelhecimento e saúde.

Palavras-chave: Saúde do homem. Idoso. Masculinidade. Grupo psicoeducativo.

¹ Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade Católica de Brasília. SGAN 916, Módulo B. Avenida W5. Brasília, DF, Brasil. 70790-160. limaborgesg@gmail.com

² Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

Introdução

O Brasil apresenta processos notáveis de transição demográfica, com incremento na proporção de idosos nas últimas décadas. De acordo com o censo demográfico do ano de 2010, pessoas com 65 anos ou mais apresentam uma participação relativa, na população, de 7,4%, o que significa um número de idosos superior a vinte milhões no país (IBGE, 2011). A expectativa de vida do brasileiro ao nascer, que, em 2003, era de 71,3 anos, elevou-se para 73,17 anos em 2009 (IBGE, 2010a). A projeção é de que, em 2020, o país tenha 32 milhões de pessoas nessa faixa de idade, tornando-se o sexto país no mundo em número de idosos. Essas alterações demográficas têm sido acompanhadas por mudanças no perfil epidemiológico da população, com a redução da incidência de doenças infectocontagiosas e maior prevalência de enfermidades crônico-degenerativas, que se tornaram as principais causas de morbimortalidade (Veras, 2009, 2003; Camarano, 2002).

Embora a velhice não deva ser compreendida como sinônimo de doença, sabe-se que o segmento idoso da população apresenta índices maiores de morbidade quando comparado aos demais grupos etários. Com o avançar do processo de envelhecimento, as pessoas mostram maior predisposição a enfermidades crônicas, como doenças cardiovasculares e osteoarticulares (Veras, 2009, 2003). Na idade de 75 anos, a maioria das pessoas tem, em média, de três a quatro doenças ou incapacidades (Tulloch, 2005).

Por outro lado, indicadores de morbimortalidade, medidos por demandas aos serviços e por inquéritos populacionais, evidenciam que há riscos diferenciados de adoecimento e de morte para homens e mulheres relacionados a aspectos tanto biológicos como a processos socioculturais. As mulheres apresentam doenças crônicas e incapacidades em maior frequência que os homens (Redondo-Sendino et al., 2006; Laurenti, Jorge, Gotlieb, 2005; Lunenfeld, 2002). No entanto, no Brasil, estes apresentam uma expectativa média de vida em torno de sete anos menor do que a das mulheres (Brasil, 2008; IBGE, 2010a).

Ao analisar os diferenciais de mortalidade entre os sexos, Abreu, César e França (2009) verificaram que, de 1983 a 2005, as mortes evitáveis no Brasil representaram cerca de 32% dos óbitos entre homens, os quais evidenciaram risco maior de morrer, em relação às mulheres, de causas de morte evitáveis por diagnóstico e tratamento precoces, e por doença isquêmica do coração. Estas diferenças foram maiores com o avanço da idade, particularmente após 45 anos.

A alta incidência de doenças e de mortalidade na população masculina indica que os homens, comparativamente às mulheres, apresentam mais comportamentos de risco à saúde, engajam-se menos em comportamentos preventivos e buscam os serviços de saúde com menor frequência, em especial os serviços de atenção primária (Gomes, Nascimento, Araújo, 2007). Conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD do ano de 2008, uma menor porcentagem dos homens entrevistados (58,8%) havia realizado consultas médicas nos últimos 12 meses em comparação com as mulheres (76,1%). Embora o principal motivo da busca de serviços de saúde, para ambos os sexos, tenha sido o acometimento por doenças, verificou-se proporcionalmente maior procura por vacinação ou prevenção entre as mulheres, enquanto os homens recorreram mais do que estas aos serviços para tratar de acidentes ou lesões (IBGE, 2010b).

Em grande parte por questões culturais e educacionais, os homens agem em função, sobretudo, da necessidade de reparação de problemas já existentes, e buscam, com predominância, os prontos-socorros e farmácias (Couto et al., 2010; Pinheiro et al., 2002). Esse padrão de comportamento masculino pode levar à perda de um tempo importante para o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, acarretar o agravamento da morbidade (Brasil, 2008), o que implica maior sofrimento físico e emocional e gasto maior de recursos de saúde (Issa et al., 2006; Lunenfeld, 2002).

Linhares et al. (2003) verificaram que a clientela atendida no ambulatório de geriatria de um hospital universitário era composta, predominantemente, de mulheres, que correspondiam a 70% dos participantes do estudo. Veras (2003) também encontrou uma demanda por serviços ambulatoriais consistentemente menor entre os homens em entrevistas realizadas com trezentos e sessenta idosos na recepção de um ambulatório da rede pública. A ausência de um número mais significativo de homens

idosos nos ambulatórios evidencia que estes, possivelmente, tenham contato com o sistema de saúde em estado mais avançado de doenças, o que leva a tratamentos mais onerosos e menos resolutivos.

A baixa procura masculina por serviços de saúde pode ser melhor compreendida se considerarmos que, na socialização dos homens, o cuidar de si e a valorização do corpo são questões pouco incentivadas (Schraiber, Gomes, Couto, 2005). Os cuidados com a saúde estão fortemente associados à ideia de feminilidade, e os serviços de atenção primária são vistos comumente como um espaço destinado ao público feminino e às crianças (Figueiredo, 2005; Lunenfeld, 2002). Além disso, os homens, de modo geral, temem que a verbalização de suas necessidades de saúde seja interpretada como demonstração de fraqueza, medo ou insegurança, e, assim, gere desconfianças acerca de sua masculinidade (Gomes, Nascimento, Araújo, 2007; Figueiredo, 2005). As mulheres são mais incentivadas e autorizadas, pela sociedade, a comunicar suas aflições em relação a dores e desconfortos, utilizando, com maior frequência, estratégias como: choro, queixas e procura por serviços de saúde (Linhares et al., 2003).

Gomes, Nascimento e Araújo (2007) chamam a atenção para as influências culturais envolvidas na questão e destacam vários fatores para se compreender o padrão diferenciado de cuidados com a saúde de homens em comparação com o padrão das mulheres, incluindo: o medo da descoberta de uma doença grave, a vergonha da exposição do corpo perante o profissional de saúde, e a não-disponibilização de programas ou atividades direcionadas, especificamente, para a população masculina. Nesse aspecto, parece existir uma lacuna entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas e serviços de saúde (Couto et al., 2010). Por conseguinte, a temática "homem e saúde" constitui alvo de interesse recente na saúde coletiva, e abarca esforços crescentes para a identificação das especificidades que necessitam ser consideradas na abordagem da saúde masculina em diferentes fases do ciclo de vida.

No Brasil, desde 2009, vigora a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), iniciativa recente e inovadora do Ministério da Saúde, lançada com o objetivo de facilitar e ampliar o acesso da população masculina a ações e serviços de saúde, bem como de reduzir seus índices de morbimortalidade. Ao formular os princípios e as diretrizes da referida política, o governo busca superar obstáculos socioculturais e institucionais que dificultam, aos homens, realizarem medidas preventivas, sendo delineadas ações que contribuam para a compreensão dos aspectos singulares da realidade masculina e que promovam o enfrentamento de fatores de risco e o estímulo ao autocuidado (Brasil, 2008).

Nesse cenário, a identificação das necessidades de homens torna-se uma condição importante para o alcance de uma prática cotidiana mais saudável por parte destes, visando a oferta de estratégias especiais de assistência que resultem em um melhor acolhimento de suas demandas e anseios (Figueiredo, 2005; Schraiber, Gomes, Couto, 2005; Loeb, 2003; Quine et al., 2004). Lunenfeld (2002) destaca a importância de programas que visam tornar os homens melhor informados sobre o processo de envelhecimento masculino, e afirma que a orientação acerca do impacto que cuidados preventivos podem exercer no prolongamento e na qualidade de suas vidas ajuda a torná-los gerenciadores da própria saúde. Oliffe et al. (2010) defendem a utilidade de espaços grupais nos quais homens possam: intercambiar experiências de adoecimento, modelar estratégias para a manutenção da saúde, reforçar a percepção de que não estão sozinhos, e adquirir orientações sobre estratégias e benefícios do autocuidado. Ressaltam, ainda, que outros homens são capazes de influenciar fortemente as normas masculinas em questões de saúde e doença.

Há poucos dados empíricos no que tange à eficácia de intervenções em grupo com idosos do sexo masculino. Contudo, Thompson et al. (2003), com base em evidências clínicas, defendem que estes podem se beneficiar da participação em grupos psicoeducativos desenvolvidos para abordar suas necessidades, preferencialmente com poucos participantes, fechados, e que apresentem um equilíbrio entre informações, apoio e estratégias de enfrentamento.

No intuito de promover e fortalecer comportamentos de autocuidado entre homens idosos, as autoras deste estudo desenvolveram e implementaram uma intervenção psicoeducativa em grupo junto a frequentadores de um centro de convivência para idosos. Várias temáticas foram abordadas nos

encontros, dentre elas a busca por serviços de saúde como medida de prevenção e controle de doenças. Partiu-se do pressuposto de que essa modalidade de programa pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias eficientes no atendimento às especificidades do universo masculino e, assim, favorecer uma abordagem mais integral à saúde do homem idoso.

O presente artigo tem por objetivo apresentar os efeitos dessa intervenção, a partir de indicadores verbais, no que se refere a crenças e comportamentos dos participantes quanto à realização periódica de exames médicos preventivos e à busca oportuna por serviços de saúde. A pesquisa foi conduzida nos moldes de um estudo quase experimental, com a seguinte estrutura: os idosos participaram de avaliações iniciais individuais, destinadas ao levantamento da linha de base, e, na sequência, foram submetidos à intervenção em grupo, que foi seguida por duas outras avaliações individuais semelhantes, relativas à avaliação pós-intervenção e a um seguimento efetuado quatro meses depois do término das sessões grupais.

Com base no Modelo Transteórico de Mudança (*Transtheoretical Model*), foram analisados os estágios motivacionais dos participantes com respeito a ações de busca por serviços de saúde. Nesse modelo, a mudança comportamental é compreendida como um processo que envolve progressão através de cinco estágios pelos quais a pessoa passa, com avanços e retrocessos, até adquirir ou modificar hábitos de vida: 1. pré-contemplação – a mudança não é cogitada; 2. contemplação – a mudança é uma intenção; 3. preparação – a ação para a mudança é planejada; 4. ação – mudanças específicas são identificadas, e 5. manutenção – mudanças são mantidas por, pelo menos, seis meses (Prochaska, DiClemente, 1983; Prochaska, Johnson, Lee, 1998).

Método

Participantes

Foram convidados e aceitaram integrar o estudo 13 homens com idades entre 62 e 78 anos ($m = 69,5$), de diversos níveis de escolaridade, credos religiosos e rendas familiares, recrutados entre pessoas que frequentavam um Centro de Convivência para Idosos (CCI) em funcionamento em uma universidade privada do Distrito Federal. Todos estavam aposentados e mantinham relações conjugais estáveis há, no mínimo, 15 anos.

Instrumentos

Os dados foram coletados mediante o emprego do Questionário de Avaliação da Saúde do Homem Idoso (QUASHI), elaborado para a pesquisa, que contém 32 questões abertas e fechadas, estruturadas em cinco partes: 1. caracterização sociodemográfica; 2. autoavaliação da saúde; 3. busca e utilização de serviços de saúde; 4. comportamentos preventivos e promotores de saúde; e 5. definição de metas de saúde. A terceira parte do instrumento, foco do presente trabalho, é composta por nove questões destinadas a investigar quais os serviços de saúde acessados, os exames médicos realizados e os tipos de atendimento recebidos pelo respondente, assim como seus possíveis obstáculos para a realização de exames preventivos e adesão aos tratamentos prescritos.

Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, a proposta foi apresentada à instituição onde se desenvolveu a pesquisa, requerendo aprovação para sua implementação. O projeto foi submetido, então, a um Comitê de Ética em Pesquisa e, após sua aprovação, os aspectos operacionais da intervenção foram discutidos com a coordenação do CCI. As avaliações individuais dos idosos que aceitaram integrar o estudo e formalizaram a concordância com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ocorreram em salas com isolamento acústico e livres de interrupções. Nas entrevistas, alicerçadas no QUASHI, cada idoso foi solicitado a

avaliar sua condição de saúde atual e a relatar seus comportamentos de busca por serviços de saúde e demais comportamentos de autocuidado. A pesquisadora realizava a leitura cuidadosa de cada questão e registrava, em áudio, as respostas emitidas.

Para a busca e utilização de serviços de saúde, as metas principais definidas foram: aumentar a realização de exames preventivos e aumentar a frequência a consultas médicas. Foram, então, iniciadas as sessões grupais, que ocorreram com periodicidade semanal até completarem nove sessões, com duração aproximada de noventa minutos cada uma. As sessões foram temáticas, tendo todas elas um tema norteador predefinido relacionado à saúde do homem e/ou à saúde do idoso, tais como: os limites e as potencialidades do envelhecer; os determinantes da saúde do homem, e a prevenção do câncer de próstata.

Conforme o planejamento de cada sessão, as estratégias de trabalho em grupo consistiram em: fornecimento de informações por meio de estratégias orais, com ou sem apoio de recursos audiovisuais; discussões em grupo, com troca de informações e experiências; uso de materiais educativos, escritos ou em vídeo; mensagens para reflexão; dramatizações, vivências e técnicas de dinâmica de grupo.

Após a conclusão das atividades em grupo, dois encontros para novas avaliações individuais foram realizados com cada participante, tendo por base a utilização de uma versão simplificada do QUASHI e a finalidade de verificar mudanças de comportamentos, de crenças e de atitudes relacionadas à intervenção. O segundo bloco de entrevistas foi iniciado uma semana após o término do grupo, em dias e horários previamente acordados com os participantes. Decorridos quatro meses, as entrevistas foram repetidas. Essas avaliações pós-intervenção, a exemplo das primeiras, foram gravadas em áudio e transcritas.

Procedimentos de análise de dados

Os relatos verbais dos participantes foram submetidos a análises tanto quantitativas como qualitativas. As escolhas entre alternativas de respostas previamente fornecidas, incluindo escalas, foram computadas em termos de frequência para cada item avaliado. As informações coletadas por meio de questões abertas foram categorizadas tendo em vista o relato de condutas tidas como importantes para a prevenção, identificação ou tratamento de doenças. Alguns trechos das verbalizações são fornecidos ao longo da seção de resultados, seguidos, entre parênteses, pelo nome fictício do entrevistado e sua idade.

Resultados

Realização de consultas médicas

Os idosos, sem exceção, referiram apresentar, no mínimo, um agravo à saúde de natureza crônica, com predomínio de diabetes mellitus e doenças cardiovasculares. Em média, foram identificados três agravos à saúde por participante, evidenciando vários quadros de comorbidades. No período de tempo investigado, eles recorreram a clínicos gerais e a médicos de oito especialidades para avaliações preventivas, investigações diagnósticas ou acompanhamento de doenças. Os especialistas mais procurados foram cardiologistas e urologistas, consultados, respectivamente, por 69,2% e 61,5% dos participantes. Em frequência menor, houve relatos de visitas a: endocrinologistas, oftalmologistas, ortopedistas, oncologistas, neurologistas e pneumologistas. Existiram referências ainda a consultas com outros profissionais da área de saúde, abrangendo odontólogos (n=7), nutricionistas (n=2) e fisioterapeutas (n=2).

Nas avaliações que precederam as sessões psicoeducativas, os idosos relataram a participação em 52 consultas médicas, tomando como parâmetro os 12 meses anteriores, o que correspondeu a uma média aproximada de quatro consultas por mês. Nas avaliações posteriores, observou-se um aumento relativo na média de visitas a consultórios médicos nos três meses seguintes às primeiras entrevistas, que passou a ser de seis consultas por mês. No seguimento, a média de consultas realizadas nos quatro meses

compreendidos entre a segunda e a terceira avaliações foi de 4,75. No intervalo de tempo total incluído nas avaliações, relativo a 19 meses, computou-se uma média de 6,8 consultas por participante. A comparação da média mensal de consultas evidenciou aumento no número de visitas médicas para dez deles na fase pós-intervenção.

Sete participantes declararam possuir plano privado de assistência à saúde e utilizar exclusivamente (n=4) ou prioritariamente (n=3) os serviços médicos privados, enquanto os demais idosos relataram recorrer a serviços públicos de saúde. A procura por atendimentos em centros ou postos de saúde foi referida por sete idosos, incluindo consultas com clínicos gerais e orientações em grupo para portadores de diabetes ou hipertensão arterial. As imunizações também constituíram uma prática constante entre os participantes, com todos eles afirmando submissão recente a esta medida de prevenção primária. Além dos atendimentos médicos clínicos ou ambulatoriais, três participantes relataram a ocorrência de atendimentos emergenciais.

Berilo teve seu comportamento caracterizado pela esquivia de consultas médicas e uso de remédios naturais para tratamento de sintomas, sendo a busca desse tipo de consulta uma meta estabelecida para o mesmo na intervenção. Encontrava-se, portanto, no estágio da pré-contemplação, com ausência de reconhecimento quanto à necessidade de mudar o padrão de comportamento vigente. Em suas palavras: “[...] e eu não vou, não vou. É uma burrice, uma ignorância, eu assumo. Mas eu tô me sentindo bem, sabe”. Ele evidenciou a crença de que o cultivo de hábitos saudáveis e a prática de exercícios físicos atuavam como medidas compensatórias à ausência de atendimentos médicos.

“Essa saúde que eu tenho hoje, eu tenho que conservar. Como? Nas caminhadas, nos exercícios de hidroginástica, na alimentação com pouco sal, na medida do possível não comendo doce, então na minha cabeça acho que isso aí é suficiente e por isso eu fico relaxado”. (Berilo, 75 anos)

Além disso, alimentava a crença de que a realização da consulta leva ao descobrimento de doenças.

“Eu tô sadio, eu vou ao médico, vou voltar é doente, que ele vai passar exame disso, daquilo outro [...]. Eu não sinto nada, eu tenho medo de ir ao médico e voltar doente, porque eu sou velho. Se procurar, vai encontrar alguma coisa”. (Berilo, 75 anos)

Para este idoso, as estratégias empregadas no grupo consistiram em questionamento de suas crenças disfuncionais sobre consultas médicas, que foram defendidas como uma medida importante para a preservação da saúde. Após a intervenção, ele mostrou avanço para o estágio de contemplação, pois afirmou, nas entrevistas seguintes, a possibilidade de buscar consulta em futuro próximo, com evidência de revisão de suas crenças em resposta às experiências vividas no grupo:

“Eu vejo outras pessoas ‘tem que fazer um check-up, tem que ir ao médico’, aqui mesmo nós ouvindo entre os colegas, comecei a imaginar assim que eu também certamente... eu acredito que eu vá fazer. Não sei, tô pensando, [...] tô tomando coragem”. (Berilo, 75 anos)

Três outros participantes tiveram o aumento da frequência a consultas médicas preventivas como meta traçada para a intervenção. Esses idosos protelavam a busca por consultas e só recorriam a avaliações médicas quando do surgimento ou agravamento de sintomas:

“Só vou quando há necessidade. O problema aí eu tiro pelo seguinte, quando eu vejo que algo não tá bem, por exemplo, não tô urinando suficiente, sinto dores, então eu me sinto por obrigação ir lá fazer alguns exames”. (Franco, 78 anos)

“Eu vou pro pronto socorro, [...] às vezes não dá para segurar muito. Eu tive uma torção no pé e eu não fui. Fiquei quatro meses com o pé dolorido. Acho que vai ficar bom, aí dou um tempo”. (Fausto, 66 anos)

O estágio inicial evidenciado por estes idosos foi, portanto, a pré-contemplação, com pouco reconhecimento da importância da avaliação e orientação preventivas, o que resultava na busca postergada das consultas. À guisa de exemplo: “Eu sou ruim pra ir em médico, eu só vou naquelas horas que tá precisando mesmo, igual quando você tá com fome, só vou comer quando tiver com fome” (Amadeu, 76 anos). A crença associada, por conseguinte, era de que a pessoa só deve buscar ajuda médica se experimentar sintomas específicos e houver necessidade de alguma prescrição medicamentosa. Observou-se, ainda, a prática habitual do uso de remédios naturais, de autodiagnóstico ou automedicação diante de algum mal-estar, como exemplificam os seguintes relatos: “Eu acho melhor tá em casa, bebendo aquela água com casca de pau, essas coisas e tal” (Amadeu, 76 anos); “Quando eu não tô bem, eu vou lá, tomo um comprimido de pressão e pronto” (Franco, 78 anos).

A estratégia empregada no grupo foi a sensibilização para os benefícios das consultas preventivas. Ao final, Amadeu e Franco, embora tenham continuado a relacionar a necessidade de visita ao médico à presença de sintomas, relataram a realização de novas consultas. Por exemplo: “Agora mesmo, esses dias, eu fiz um check-up, assim da unha até o fio de cabelo, todinho” (Amadeu, 76 anos).

Fausto demonstrou manter-se no estágio da pré-contemplação, com continuidade da busca retardada das consultas: “não tenho ido não com aquela frequência, qualquer coisa ir [...]. É raramente, porque eu chego lá o médico não quer receitar nada, ele diz que tá tudo bem” (Fausto, 66 anos). Em parte, esse padrão de comportamento pareceu estar relacionado à crença do participante de que sua rotina de alimentação saudável e seus conhecimentos sobre prevenção eram suficientes para mantê-lo sadio.

Os demais participantes (n=9) relataram realizar visitas médicas periódicas para avaliações preventivas e para acompanhamentos de seus quadros clínicos. Nesses casos, mostraram estar no estágio da ação ou da manutenção, afirmando já realizarem consultas com regularidade média ou alta. Houve evidências da crença na utilidade das consultas preventivas e na importância de se mostrarem atuantes na interação com o profissional mediante concessão de informações, descrição de sintomas e esclarecimento de dúvidas. A estratégia principal empregada na intervenção consistiu no reforçamento destes padrões de comportamento. Nas entrevistas posteriores, os idosos em questão continuaram valorizando e afirmando iniciativas concernentes à busca de consultas médicas de rotina. Todos eles mencionaram a importância de estarem informados quanto ao funcionamento do próprio organismo, de modo a obterem orientações e, se necessário, medidas terapêuticas.

Realização de exames médicos

Em relação à realização de procedimentos preventivos ou diagnósticos, foram sondados os tipos de exames aos quais os idosos tinham sido submetidos nos 12 meses anteriores à entrevista de linha de base, bem como nos meses compreendidos entre o início das intervenções psicoeducativas e as entrevistas finais. Os participantes afirmaram ter realizado, em cada período investigado, entre um e 11 exames preventivos ou para acompanhamento clínico, com predomínio de aferição da pressão arterial e medição da taxa de glicose no sangue. A totalidade dos idosos realizou pelo menos um desses dois exames, em grande parte como medida de acompanhamento de seus quadros de hipertensão e diabetes.

Houve ainda referências a exames de laboratório, especialmente hemogramas e exames de fezes e urina. Os exames da próstata foram realizados pela maioria dos idosos, com maior submissão ao teste de Dosagem do Antígeno Prostático Específico (PSA) do que ao toque retal. Outros procedimentos, referidos por um número menor deles, foram: exames de imagem, exames para avaliação cardíaca, ecografias, exames oftalmológicos, testes de HIV, endoscopias e biópsia prostática.

Na linha de base, os relatos indicaram que os exames realizados no período de 12 meses variaram em quantidade de três a oito, com uma média de 6,2 tipos de exames por participante. Nas avaliações seguintes, os exames realizados ao longo de sete meses variaram de um a 11, com média de 4,8. Em geral, os participantes afirmaram a realização de exames periódicos e destacaram a importância das ações preventivas como forma de identificar e tratar doenças em tempo hábil. Oscar, inclusive, exemplificou a importância da prática destes exames ao relatar a descoberta de um carcinoma e,

tempos depois, de diabetes a partir da realização de avaliações gerais, sem que apresentasse sinais ou sintomas em quaisquer dos casos.

“Aí falei “vou fazer um check-up pra ver se eu tô inteiro”. [...] fui no urologista, quando chegou lá tava com carcinoma, aí que eu fiz a cirurgia. Nunca senti nada, fui fazer preventivo e apareceu”. (Oscar, 70 anos)

Três idosos indicaram uma diminuição na frequência de submissão a exames no espaço temporal compreendido entre o início das sessões e as entrevistas de seguimento, fato este justificado pelo grande número de compromissos assumidos no período, o que comprometeu a disponibilidade para este tipo de cuidado. No entanto, estes e outros dois participantes ressaltaram a intenção de efetuar novas consultas e exames nos meses seguintes. Eis um exemplo:

“Eu tô aguardando agora o recesso pra fazer um check-up. Primeiro pra fazer um check-up é o clínico, depois coração, gastro, e tem o outro também... nutricionista. Tem que passar por esses todos”. (Eusébio, 63 anos)

O exame para detecção do câncer de próstata via toque retal mostrou ser o exame mais temido pelos participantes, sendo citado como o exame mais difícil de ser realizado por sete deles. Por outro lado, quatro idosos afirmaram não encontrar dificuldades para realizar qualquer tipo de exame médico, como foi o caso de Mário (72 anos): “Uma vez que o médico considere que é necessário, eu encaro qualquer coisa. Não tem esse negócio de não gosto disso ou daquilo. Ora, eu gosto é de saúde”.

Berilo e Fausto afirmaram que nunca ou raramente realizavam exames preventivos além dos testes rotineiros da pressão arterial e da glicemia. O favorecimento da realização do exame do toque retal consistiu em meta elaborada para esses dois participantes, que se recusavam a efetivar o exame. O estágio inicial, portanto, era a pré-contemplação, como ilustra a seguinte verbalização: “eu quero evitar, eu tenho feito isso, evitar. [...] não tô a fim de fazer não” (Berilo, 75 anos).

Como estratégia de intervenção, o toque retal foi apresentado como importante medida para detecção precoce do câncer de próstata, com estímulo para a procura pelo exame. O padrão de comportamento final continuou sendo a pré-contemplação no caso de Berilo, como mostra seu relato: “Eu sou consciente, tenho certeza que já tive a orientação necessária, mas isso eu falo não. Nessa parte eu sou arcaico” (Berilo, 75 anos). Fausto, por sua vez, mostrou avanço para o estágio de contemplação, com abertura para a realização do exame: “a gente está a disposição, porque não pode deixar o que tem que fazer pra um outro dia, porque seria tardio” (Fausto, 66 anos).

Em relação aos demais participantes, a meta foi aumentar ou manter a frequência de submissão a exames diagnósticos da próstata. Eles realizavam os principais exames preventivos do câncer de próstata, conforme indicação médica, ainda que considerassem aversivo o procedimento via toque retal. Por exemplo: “O exame do toque ele é chato pra caramba, mas não tem nada não, a gente faz quantas vezes for preciso” (Oscar, 70 anos). As estratégias empregadas no grupo consistiram no reforçamento da busca por exames preventivos da próstata e na revisão de crenças e mitos acerca da sua realização.

Ao final, houve indícios da manutenção da realização periódica dos exames e aparente menor desconforto emocional na efetivação do toque retal: “Eu era muito tímido, falar em mostrar meu corpo para um médico era a pior coisa que eu achava, mas, ultimamente, de acordo com o que eu vejo, eu já fico mais a disposição” (Franco, 78 anos). A permanência de sinais mais evidentes de ansiedade diante da necessidade do toque retal foi observada apenas no relato de Gastão (62 anos): “Agora eu tenho de fazer exame da próstata, [...] faço anualmente, aquele exame que me deixa nervoso. Mas tem que fazer, né? Fazer o que?”

Discussão

Em relação ao perfil de morbidade dos participantes, observou-se que as doenças de maior incidência foram: hipertensão arterial, diabetes e doenças do coração, que estão entre as enfermidades mais comumente diagnosticadas entre homens acima de cinquenta anos de idade (Issa et al., 2006; Laurenti, Jorge, Gotlieb, 2005), e se constituem em agravos à saúde não transmissíveis, relacionados, em boa parte, a hábitos de vida, e, como tal, passíveis de prevenção, de identificação precoce e de controle clínico. Houve, ainda, vários casos de comorbidade, mostrando que, na velhice, é comum uma condição crônica associar-se ao desenvolvimento de outras e ocasionar, aos profissionais de saúde, o desafio de avaliar e tratar múltiplos problemas (Ferrucci, Giallauria, Guralnik, 2008).

Este é um dado preocupante na atenção à saúde da população idosa, considerando que as doenças crônicas aumentam os riscos para incapacidade funcional, dependência e diminuição da qualidade de vida (Bryant, Altpeter, Whitelaw, 2006). No entanto, os participantes evidenciaram, em geral, bom controle de seus quadros clínicos, com preservação de suas funções físicas e papéis sociais. Para Veras (2009), o idoso que mantém sua capacidade funcional, ou seja, que tem preservadas suas habilidades físicas e mentais para uma vida independente e autônoma, deve ser considerado um indivíduo saudável, ainda que seja acometido por doenças.

Distúrbios na próstata constituíram problemas atuais ou do histórico médico de seis participantes, o que reforça a necessidade de se abordar sua prevenção e tratamento entre homens idosos, de modo a estimulá-los a se submeterem aos exames diagnósticos e a prepará-los para lidar com os efeitos decorrentes da doença e de seu tratamento. Observou-se, no entanto, o engajamento dos participantes em diversos tipos de busca por assistência à saúde, que são, em geral, apontadas como pouco frequentes entre representantes do sexo masculino. Destacam-se relatos acerca da utilização dos serviços primários, a alta frequência a consultas médicas e a realização de exames preventivos de modo regular. Avaliações da próstata, sobretudo o exame do toque retal, apesar de referidas como geradoras de vergonha e ansiedade, eram realizadas com relativa periodicidade – dado que vai ao encontro do estudo de Loeb (2003), a qual verificou, com 135 homens idosos, uma média de quatro participações em exames de saúde durante o último ano, havendo maior adesão à aferição da pressão arterial, exames físicos e da próstata.

Os resultados mostraram que as intervenções ajudaram a ampliar ou fortalecer a conscientização quanto à importância da busca e utilização regular de diversos serviços de saúde. No caso de Berilo, participante com maior barreira pessoal para efetivação de consultas e exames, entende-se, a partir de seus depoimentos, que as intervenções propiciaram a revisão da crença de que as consultas levam à descoberta de doenças e que hábitos saudáveis, por si só, asseguram a prevenção de doenças, o que favoreceu a intenção comportamental de buscar consultas médicas. Todavia, este idoso continuou recusando a realização de exames para diagnóstico de distúrbios na próstata. Um motivo que pode ter contribuído para a manutenção de sua esquivia refere-se à baixa suscetibilidade percebida a doenças e ao fato de avaliar-se como sadio, tal como expresso por ele: “Eu olho pra mim e é como se eu não tivesse necessidade” (Berilo, 75 anos).

A decisão de realizar um exame preventivo ou diagnóstico é mais provável se a pessoa apresenta um estado de prontidão psicológica que dependerá do quanto ela se sente suscetível a contrair a condição em questão e da percepção que ela tem da gravidade das consequências desta condição para a sua saúde. Depende, ainda, da ausência de barreiras psicológicas para a tomada de ação (Pavão, Coeli, 2008). A esquivia de Berilo em ir ao médico e em realizar exames não estava atrelada a falta de informações ou de estímulos para tal, como ele mesmo reconheceu. O tipo de intervenção realizada não se revelou suficiente para dotá-lo de estratégias apropriadas ao enfrentamento de uma situação que era, para ele, a longo tempo, geradora de ansiedade. O grupo reforçou os benefícios destas práticas preventivas, em detrimento de seus custos, e forneceu a ele modelos para lidar com a situação, entretanto maior avanço em seu processo de mudança careceria de atenção mais particularizada, mediante intervenções individuais.

Amadeu e Franco, nas avaliações pós-intervenção, embora tenham continuado evidenciando a crença de que a busca de auxílio médico deve ser contingente à apresentação de sintomas específicos,

passaram, no segundo momento, a relatar reconhecimento maior quanto à necessidade de realizarem exames preventivos. Os demais idosos reafirmaram suas crenças na importância das medidas preventivas, de acompanhamento e controle de seus agravos à saúde, sendo que alguns deles mostraram satisfação em saber que estavam "no caminho certo". A adoção de práticas preventivas teve, como barreiras para alguns idosos, fatores já constatados em outras pesquisas, como: o medo da descoberta de uma doença grave e a vergonha da exposição do corpo perante o profissional (Gomes, Nascimento, Araújo, 2007). No entanto, não se pode afirmar, contrariamente a outros trabalhos, que tais dificuldades estiveram associadas a fatores como: falta de tempo, pouca valorização do autocuidado e preocupação incipiente com a saúde (Figueiredo, 2005; Schraiber, Gomes, Couto, 2005; Loeb, 2003).

Os resultados do estudo mostram que os homens podem se constituir em sujeitos do próprio cuidado. É importante destacar, conforme discutem Couto et al. (2010), que a invisibilidade dos homens nos serviços de saúde, muitas vezes, é reforçada pela expectativa dos profissionais, que assumem o estereótipo de que estes não cuidam de si e não procuram os serviços, deixando de estimulá-los a praticar ações de promoção e prevenção.

Considerações finais

O conjunto dos dados revelou que a intervenção psicoeducativa foi útil para sensibilizar os participantes acerca das vantagens de se implementarem ações em prol da prevenção ou controle de doenças. No entanto, as experiências no grupo atuaram mais para reforçar práticas saudáveis ou para sensibilizá-los a respeito de novas e desejáveis mudanças. A intervenção não se mostrou suficiente para alterar hábitos associados a crenças disfuncionais, ainda que intenções de mudança tenham sido evidenciadas.

O formato do grupo, incluindo a diversidade de temas e a quantidade de participantes, não favoreceu uma abordagem mais direta a dificuldades particulares dos idosos. Quando barreiras psicológicas à mudança se fazem presentes, pode ser necessário associar intervenções individuais às intervenções grupais, de modo a melhor auxiliar o participante na revisão de crenças, manejo de respostas emocionais e aprendizagem de novo repertório de respostas diante de situações estressoras.

Homens idosos podem se beneficiar, no contato educativo com profissionais e pares, da oportunidade de permutarem experiências e conhecimentos, o que potencializa a manutenção do autocuidado e sensibiliza para a mudança de comportamentos prejudiciais à saúde. Embora se considere que os homens sejam mais prováveis de negar do que discutir questões de saúde e doença, os resultados deste estudo reforçam a possibilidade de homens, tanto quanto as mulheres, envolverem-se em processos grupais educativos e valorizarem o comprometimento com temáticas relacionadas ao processo saúde-doença.

Ressalta-se, por fim, que o trabalho de promoção da saúde com homens não pode se basear na suposição de um conjunto de características iguais, que leva a interpretá-los como um grupo composto por valores e comportamentos comuns e generalizáveis. As práticas de saúde dos homens dependem de fatores demográficos, pessoais e culturais, e, como tal, são diversas. Assim, além de se buscar diferenças entre homens e mulheres, é necessário identificar diferenças entre eles próprios, permitindo lidar com diferentes formas e estilos de ser homem.

Colaboradores

Lilian Maria Borges foi responsável pela elaboração do artigo, enquanto que Eliane Maria Fleury Seidl participou do seu planejamento e da revisão final do texto.

Referências

- ABREU, D.M.X.; CÉSAR, C.C.; FRANÇA, E.B. Diferenciais entre homens e mulheres na mortalidade evitável no Brasil (1983-2005). **Cad. Saude Publica**, v.25, n.12, p.2672-82, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: MS, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 7 jul. 2009.
- BRYANT, L.L.; ALTPETER, M.; WHITELAW, N.A. Evaluation of health promotion programs for older adults: an introduction. **J. Appl. Gerontol.**, v.25, n.3, p.197-213, 2006.
- CAMARANO, A.M. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas, E.V. et. al. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.58-71.
- COUTO, M.T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface (Botucatu)**, v.14, n.33, p.257-70, 2010.
- FERRUCCI, L.; GIALLAURIA, F.; GURALNIK, J.M. Epidemiology of aging. **Radiol. Clin. North Am.**, v.46, n.4, p.643-52, 2008.
- FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.1, p.105-9, 2005.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. 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. Saude Publica**, v.23, n.3, p.565-74, 2007.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2011.
- _____. **Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil**: o passado, o presente e perspectivas. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/notastecnicas.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2011.
- _____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008)**. Um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBSIS%20-%20RJ/panorama.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2013.
- ISSA, M.M. et al. Assessment of the diagnosed prevalence of diseases in men 50 years of age or older. **Am. J. Manag. Care**, v.12, n.4, p.583-9, 2006.
- LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.1, p.35-46, 2005.
- LINHARES, C.R.C. et al. Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal. **Psicol. Refl. Crit.**, v.16, n.2, p.319-26, 2003.
- LOEB, S.J. The older men's health program and screening inventory: a tool for assessing health practices and beliefs. **Geriatr. Nurs.**, v.24, n.5, p.278-85, 2003.
- LUNENFELD, B. The ageing male: demographics and challenges. **World J. Urol.**, v.20, n.1, p.11-6, 2002.

OLIFFE, J.L. et al. Health promotion and illness demotion at prostate cancer support groups. **Health Promot. Pract.**, v.11, n.4, p.562-71, 2010.

PAVÃO, A.L.B.; COELI, C.M. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. **Cad. Saude Colet.**, v.16, n.3, p.471-82, 2008.

PINHEIRO, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cienc. Saude Colet.**, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

PROCHASKA, J.Q.; DICLEMENTE, C.C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. **J. Consult. Clin. Psychol.**, v.51, n.3, p.390-5, 1983.

PROCHASKA, J.O.; JOHNSON, S.S.; LEE, P. The transtheoretical model of behavior change. In: SCHUMAKER, S.A. et al. (Orgs.). **The handbook of health behavior change**. 2.ed. New York: Springer Publishing Company, 1998. p.59-84.

QUINE, S. et al. Health promotion for socially disadvantaged groups: the case of homeless older men in Australia. **Health Promot. Int.**, v.19, n.2, p.157-65, 2004.

REDONDO-SENDINO, A. et al. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. **BMC Public Health**, v.6, n.1, p.155-63, 2006.

SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.1, p.7-17, 2005.

THOMPSON, L.W. et al. Terceira idade. In: WHITE, J.R.; FREEMAN, A.S. (Orgs.). **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos**. São Paulo: Roca, 2003. p.269-99.

TULLOCH, A.J. Effectiveness of preventive care programmes in the elderly. **Age Ageing**, v.34, n.3, p.203-4, 2005.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saude Publica**, v.43, n.3, p.548-54, 2009.

_____. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saude Publica**, v.19, n.3, p.705-15, 2003.

BORGES, L.M.; SEIDL, E.M.F. Efectos de la intervención psico-educativa sobre la utilización de servicios de salud por hombres ancianos. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.47, p.777-88, out./dez. 2013.

Este trabalho verificó los efectos de una intervención psico-educativa para fortalecer el auto-cuidado entre hombres ancianos, dando destaque a la búsqueda y utilización de los servicios de salud. Participaron 13 hombres con edades entre 62 y 78 años ($M = 69,5$), casados y jubilados. Las intervenciones ocurrieron en nueve encuentros temáticos que incluyeron exposición dialogada y dinámicas de grupo. Los datos se obtuvieron antes y después de las sesiones grupales, mediante entrevistas individuales realizadas con base en un cuestionario elaborado para la investigación de comportamientos de auto-cuidado y factores asociados. Como posibles efectos de las intervenciones, se verificó una mayor rapidez de los participantes para la realización de consultas y exámenes médicos. Sin embargo, la intervención se mostró más ventajosa para la sensibilización que para la modificación de comportamientos de salud. Se refuerza la necesidad de nuevas investigaciones enfocadas en la interrelación entre género, envejecimiento y salud.

Palabras clave: Salud del hombre. Anciano. Masculinidad. Grupo psicoeducativo.

Recebido em 19/03/13. Aprovado em 25/08/13.