



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA- UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS- CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIA MONTINELLI BORGES

A Política de Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família (ESF): uma análise da percepção dos profissionais e usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família do Monte Castelo, Campina Grande- PB

**Campina Grande- PB
2011**

MARIA MONTINELLI BORGES

A Política de Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família (ESF): uma análise da percepção dos profissionais e usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família do Monte Castelo, Campina Grande- PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, pelo Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB – Campus I – Campina Grande-PB.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira

Campina Grande- PB
2011

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial Luiza Erundina – Serviço Social – UEPB

B732p

Borges, Maria Montinelli.

A política de saúde do homem na Estratégia Saúde da Família (ESF) [manuscrito] : uma análise da percepção dos profissionais e usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família do Monte Castelo, Campina Grande- PB / Maria Montinelli Borges. – 2011.

95 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2011.

“Orientação: Profa. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira, Departamento de Serviço Social”.

1. Saúde da Família. 2. Saúde e Gênero. 3. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). 4. Serviço Social. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

MARIA MONTINELLI BORGES

A Política de Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família (ESF): uma análise da percepção dos profissionais e usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família do Monte Castelo, Campina Grande- PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, pelo Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB – Campus I – Campina Grande-PB.

Aprovado em: 27 / 06 / 2011

Nota: 10,0 (DEZ)

BANCA EXAMINADORA

Sandra Amélia Sampaio Silveira

Prof^ª. Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira
Orientadora

Maria do Socorro Pontes de Souza

Prof^ª. Ms. Maria do Socorro Pontes de Souza
Banca Examinadora

Luzimar Lacerda Rolim

Assistente Social Luzimar Lacerda Rolim
Banca Examinadora

Dedico esse trabalho ao doce e extraordinário Espírito Santo de Deus, pois foi Ele, que durante toda essa minha trajetória, no processo de graduação e em toda a minha vida, tem me guiado, inspirado, orientado, consolado, capacitado, fortificado, propiciado conhecimentos e me proporcionado uma vida abundante com Deus, que é o meu conselheiro sábio e minha fortaleza, no qual eu confio inteiramente, responsável pelo sucesso na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, o autor da minha vida, pelo reconhecimento do sacrifício de Cristo, que deu a sua vida por nós. Ele que nunca desampara na hora do desespero, mas consola nossos corações e restaura nosso ânimo. E quando as coisas parecem confusas ele muda o rumo das nossas histórias, mesmo que as situações pareçam contrárias, e opera milagres para mostrar que ele é o caminho e nos leva a plena satisfação e felicidade. Ele que excede todo conhecimento é a fonte da realização desse trabalho. “Senhor, tu me sondas e me conheces, sabe quando me assento e quando me levanto; de longe penetras os meus pensamentos [...]. Tu me cercas por detrás e por diante e sobre mim pões a mão. [...] Tu formaste o meu interior, tu me teceste no seio da minha mãe. Graças te dou, visto que por modo assombrosamente maravilhoso me formaste; e as tuas obras são admiráveis, e a minha alma o sabe muito bem [...] e no teu livro foram escritos todos os meus dias, cada um deles escrito e determinado, quando nenhum deles havia ainda [...]” (Salmos 139-adaptado). Toda honra e toda glória é sua Senhor! Obrigada Pai por tudo, tu és o responsável pela concretização de mais esse sonho.

Aos meus pais, Manoel Nelson Borges e Gracilda Maria Borges que foram escolhidos por Deus para me gerarem e me conceder o dom da vida. Pela dedicação, pelos ensinamentos, carinho e cuidado comigo. Por me proporcionarem a realização desse meu sonho, pois sem vocês eu não conseguiria caminhar na direção certa e assim colher os frutos dos nossos esforços. Obrigada por acreditarem em mim, nos meus projetos e me incentivarem na realização dos meus ideais. Vocês são o meu porto seguro, amo-os incondicionalmente.

Aos meus irmãos, Flávio Manoel Borges e Francisco Marcílio Borges, primeiro por serem parte de mim, pelo apoio, pelas expectativas geradas e impulsionadas sobre mim. Obrigado por acreditarem nos meus sonhos e ajudá-los a se concretizarem, sempre me encorajando a perseguir e prosseguir na estrada da vida. Sou grata e amo muito vocês.

Ao meu namorado, amigo, noivo e futuro esposo, Adailton a quem eu amo muito e amarei por toda eternidade. Obrigada por fazer parte da minha vida e torná-la especial, mágica e encantadora. Você que sempre esteve ao meu lado, sempre acreditando em mim, me apoiando, acalmando, me levantando quando precisei e me ajudando significativamente a concretizar esse feito. És tudo para mim, TE AMO!

A toda minha família maravilhosa e única a quem eu admiro e amo muito, os meus avós, madrinhas, padrinhos, tios, tias, primos, primas, que me ajudaram a superar cada obstáculo posto ao longo dessa trajetória, pois sempre me animaram com as palavras certas, me deram forças em todos os momentos da minha vida. A Maria Clara (Clarinha), por tornar meus dias mais alegres. Saibam que eu não seria tão feliz sem a presença de todos vocês, obrigada pela torcida e apoio. Amo vocês!

Não poderia esquecer-se da minha amiga Juliana (Juh), você é muito especial para mim, me ensinou tantas coisas, és uma irmã que o Senhor me concedeu. Foi com você, amiga, no qual compartilhei muitos momentos nessa minha batalha e você sempre esteve do meu lado. Você estará guardada sempre no meu coração, pois a nossa ligação foi além da formação profissional, você é um presente de Deus pára mim. À sua família também por me acolherem, se preocuparem comigo e me apoiarem. Que Deus abençoe a vida de vocês, obrigada a todos.

A todas as pessoas da Igreja Mount Moriáh que me acolheram e foram tão receptivos comigo, são uma verdadeira família. Obrigado a todos pelos conselhos, apoio e incentivo, vocês são muito especiais para mim. Especialmente à Jakeline (Jack) e Reginaldo (Regis), tão amigos, conselheiros, presentes de Deus na minha vida. Agradeço a Leonardo (Leo) amigo do peito, que também contribui com a realização desse trabalho. Amo vocês!

A Igreja da minha cidade, São José do Piauí a qual eu congrego, que também foi participe no fortalecimento dos meus sonhos e na edificação dos meus passos em toda essa caminhada, me impulsionando a lutar pelos meus ideais.

À minha segunda família em Campina Grande-PB, que Deus colocou em meus caminhos, Arthur, Ana Paula, Ana Beatriz, Paulo Arthur e Ana Luiza, amo muito vocês. Obrigada pelos conselhos, ensinamentos, pelo apoio, por me considerarem filha de vocês em cristo Jesus. Vocês são canais de benção na minha vida, obrigado por fazerem parte da minha história.

Aos meus amados amigos e vizinhos que tanto me apoiaram, acreditaram e torceram por mim e que nem a distância foi capaz de abalar nossa amizade, estiveram sempre presentes em toda minha vida, obrigada por tudo, amo vocês. Também aos meus amigos e amigas que cultivei e me cativaram em Campina Grande. A minha amiga Vanessa que sempre esteve comigo e acreditou em mim. A minha companheira com quem morei no período da graduação, Anny por todo aprendizado.

A minha orientadora, Sandra Amélia, por toda atenção, paciência e dedicação para comigo e com esse trabalho. A você dedico minha admiração e carinho, pois o seu profissionalismo, competência, comprometimento e amizade me fizeram mais confiante, você é parte essencial para a concretização desse trabalho, meu muito obrigado.

Agradeço a professora Socorro Pontes por também ter colaborado em todo processo do estágio curricular e na construção do projeto de pesquisa. Por está disponível às orientações necessárias nesse período, que foi de fundamental importância no enriquecimento do meu conhecimento.

Agradeço à supervisora de campo, Luzimar Lacerda, que foi parte fundamental no processo da minha construção profissional e pessoal. Agradeço por sua disponibilidade, competência e responsabilidade, amizade e ensinamentos nessa trajetória da minha vida. Obrigada á ESF do Bairro Monte Castelo e a equipe de profissionais que colaboraram com a minha formação, além de conceberem entrevistas para a concretização desse trabalho.

A todos os usuários desta unidade de saúde que sempre nos acolheram com muito afeto, em especial aos homens que fizeram parte da minha pesquisa e que contribuíram de forma significativa com a finalização desse trabalho, mas, sobretudo pelo aprendizado na minha formação pessoal, obrigada a todos.

Meu muito obrigado a UEPB, por proporcionar essa conquista e a realização desse sonho.

Em fim, a todos que fizeram parte dessa etapa da minha vida, de forma direta ou indireta e contribuíram ao longo dessa trajetória da minha vida para que eu pudesse alcançar meus objetivos almejados. A todos o meu muito obrigado.

Nós vos pedimos com insistência
Nunca digam – isso é natural
Diante dos acontecimentos de cada dia
Numa época em que reina a confusão
Em que corre o sangue
Em que se ordena a desordem
Em que o arbítrio tem a força da lei
Em que a humanidade se desumaniza
Nunca digam, nunca – isso é natural

(Bertolt Brecht)

RESUMO

O presente estudo constitui-se no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Serviço Social, construído a partir da nossa experiência de estágio, realizado na Estratégia Saúde da Família (ESF) no bairro Monte Castelo, em Campina Grande-PB. Elegemos como plano de investigação a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) a partir da percepção de profissionais de saúde da família e os usuários homens - os quais constituíram-se os sujeitos da pesquisa-, na unidade de saúde referida. A pesquisa foi realizada no período de setembro a dezembro de 2010, tendo como objetivos norteadores: traçar o perfil sócio-econômico dos sujeitos que fizeram parte do processo investigativo; percepção dos usuários homens e profissionais de saúde acerca do conceito de homem, pois isto contribuiu para a reflexão acerca do cuidado com a saúde e suas possíveis consequências; compreender as atitudes e o cuidado com a saúde do homem à luz das discussões de gênero; discutir como a Política de Saúde do Homem vem sendo implementada na Estratégia de Saúde da Família; identificar as dificuldades e os desafios para o acesso e a adesão dos homens aos serviços de saúde. A abordagem metodológica utilizada nesse estudo compreendeu a observação sistemática das atividades realizadas no campo de estágio, levantamento documental, entrevista semi- estruturada (gravada) e o registro em diário de campo. A pesquisa configurou-se como sendo do tipo descritivo- analítica, tendo como base o enfoque quanti-qualitativo e, para análise dos dados coletados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Quanto ao método de análise, este partiu de uma perspectiva crítico dialética, objetivando compreender o objeto de estudo de uma forma mais ampla. Esta pesquisa foi realizada em um território de saúde predominantemente constituído por populações de classe baixa. Os resultados da pesquisa apontaram para um parco conhecimento da Política de Saúde do Homem, sobretudo por parte dos usuários homens, concomitantemente a uma ínfima efetivação dos princípios, diretrizes e ações previstas pela referida política, o que implica em parca resolutividade e desvinculamento da mesma com as necessidades da população masculina. Os dados analisados evidenciaram diversas barreiras de acesso dessa população aos serviços de saúde na rede de Atenção Básica, desde aspectos institucionais como culturais, revelando como as representações e atitudes em relação ao cuidado com a saúde e à procura por serviços de saúde estão perpassadas por atribuições de gênero. Tais atribuições, ao alocarem os homens num padrão hegemônico de ser forte e invulnerabilidade levam esses a um parco cuidado com sua própria saúde, como com os demais que estão a sua volta, pois se este apresenta algum interesse por cuidado é visto como sinal de fraqueza. Mas a pesquisa também aponta que essas atribuições podem ser contestadas ou mesmo modificadas. Contudo, verificamos que apesar do avanço da estruturação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, ainda falta muito para que a mesma seja efetivada de fato.

Palavras-Chave: Saúde da Família. Saúde e Gênero. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

ABSTRACT

The present Social Service Course Conclusion Work (TCC in Portuguese), was made from a research accomplished in the Family Health Strategy (ESF in Portuguese) in the neighborhood of Monte Castelo section, in Campina Grande. We have chosen as a general objective to analyze the implementation of the Man's Health Politics in the Family Strategy Health, from the perception of the professionals and users served in the family health unit. The specific objectives that guided the research were: to trace the social-economical profile of the citizens that took part in investigative process; to understand the attitudes and the care with the man's health under the sight of gender discussions, also tracing the opinion of the male users and the professionals of health, concerning the concept of MAN; to argue how the Man's Health Politics is being implemented in the Family Health Strategy; and to identify the difficulties and the challenges for the access and engagement of men to the health services. The research was accomplished in the period from September to December, 2010. It was about a study of case, ruled in a quantity-qualitative approach, having as an analysis method the critical dialectic perspective, aiming to understand the object of study in a wider form. In the research data collection the techniques of half-structuralized(recorded) interviews had been used, the systematic comment of the activities carried through in the period of training field, related with our object of study, bibliographical survey concerning the studied thematic and the register in a field diary. For the treatment of the collected data, the content analysis technique was used. The research elected as study subjects eleven professionals from the family health team, and ten masculine sex users in the related unit. The results of the research point to a very low knowledge of the Man's Health Politics, even though from the masculine sex users, as well as a shy accomplishment of the principles, directives and actions previewed in the related politics. The analyzed data had evidenced several blockades to the access of this population to the health services in the Basic Attention, that range from institutional to cultural aspects, revealing how the representations and attitudes related to the healthcare and the search for related services are surpassed by gender attributions. The research indicates that, although these attributes are being questioned, the hegemonic model of masculinity still predominates. In this direction, we verify that although the implementation of the National Politics of Integral Attention to the Health of Man represents an advance, there's still a lot of time for it to be effectively accomplished.

Keywords: Family Health. Health and Gender. National Policy for Integral Attention to Men's Health (PNAISH)

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GAF	Grupo de Apoio Familiar
GLBT TT	Gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros e simpatizantes.
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAM's	Postos de Assistência Médica
PET	Saúde da Família - Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PSA	Antígeno Prostático Específico
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: TRAJETÓRIA HISTÓRICA	15
2.1	Política de saúde: uma história de caminhos e descaminhos	15
2.2	Estratégia Saúde da Família (ESF): redefinindo a atenção à saúde	22
2.3	Uma política de saúde para o homem	26
3	SAÚDE DOS HOMENS: UMA ÁREA PRIVILEGIADA PARA A ABORDAGEM DE GÊNERO	33
3.1	Gênero e masculinidade	33
3.2	Relações de gênero: estereótipos de masculinidades e feminilidades	37
3.3	Cuidado: este conceito faz parte da vida dos homens?	41
4	A POLÍTICA DE SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): UMA ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E DOS USUÁRIOS DA UBSF DE MONTE CASTELO	47
4.1	Situando a experiência de estágio	47
4.2	Metodologia da pesquisa	49
4.3	Perfis dos sujeitos entrevistados durante a pesquisa	51
4.4	A política de saúde do homem na ESF: análise dos resultados da pesquisa ..	52
4.4.1	Percepção dos profissionais e dos usuários acerca do conceito de homem	53
4.4.2	O conhecimento dos sujeitos da pesquisa acerca da política de saúde do homem e da sua implementação	57
4.4.3	Contribuições da política de saúde do homem	63
4.4.4	O cuidado dos homens com a saúde	65
4.4.5	Dificuldades e desafios ao acesso dos homens aos serviços de saúde	70
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICES	87
	ANEXOS	94

1 INTRODUÇÃO

O trabalho ora apresentado analisa como a Política de Saúde do Homem vem sendo implementada na Estratégia Saúde da Família (ESF), particularmente na unidade básica de saúde da Família de Monte Castelo em Campina Grande-PB, a partir da percepção dos usuários e profissionais da equipe da referida UBSF a este respeito.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi criada recentemente no Brasil, pela portaria nº1.944/2009, tendo como objetivo estimular maior participação dos homens nos serviços de saúde, aumentar a expectativa de vida dos mesmos, como também reduzir o índice de morbimortalidade. Apesar de compreendermos que vivemos numa sociedade ainda permeada pelos valores patriarcais, onde “aparentemente” os homens são privilegiados e beneficiados por seus feitos, por outro lado, este sujeito foi marginalizado das políticas de saúde e educado a perceber que cuidar da saúde não faz parte de sua responsabilidade, pois representaria sinal de fraqueza.

É perceptível que homens e mulheres se inserem na sociedade de acordo com referenciais de gênero que são ensinados e apreendidos ao longo da vida, os quais determinam funções e comportamentos socialmente legitimados. Nesse sentido, o enfoque teórico de gênero na análise dessas relações construídas historicamente, culturalmente e socialmente é de fundamental importância para entender como se dá, entre outros fatores, o processo cuidado – saúde – doença entre a população masculina.

Vários estudos constataam que os homens, em geral, padecem mais de doenças crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais cedo do que elas. Entretanto, apesar de as taxas assumirem um peso significativo nos índices de morbimortalidade, observamos que a presença dos homens nos serviços de atenção básica é muito menor se comparado com as mulheres.

Nessa perspectiva, é de suma importância analisar a saúde do homem sob a categoria gênero, entendida como atributos que são construídos estabelecendo socialmente e culturalmente diferenças entre os sexos que vão para além do biológico. Dessa forma, ser homem ou ser mulher implica a incorporação de determinados atributos de maneira a representar-se, construir seu perfil e personalidade, “valorizar-se” e atuar numa sociedade de uma determinada forma que agrade à sociedade e suas imposições (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Com base nesse entendimento, a partir da nossa experiência de estágio na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do bairro Monte Castelo, identificamos a presença de poucos homens na unidade de saúde, o que motivou a realização de uma pesquisa tendo como principais objetivos: analisar a implementação da Política de Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família a partir da percepção dos profissionais e dos usuários atendidos na unidade de saúde da família de Monte Castelo; traçar o perfil sócio-econômico dos sujeitos pesquisados; compreender as atitudes e o cuidado com a saúde do homem, à luz das discussões de gênero; discutir como a Política de Saúde do Homem vem sendo implementada na Estratégia de Saúde da Família; identificar as dificuldades e os desafios postos para o acesso e a adesão aos serviços de saúde pelos homens.

Constituíram-se sujeitos dessa pesquisa profissionais da Equipe da Unidade Básica de Saúde da Família e homens atendidos pela unidade de saúde da família do bairro Monte Castelo. Considerando esse universo, definimos como critério para escolha da amostra: quanto aos profissionais, optamos pela inclusão de uma equipe de ESF, composta por: uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma odontóloga, um auxiliar de consultório dentário, cinco agentes comunitários e uma assistente social. No que diz respeito aos homens, utilizamos como critério de inclusão uma amostra intencional de dez usuários, dentre aqueles que tivessem maior frequência nas atividades desenvolvidas pela UBSF. Dessa forma, a pesquisa, contou com a participação de 21 sujeitos, em seu total.

Como instrumentos e técnicas de coleta de dados, recorreremos à: observações sistemáticas das reuniões e atividades; registro no diário de campo; realização de entrevistas semi-estruturadas com profissionais e com usuários, os quais serão identificados neste trabalho com a denominação profissional ou usuário; e levantamento documental e bibliográfico acerca da trajetória histórica da política de saúde no Brasil até a implantação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem.

O tratamento e análise dos dados obtidos através das entrevistas e documentos pesquisados, bem como dos relatos contidos no diário de campo, foram realizados a partir da técnica de análise de conteúdo. Dentro do método de análise do conteúdo das entrevistas foi utilizada especificamente a análise temática, no qual procedemos a agregação dos dados segundo as temáticas identificadas a partir dos dados coletados.

A apresentação dos resultados deste estudo foi distribuída em três capítulos distintos: no primeiro capítulo abordamos a Política de Saúde no Brasil, que historicamente tem apresentado um caráter excludente, desvinculada das necessidades da população. Discutimos o direcionamento dado a essa política a partir da Constituição Federal de 1988, enfatizando a

instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e a criação da ESF, destacando algumas contradições da implantação desta no Brasil, como também os desafios para que se constituir em porta de entrada dos homens para os serviços de saúde. Além disto, delineamos a construção da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem”.

No segundo capítulo, abordamos a saúde do homem como uma área privilegiada para a abordagem de gênero, discutindo nesse âmbito as relações de gênero travadas na sociedade, a construção da masculinidade e os estudos nessa área. Tratamos também dos estereótipos de homem e mulher construídos historicamente, socialmente e culturalmente, mostrando seus rebatimentos no processo de adoecimento e mortalidade da população masculina. Nesse sentido, buscamos refletir de que forma o cuidado está inserido na vida dos homens.

No terceiro capítulo, inicialmente situamos a nossa experiência no campo de estágio, a aproximação com o objeto de estudo e o delineamento da metodologia da pesquisa. Em seguida analisamos os resultados do nosso estudo, com destaque para os seguintes aspectos: perfil dos sujeitos entrevistados; o conhecimento dos sujeitos acerca da política de saúde do homem, da sua implementação e contribuições; como os usuários e profissionais definem o conceito de homem; como o cuidado é visto e vivenciado pelos homens; a procura dos homens pelos serviços de saúde; bem como fatores que se configuram como obstáculos ao acesso dos homens a esses estabelecimentos. Consideramos tais fatores significativos para analisar como a política de saúde do homem vem sendo efetivada na atenção básica de saúde, prioridade da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem.

Nas considerações finais, destacamos alguns resultados obtidos em nossa pesquisa, bem como sinalizamos as possibilidades de contribuição da mesma e expectativas em relação aos seus desdobramentos futuros.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: TRAJETÓRIA HISTÓRICA

2.1 Política de saúde: uma história de caminhos e descaminhos

Historicamente, as políticas sociais no Brasil têm se configurado pela exclusão e jogos de interesses econômicos e políticos, sendo, pois, instituídas para manter e ampliar o modelo capitalista de produção em suas diversas fases e facetas, contribuindo para a perpetuação das desigualdades e disparidades sociais.

Esta relação de poder desigual faz parte do jogo de estratégias governamentais e do sistema capitalista para garantir a manutenção do *status quo*. E em contrapartida, permitir uma ínfima efetivação dos direitos e acesso à cidadania da população, de forma discriminada e insuficiente. O objetivo maior, não é o acesso das pessoas aos bens e serviços, mas dar enfrentamento as expressões da questão social, de modo a afastar toda e qualquer forma de descontentamento que possa afetar o modelo econômico vigente (SILVA, 2005).

É, portanto, dentro desses padrões que a política de saúde no Brasil vai ganhando forma. Cabe destacar, que por muito tempo a sociedade ficou a mercê de uma legislação que desse suporte, tanto para a efetivação de uma política mais estruturada e condizente com a realidade da população, como de um aparato legal que respaldasse as reivindicações por qualidade dos serviços.

De acordo com Bravo (2001a), a Política de Saúde no Brasil pode ser apreendida em três fases: *assistencialista*, período anterior a 1930, na qual a questão social ainda não era reconhecida pelo Estado, relegada, portanto, às ações filantrópicas; *previdencialista*, após 1930, período em que o Estado já passa a reconhecer a questão social, entretanto, nesse momento a política de saúde era restrita, pois contemplava apenas os trabalhadores com cidadania regulada¹, ou seja, aqueles que trabalhavam formalmente no mercado de trabalho; e *universalista* resultado do processo de redemocratização do país e legitimado com a Constituição Federal de 1988, sofrendo impasses e regressões na década de 1990.

No Brasil, no século XVIII a assistência médica pautou-se no atendimento filantrópico e nas práticas liberais; No século XIX, são adotadas algumas medidas no campo da saúde

¹Cidadania regulada: “conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não num código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, onde este sistema é definido por norma legal” (SANTOS, 2010, p. 1).

pública, voltadas para a vigilância do exercício profissional e a realização de restritas campanhas, uma vez que, nos últimos anos desse mesmo século, o movimento operário começa a reivindicar a questão saúde; e só apenas no século XX é que o Estado começa a intervir efetivamente nas problemáticas de saúde, especialmente a partir da década de 1930 (BRAVO, 2001a).

Dentro desse contexto, antecedente à ação estatal nesta área, em 1923 a Lei Elói Chaves criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que representou a gênese das políticas de saúde previdenciária. Estas eram financiadas pela União, empresas empregadoras e empregados. Dentre os benefícios oferecidos podemos citar o atendimento médico-curativo, medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez. Porém, os serviços das CAPs eram restritos, pois não se estendiam a todos os trabalhadores² e só grandes empresas tinham condições de financiá-los (BRAVO, 2001a).

A partir de 1930, a questão saúde vai se reconfigurando, reflexo, de acontecimentos como: o processo de industrialização; das mudanças gestadas na relação entre sociedade e Estado, no qual, este último tem seu papel redefinido; como também, através de lutas e reivindicações dos setores populares que levaram ao surgimento das políticas sociais, como respostas às necessidades da classe trabalhadora, embora essas também visassem garantir legitimidade política e manutenção da ordem vigente, exercendo um controle sobre o movimento social e os descontentamentos da população.

Ainda nessa década, temos a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), cujo objetivo foi estender os benefícios para um maior número de categorias, deixando a margem aqueles que não estavam inseridos no mercado de trabalho ou não pagavam a previdência, sendo reservado a esses o custeio da saúde com seus próprios recursos ou conseguir atendimentos em estabelecimentos filantrópicos. Segundo Bravo (2001a), esse modelo previdenciário teve orientação contencionista como forma de antecipar as demandas das categorias assalariadas, evitando que tal cobertura pudesse ser estendida para outros sujeitos, e assim pudesse poupar gastos.

Nesse período, a Política de Saúde era organizada sob dois eixos: a saúde pública, predominante até meados de 1960, e tinha como objetivo central criar as condições sanitárias

²Os trabalhadores contemplados pelos benefícios das CAPSs eram aqueles considerados com cidadania regulada, isto é, os sujeitos que trabalhavam no mercado de trabalho formal em setores estratégicos ligados ao modelo agro-exportador. “Os trabalhadores vinculados ao setor urbano do complexo exportador foram os mais combativos politicamente e que primeiro lutaram pela organização das Caixas em suas empresas; os ferroviários, em 1923; os estivadores [aqueles que se empregam profissionalmente em estiva e desestiva – movimentação de carga a bordo dos navios nos portos – de embarcação mercante] e os marítimos, em 1926. Os demais só o conseguiram após 1930” (BRAVO, 2009, p. 90).

mínimas para as populações urbanas e de forma restrita para as do campo, com ênfase nas campanhas sanitárias; e a medicina previdenciária, que só ganha maior evidência a partir de 1966, possuía um caráter contributivo, especializado e de cunho curativista (BRAVO, 2001a).

A década de 1960, período marcado pela ideologia desenvolvimentista, foi um momento privilegiado para o setor da saúde privada, já que o capital monopolista estava fortemente estruturado, tendo interesse na lucratividade do setor saúde. Dessa forma, é perceptível que a assistência médica estava inclinada a atender os anseios da classe dominante, reforçando uma política de saúde excludente e, por outro lado, legitimando a política econômica vigente.

Na ditadura militar, sobretudo no período que corresponde à primeira fase de tal regime, o Estado, passa a tratar a questão social através do uso da repressão e assistência, como forma de exercer maior controle e poder sobre a sociedade, reprimindo e atenuando, dessa forma, as tensões sociais que pudessem abalar o sistema que vigorava. Em contrapartida, os problemas existentes foram ainda mais aprofundados e ganharam uma dimensão ampliada.

Nesse sentido, a medicina previdenciária vai ganhando força, sobretudo com a unificação da Previdência Social em 1966 com a junção dos IAPs, criando-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que contribuiu significativamente para o aumento da intervenção do Estado na sociedade, além de negar a participação política na gestão da previdência por parte dos trabalhadores, deixando a cargo desses, a mera função de financiadores.

O governo optou pelo caminho mais perverso ao priorizar os interesses particulares em relação ao público, alijando a população de qualquer participação nos seus destinos e criando um sistema de saúde de má qualidade, arraigado nas suas distorções e, por envolver muitos interesses escuros, restritos à mudanças (RODRIGUEZ NETO, 1994, p. 9).

A partir da década de 1970, temos o início da abertura política no Brasil, com eleições em algumas regiões e a incidência mais visível de movimentos sociais que passaram a se organizar e reivindicar direitos, possibilitando mudanças na conjuntura brasileira.

Mas é, sobretudo, nos anos 1980 que entra em cena a participação de novos protagonistas no cenário social e político, na luta pela redemocratização do país. Esses novos sujeitos criticavam a conjuntura política e propunham na área da saúde, uma nova assistência, a partir de bases democráticas e universais, com destaque para a construção do Projeto de Reforma Sanitária, com ênfase na estruturação de um Sistema Único de Saúde (SUS). Bravo

(2001a) destaca que fizeram parte desse processo, dentre os segmentos organizados, os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), os partidos políticos de esquerda e movimentos sociais urbanos.

As principais propostas defendidas pelo Movimento da Reforma Sanitária foram: a universalização do acesso à saúde; a compreensão da saúde como direito de todos e dever do Estado; a implantação de um Sistema Unificado de Saúde; a descentralização, privilegiando o planejamento e administração das esferas locais, obedecendo cada nível de governo; o financiamento efetivo e a participação e controle do poder local por meio dos Conselhos de Saúde.

É importante destacar que as propostas apresentadas pelo Movimento de Reforma Sanitária para a saúde tiveram como importante palco de debate a VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em março de 1986 em Brasília. Esta contou com a participação de cerca de quatro mil pessoas, dentre esses: usuários dos serviços de saúde, sindicatos, partidos políticos, etc. A conferência teve como temas centrais: a saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; reformulação do Sistema Nacional de Saúde; financiamento setorial, expondo a necessidade de estruturar tanto o Sistema Único de Saúde, bem como fazer a Reforma Sanitária (BRAVO, 2001a).

Nessa perspectiva, a saúde assume uma dimensão política mais ampla, articulada diretamente com a democracia, embasado na participação popular, no planejamento, formulação, controle e deliberação das políticas como subsídio para uma saúde mais estruturada, transparente e condizente com a realidade dos sujeitos sociais.

Após um longo processo de pressão social, a Constituição Federal de 1988 foi promulgada, configurando alguns avanços na área da saúde, à medida que incorporou parte das propostas do Movimento Sanitário. A partir, da nova legislação, a saúde passa a ser concebida como um direito e não mais como um favor, tendo como base a promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde, embora seja possível identificar alguns dilemas e retrocessos quanto a sua implementação de fato, diante da conjuntura social, política e econômica de crise vivenciada nesta década e da propagação das idéias neoliberais, que ganhavam força no Brasil nos anos de 1990.

Vale salientar que as discussões e propostas da VIII Conferência de Saúde tiveram impactos significativos nas negociações estabelecidas no processo constituinte, contribuindo para a afirmação do texto constitucional e das principais pautas dela decorrentes, a exemplo do reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, da concepção ampliada

de saúde e a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, a saúde passa a fazer parte do texto constitucional de 1988, inscrita no capítulo da seguridade social no título VIII, seção II, artigos 196 a 200 e seus respectivos incisos, que explicita um novo modelo de saúde (Sistema Único de Saúde - SUS), com direitos ampliados que devem partir de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção, e recuperação (BRASIL, 2008a, p. 55).

Nessa perspectiva, podemos destacar os princípios e diretrizes que orientam o SUS: a universalidade, equidade, integralidade, descentralização; hierarquização; regionalização e participação popular.

No que diz respeito à universalidade, esta indica que todos os indivíduos possuem direitos aos serviços públicos de saúde, livre de qualquer exigência, contribuição prévia ou quais quer restrições. Com base no princípio da equidade, as ações devem ser orientadas pelo respeito aos direitos igualmente atribuídos à população, mas compromete-se também a considerar as diferenças e desigualdades historicamente instituídas que produzem necessidades diferenciadas da saúde e conseqüentemente requer uma política apropriada e condizente com a realidade dos sujeitos, isto é, possibilitar intervenções que levem em consideração as peculiaridades, diversidades e necessidades das pessoas, objetivando reduzir assim as desigualdades (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Quanto à integralidade das ações, isto requer que os serviços sejam ofertados de modo que possibilite a promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde, de forma a garantir o acesso e a assistência de qualidade nos diversos níveis de atenção, percebendo as problemáticas em sua totalidade, e viabilizando uma atuação de forma interdisciplinar.

No tocante a descentralização, este é um princípio que prevê que a administração da Política Pública de Saúde se efetive obedecendo cada nível de governo (federal, estadual e municipal), onde as ações serão desenvolvidas em consonância com as diferentes esferas governamentais e ao mesmo tempo, de forma articulada. É por meio da Regionalização e hierarquização, que se objetiva proporcionar a população de uma área ou região delimitada, o acesso a serviços disponíveis na rede de saúde, compartilhando responsabilidades pela atenção à saúde da população entre gestores estaduais e municipais através de uma rede de

serviços organizada em níveis de complexidade, para garantir que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimentos que se fizerem necessários.

O princípio da participação popular visa uma gestão participativa, onde a sociedade civil possa organizar, planejar e fiscalizar a política de saúde de acordo com suas prioridades e necessidades. Tal direito seria operacionalizado através de órgãos legalmente reconhecidos, a exemplo dos conselhos e conferências nas três esferas de governo.

O SUS, de acordo com a Constituição Federal é financiado com recursos provenientes da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além das contribuições sociais das empresas empregadoras, referentes aos valores cobrados sobre as folhas de salários, o faturamento e o lucro dos trabalhadores e sobre a receita de concurso de prognósticos, de acordo com a Constituição Federal de 1988, art.198, §1º. Quanto ao setor privado, este terá caráter complementar ao SUS, por meio de contrato de direito ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas sem fins lucrativos, estando estas submetidas aos princípios e diretrizes anteriormente mencionados (SOUZA; ARAÚJO, 2001).

Nesse sentido, o direito à saúde, instituído na Constituição Federal de 1988, foi regulamentado pelas leis: 8.080/90 que dispõe sobre a organização e funcionamento dos serviços, mas que ainda é permeada por lacunas resultantes dos vetos feitos pelo presidente da República Fernando Collor de Mello, sobretudo aos artigos que tratavam do financiamento e participação popular, que foram revistos e atenuados com a Lei 8.142/90 que trata das transferências intergovernamentais e do financiamento do campo da saúde que, conjuntamente com a supracitada, irá compor a Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Dessa forma, buscando assegurar a integralidade das ações, os serviços de saúde do SUS passaram a ser estruturados em três níveis de assistência à saúde: nível de atenção básica (primária); nível secundário; e nível terciário.

No que diz respeito ao nível básico ou primário, este caracteriza-se por desenvolver ações de saúde de forma individual ou coletiva, tendo como base a prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde. Seus serviços são prestados através de um trabalho articulado às práticas gerenciais e sanitárias participativas, sob a forma de um trabalho interdisciplinar. Baseia-se numa relação de maior proximidade com os usuários, tendo como princípios fundamentais a continuidade, a participação popular e a humanização, com ênfase para a Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada como reorientadora do modelo de atenção à saúde no país (BRASIL, 2010a).

O nível secundário, diz respeito à assistência ambulatorial e especializada, fazendo parte dessa atenção os serviços de maior densidade tecnológica. Realizam assistência clínica

especializadas, exames de diagnósticos em patologia clínica e radiologia, realização de procedimentos terapêuticos especializados, entre outras atividades. Quanto ao nível terciário, Souza (2001) destaca que fazem parte desse nível os serviços e procedimentos especializados que envolvem alta tecnologia e alto custo.

Nos anos de 1990, reflexo, sobretudo do avanço da ideologia neoliberal, contemplamos o redirecionamento do papel do Estado. No centro dessa política destacou-se a redução do Estado na esfera social, expressa numa deterioração das políticas sociais públicas. Nesse momento, verificamos que o projeto neoliberal propõe uma esfera pública não-estatal, em que o mercado é quem dita e controla as regras (BRAVO, 2001b).

Essa política neoliberal fere e mutila os direitos sociais e políticos conquistados pelos trabalhadores. Por conseguinte, verificamos o sucateamento da saúde, educação e previdência, minando assim os espaços de representação da sociedade civil, comprometendo os avanços e a concretização dos anseios da sociedade legalmente instituídos.

Em 2002, a eleição de Luís Inácio Lula da Silva representou um marco político na história do Brasil, pois pela primeira vez se elegia um presidente que fazia parte da classe operária. Entretanto, com o passar do tempo, verificamos que as propostas defendidas pelo seu governo dão continuidade a contra-reforma do Estado que teve início na gestão de Fernando Henrique Cardoso, ferindo, dessa forma, direitos sociais conquistados. Embora, não possamos negar avanços conquistados pelo referido governo (SILVA, 2009a).

Bravo (2009) destaca que havia uma expectativa que o governo Lula fortalecesse o Projeto da Reforma Sanitária, no entanto, as políticas permaneceram sob custódia do mercado e continuaram fragmentadas. Nesse sentido, a concepção de seguridade social afirmada na Constituição de 1988 não foi atendida e as políticas de saúde, assistência e previdência social continuaram a ser conduzidas de forma isoladas e segmentadas.

Além disso, a autora supracitada sinaliza que apesar do governo Lula ter manifestado vontade política de incorporar como prioridade de ações, a agenda da reforma sanitária na esfera da saúde, conservou a tensão entre o projeto de saúde articulado à reforma sanitária e ao ligado ao mercado, enfatizando a focalização e o desfinanciamento no âmbito da saúde.

É nesse cenário que as conquistas no âmbito da saúde, especialmente no que tange à universalização, vão perdendo espaço para a privatização e focalização das ações nesta área. Além da tendência a refilantropização, impelindo a sociedade a contribuir ou mesmo assumir as responsabilidades dos custos com a saúde. A exemplo disso temos as Organizações Não Governamentais (ONGs), e a utilização de cuidadores para realizar as atividades necessárias, como forma de poupar gastos. Observamos, portanto, nessa conjuntura, que os preceitos

constitucionais não estavam sendo efetivados e o governo federal relegava a regulamentação e fiscalização das ações em saúde.

Dessa forma, alguns autores (BRAVO, 2001b; CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007; MATTA; FAUSTO, 2007; TEIXEIRA, 2001) consideram que o sistema de saúde pública e mais especificamente a Estratégia Saúde da Família (ESF), por ser um modelo específico de organização da atenção incentivado para as diferentes realidades do país, tem provocado críticas quanto à sua estruturação e efetivação, pois esta tem se configurado como um pacote mínimo, que tende a atender basicamente situações emergenciais e de cunho curativo.

2.2 Estratégia Saúde da Família (ESF): redefinindo a atenção à saúde

A partir da década de 1990, houve um avanço da municipalização, que caminhou *pari passu* a adoção de um conjunto de medidas, pelo nível federal, para o fortalecimento da atenção básica em saúde e de estímulo à responsabilização dos municípios para com essas ações em sua extensão territorial. Nesse contexto, o Programa Saúde da Família (PSF) tornou-se uma estratégia fundamental e prioritária para a estruturação de sistemas municipais de saúde, com o objetivo de reorientar o modelo de atenção, bem como produzir uma nova dinâmica nos serviços e ações na área da saúde, especialmente na atenção básica (BRASIL, 1998 apud MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2006).

Nessa perspectiva, cabe explicitar que as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde com o objetivo de promover uma reorganização na atenção à saúde com destaque para a atenção básica, se expressam através da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. Ambos surgem com o intuito de instigar os municípios a adotarem propostas de organização da saúde no âmbito da esfera local, introduzindo a noção de cobertura integral à família (MATTA; FAUSTO, 2007).

É importante salientar que, de acordo com Dal Proz e Viana (1998 apud MATTA; FAUSTO, 2007) a estruturação do PACS estava relacionada à proposição do governo federal de dar enfrentamento ao alto índice de morbi-mortalidade infantil e de algumas epidemias na região nordeste do país. Quanto ao PSF, esse foi considerado uma derivação e ampliação do

PACS, que priorizou sua implementação em áreas de maior vulnerabilidade social. A partir de 1995, ocorre a fusão dos dois programas, em torno do PSF.

Num primeiro momento, o Ministério da Saúde reconheceu a saúde da família como um programa, contudo, a partir de 1996, este órgão começa a romper com o conceito de programa que acabava remetendo-o a condição verticalizada e efêmera. Desse modo, em 2006, através da Portaria do Ministério da Saúde GM nº 648/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, passa a utilizar a denominação de Estratégia Saúde da Família por concebê-la como a estratégia eleita para proporcionar a reorientação do sistema de atenção à saúde (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui um dos pilares de saúde pública do Brasil, objetivando dar uma nova dinâmica ao SUS, tendo como foco a atenção básica, articulado com os demais níveis de atenção. A estratégia requer um trabalho embasado numa equipe multidisciplinar, enfatizando à atenção a família, tendo como eixos de ação, além da prática curativa, a prevenção e promoção da saúde.

[o objetivo do PSF] é a organização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde doença e da necessidade de intervenção que vão além das práticas curativas (BRASIL, 1998 apud CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007, p. 86)

Vários autores (BRAVO, 2009; MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2006; TEIXEIRA, 2001; SOUZA; MOREIRA, 2007) têm avaliado a implementação da ESF e comungam da idéia que esta tem trazido, ao mesmo tempo, avanços e contradições para a saúde pública no Brasil. No tocante aos resultados positivos, alguns autores destacam pontos relevantes como: a satisfação dos usuários, mudanças nas práticas profissionais, atendimento mais humanizado; um vínculo maior com a população atendida; um trabalho interdisciplinar; visão ampliada da saúde, tendo como alvo de intervenção a família e os fatores que a cercam, entre outras conquistas.

Por outro lado, a ESF tem sido alvo de críticas quanto as suas reais contribuições e efetividade, pois esta tem se configurado como um pacote mínimo para a população, servindo mais como uma estratégia de contenção de gastos, possibilitando a diminuição do fluxo do atendimento nos níveis de média e alta complexidade, abrindo espaço para a privatização desses setores já que ficam secundarizados, dificultando a integralidade das ações. Podemos

ainda apontar como crítica, o grande número de famílias sob responsabilidade de cada equipe (sobrecarga profissional), comprometendo a atenção e levando a atendimentos pontuais e seletivos; além da nítida defasagem na formação acadêmica dos profissionais de saúde, ainda fortemente atrelada ao modelo biomédico, etc. (MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2006; SOUZA; MOREIRA, 2007).

Além disso, o cotidiano dos serviços de saúde revela que, embora o SUS e a ESF apresentem como prioridade um conceito ampliado de saúde o modelo biomédico ainda tem predominado nas práticas de saúde. A atuação de grande parte dos(das) profissionais ainda está centrada(o) na especialidade profissional, e não tendo por base as especificidades e peculiaridades de uma determinada demanda, das singularidades territoriais e populacionais, de forma a melhor identificar as reais necessidades da população (WIESE, 2003 apud SILVA, 2009b).

Nessa perspectiva, observamos que a ESF, como instrumento de reorientação do sistema de saúde, apesar dos avanços constatados nos indicadores de saúde desde sua implementação³, seus atendimentos ainda continuam focalizados e restritos. Desta forma, têm direcionado e centralizado suas ações junto às populações consideradas mais vulneráveis, em detrimento de outras. Esse processo representa uma pulverização do princípio da universalidade do direito à saúde, um dos pilares centrais do Sistema Único de Saúde (Idem).

Segundo Figueiredo (2005), é bastante disseminada a idéia de que nas unidades básicas de saúde (UBS), os serviços são destinados quase que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos, o que demarca o privilegiamento de alguns segmentos e algumas patologias de grupos específicos, deixando o homem a mercê desse processo de cuidado com a saúde. São dadas prioridades a temáticas como: ginecologia, planejamento familiar, métodos anticoncepcionais que historicamente são associados ao universo feminino e acaba não incluindo os sujeitos masculinos nas ações que envolvem essas temáticas.

Nesse sentido, o autor supracitado sinaliza que a baixa procura masculina aos serviços de atenção básica à saúde, por um lado, estaria associada ao seu próprio processo de socialização. Assim, a identidade masculina estaria associada à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde. Por outro lado, diversas correntes reconhecem as UBS como sendo a causa da dificuldade do acesso dos homens ao serviço.

³Quanto aos resultados positivos nos indicadores de saúde, destacam-se: “a redução da Taxa de Mortalidade Infantil; a ampliação da cobertura vacinal; a queda na taxa de internações, a exemplo daquelas por acidente vascular cerebral na população com idade igual e acima de 40 anos; a diminuição da taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva na mesma faixa etária, expressando os resultados positivos adotados no controle da hipertensão arterial” (BRASIL, 2005 apud SILVA, 2009b, p. 6).

Neste caso, os homens sentiriam mais dificuldades para serem atendidos, seja pelo tempo perdido na espera da assistência, seja por considerarem tais unidades de saúde como um espaço feminilizado, freqüentados principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres. Tal situação provocaria nos homens a sensação de não-pertencimento àquele espaço.

Figueiredo (2005) ainda argumenta, que apesar de escassos estudos sobre estas questões, pesquisas revelam que os homens não procuram as UBS porque estas não disponibilizam programas ou atividades direcionadas especificamente para esse segmento social. Ao que parece, existe uma dificuldade de interação entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas de saúde das unidades de atenção básica.

Segundo Carrara, Russo e Faro (2009), desde a segunda metade do século XIX a saúde tornou-se questão de Estado e algumas intervenções passam a fazer parte do cenário social na perspectiva de saná-la. Nesse processo, alguns sujeitos mereceram atenção especial, tais como os criminosos, loucos e homossexuais, pois estes eram vistos como perigo social; outro segmento social que merece destaque são as mulheres, já que a estas eram incumbidas a responsabilidade da reprodução de uma geração forte e sadia; ainda podem ser citados as crianças e velhos por serem considerados mais vulneráveis a adquirir enfermidades. Entretanto, outras categorias ficaram excluídas de tal atenção, a exemplo dos homens.

No final do século XX, a medicina havia construído uma especialidade médica para cuidar do corpo feminino, a ginecologia. Em contrapartida, a andrologia, correspondente ao cuidado com o corpo masculino, só surge mais tarde e ainda assim encontra dificuldade para ser institucionalizada e quebrar tabus existentes na sociedade (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009). Dessa forma, a atenção com a saúde da mulher se deu de forma mais antecipada do que com a saúde do homem, apesar de que no seu início, estava atrelada à concepção de fragilidade e de vulnerabilidade.

Já nos anos de 1930, medidas específicas de saúde da mulher passa a fazer parte do cenário social no Brasil, com a preocupação voltada para a maternidade/ reprodução. Posteriormente, em 1983, criou-se o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que através da articulação do movimento feminista, juntamente com o Ministério da Saúde, objetivavam impulsionar a consciência da mulher sobre o próprio corpo, como também delinear a importância de sua autonomia e dos direitos sexuais e reprodutivos (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Nas primeiras décadas do século XXI o panorama de “esquecimento” do homem no âmbito da saúde começa a sofrer modificações e ganha um novo ritmo, pois este começa a

fazer parte da pauta saúde. Tal mudança foi também potencializada pela crítica do movimento feminista e GLBTTTs⁴ ao machismo, o que tem possibilitado a desconstrução paulatinamente do padrão da masculinidade hegemônica (que considera os homens como representantes universais da espécie humana), como também do modelo de invulnerabilidade das masculinidades. É nesse contexto que surge a política de saúde do homem, sobre a qual nos deteremos a seguir.

2.3 Uma política de saúde para o homem

Por muito tempo, a população masculina vivenciou uma relativa invisibilidade epidemiológica como sujeito de atenção à saúde. No Brasil, nos últimos anos, a saúde do homem vem ganhando relevância no campo da saúde coletiva, mas só apenas em agosto de 2009, através da portaria nº 1.944, no governo de Lula, é que o Ministério da Saúde lançou oficialmente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

O Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, ao qual se subordina a Área Técnica de Saúde do Homem, apresentou a primeira versão do documento ‘Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)’. Tal documento foi apresentado como sendo resultado de parcerias entre gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional, de forma a explicitar que os agravos do sexo masculino devem ser tratados como problemas de saúde pública. O documento passou por uma consulta pública e foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em julho de 2009 (PNAISH, 2008 apud CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Dessa maneira, o Brasil se torna o primeiro país da América Latina, e o segundo das Américas, sendo o Canadá o primeiro, a lançar uma política de saúde voltada para atenção à saúde do homem.

A política de atenção à saúde do homem a ser implantada no Sistema Único de Saúde vai muito além da prevenção ao câncer de próstata e exige mudanças culturais que incluam até uma nova forma de encarar

⁴GLBTTTs- sigla que define: Gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros e simpatizantes. Identifica as orientações sexuais minoritárias e demais manifestações de identidades de gênero. Sigla usada pelos movimentos homossexuais na luta a favor da diversidade.

o exercício da paternidade. Os homens bebem mais, fumam mais e estão mais expostos aos riscos da inatividade física, consumo de gorduras e pesos que as mulheres. A taxa de mortalidade dos homens é quinze vezes maior entre os 20 e 29 anos - especialmente em decorrência da violência (ROCHA, 2008, p. 2).

A Política de Saúde do homem, ainda recente no Brasil, tem o objetivo de contribuir com o aumento da expectativa de vida, redução dos índices de doenças e mortes. Visa também facilitar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, até porque a saúde do homem deve ser encarada como uma questão de saúde pública, já que estatísticas comprovam que a cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Estes vivem em média sete anos menos que as mulheres, e são mais propícios a desenvolverem doenças de coração, câncer, diabetes, colesterol, entre outras (BRASIL, 2008b).

No intuito de reverter o quadro de morbimortalidade entre os homens, foi estruturado um Plano de Ação Nacional (2009-2011), elaborado conjuntamente pelos gestores, sociedades médicas, universidades e sociedade civil, que contempla, também, a realização de projetos-piloto em 27 municípios selecionados pelo Ministério da Saúde, abrangendo todos os estados e o Distrito Federal (BRASIL, 2008b).

A PNAISH tem como princípios a humanização e a qualidade da atenção integral, que demanda serviços pautados na promoção, no reconhecimento da ética e dos direitos dos homens, considerando as peculiaridades, sociais, econômicas, culturais e políticas (BRASIL, 2008b). Destarte, destaca que para o cumprimento desses princípios, devem ser considerados os seguintes pré-requisitos:

- a) Acesso da população masculina aos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção;
- b) Estruturar redes de serviços associado às diversas áreas do setor sanitário, setores governamentais e não-governamentais, setor privado e sociedade civil, de forma que todos sejam participantes da proteção e cuidado com a vida;
- c) Informações e orientações a população alvo, aos familiares e a comunidade sobre saúde;
- d) Captação precoce dos homens no cuidado da saúde;
- e) Capacitação dos profissionais de saúde
- f) Disponibilização de insumos, equipamentos e material educativos;
- g) Monitorar e avaliar os serviços desenvolvidos, assim como o desempenho dos profissionais na realização de suas atividades;

- h) Elaboração e análise de indicadores que possibilitem aos gestores verificar os impactos das ações e serviços de saúde, como forma também de redefinir estratégias caso for necessário.

Nessa perspectiva, a Política de Saúde do Homem ainda fomenta diretrizes que devem reger a elaboração de projetos, planos, programas e demais atividades. Dessa forma, a referida política elabora suas diretrizes tendo como base a integralidade, factibilidade (exequibilidade), coerência e viabilidade, das quais são destacadas (BRASIL, 2008b):

- a) Compreender a Saúde do Homem como um conjunto integrado de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, devendo-se priorizar a atenção básica, tendo como foco a ESF;
- b) Reforçar a responsabilidade dos três níveis de gestão (Federal, Estadual e municipal) e do controle social;
- c) As práticas de saúde devem ser orientadas pelos princípios da humanização e da qualidade;
- d) A execução da PNAISH deve estar articulada com as demais políticas, programas e projetos do Ministério da Saúde;
- e) Efetuar ações numa perspectiva intersetorial, especialmente no que tange o campo da educação, como forma de propiciar a construção de novas formas de ser, pensar e agir;
- f) Reorganizar as atividades de saúde através de uma proposta inclusiva;
- g) Integrar as atividades da sociedade civil organizada com a co-responsabilidade das ações governamentais;
- h) Inserir na Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS temas que correlacione com a saúde do homem;
- i) Aperfeiçoar os sistemas de informações que facilitem o processo de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas;
- j) Desenvolver estudos e pesquisas que contribuam para a concretização das ações da PNAISH de forma mais efetiva.

A política de saúde do homem ainda aborda importantes e essenciais eixos metodológicos, que possibilitam orientar a realização de ações estratégicas condizentes com a realidade dos homens: a mudança do foco programático de atenção à saúde, de forma a privilegiar um novo paradigma baseado na atenção, integral, valorizando a promoção da saúde e a qualidade de vida; a política abre espaço para articulação com outras ações

governamentais e da sociedade organizada, especialmente aqueles que atuam em locais coletivos de sociabilidades ocupadas por homens, tais como: empresas, sindicatos, quartéis; a mesma encontra-se alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica, com as estratégias de humanização em saúde, e em consonância com os princípios do SUS, privilegiando a ESF, evitando assim, a setorialização e segmentação de serviços (BRASIL, 2008b).

Dessa forma, de acordo com o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes” (BRASIL, 2008b), cabe aos municípios implementar, coordenar, acompanhar e avaliar dentro do seu território a política de saúde do homem, priorizando a atenção básica, com ênfase na Estratégia Saúde da Família, como porta de entrada dos sistema de saúde integral e hierarquizado; Promover, de acordo com suas competências, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária a implementação da política referida; programar, junto a população, ações de informação, educação e comunicação em saúde objetivando difundir a política, como também viabilizar a operacionalização das propostas que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem defende.

Cabe destacar, que de acordo com a Portaria GM nº. 1944 de 27 de agosto de 2009, que instituiu a PNAISH (BRASIL, 2009), em seu artigo 4º, os objetivos desta política são: promover a mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a saúde e a saúde da família; captar antecipadamente a população masculina para a prevenção de doenças; capacitar e qualificar os profissionais da rede básica para um melhor atendimento da população masculina; impulsionar a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiências, em situação de risco, e em situação carcerária, entre outro; incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações sócio-educativas com os homens, dentre outros.

Destarte, se um dos objetivos centrais da política de saúde é repensar e problematizar os padrões conservadores de masculinidade e feminilidades socialmente construídos, para que os homens sintam-se estimulados a buscar uma vida mais saudável, nada mais estratégico que trazer a discussão de gênero para analisar as problemáticas de saúde que permeiam a vida da população masculina (GOMES, 2008).

É interessante sinalizar também, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) aborda a necessidade e importância do homem ser considerado dentro de uma perspectiva relacional de gênero e chama especial atenção para o homem adolescente. Percebemos o quanto é fundamental o processo de formação de identidades pessoais e sociais, pois é, sobretudo, na

fase da adolescência que esses processos de desenvolvimento ocorrem de forma mais intensa, momento em que vai se moldando aos modelos de masculinidades e feminilidades impostas na infância.

Vale destacar que a PNAISH explicita que a atenção a saúde do homem deve considerar as diversas masculinidades criadas na sociedade e suas heterogeneidades, pois estas fazem parte de um processo dinâmico de intensa e constante construção e transformação. A população masculina deve ser compreendida em suas diferenças por idade, local de moradia (urbano ou rural), situação carcerária, condição social e econômica, sua condição étnico-racial, pela deficiência, orientações sexuais e as diversas identidades de gênero. Tal fator é de suma importância, visando contemplar uma atenção integral e sem qualquer discriminação ou exclusão de raça/etnia, religião ou classe social, de forma a possibilitar uma atenção à saúde pautada na humanização e equidade (BRASIL, 2008b).

É importante pontuar também que a política do homem não deve competir com a política de saúde da mulher, mas trabalhar em consonância, na busca de melhorias no atendimento e ampliação de recursos e maiores divulgações da política, capacitação dos profissionais para melhor conhecer a política e trabalhar em conformidade com o que a mesma preconiza.

É fundamental desmistificar preconceitos, ideologias dominantes que oprimem homens e mulheres, idéias que são transmitidos de pais para filhos e que continuam a reproduzir tais disparidades e perpetuar o machismo presentes tanto na cabeça dos homens quanto das mulheres, contribuindo significativamente para a manutenção do *status quo* pleno de injustiças, seja nas relações entre homem-mulher, entre as etnias e classes sociais (SAFFIOTI, 1987).

Assim, a mobilização e estímulo da categoria masculina na luta pela garantia e acesso aos seus direitos, sobretudo no que diz respeito à saúde - uma das áreas mais negligenciadas - constitui um dos principais desafios da Política ora mencionada. A referida política objetivando, pois politizar e sensibilizar os homens para o reconhecimento de suas condições e explicitação de suas demandas possibilita dessa forma a construção de sujeitos ativos e partícipes, no gozo de seus direitos e cidadania.

Vale salientar que a atenção básica consiste num ambiente favorável para cuidar e reeducar esses homens a cuidarem de si e de terceiros. Entretanto, para que a ESF seja canal de acesso dos homens aos serviços de saúde é de suma importância que os profissionais que trabalham na estratégia sejam qualificados e comprometidos com os usuários; que ações realizadas não sejam desenvolvidas de forma isolada, mas articulada com todos os

profissionais, reforçando o trabalho interdisciplinar; tanto como dar prioridade a intervenções continuadas. Não obstante, também são necessária mudanças de atitudes e da auto percepção dos homens sobre a própria saúde, deixando de lado crenças e padrões de (in) vulnerabilidade ancorados em valores sociais e culturais sobre a masculinidade na sociedade contemporânea.

Assim, organizar uma rede de atenção e cuidado à saúde dos homens, tendo a ESF como porta de entrada para o acesso dos homens à atenção básica, implica: criar ações e atividades de promoção à saúde para facilitar o acesso da população masculina aos serviços de saúde; qualificar profissionais de saúde para que estes possam trabalhar em consonância com eixos da política de saúde do homem; incorporar o homem no planejamento reprodutivo e no compartilhamento aos cuidados da saúde familiar; e construir parcerias com a sociedade civil organizada para promover a saúde do homem, entre outras iniciativas (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Podemos ressaltar ainda, que para haver um avanço na efetivação do SUS, não basta apenas a legislação que o regulamente, é necessário superar a percepção biologicista que historicamente esteve presente na saúde, ter uma visão de totalidade acerca das políticas de saúde, assim como tratar as enfermidades para além do binômio saúde - doença. A concretização do SUS e de uma política de saúde ampliada faz parte de um processo que deve ser continuamente fortalecido, de um lado pelo governo e, por outro, através da participação da sociedade civil.

A ampliação do acesso da população masculina aos serviços de saúde constitui um dos principais desafios a serem alcançados pela política de saúde do homem. Para tanto, a acessibilidade deve envolver a interação entre o usuário e suas necessidades de saúde e a oferta de procedimentos pelos serviços. Processo esse que pode facilitar ou dificultar a adesão dos homens aos serviços de saúde, pois as burocracias existentes na rede de atendimento para acessar e permanecer na rede de cuidados pode criar barreiras a serem enfrentadas pelos usuários do SUS, que também expressam um determinado grau de vulnerabilidade programática presente nas práticas de saúde e na organização dos serviços (BRASIL, 2010a).

Nesse sentido, o planejamento das ações é de suma importância, como forma de diagnosticar melhor a realidade social, conhecer as particularidades e o perfil da população das áreas de abrangência, bem como para afirmar o compromisso da integralidade, que implica estreitar a relação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção, visando atuar de forma complementar e contínua.

A incorporação da categoria gênero nas questões de saúde é de fundamental importância, porque possibilita olhar além dos dados epidemiológicos, e perceber os demais

conceitos e fatores que cercam as problemáticas do cotidiano, além de suas maiores dificuldades e desafios no que diz respeito ao acesso aos serviços pelo público masculino.

Portanto, é a partir dessa ótica, que a política de saúde do homem, traça a categoria de gênero nas suas análises, já que parte da constatação de que os homens, por uma série de questões, sociais e comportamentais, pouco procuram os serviços de saúde. Esta discussão será ampliada e aprofundada no segundo capítulo desse trabalho, objetivando melhor compreender o processo saúde – doença entre os homens, bem como os fatores que o cerca.

3 SAÚDE DOS HOMENS: UMA ÁREA PRIVILEGIADA PARA A ABORDAGEM DE GÊNERO

3.1 Gênero e masculinidade

Curiosamente, não foi uma mulher a formuladora do conceito de gênero. O primeiro estudioso a mencionar e a conceituar gênero foi Robert Stoller, todavia, o conceito não prosperou de imediato. Só a partir de 1975, com o famoso artigo de Gayle Rubin, “mulher”, é que os estudos de gênero frutificaram (SAFFIOTI, 2004).

Carloto (2011) destaca que embora o conceito de gênero tenha surgido no interior do movimento feminista e ganhado força enquanto um instrumento de análise das condições das mulheres, ele não deve ser utilizado como sinônimo de mulher, ou feminismo, mas para distinguir e discutir as categorias homens e mulheres como as relações instituídas entre eles.

O gênero se constitui enquanto uma categoria teórica que designa o fenômeno ou o conjunto de fenômenos que expressam um padrão específico de relações existentes entre homem e mulher, homem e homem, mulher e mulher (VELOSO, 2002). O gênero discute e revela que as condutas, atributos e responsabilidades impelidas a homens e mulheres não são naturais, imutáveis ou intransferíveis, mas que são características construídas pela sociedade. Dessa forma, não são estáticas e podem se modificar de acordo com cada sociedade e contexto histórico.

Quanto aos estudos de masculinidades, Sabo e Couternay (2000 apud COUTO; SCHRAIBER, 2005) sinalizam que na década de 1970 os norte americanos deram início ao estudo sobre homens e saúde, tendo como foco análises críticas ao modelo biomédico. Para esses autores, os pensamentos produzidos sobre saúde dos homens, nesta década, tiveram caráter eminentemente exploratório, influenciados pelas teorias e políticas feministas e tinham como pilar a premissa de que a masculinidade tradicional produzia déficit na saúde dos homens.

Cheng (1999 apud COUTO; SCHRAIBER, 2005) faz uma crítica quanto aos estudos de homem, pois, por muito tempo, estes foram estudados a partir de uma perspectiva essencialista, como se a biologia predeterminasse seu comportamento e como se todos fossem iguais. Tal tendência foi rompida a passos lentos, mais especificamente nos anos de 1980,

observando-se, inclusive, uma mudança na nomenclatura passando de “estudos de homens” para “estudos de masculinidades”.

Apenas recentemente, estudiosos começaram a perceber a importância de distinguir e inter-relacionar as várias masculinidades, introduzindo em suas análises a categoria gênero, em detrimento das teorias de papéis-sexuais. Essa tendência passa a ser incorporada no cenário norte-americano ainda nos anos 80, enquanto que no Brasil, tal debate só entra em cena no início da década de 1990.

No tocante aos anos de 1990, concepções de poder, desigualdade e iniquidade de gênero são introduzidas na maioria dos estudos sobre homens e saúde, inter-relacionando estes enfoques com outras categorias como raça, cor/etnia, orientação sexual, classe social, religião, etc., objetivando entender o processo saúde – doença dentro de uma relação mais ampla nos diferentes segmentos sociais, tendo como referência o caráter sócio-histórico e relacional.

No que diz respeito aos estudos latino-americanos e brasileiros sobre homem e saúde, estes vão emergir apenas no final dos anos de 1980, seguindo a mesma perspectiva dos estudos europeus e norte-americanos. Nesse sentido, há um destaque para o estudo de Laurenti (1998 apud COUTO; SCHRAIBER, 2005) sobre o perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas, no qual é sinalizado um diferencial entre os sexos, principalmente quanto a uma maior mortalidade masculina, por diversas causas.

Por outro lado, verificou-se nessas análises um maior adoecimento feminino, constatado pelas demandas nos serviços e inquéritos populacionais. Em relação a estes indicadores é importante destacar que no caso dos homens a situação de adoecimento é sub-notificada, uma vez que estes não costumam procurar frequentemente os serviços de saúde.

Couto e Schraiber (2005) salientam que o surgimento de pesquisas voltadas para os homens teve uma forte co-relação com a enorme incidência da epidemia HIV-Aids, isso porque o início dessa pandemia foi logo associado ao sexo masculino, sobretudo no que se refere aos homossexuais. Tal perfil epidemiológico foi modificado pelo acentuado aumento da transmissão via heterossexual e os altos índices de mulheres infectadas. Dessa forma, os novos estudos passam a introduzir a temática de gênero visando entender o processo relacional agregado aos fatores conjugalidade-afetividade e sua relação com o HIV-AIDS e outras enfermidades.

Garcia (1998) ainda aponta que, logo depois, surgiram outras pesquisas que passaram a enfatizar a crítica a modelos e padrões de masculinidade hegemônica considerada estática e universal, incentivada pelos estudos feministas. As novas concepções sistematizam

argumentos que se opõem a naturezas normativas de ambos os sexos, assim como, contra instituições (a exemplo das famílias, igreja, Estado, mercado, etc.) que fazem perpetuar tais crenças e disparidades de gênero que refletem diretamente nas condições de saúde de toda população.

É importante destacar que, alguns desses trabalhos vêm delinear as sobrecargas que os homens carregam consigo, as imposições impostas a eles como o dever de constantemente ter que provar a sua masculinidade e virilidade, o que culmina em limitar determinadas atividades e experiências vividas por esta parcela da população, gerando comportamentos danosos a saúde, como ressalta Kimmel e Messner (1995 apud GARCIA, 1998).

As iniciativas de estudos ligados aos papéis sexuais foram conduzidas pelas mulheres engajadas na militância feminista. Essas primeiras produções detiveram-se basicamente na denúncia da opressão das mulheres, se configurando com um caráter mais descritivo do que propriamente analítico. Mais tarde, tal tendência vai se ampliando e ganhando nova roupagem, pois foram exigidas explicações mais contundentes entorno da relação sócio-histórica e cultural entre os sujeitos sociais, denunciando as distribuições desiguais de poder e iniquidade sendo, então produzidas análises consistentes nos campos da sociologia, história, literatura, educação.

Dessa forma, inicia-se a expansão da categoria de gênero voltada para refletir de forma crítica as explicações das posições de homem e mulher atribuídas socialmente e culturalmente aos sujeitos, enquanto uma categoria analítica superadora de outras concepções tradicionais.

Nesse sentido, gênero trata-se de um conceito plural que implica não apenas perceber que as sociedades são permeadas por diferentes concepções de ser homem e ser mulher, como também que, no interior de uma mesma região, comunidade ou mesmo grupo de pessoas, tais percepções são diversificadas, levando em consideração a classe social, a idade, raça/etnia, religião, etc.. São, portanto, (pré) conceitos que são construídos socialmente e culturalmente e aptos a se transformarem ao longo do tempo e de acordo com o espaço (LOURO, 1996).

Cabe destacar que a incorporação da perspectiva relacional de poder que embasa a categoria gênero foi incluída nos estudos de homens mais tardiamente do que nos de mulheres. Apenas recentemente, é que os sujeitos masculinos vêm sendo abordados e analisados dentro de uma ótica ampliada e estudado em sua totalidade. O enfoque de gênero nos estudos de homens possibilita correlacioná-los com o seu ambiente e com os demais sujeitos, considerando-os dentro de uma perspectiva perpassada por inter-relações e superposições, deixando, portanto, de lado concepções individuais em torno dos mesmos.

Essa nova abordagem possui uma notoriedade porque além de ser uma categoria que tenta desconstruir as relações entre homem e mulher associados à natureza (as suas condições biológicas naturalizadas) e todas as formas de dominação – exploração, objetiva distinguir e discutir as categorias sociais, de modo a explicitar as ligações que se estabelecem entre eles: as desigualdades entre os sexos e como se dão essas convivências; as relações de poder (no âmbito público e privado); como também suas interferências nas relações sociais (SUÁREZ, 2000 apud CARLOTO, 2011).

Dessa maneira, as pesquisas sobre masculinidades têm ganhado uma dimensão mais ampla e politizada, com a incorporação de gênero em suas reflexões, partido da ótica que percebe a masculinidade hegemônica pregada e reproduzida pela sociedade, e que se baseia em padrões que valorizam os homens brancos, heterossexuais, provedores, fortes, invulneráveis, que age pela razão, de classe média ou alta, com bom status e com a sexualidade voltada para a reprodução, etc., não mais como única versão a ser entendida e vivenciada.

Connell (1995 apud ARILHA, 1998) sinaliza que esse padrão de masculinidade vem sendo colocado em cheque, ganhando ênfase a idéia de múltiplas masculinidades. Destaca que reconhecer tal diversidade não significa ou implica expressar uma tipologia de caráter masculino, mas sim abrir espaço para uma ampla e diversa discussão, de forma não centralizada e unilateral.

Além disso, Kimmel e Messner (1995 apud GARCIA, 1998) destacam que a concepção de masculinidade hegemônica tem sido questionada por homens cujas masculinidades são vistas como desviantes, a exemplo dos homossexuais, os negros e outras categorias, percebendo-as não mais como algo natural, mas que faz parte de uma permanente construção social e cultural, passível de mudanças.

Observa-se, pois, de um lado, a crítica dos movimentos feministas e GLBTTTs ao machismo e às posturas consideradas irreversíveis, e de outro, que as próprias estruturas familiares vêm sendo modificadas, sobretudo com o impulsionamento da mulher para o mercado de trabalho formal, reflexo das mudanças sociais, políticas e econômicas (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Não há, assim, uma única forma de relatar e/ou mesmo introduzir a idéia de construção da masculinidade na sociedade. Connell (1995 apud ARILHA, 1998) delinea que esta masculinidade vai se formando não apenas a partir das exigências de comportamentos e atitudes impostas pela sociedade como um todo e em diversos e distintos tempos, mas

também devem ser levadas em consideração as experiências presentes no cotidiano, vivenciadas e apreendidas pelos homens.

Verificamos, dessa forma, a partir de contribuições como a de Scott (1995), Louro (1996) e outros teóricos, que modelos de homens e de diferentes masculinidades fazem parte de uma construção histórica, cultural e social. Trata-se, portanto, de um processo coletivo e individual, diverso e distinto, que vão sendo estruturadas, enraizadas e repassadas de geração em geração, além de serem influenciados por diversos fatores como religião, ciência e pelo próprio senso comum. Todavia, como se trata de uma construção e não de determinismo natural e intransferível, são modelos que podem ser alterados, como veremos a seguir.

3.2 Relações de gênero: estereótipos de masculinidades e feminilidades

Observa-se que a sociedade, culturalmente e historicamente, cria relações e representações de gênero, confundindo e equalizando sexo e gênero. A partir de diferenças sexuais, é que as sociedades criam modelos do que é ser mulher, e do que é ser homem. Assim, é preciso ter claro que há distinções entre esses dois conceitos, para que não continuemos a reproduzir a ideologia dominante, que contribui diretamente para os riscos de adoecimento da população, bem como para a permanência da dominação de um sexo sobre outro (GOUVEIA; CAMURÇA, 1999).

Segundo as autoras supracitadas, sexo corresponde aos aspectos físicos e biológicos de macho e fêmea, diferenças que não se transformam radicalmente ou facilmente. Gênero refere-se às pessoas e às relações entre os seres humanos, as quais são construídas e que, portanto, não são naturais, mas criadas pela sociedade e assimiladas pelos sujeitos sociais, que corroboram com a distribuição desigual de poder, direitos e privilégios.

Scott (1990 apud CARVALHO FILHO, 2003, p. 145) compreende o conceito de gênero como sendo, “uma construção sociocultural dos papéis masculinos e femininos (padrões de comportamentos, representação socialmente compartilhada) e distingue-se de sexo (o domínio biológico do homem e da mulher)”. O gênero é constituído socialmente e se materializa nas ações do cotidiano, nas discussões, nos discursos, atitudes, em fim, em todos os espaços de expressão de sociabilidade (SCOTT, 1995).

A partir das reflexões da sociedade patriarcal, se formula um padrão de ser mulher, relacionada sempre a sexo frágil, que age pelas emoções, que é dona do lar, amorosa, passiva, vulnerável, e, por outro lado, criam-se um modelo de homem que deve ser “machão”, forte, invulnerável, provedor e viril. Saffioti (1987) destaca que estas características socialmente atribuídas são denominadas de estereótipos, que dizem respeito a uma espécie de molde, que busca enquadrar a todos, independente das particularidades de cada um.

Tal perspectiva acaba por trazer conseqüências graves para toda sociedade, primeiro porque a mulher fica sempre na condição de subordinada, com a responsabilidade de cuidar dos filhos, do seu corpo e saúde, apesar de ser considerada pela sociedade como um ser mais frágil. Já aos homens é incumbida uma imagem de inabalável, o que dificulta a demonstração de suas expressões, sentimentos e necessidades, refletindo-se na pouca procura por serviços de saúde. Além disso, tal iniciativa é vista como sinal de fraqueza, coisa de mulher, já que homem “não chora”, “não adoce”, e deve ser o “sexo forte”.

Além disso, podemos constatar que a idéia de homem comandante, chefe de família ainda está bastante presente na contemporaneidade. Tais fatores implicam diretamente para um distanciamento dos homens de práticas de auto-cuidado e dos serviços de saúde. Nesse sentido, homem e saúde parecem ser dois universos estranhos e indissociáveis.

Destarte, tais comportamentos precisam ser debatidos, refletidos e incentivados, pois, é incontestável que os processos sociais relacionadas ao gênero produzem diferenças no padrão de morbimortalidade de homens e mulheres e nos comportamentos de proteção à saúde. Ou seja, a conformidade dos homens na masculinidade tradicional culmina em gerar déficit na saúde para os mesmos (COUTO; SCHRAIBER, 2005).

Por conseguinte, a sociedade distribui um leque de responsabilidades que são alheias às vontades das pessoas; papéis masculinos e femininos arbitrariamente estabelecidos e impostos pela sociedade para seus membros, que definem modos de ser e agir, roupas, cores, maneiras de se relacionar ou se portar, entre outras condições. Tendo como critérios de seleção fundamentos sexistas, classistas e raciais que reforçam os preconceitos e estereótipos dos gêneros e que violam as particularidades de cada um.

Possivelmente, o verdadeiro macho, seria uma forma culturalmente idealizada, no qual, seus reais instintos talvez se encontrem no seu corpo, comportamento, maneira de pensar. Em geral, o homem é considerado macho de “verdade”, homem com “H” na medida em que ele for capaz de disfarçar, inibir e sufocar seus sentimentos (SAFIOTI, 1987).

Albuquerque Jr. (2010) ratifica que de acordo com o imaginário social e cultural, um macho que se preze não pode deixar transparecer publicamente suas emoções, não demonstra

vacilos, incertezas e deve ter opiniões firmes e incontestáveis. Deve ser competitivo, sempre disputando com outros machos a posse de coisas ou pessoas. É objetivo, frio e calculista. São, portanto, uma série de traços que produzem as identidades dos sujeitos masculinos. Manter esses padrões significa a supressão de todos os desejos que caminham em direção contrária ao determinado e defendido pela sociedade como correto e “normal”. No entanto, cabe destacar que o “normal”, como sinaliza Saffioti (1987), é socialmente construído pelo costume e não dado pela natureza.

Nascimento (1999 apud COSTA, 2003, p. 80) define o modelo hegemônico de masculinidade, como “caracterizado pela compreensão de que o homem tem autoridade, sobretudo no lar; é autônomo e livre diante dos outros homens; tem força e coragem e não expressa suas emoções, tampouco chora; é provedor do lar e heterossexual”. É importante ainda destacar a importância da virilidade, autoridade e autonomia no universo masculino hegemônico, condições essenciais para que eles sejam considerados homens.

Essas relações de gênero são construídas e embasadas na hierarquia que reforça e ajuda a reproduzir uma sociedade permeada de valores machistas e de poder desigual dos homens sobre as mulheres, como também de alguns homens sobre outros homens (da masculinidade hegemônica, heterossexual e branca, em contraposição aos outros tipos de masculinidades consideradas desviantes que são desvalorizadas e mesmo discriminadas) contribuindo para o aumento dos índices de morbimortalidade entre a população masculina.

Dentro dessa ótica, Connell (2003 apud COSTA, 2003) propõe a existência de quatro principais padrões de masculinidade no ocidente, tomando como base para essa distinção a categoria central de gênero: *a masculinidade hegemônica*, que tem como base os princípios e valores patriarcais, no qual é legitimada a condição de dominador do homem e em contrapartida perpetua a posição de dominada da mulher; *a masculinidade subordinada*, que seria aquela que expressa a superposição e subordinação entre grupos de homens, a exemplo da soberania dos homens heterossexuais e brancos, em contraposição e subordinação dos homens homossexuais e negros; *a masculinidade cúmplice*, que possui uma relativa ligação com o modelo de masculinidade hegemônica, já que desfruta de algumas vantagens, todavia não assume ou defende por completo tal tendência; e *a masculinidade marginalizada*, que compreende uma masculinidade excluída da sociedade, da vida pública ou mesmo de um grupo, por sua condição subordinada de classe ou raça.

Dentro dessa percepção, o autor supracitado destaca que o gênero consiste numa forma de estruturação das práticas sociais em geral, mantendo uma estreita relação com outras estruturas sociais como raça, etnia, nacionalidade e demais categoria. Isto significa que as

masculinidades dos homens brancos estão articuladas, com as mulheres brancas, negras, pobres, como também com homens negros, de nacionalidades diversas e de classes distintas, a masculinidade e feminilidade são, portanto, configurações da prática de gênero. Contudo, ele ainda aponta a necessidade de não cair nas malhas da tipificação como a masculinidade negra, branca, e outras, mas analisar as masculinidades dentro de uma ótica dinâmica, a partir das posições que estas ocupam na sociedade, ou seja, é preciso ver para além do gênero e suas diferenciações.

As masculinidades são, portanto, construídas e reconstruídas historicamente e culturalmente pela sociedade, levando em consideração o contexto histórico, a conjuntura econômica e política, a cultura presente na mesma, as relações de gênero que perpassam a totalidade do meio social em que o indivíduo se encontra integrado, entre outras características, que constituem pilares na formação de modelos de ser e agir como “homem de verdade”.

Os estereótipos fortalecem os antagonismos e desigualdades existentes na sociedade. É preciso perceber que o oposto de igualdade é desigualdade, e não a diferença. E o que acontece é que as diferenças, sobretudo biológicas, têm sido usadas como justificativas para reproduzir e manter tratamentos desiguais sejam entre homens e homens, mulheres e mulheres, homossexuais e outras categorias.

Transformar o modo como as relações vem sendo organizadas há séculos, não se trata de simplesmente trocar os lugares de quem domina e de quem é dominado, ou mesmo equalizar homem e mulher. Mas, é perceber que as diferenças nos corpos- sejam elas sexuais, raciais ou de idade não justificam as desigualdades, opressão e injustiças. O que somos e o que fazemos deve ter o mesmo valor e reconhecimento, o que buscamos é a equidade (GOUVEIA; CAMURÇA, 1999).

É, portanto reflexo dessa sociedade permeada por dicotomias, onde determina o que o homem e a mulher devem ou não fazer; comportamentos e condutas destinados “naturalmente” ao ser masculino e ao ser feminino, como também responsabilidades que recaem às pessoas de acordo com suas características biológicas, implica diretamente em situações propícias de adoecimento para toda população, sobretudo para os homens. Cuidar de si e de terceiros, exercer um estilo de vida saudável e a prevenção das doenças não faz parte do processo de socialização dos homens, pois a sociedade idealiza e impõe às mulheres esse papel como uma condição nata e os homens acabam sendo negligenciados do cuidado.

3.3 Cuidado: este conceito faz parte da vida dos homens?

De acordo com o Dicionário Aurélio (FERREIRA, 2001), cuidado significa: “Atenção, cautela. Desvelo, zelo. Responsabilidade. Pensado, imaginado, meditado. Previsto, calculado, suposto”. Cuidar, também refere-se a: “[...] Aplicar a atenção, o pensamento, a imaginação; atentar, pensar, refletir. Ter cuidado, tratar [...]. Prevenir-se, acautelarse. Ter cuidado consigo mesmo, com a saúde, a sua aparência ou apresentação”.

Lyra et al (2005) abordam que o termo cuidado tem sido utilizado de diversas formas, em diferentes situações e sentidos. É possível identificar, sobretudo, a partir dos estudos feministas, que de acordo com a construção de masculinidade e feminilidade, que a sociedade tem propiciado ao longo do tempo, o cuidado foi e ainda continua sendo associado e responsabilizado às mulheres. Enquanto à mulher é atribuído o papel de cuidadora, tanto de si como do seu próximo, aos homens são estimulados e cobrados atos violentos, de defesa e contra-ataque, no qual o risco não é algo que deve ser poupado ou prevenido, mas enfrentado e superado.

Muraro (1994 apud LYRA et al, 2005) faz um recorte histórico a respeito do cuidado na história da humanidade. Ela retrata que num primeiro momento da nossa história, os seres sobreviviam da coleta de vegetais, da caça e da pesca. A estrutura familiar e social formava uma unidade e prevalecia à partilha e a solidariedade entre eles, desde o compartilhamento de alimentos, cooperação no trabalho, à criação e educação das crianças. Nesse momento, não havia hierarquização e divisão dos papéis entre homens e mulheres. Além disso, as mulheres eram muito valorizadas porque “geravam vida”.

Com o passar do tempo a sociedade foi se complexificando e se redesenhando, o que exigiu outras formas de manutenção da vida, novas relações sociais e organizacionais, pois, sobretudo com as mudanças ambientais, apenas a coleta de vegetais se tornou insuficiente. Nesse processo a divisão do trabalho passou a fazer parte do cenário social, propiciando que os homens ganhassem espaço e aval de dominador, já que as novas atividades exigiam maior esforço físico, como sinaliza Ramires (1997 apud LYRA et al, 2005), tais como: “caçar animais de grande porte, lutar por territórios e alimentos”, embora ainda prevalecesse o modelo matrilinear de família.

Com o advento da agricultura, os sujeitos deixam a condição de nômade, fato que causou mudanças na estrutura social. A partir de então começa a surgir às primeiras cidades, o

comércio, a propriedade, entre outras modificações. Tais acontecimentos passaram a valorizar ainda mais a força e o poder masculino.

Dupuis (1989 apud LYRA et al, 2005) mostra que *pari passu* a tais acontecimentos, para os egípcios e indo-europeus, há cerca de sete mil anos, a função reprodutiva do homem passa a ser reconhecida e concomitantemente vem à tona a paternidade. Nesse sentido, a sociedade vai se configurando não mais sob as bases de uma sociedade matriarcal, mas sob um modelo patrilinear. A dominação masculina começa a se expressar nas crenças, religiões, culturas, na família, na moral, etc.

Instalam-se, portanto, uma família monogâmica e patriarcal. Esse novo patamar permite ao homem dominar e controlar a mulher, até mesmo em sua vida sexual e sobre os direitos reprodutivos desta. A virgindade era um tabu e uma exigência intransgredível que as mulheres deveriam cumprir, por uma questão também de segurança e garantia da paternidade sem equívocos e desconfianças. Ao homem foi instruído o poder e autoridade para comandar a sua família, além de ser revestido pela idéia de modelo a ser seguido, admirado e respeitado.

Apesar da descoberta da paternidade, couberam ainda às mulheres a função de cuidadora e educadora dos filhos, pois ao homem ficaria a responsabilidade de prover a família, administrar as riquezas e uma participação mais efetiva no espaço público da sociedade, em detrimento do âmbito privado que ficava a cargo da mulher, no ambiente doméstico, cuidando dos filhos e do esposo.

Estabeleceram-se, então uma dicotomia nas relações sociais, que conseqüentemente cria também uma disparidade e desigualdade entre homens e mulheres, no qual o primeiro é o ser dominante e a última a submissa; o homem é associado ao provedor e a mulher a cuidadora. Tais condições mutilam o direito de participação da categoria feminina nos espaços de decisões, políticos, culturais e em contrapartida, reprime e afasta o homem das práticas de cuidado.

O Programa Papai (2001 apud LYRA et al, 2005) aborda o cuidado com relação a saúde do homem, apontando três momentos ou fases:

- a) Acreditava-se que o homem não precisava cuidar da saúde já que era considerado invulnerável, ícone de força, portanto difícil de adoecer;
- b) Mais tarde considerou-se importante incluir os homens nos atendimentos de saúde, todavia, estes eram considerados irresponsáveis, violentos e pouco flexíveis, o que dificultava trabalhar com esse público alvo, como também era perceptível o seu parco cuidado consigo mesmo e com outros indivíduos;

- c) O terceiro momento compreende a atualidade, que apesar de compreender os desafios e dificuldades de gerir ações e atividades para essa parcela da população, considera o contexto que este homem está inserido, como também tudo que coopera com o afastamento desses para com a prevenção, proteção e recuperação da saúde.

São, portanto momentos que evidenciam claramente as condições que historicamente foram construídas e que acaba por afastar os homens de atitudes e comportamentos que o inclinam para o cuidado, sobretudo no que diz respeito com a sua saúde.

O grande problema desses atributos criadas em torno do homem é que estes o tornam mais exposto a acidentes, a situações de violência, a suicídios e outros fatores que contribuem diretamente para o adoecimento dessa categoria. Como sinaliza Lyra et al (2005) são situações que os impelem a superação de riscos e limites, características consideradas nata e inerente ao universo masculino.

A questão do cuidado é muito ampla, desde cedo somos ensinados a ter determinados tipos de comportamentos considerados masculinos se o indivíduo for homem e femininos se este for mulher. Já ao nascermos, passamos a conviver numa instituição: a família, que ensina desde logo o que a mulher deve fazer, como deve se comportar, quais os papéis que devem ser designados à elas e atitudes e atividades a não serem realizadas. Da mesma forma, o homem também é moldado a certos tipos de comportamento considerados de “macho”, para que não corram os riscos desses desenvolverem traços femininos que possam “envergonhar a família”.

Desde a infância são estabelecidos determinados valores que infelizmente perduram por toda vida e passam de geração a geração, pois repassamos o que aprendemos como correto, agradável, intransferível e inalienável. Quando crianças, oferecemos aos filhos homens brinquedos como: carrinhos; aviãozinho; bonecos de guerra e outros instrumentos que os instigam a lutarem, serem violentos, a ganharem e conquistarem o espaço público com a armadura de dominador e provedor. Já às meninas, são oferecidos brinquedos como: casinhas; bonecas; vassourinhas e fogõezinhos que estimulam o cuidado com os filhos, com o ambiente doméstico, etc. como se fosse um estágio preparatório para sua missão de ser mãe, dona de casa, procriadora dos filhos e cuidadora dos esposos.

Lyra et al (2005) sinaliza que quando nasce um bebê e ele têm pai e mãe, logo as pessoas que o cercam acham que o homem é incapaz de cuidar do recém nascido de forma adequada, tal como a mulher o faria, pois ainda vivemos numa sociedade ancorada em valores que delineiam que a genitora possua um ‘instinto materno’ que o homem não tem e nem

conseguirá desenvolver para atender às necessidades da criança, o que inibe a participação dos homens em atitudes e espaços de cuidados consigo e com terceiros.

Isso fere e restringe os direitos dos homens na medida em que, no tocante ao cuidado com o filho e sua esposa, no período puerperal, só é concedido a este, cinco dias para fazer parte deste processo, dificultando que o pai desenvolva vínculos e relações mais próximas com a mãe e a criança, como também, ser partícipe do cuidado e de todo desenvolvimento dos mesmos.

De acordo com a Constituição Federal (CF) de 1988 é assegurado no Art. 7º - parágrafo único. “XIX - licença-paternidade, nos termos fixados em lei”; ratificado no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) no seu Art.10 - Parágrafo 1º - “Até que a lei venha a disciplinar o disposto no art.7.º, XIX, da Constituição, o prazo da licença-paternidade a que se refere o inciso é de cinco dias”, o que até então era de um dia, conforme estabelecia o artigo 473, III da CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), o que já representa, de certa forma, conquistas, mas que ainda tem muito que avançar se comparado com a licença-maternidade, que corresponde a 120 dias e demais direitos legalizados para a mulher (BRASIL, 2011).

Considerada a licença-paternidade como ampliação da falta justificada, caracterizando-se o período como interrupção do contrato de trabalho. Embora mantenha analogia com a licença-maternidade, não pode ser considerado benefício previdenciário, já que não é elencada no art. 201 da Constituição Federal. É, pois, ônus do empregador que tem o dever de remunerá-la. Desta forma, o pai, para exercer seu direito, ao retornar ao trabalho, deve comunicar ao seu empregador o nascimento do filho comprovando-o pela entrega do registro de nascimento.

Também nossa Constituição Federal, em seu art. 226, § 5º declara que "os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher". Um pouco mais adiante, no art. 229 dispõe ainda que os pais tenham o dever de assistir, criar e educar os filhos (BRASIL, 2008a). Salientamos que a participação masculina nas decisões reprodutivas é também uma bandeira de luta do movimento feminista, e nesse sentido, o documento que trata da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (princípios e diretrizes) ratifica que o que era antes dever, se transforma em direito.

Faz-se necessário superar a restrição da responsabilidade sobre as práticas contraceptivas somente às mulheres, de forma a propiciar que os homens também façam parte do processo reprodutivo. Nesse sentido, a paternidade deve ser encarada para além da obrigação legal, mas como direito do homem de participar do planejamento familiar, que

engloba decisões como de ter ou não filhos, como também acompanhar o estágio gestacional, parto e pós-parto, assim como da educação das crianças, independente da idade do pai, seja esse adolescente, jovem, adulto ou idoso (BRASIL, 2008b).

Segundo Carvalho (1999 apud LYRA et al, 2005) há uma alternativa para desarticular a idéia de cuidado ligado eminentemente a feminilidade, “que é tornar o conceito ‘cuidado’ um conceito descritivo em oposição a perspectiva essencialista. Ou seja, o termo cuidado deveria ser entendido em sua totalidade e amplitude, sendo, para tanto, comum a ambos os sexos, pois ao contrário, este conceito, historicamente atribuído como uma responsabilidade das mulheres, culmina em ratificar a hierarquização de papéis masculinos e femininos, que trazem desvantagens para toda sociedade .

Nessa perspectiva, o gênero contribui na análise das desigualdades sociais em relação ao exercício do cuidado, pois analisa as relações entre homens e homens, homens e mulheres e vice e versa a partir da perspectiva de uma construção social e não como algo natural. Dessa forma, torna-se claro que determinadas atribuições e características impostas não são inatas e ou intransferíveis, mas apreendidas.

Apesar do poder, prestígio e privilégios que são atribuídos e garantidos aos homens, por outro lado, essas condições provocam alienação, sofrimento, adoecimento e maior exploração pelo modelo capitalista vigente. Além disso, provocam afastamento dos seus sentimentos de cuidar de si e dos filhos, já que esta seria uma condição reservada às mulheres.

Não se pretende aqui defender a equalização ou inversão dos papéis de pais e mães, mas fazer perceber que tais funções perpassam um universo muito mais amplo do que se atribui aos homens e mulheres. Além disso, trazer à tona essa possibilidade do pai como fonte de cuidado pode trazer benefícios para o desenvolvimento das crianças e o bem estar de toda família.

Observam-se, em dias atuais, diferentes modalidades de exercício da paternidade pelo homem. Alguns têm-na como fato real, um compromisso pessoal e afetivo além dos aspectos sociais. Outros, no entanto, têm-na como possibilidade de acontecimento, pois nunca houve sociedade que ensinasse e permitisse aos homens desenvolverem habilidades de cuidado infantis. Essa tarefa sempre coube à mulher. [...] Para que o exercício da paternidade se faça mais intensamente, haverá necessidades de transformações sociais profundas, quem sabe até com a extinção de preconceitos formados frente a comportamentos expressos, inclusive em brincadeiras infantis (SOUZA, 1994 apud LYRA et al, 2005, p. 89)

É importante salientar que os direitos sexuais e reprodutivos devem ser compartilhados pelos homens e mulheres de forma equitativa. Assim como a mulher, o homem tem o dever de exercer a sua paternidade de forma íntegra e com responsabilidade.

As novas discussões procuram perceber e instigar a construção de um pai mais participativo, ativo, que vai além da manutenção econômica e a função de disciplinar. Trata-se de se gerar um ambiente onde o afeto, o amor, carinho, o cuidado, envolvimento, participação no incentivo à alimentação, acompanhamento ao médico, o colocar para dormir, entre outras atitudes não são eminentemente femininas. É importante pensar “a paternidade não como obrigação, mas como algo pertencente à ordem do desejo, à dinâmica do direito e que implica um compromisso” do pai com o cuidado (LYRA et al, 2005).

Reflexo do padrão de masculinidade hegemônica, os homens são condicionados a não verem e viverem a paternidade como algo que está intimamente relacionada com a reprodução, pois, fisiologicamente, só as mulheres podem gerar filhos, todavia, os homens também participam da reprodução da vida, no entanto, a sociedade impõe que cabe a mulher todo o processo reprodutivo, além de cuidar e reproduzir as gerações.

São, portanto, essas relações construídas em torno de ser homem e mulher que afastam ou aproxima os sujeitos do cuidado com a saúde. Destarte, os homens não foram educados ou incentivados para exercerem o hábito de se cuidarem, de prevenção à saúde, distanciando-se, pois de práticas de cuidado, o que expressam nos altos índices de morbimortalidade entre a população masculina.

Dessa forma, a criação da política de saúde do homem, foi de fundamental importância para caminhar no sentido de criar estratégias para o acesso dos homens aos serviços de saúde, concomitantemente, incentivá-los a cuidar de si e desenvolverem um estilo de vida mais saudável.

4 A POLÍTICA DE SAÚDE DO HOMEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): UMA ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E DOS USUÁRIOS DA UBSF DE MONTE CASTELO

4.1 Situando a experiência de estágio

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada em Campina Grande em 1994, sendo esta cidade considerada uma das pioneiras na implementação da mesma e referência no âmbito da atenção básica no Brasil. Neste contexto, foram implantadas cinco equipes, mediante critério de seleção baseado nas condições de saúde do município, priorizando as áreas que possuísem um quadro epidemiológico mais crítico (VASCONCELOS; CARNEIRO, 2009).

As autoras supracitadas destacam que, a primeira expansão da estratégia se deu entre os anos de 1988 e 2002, com 7 equipes. No ano de 2003 ocorre a inserção de mais 18 equipes, além da inclusão de profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário), sob a orientação do Ministério da Saúde e a inserção do(a) assistente social, por opção política local – ainda sem incentivo do Ministério da Saúde – sendo esses profissionais distribuídos cada um para duas equipes. No período entre 2005 e 2008, foi realizada a reforma de diversas unidades de saúde, bem como ocorreu a ampliação do número de equipes de saúde da família, passando para 88. Atualmente, de acordo com dados da prefeitura municipal, Campina Grande (2010a), a cobertura da ESF deste município corresponde a 83% da população. Essa cobertura é feita por 92 equipes que atuam na cidade.

No período de agosto de 2009 a dezembro de 2010 estagiamos junto a Estratégia Saúde da Família, no bairro Monte Castelo. Inicialmente passamos pela fase de observação participante das ações realizadas pela equipe da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), com ênfase nas atividades desenvolvidas pela assistente social, objetivando, dessa forma, conhecer o funcionamento do programa e, a partir de então, desenvolver nossas propostas de intervenção, enquanto estagiárias, junto aos profissionais e à comunidade do referido bairro.

A UBSF está situada no bairro Monte Castelo, localizado na área leste da cidade de Campina Grande, limitando-se ao norte com o bairro Castelo Branco, ao sul com o Mirante, a leste com Nova Brasília e com a zona rural do Município, e a oeste com os bairros Santo Antônio e José Pinheiro (SILVA, 2005).

A referida unidade de saúde foi implantada a partir de propostas de lideranças comunitárias e alguns agentes comunitários de saúde, como uma das prioridades no Orçamento Participativo, sendo efetivada em setembro do ano de 2001. O atendimento à comunidade é realizado por duas equipes básicas, compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde dos quais, boa parte já atuavam na comunidade antes da implantação do Programa, através do PACs. Faz parte ainda do corpo de funcionário: recepcionista, auxiliar de serviços gerais e vigias. No ano de 2003 foram incorporadas à equipe profissionais de serviço social, odontologia e auxiliar de consultório dentário.

Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB⁵) (CAMPINA GRANDE, 2010b), na Equipe I estão cadastradas 1.198 famílias, dos quais 2.061 são homens e 2.451 mulheres, totalizando 4.512 pessoas. Quanto à Equipe II, fazem parte da área de abrangência 840 famílias, sendo 1.457 homens e 1691 mulheres, contemplando um total de 3.148 pessoas. Os demais moradores do bairro que não são atendidos pela ESF, são acompanhados por outros serviços de saúde da rede pública municipal.

No decorrer do período de estágio, logo após a etapa da observação, realizamos diversas atividades que nos deram embasamento teórico e metodológico para a nossa prática profissional. Destarte, iniciamos a nossa intervenção desenvolvendo ações sob a supervisão da assistente social, que esteve nos acompanhando em todo processo.

No âmbito da nossa atuação, participamos mais intensamente do Grupo de Apoio Familiar (GAF)⁶, o qual se volta para a escuta e acompanhamento das famílias que tenham crianças e adolescentes que possam desenvolver algum transtorno mental, onde tratamos de temas diversos, como: auto-estima, gênero, violência, cotidianos de uma família, acidentes domésticos, etc.

Durante a nossa inserção no campo de estágio, foi possível perceber uma incipiente presença dos homens na UBSF, tanto no que diz respeito à busca por prevenção, proteção e recuperação de sua saúde, quanto à frágil participação nos grupos formados na unidade, a

⁵ O SIAB é um instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde, elaborado pelo MS e que contém informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde.

⁶GAF (Grupo de Apoio as Famílias) é um grupo peculiar da Unidade Básica de Saúde da Família- UBSF fruto de uma proposta realizada num seminário sobre Intervenção Precoce na Atenção Básica realizada na mesma unidade. Trata-se de um grupo de escuta direcionado às famílias que tenham crianças e adolescentes que tenham ou possam desenvolver algum transtorno mental. O grupo teve início no dia quinze de outubro de 2009, sob a responsabilidade das enfermeiras e da assistente social da ESF da unidade básica do bairro. Propõe detectar e encaminhar as crianças e adolescentes com possível indicador de transtorno mental para a avaliação da equipe do CAPS - Centro de Apoio Psicossocial- de intervenção precoce.

exemplo dos grupos de Planejamento Familiar, Grupo de Apoio à Família (GAF), entre outros. Verificamos também que poucos homens acompanham seus(as) filhos(as) para atendimento dos mesmos, o que expressa um distanciamento do cuidado da saúde com eles próprios e com terceiros

Assim, a partir das observações feitas no campo de estágio, foi possível identificar diversas demandas, dentre estas, a que mais nos instigou a conhecer melhor a realidade, diz respeito às questões relacionadas à saúde do homem, já que verificamos que essa parcela da população, por uma série de questões culturais e educacionais, só procuram o serviço de saúde quando seus problemas se agravam, chegando à situação limite.

Diante das observações feitas no campo de estágio, e das inquietações que surgiram, a presente pesquisa busca contribuir com a discussão acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, e sua implementação na ESF do bairro Monte Castelo. Além disto, pretende discutir mitos, preconceitos e estereótipos que foram criados historicamente e socialmente aceitos e naturalizados, tendo como referência as discussões de gênero, que implicam diretamente no cuidado com a saúde.

Poderá ainda colaborar para debates, reflexões e propostas com a equipe de saúde da família, sobre os princípios e diretrizes que orientam a estruturação da política de saúde do homem, de forma a propiciar ações condizentes com as necessidades e prioridades dos usuários. Além de identificar os desafios que dificultam ou impossibilitam o acesso e a adesão aos serviços de saúde pelos homens, de modo a estabelecer estratégias que colaborem com a amenização dessas barreiras, sejam elas institucionais ou/e culturais.

4.2 Metodologia da pesquisa

Ianini (2003 apud YAZBECK, 2005) delinea a pesquisa como “uma aventura de espírito” em termos de interrogação, reflexão e análises. Dessa forma, o questionamento deve sempre fazer parte do cotidiano, pautado na responsabilidade social e política de sempre questionar aquilo que é visto como verdade imutável e intransferível e buscar novos caminhos e explicações.

O estudo realizado foi desenvolvido junto a UBSF de Monte Castelo e configurou-se com um estudo de caso, tendo como base o enfoque quantitativo e qualitativo, o que possibilitou a análise mais contundente da realidade, de forma a favorecer uma maior

compreensão do objeto pesquisado. O método de análise partiu de uma perspectiva crítico dialética.

A ação investigativa partiu de dois eixos, um de caráter documental, através de consulta a fontes secundárias; e outra através da obtenção de dados junto a fonte primária, baseada nas informações concedidas por usuários do sexo masculino atendidos na citada UBSF e por profissionais que compõe a Equipe de Saúde da Família da referida unidade.

A pesquisa contemplou entre os sujeitos, os profissionais da equipe, compreendendo: uma assistente social, uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma odontóloga, uma auxiliar de odontologia e cinco agentes comunitários de saúde.

Também fizeram parte desse processo, os usuários do sexo masculino atendidos na referida unidade, dos quais utilizamos como critério de inclusão uma amostra intencional de cerca de dez usuários, dentre aqueles que possuem uma maior frequência nas atividades desenvolvidas pela UBSF.

A coleta de dados foi realizada com a utilização de técnicas tais como a entrevista semi- estruturada (gravada) e as observações registradas em diário de campo. O estudo ainda compreendeu uma pesquisa bibliográfica que nos permitiu aprofundar o conhecimento acerca da temática abordada.

O tratamento dos dados se deu através da técnica de análise de conteúdo das falas que permitiu compreender criticamente o sentido destas, as suas significações explícitas e implícitas, de forma a possibilitar uma maior apreensão da problemática da pesquisa, já que de acordo com Berelson (1954 apud RICHARDSON, 1999, p. 223) a análise de conteúdo “é uma técnica de pesquisa para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”.

O estudo foi realizado atendendo aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, depois de ser aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB. A coleta dos dados aconteceu mediante a autorização dos sujeitos, acontecendo nos dias e horários disponibilizados pelos mesmos. Foi apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, através do qual tomaram conhecimento dos objetivos da pesquisa, garantindo desistência da participação em qualquer momento, se desejassem, sem nenhum dano ou prejuízo moral, pessoal e profissional, bem como, foi-lhes informado acerca do anonimato da divulgação dos resultados da pesquisa, assegurando aos participantes o sigilo das informações confidenciais fornecidas, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

4.3 Perfis dos sujeitos entrevistados durante a pesquisa

Os dados coletados na pesquisa de campo nos revelam o seguinte perfil dos(as) entrevistados(as): no que diz respeito à idade dos profissionais, dos 11 sujeitos entrevistados, dois possuem idade entre 20 e 29 anos, o que corresponde a uma porcentagem de 18, 18%; cinco estão na faixa etária entre 30 a 39 anos, compreendendo 45, 45%; e quatro têm idade entre 40 a 50 anos, que representa 36, 36%.

Dentre esses profissionais, nove são do sexo feminino, o que corresponde a 81,81% e apenas dois do sexo masculino que representa 18,18% dos sujeitos entrevistados. Isso demonstra que o campo da saúde, como espaço de cuidado, é também visto como um ambiente predominantemente feminino, fator que possivelmente pode contribuir com o afastamento dos homens dos serviços de saúde.

Em relação ao nível de escolaridade, verificou-se que um profissional concluiu ensino médio completo, o que corresponde a 9,09%; dois profissionais possuem ensino superior incompleto, referente a 18,18 % e oito profissionais apresentam ensino superior completo, referente a 72, 72% da amostra.

Quanto ao tempo que os profissionais estão inseridos na UBSF pesquisada, constatamos que dois profissionais trabalham de 1 a 3 anos, o que equivale a 18,18%; quatro profissionais exercem suas atividades de 4 a 6 anos, correspondente à 36,36%; três profissionais têm uma atuação de 7 a 10 anos, cerca de 27, 27% e dois profissionais já trabalham há mais de 10 anos, o que representa 18,18%.

No que se refere ao perfil dos usuários, cabe destacar em relação a faixa etária dos mesmos, que três homens possuem idade entre 40 a 50 anos, cerca de 30%; quatro homens encontram-se entre 51 a 60 anos, correspondendo a 40%; um homem está na faixa etária de 61 a 70 anos, correspondente à 10%; e dois homens possuem idade entre 71 a 80 anos, o que representa 20%. Esses dados demonstram claramente que os homens mais jovens não procuram os serviços de saúde com frequência. Os números expressam que apenas depois dos 40 anos é que os mesmos começam a “cuidar da saúde”, ainda que de forma esporádica, como veremos posteriormente.

Quanto ao estado civil dos usuários, identificamos que cinco homens são casados, o que corresponde a 50%; dois convivem em união estável, referente a 20%; um é separado, que

equivale a 10%; um viúvo, que representa 10%; e um homem solteiro, que também representa 10%.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, registramos que quatro homens são analfabetos, o que equivale a 40%; um possui ensino fundamental incompleto, que corresponde a 10%; três concluíram o ensino fundamental, correspondente a 30%; um apresenta nível médio incompleto, que equivale a 10%; e um homem possui ensino médio completo, correspondente a 10%. Não constatamos a existência de homens entrevistados com ensino superior, seja incompleto ou completo. Dessa forma, percebemos que a escolaridade entre os entrevistados ainda é bastante limitada e baixa, aspecto esse que pode influenciar no conhecimento de informações sobre a política de saúde, na busca por direitos e cuidados com a própria saúde.

Quanto à profissão dos mesmos, identificamos que três homens são aposentados, correspondente a 30%; Três não trabalham, perfazendo 30%; um é funcionário público, o que representa 10%; e um prestador de serviço público, representando 10%; e dois homens são autônomos, cerca de 20%.

Dos homens entrevistados, três não possuem renda individual, representando 30%; um homem recebe menos de um salário mínimo, correspondente a 10%; seis possuem uma renda individual de um salário mínimo, cerca de 60%. Como se constata, nenhum dos entrevistados ultrapassou a renda individual de um salário mínimo. Quanto à renda familiar, constatamos que um dos entrevistados possui a renda inferior a um salário mínimo, correspondente a 10%; seis têm como renda familiar um salário mínimo, o que representa 60%; e três possui tal renda em torno de um a dois salários mínimos, referente a 30%.

4.4 A política de saúde do homem na ESF: análise dos resultados da pesquisa

Considerando o objetivo principal de nossa pesquisa, passamos agora a analisar, a partir dos dados coletados, de que forma os profissionais e os usuários do sexo masculino tomaram conhecimento acerca da política de saúde do homem, bem como buscar compreender como essa política vem sendo implementada na Unidade Básica de Saúde da Família do Monte Castelo.

Neste item iremos analisar as concepções e as percepções dos profissionais e usuários acerca dos seguintes aspectos: o conceito de homem, já que isso implica diretamente na forma

como os mesmos percebem e tratam a questão do cuidar da saúde; o que representa a saúde para os homens e se eles cuidam da mesma; a presença dos homens nos serviços de atenção básica; o conhecimento da Política de Saúde do Homem e através de que meios se obteve informações da mesma; como também identificar se essa política vem sendo implementada na ESF e se a mesma tem contribuído para um melhor atendimento dos homens nos serviços de saúde. Buscamos, ainda, identificar como os profissionais de saúde analisam a participação dos homens nos serviços de saúde e, por outro lado, quais as dificuldades e desafios para o acesso e adesão dos homens aos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, buscaremos entender, no contexto pesquisado, as questões que norteiam a saúde dos homens, quais os efeitos que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) tem produzido nos serviços de saúde e, concomitantemente, na vida dos sujeitos público-alvo da mesma.

4.4.1 Percepção dos profissionais e dos usuários acerca do conceito de homem

No que diz respeito à percepção dos profissionais sobre o conceito de homem, podemos destacar diversas tendências e opiniões formadas a respeito dessa questão. Dentre as tendências identificadas, uma delas pode ser ilustrada pelas falas a seguir:

Há, eu acho que ser homem é ser uma pessoa forte, com instinto forte também, mas com algumas dificuldades emocionais e eu acho que é um ser... uma incógnita, digamos assim (Profissional 3).

[...] não existiria a humanidade sem o homem, mas acho o homem mais relapso, assim, não se preocupa com a saúde, ele é mais aquele “Maria vai com as outras”. [...] no geral, ele é, vamos dizer, um ser universal, que também faz parte da vida da mulher como um todo (Profissional 8).

[...] Eu acho que o modelo que nós, inclusive o modelo que atualmente, enquanto usuários do serviço de saúde, ainda é aquele homem machista, que tem resistência aos cuidados. A gente quer um homem que cuide, mas a gente quer que o homem se deixe cuidar [...] (Profissional 10).

Estas falas expressam conceitos atrelados aos atributos e comportamentos tradicionais, ditados por uma sociedade marcada pela cultura patriarcal, que acabam contribuindo para reforçar a dicotomia de gênero masculino e feminino. Nolasco (1997 apud GOMES, 2003), destaca que tomando por base a sociedade patriarcal, meninos e meninas crescem sob a crença de que mulher e homem são o que são por natureza. Assim, as concepções desses

profissionais tendem a colaborar para a legitimação de papéis socialmente atribuídos, a homem e mulher, e para perpetuar desigualdades entre os seres sociais, bem como afastá-los de práticas de cuidado e de um estilo de vida saudável.

Segundo Korim (2001 apud SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005), em sociedades que associam poder, sucesso e força como característica masculina, fazem com que os homens busquem, no seu processo de socialização, um distanciamento de características e atribuições consideradas naturalmente femininas, como: sensibilidade, cuidado, dependência e fragilidade. São, portanto, atribuições simbólicas que afetam diretamente os homens, resultando, muitas vezes em doenças, lesões e mortes.

Outra concepção muito freqüente na nossa sociedade é aquela que explica o ser homem ou mulher privilegiando aspectos biológicos. Essa perspectiva pode ser verificada, em parte, no posicionamento de alguns profissionais entrevistados:

Homem, homem, assim, eu não vejo muita distinção, tanto tem mulher forte como homem forte. Não, é! Porque, assim, o que normalmente se diz é que mulher é o sexo frágil e homem é aquele forte e não, o que vê é que tem mulheres fortes e homens também fortes. [...] são seres humanos iguais, só que um é do sexo masculino e outro do sexo feminino, diferentes apenas nos sexos. Claro, eu acho que tem ainda divergência entre homem e mulher, mas que isso é uma coisa cultural, que vem de muito tempo e que tem que tentar mudar esses conceitos de homens e mulheres. Eu tenho uma visão de seres iguais, deveria ser iguais (Profissional 5).

O que é ser homem? Ser homem é ser uma pessoa do sexo masculino, assim como a mulher do sexo feminino, e como o sexo masculino tem as suas peculiaridades, peculiaridades no sentido de ter, por exemplo, anatomicamente o organismo ser diferente do organismo feminino, ter as suas funções diferentes [...]. No aspecto social e cultural? Eu acho que, eu vejo o homem como um gênero que pode tudo, [...] até pela educação que teve, pela questão de como fomos educados, de como as mulheres são educadas hoje de forma diferente de que é pra cuidar, que é pra criar; o homem é para trabalhar, para prover a casa e isso vem há muito tempo, mas assim, do ponto de vista cultural e social, hoje em dia já acho que existe já uma aproximação maior, uma questão mais junta. Já não existe mais aquela questão de divisão de só o homem nessa coisa, só o homem pode dirigir ônibus, só o homem pode ser taxista, só o homem pode ser piloto de avião. Eu já acho que isso já ta melhorando bastante. Agora culturalmente não, culturalmente eu ainda acho que existe um grande abismo (Profissional 11).

Essas falas balizam explicações em torno do ser homem, utilizando-se da articulação de conteúdos relacionados a aspectos tanto biológicos, quanto culturais. Nessa perspectiva, constatamos que a maioria dos profissionais reconhece que existem diferenças e peculiaridades biológicas, de sexo, reforçadas pelas dimensões culturais, mas ratificam que o ser humano é um só, com os mesmos direitos e deveres. Esta posição, portanto, se diferencia

das denominações tradicionais feitas em torno do ser homem, ao destacar que as desigualdades existentes entre homens e mulheres, são reflexos das construções culturais em torno dos indivíduos e não resultado de uma condição natural e intransferível desses.

A sociedade possui instituições (a família, a escola, a igreja e outros) que contribuem para repassar o padrão de homem e mulher que os indivíduos devem ter, antes mesmo que esses nasçam, bastando que se saiba biologicamente o sexo da criança. Nesse sentido, nas diversas culturas, a educação, as representações e atitudes dos meninos e meninas estão perpassadas por atribuições e oposições entre os gêneros (VELOSO, 2000). A sociedade não apenas transmite tais modelos, como também controla os comportamentos de como devem ser o ‘homem verdadeiro’ ou a ‘mulher verdadeira’, de acordo com as expectativas que se criam, e são passadas de geração em geração e precisam ser aceitas e vivenciadas por todos. Aqueles que não concordam ou se “desviam dessas normas” são considerados pervertidos, não são vistos com bons olhos e correm o risco de serem segregados.

No tocante ao conceito de homem verbalizado pelos usuários, podemos destacar:

Eu acho que o homem é ser forte. [...]. Eu tomo conta da minha vida, da minha “veia”, das outras pessoas da família qualquer uma, as outras. [...] E cuido da minha casa e vivo feliz na minha casa graças a Deus. Quando eu preciso vou no posto e sou bem atendido graças a Deus toda vez [...] (Usuário 1).

Forte, eu acho que o homem é forte (Usuário 4).

A fala dos referidos entrevistados apontam, portanto, para uma concepção tradicional do ser homem, caracterizando-o como forte, robusto, provedor, aspectos entendidos como condição natural desse sujeito, secularmente estabelecida, que remetem a um modelo hegemônico de masculinidade, caracterizado pela compreensão de que o homem: tem autoridade, sobretudo no lar; é autônomo e livre diante dos outros; tem força e coragem e não expressa suas emoções, tampouco chora; é provedor do lar e heterossexual (NASCIMENTO, 1999 apud COSTA, 2003).

Alguns entrevistados sinalizaram outros aspectos significativos para a afirmação da identidade masculina:

Ser homem é preciso ele ter um bom trabalho para ser dono de si, porque senão ele é vagabundo. O homem é um trabalho, é mais para trabalhar, quando tem, quando não tem é vagabundo (rsrsrssrsr) (Usuário 2).

Não, para ser um homem mesmo ele precisa de tudo: ser trabalhador, honesto principalmente e só. [...] É, honesto que é o principal e trabalhar – trabalhador – que o homem precisa (Usuário 3).

Nessas falas, a concepção de homem apresenta estreita relação com o fator trabalho, que pressupõe responsabilidade e o papel de prover da família. Ressaltam a necessidade do homem exercer alguma atividade, seja para o sustento da família, ou para ser considerado “homem de verdade”, senão pode ser visto como “menos homem” ou com menor prestígio social. Trata-se, portanto, de expectativas e atributos gerados pela sociedade em torno do universo masculino, que os reconhecem como de sumo valor e inerentes ao ser “macho”.

Dentre os discursos coletados, constatamos que os entrevistados associam também ao ser masculino valores morais e éticos. Nesse sentido, os indivíduos do sexo masculino devem apresentar caráter, personalidade, educação, além de ser correto, honesto, como também cumprir com seus deveres, assumindo as responsabilidades de um homem, como demonstram os depoimentos abaixo:

Ser homem? Prá mim tem que ter caráter, personalidade, tratar os seres humanos bem, com educação acima de tudo (Usuário 7).

Eu acho que um homem prá mim tem que ser correto, ser honesto, cumprir com seus deveres e assumir a responsabilidade de um homem, principalmente diante de Deus, no casamento, e tudo isso faz parte de um homem [...] (Usuário 10).

Outros homens destacaram que a masculinidade está inteiramente ligada à heterossexualidade e virilidade, o que corresponde ao conceito de masculinidade hegemônica delineada por Veloso (2000), anteriormente mencionado.

Tais aspectos corroboram as análises feitas por Schraiber, Gomes e Couto (2005), que afirmam ser imposto ao homem que ele tenha a sexualidade aflorada e compulsiva, muitas parceiras e o desejo da conquista do outro como afirmação da identidade. Os entrevistados confirmam tal posicionamento com expressões, tais como: gosta de mulher, danado, respeito para se constituírem como homens, como ilustra a fala abaixo:

[...] O homem é o seguinte, gosta de mulher - o travesti é outra coisa - e eu estou com essa idade, tô com 53 anos e onze meses, mas assim mesmo ainda eu sou danado. [...] não faço mais menino, mas sou o mesmo homem (Usuário 5).

Convém destacar que entre os usuários entrevistados, verificamos certa dificuldade de definir o ser homem, principalmente para aqueles que possuem baixas ou mesmo nenhuma escolaridade. No entanto, de forma geral, para estes sujeitos, o foco das idéias de ser homens

são representações pautadas na dicotomia de homem e mulher existentes no cenário social baseada no padrão de masculinidade hegemônica.

Diante das falas dos usuários entrevistados, podemos constatar que as concepções apresentadas permeiam dois terrenos distintos, e que, ao mesmo tempo, se complementam e divergem. De um lado, o homem de verdade é “danado”, deve ter sua sexualidade desenfreada, e de outro, o homem deve ser honrado, transparecendo para a sociedade sinais de prestígio e honestidade. São, portanto, fatores, que legitimam o lugar de poder e autonomia destinada aos indivíduos do sexo masculino (MACHADO, 2004).

Embora saibamos que há diferenças do que é ser homem e ser mulher no tempo, no espaço e no interior das classes sociais, como destaca Jablonski (1995 apud GOMES, 2003), os atributos masculinos tradicionais alcançam, até os dias de hoje, um amplo terreno social e cultural, geográfico e temporal de longa duração. Condição essa, que podemos identificar nas falas, pois há tanto usuários como profissionais entrevistados, que se utilizam de conceitos tradicionais ligados a “poder”, “agressividade”, “ser forte” e “provedor” para fixar (pré) conceitos e demarcar as identidades masculinas.

No entanto, os conceitos de homem não podem ser tomados como fixo, universal e auto-explicativo. Vivemos numa sociedade dinâmica e, assim, as masculinidades não constituem uma categoria isolada, ela é envolvida por relações de gênero, raça/etnia, classe social, relações essas que vão fomentar a forma como essas masculinidades vão ser construídas e percebidas na sociedade (CONNELL, 2003 apud COSTA, 2003).

4.4.2 O conhecimento dos sujeitos da pesquisa acerca da política de saúde do homem e da sua implementação

Como discutimos nos capítulos anteriores, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que traduz um desejo da sociedade e reconhece que os agravos acometidos ao sexo masculino constituem sérios riscos à vida desses sujeitos, devendo, portanto, fazer parte da saúde pública, de forma a propiciar um aumento da expectativa e qualidade de vida, através da prevenção, promoção e recuperação da saúde voltada a esta parcela da população.

Considerando estes propósitos e os objetivos da nossa pesquisa, nos voltaremos para análise do conhecimento dos sujeitos da pesquisa acerca da política de saúde do homem e dos

meios através dos quais estes tiveram aproximação com a mesma. Os (as) profissionais entrevistados(as) se pronunciaram da seguinte forma:

É... pela mídia também, internet e também a gente recebeu alguns cartazes da Secretaria de Saúde sobre a política de saúde do homem e teve curiosidade e buscou na internet, essas coisas, mas nós não tivemos nenhum treinamento. O conhecimento que agente adquiriu foi por iniciativa própria. [...]. [quanto à importância da política] Eu acho que é válida, tem que procurar buscar realmente o homem porque todo ser humano tem que ter cuidado e o homem não poderia ficar de fora, a gente tem muitas políticas de saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, então assim, o homem estava ficando a margem. Então eu acho que deveria ter realmente uma posição, apesar que a gente ver que está só no papel, não tem nada de concreto, a gente não está vendo nada ainda funcionando (Profissional 5).

Eu conheço no geral, não conheço detalhes. Eu acho que eu tomei conhecimento através da Secretaria de Saúde mesmo, através do PET⁷ [saúde] no caso. [...] através de internet vai lendo e vai buscando uma coisa. [...] O que eu conheço é isso, não sei detalhes a fundo, mas eu sei que um dos maiores interesses é exatamente a prevenção das doenças que podem ser prevenidas e a busca por esse pessoal para que não só mulheres, não só crianças venham e sejam bem vindos à unidade de saúde da famílias, mas os homens também (Profissional 11).

Pela mídia, informes, folders, cartazes, mas, assim, um projeto mesmo, certo, do que está sendo feito para isso, eu ainda não tenho conhecimento. [...]. As pessoas que entendem e concordam que o homem precisa ir à unidade básica, precisa de cuidados concorda totalmente com aquilo e entende; o homem difícil está vendo aquilo como um comercial qualquer, está vendo aquele cartaz como um cartaz qualquer, então para ele não vai atingir ele e ai tem que ser diferente, tem que ter a busca ativa para esses pacientes [...] ainda não teve, nem assim, para apresentar formalmente o projeto, só sabe que ele existe e que chegou o edital dizendo que fizesse a conscientização a respeito (Profissional 3).

Conforme os pronunciamentos, dos(as) profissionais entrevistados(as), estes conhecem a política de saúde do homem de forma incipiente, através da leitura de alguns documentos do Ministério da Saúde por meio da internet, materiais informativos que chegam a UBSF, televisão e jornal, ou seja, basicamente por iniciativas próprias. Até o período de realização da pesquisa, os profissionais não haviam tido nenhuma apresentação oficial da

⁷ O PET- Saúde (Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde), busca promover a integração ensino superior-serviço na reconstrução de novas práticas para as Equipes de Saúde da Família de Campina Grande-PB, que visem o cuidado integral e humanizado no âmbito da atenção básica.

política, ou curso de capacitação sobre a temática, através da Secretaria de Saúde ou outros órgãos.

Apenas um profissional afirmou textualmente não conhecer a política, mas mesmo os que afirmaram conhecê-la, em sua maioria, expressam que não é de forma aprofundada e detalhada. Estes profissionais até compreendem o centro da discussão da política, como expressam as falas dos entrevistados 5 e 11, mas fica claro que esta ainda não faz parte do seu cotidiano profissional, portanto, não conseguem visualizar a efetivação e resultados dessa política na UBSF, menos ainda na sociedade como um todo.

Ainda nesse âmbito, somente dois profissionais expressaram ter conhecimento ou mesmo uma aproximação mais efetiva com a política:

Bem, conheço sim a saúde do homem, eu já havia conhecido através da Revista Radis. E no início desse ano [2010] eu fui convidada a participar do programa PET-Saúde da Família, onde estamos trabalhando justamente a questão da Política Nacional de Saúde do Homem, então através agora, além do pouco conhecimento que eu tinha, agora juntamente com as universidades da cidade, estadual e a federal, juntamente com a Secretaria de Saúde, tem estudado bastante essa temática e estamos tentando implantá-lo [...] Com certeza, era um déficit que a saúde estava com relação aos homens, até porque, assim, por mais que se coloque: Saúde da Família, o homem já estava incluído, mas era uma inclusão não visualizada, até porque percebia claramente em visitas domiciliares, na própria atenção da unidade, na estrutura da unidade, na decoração que é mais uma decoração feminina, nas visitas que se dirigiam mais a figura da mulher. Existem programas para todas as classes: crianças, mulheres, idosos. O homem estava inserido, mas dentro desse caos, não existia nada direcionado especificamente para o homem, embora que a política é de saúde da família e ele estava inserido desde o início (Profissional 9).

[...] vem sempre os informes e de boca e de escutar e da instituição mandar, da própria secretaria de saúde mandar folders, pela própria internet. E que por enquanto, a sensibilização está sendo feita na busca ativa desses homens, vamos convencê-lo a procurar os serviços de saúde e se cuidar. Eu acho que é um passo importante, acho extremamente interessante. É uma falha, tá certo, que eles querem ser cuidados, só espero que o sistema tenha condições de dar as respostas, porque infelizmente, até agora não. É, lança a política e tchau e a gente fica na mão. Quando a gente resolve abraçar a política não tem muita resposta para dar. Pois é, a gente faz, na verdade não agora, a gente faz há cinco anos o tema sobre prevenção de câncer de boca e desde esses cinco anos, a gente sabia que o índice de alto risco de câncer de boca acometem homens, normalmente na faixa etária de 40 até 60 anos quem tem os vícios de fumar e beber e são aqueles homens que tem a boca menos cuidada [...] (Profissional 10).

Nesse sentido, as falas revelam que estes(as) profissionais conhecem a política a de saúde do homem de forma mais detalhada, demonstrando leitura sobre a temática, através de revistas, internet e outros meios de comunicação. A entrevistada 9 ainda sinaliza, que trabalha

num projeto com alunos, que trata dessa política através do PET- Saúde da Família, buscando também implementá-la em um das unidades que trabalha.

Cabe destacar que embora a ESF vise contemplar a família como um todo, o homem não era ou é sujeito prioritário do atendimento à saúde, ou mesmo possuíam ações, planos, projetos, campanhas, e propagandas voltados especificamente para esse segmento social, como têm exclusivamente para mulheres, idosos e crianças nas unidades de saúde (FIGUEIREDO, 2005).

Além disso, os próprios profissionais de saúde também tendem a direcionar os atendimentos para o público feminino, fator esse que tem ligação direta com a concepção de que cabe a mulher cuidar de si e de terceiros e que o homem não faz parte ou mesmo não se interessa por questões de saúde, reflexo, pois das construções de gênero criados socialmente e culturalmente. Vale destacar também que o projeto desenvolvido pela dentista, embora esteja em consonância com a política de saúde do homem, não foi decorrente dela, foi uma iniciativa anterior a esta.

Quanto ao conhecimento dos usuários entrevistados sobre a política e sua implementação, destacam-se as seguintes falas:

É, do rádio. Eles ficam falando que, chamando os homens para estarem fazendo... [...] Dando os conselhos para a gente ir (Usuário 2).

Sei! É prá procurarem, são chamados, mas sempre quem comparece mais é as mulheres do que os homens. [...] Primeiro na unidade de saúde onde eu trabalho, lá tem o dia, na terça-feira à tarde é a saúde do homem [é o PET-Saúde] (Usuário 7).

Através da televisão eu vi eles falando” (Usuário 9).

Com certeza! Muito importante, principalmente porque tá mostrando prá gente que a gente deve se preocupar e ir também.[...] [conheço através] da TV (Usuário 10).

De acordo com os dados empíricos apenas três, dos dez homens entrevistados, afirmam não conhecer a política, quatro conhecem apenas por ter visto a respeito na televisão (como ilustra a fala do usuário 9) e uma minoria expressa compreender um pouco mais o propósito da mesma, para além de apenas ouvir falar através dos meios de comunicações, como mostram as falas dos usuários 2, 7 e 10.

Assim, identificamos o ínfimo conhecimento dos usuários acerca da PNASH, visto que mesmo os entrevistados que afirmam conhecer a política expressam uma compreensão superficial a respeito. O que prevalece é o desconhecimento sobre a política, revelando a pouca disseminação e efetividade da mesma.

No que diz respeito à implementação da política de saúde do homem, com a realização de ações efetivas e concretas em consonância com seus princípios e diretrizes, alguns profissionais entrevistados(das) consideram que a mesma vem sendo efetivada na UBSF:

Eu acredito! Eu acredito que vem. Através desse controle de prevenção ao câncer [de boca], através de algumas atividades que faz na comunidade, nas escolas, nas visitas domiciliares. Eu acredito que tem conseguido implementar sim, nessa questão de conscientização (Profissional 1).

Dentro do possível sim, ultimamente fez...teve uma prevenção, o projeto da dentista que ela sempre, todos os anos, ela busca trazer os homens, principalmente aqueles quem tem algum risco de te câncer de boca. Então ela traz esses homens para a unidade, faz a prevenção [...] Quando ela percebe alguma anormalidade ela agenda consulta. E esse ano aproveitou, pegou essa demanda e solicitamos exames, fizemos a consulta individual com cada homem e normalmente eles eram alcoólatras ou tabagistas e ai já pedia tudo raio-x, fez toda prevenção dele [...] (Profissional 5).

Vem! Assim, por parte da equipe em relação à informação, conscientização. O que pode fazer nas reuniões de hipertensos, de diabéticos, de gestantes, na sala de espera, está sempre repassando, mostrando. A dentista, também, está fazendo um trabalho muito bonito [...] estão implementando a questão da saúde do homem. Essa política de saúde do homem ela está sendo positiva no bairro do monte castelo. Está começando a ver com outros olhos e tem que realmente avançar um pouco, criar algum sentido, na verdade, para poder trazê-los ao PSF, porque se você deixar eles [...] eles também não vem (Profissional 8).

Com relação ao aspecto abordado, é possível observar que alguns profissionais afirmam que a política de saúde do homem vem sendo implementada, sobretudo através do projeto de prevenção do câncer de boca, como iniciativa do setor da odontologia, além de informação e conscientização feita com os usuários.

Entretanto, cabe destacar que tal projeto de prevenção do câncer de boca foi criado e desenvolvido anterior a implantação da Política de Saúde do Homem e continua a ser realizado, apenas houve certa ampliação da mesma, porque antes, as atividades se concentravam apenas no âmbito odontológico e a partir do incentivo da nova política, outros profissionais, como o de enfermagem e medicina estão sendo sensibilizados para a busca ativa dos homens junto com os Agentes Comunitários de Saúde, como expressa a fala abaixo:

Partiu da odontologia. Eu acho que a partir desse projeto, certo. Quando ele surgiu, já foram feitas outras abordagens, assim, em relação a esses homens, justamente pelo trabalho interdisciplinar que a gente faz. Quando a gente vê esse homem, começa a porta de entrada no saúde bucal, que a gente observa algo a gente já encaminha para os outros colegas também para fazer essa abordagem, então termina sendo algo natural até, assim,

vem sendo trabalhada até acho de forma não oficial [...] anterior à política e de forma, numa prática lenta eu acho, mas que para gente o que importa é o que, faz não esses slogans todos de saúde (Profissional 10).

No entanto, outros (as) profissionais apontam que a PNAISH não vem sendo efetivamente realizada no cotidiano da ESF, ponderando alguns motivos para que isto aconteça:

Eu acho que a partir do momento que ela não é amplamente divulgada e que não tem esse conhecimento para passar para o usuário, conseqüentemente isso vai afastar, não vai conseguir fazer o que a política preconiza [...] Então, eu acho que não está sendo exercida dentro da UBSF, por essa questão de que sabe que existe, mas não sabe como aplicar. O máximo que pode fazer é durante as nossas visitas, eu como ACS, em particular, eu falo por mim, é incentivar os homens a vir [para a UBSF] para estar cuidando da saúde, para que qualquer problema não se torne um problema irreversível. É isso, o máximo que pode fazer, por ora (Profissional 4).

Não, nesta unidade eu estou achando que está deficiente [...] [mas] todos os anos a nossa dentista ela faz uma busca ativa do câncer bucal nos homens fumantes e que bebem [...]. Então a gente [profissionais e estagiárias de medicina] bolou o seguinte, já que esses homens todo ano vêm e já estão acostumados a virem para buscarem a saúde bucal, então pegar esses homens e procurar nele fazer uma revisão, fazer todos os exames, todas as taxas e lógico próstata, a dificuldade [...] Tudo muito bonito, só que, quando chega para marcar os exames, a dificuldade [...] Então, um projeto que tinha tudo para dar certo e que tem a ver com saúde do homem e que inclusive nem trabalhar no projeto não trabalha, mas coincidentemente teve, tem esse câncer bucal da dentista que faz só com os homens, então termina se envolvendo e uma coisa chama outra. [...] As políticas ainda estão só no papel [...] (Profissional 11).

Dessa forma, tais profissionais expressam que a implementação da política de saúde do homem ou ainda não aconteceu ou está bastante tímida e defasada, por vários motivos: a política não tem sido amplamente divulgada; os profissionais não tiveram nenhuma capacitação ou mesmo informações mais detalhadas que possibilite o desenvolvimento de ações mais específicas com os homens, em consonância com o que preconiza a política de saúde do homem.

Os(as) profissionais também destacam a dificuldade de fazer um trabalho continuado e intersectorial, já que embora seja feito atendimentos na unidade básica de saúde, há bloqueios na resposta de outros setores responsáveis pela continuidade do trabalho, a exemplo da Secretaria de Saúde, entre outros órgãos. Como conseqüência desse quadro, os profissionais revelam que diversos homens gostariam de se cuidar, mas acabam não encontrando o espaço e resolutividade para suas demandas

A realidade vivenciada na UBSF do Monte Castelo reflete, portanto, o que mostram alguns estudos, como o de Schraiber, Gomes e Couto (2005) ao destacarem que além das amarras culturais, os serviços de saúde também são considerados poucos aptos para absorverem as demandas apresentadas pelos homens, pois suas organizações não estimulam o acesso dos mesmos e as próprias campanhas públicas não se voltam para esse segmento.

4.4.3 Contribuições da política de saúde do homem

No tocante às contribuições da política de saúde do homem, os profissionais demonstraram os seguintes posicionamentos:

Eu acho que tem contribuído para orientação e para alertar os profissionais e as famílias orientadas na necessidade da busca do homem, da procura do incentivo do homem procurar o posto de saúde. Eu acho que como objetivo, como projeto para atingir diretamente o homem ainda está recente, mas pelo menos, é como eu estou dizendo, já dá uma alerta tanto nos profissionais para buscar esses homens quanto na família nos mais orientados também, empurrar esses pacientes à unidade para começar a se prevenir (Profissional 3).

Pode ver [...] até mesmo nós profissionais, as vezes negligenciava mesmo a assistência ao homem, aí depois da política...alertou para está buscando esses homens para a unidade (Profissional 5).

Eu diria que ela é uma sementinha, então essa sementinha está sendo adubada, em alguns locais e que a gente espera é que dê frutos profundamente. Não pode avaliar como esse processo vem se dando no momento, porque ainda está preparando a terra, adubando, para que realmente essa sementinha ganhe suas raízes e aí possa se desenvolver (Profissional 9).

Esse entendimento evidencia que para os(as) profissionais entrevistados(as), a PNAISH tem contribuído para que sensibilizar os homens sobre a importância de cuidar da saúde. Além disso, explicitam que a tem incentivado tanto usuários, quanto os profissionais, bem como as famílias, para a necessidade de estimular os homens a cuidarem mais da de si, além de possibilitar orientações e conscientização dos profissionais para o desenvolvimento de ações direcionadas a este público, de modo a instigá-lo a procurar os serviços de saúde. Contudo, vale salientar, que a política ainda é recente para apresentar resultados amplos, como sugere a fala 9.

Dentre os(as) profissionais entrevistados, também há aqueles que consideram que ainda não é possível nenhuma contribuição efetiva da política, como podemos ilustrar:

Olha, eu não percebo de forma tão visível essa mudança não, eu acho que - porque eu já tenho dois anos e três meses como ACS - essa política está sendo mais difundida nesse último ano que a gente viu as publicidades [...] e tem os cartazes, mas eu acho que tão somente isso, não trouxe o homem para o PSF ainda não, tem que haver um replanejamento nessa política para se tornar mais efetiva [...] porque só a publicidade, pode trazer um ou dois, mas tipo não vai trazer uma quantidade massiva de homens para as UBSFs (Profissional 4).

Olhe, na prática não, eu estou sentindo na pele que embora tenha departamento específico de saúde do homem, na prática eu precisei especificamente dessa política até como instrumento de colocar, de avançar nesses cuidados de homens da minha unidade eu não obtive esse retorno, então cadê a política? Estou atrás dela para me salvar que eu ainda estou aí com meus homens aí precisando (rrrsrr) (Profissional 10).

Conforme os pronunciamentos, pudemos verificar que profissionais sinalizam que não percebem visíveis e relevantes contribuições da política, pois esta não tem propiciado a adesão e estímulo dos homens irem à unidade de saúde. Ainda ratificam que apenas a publicidade e parca divulgação nos meios de comunicação não vai fazer a política ser efetivada. É preciso criar condições para que a mesma seja efetivada, uma vez que muitas dificuldades para a sua concretização decorrem de um problema de gestão.

Em relação aos usuários podemos inferir, com base nas entrevistas concedidas por aqueles que afirmam conhecer a política de saúde do homem, que esta vem sendo desenvolvida de forma lenta e sem contribuições significativas, como ilustra a fala abaixo:

Olhe, de vagarzinho eles estão chegando [se referindo a procura dos homens pelo serviço de saúde]. Eles estão chegando, de vagarzinho, mas estão chegando. Pouco, tem dias que é uns cinco, tem dia que é uns seis aí às vezes tem menos, às vezes tem mais e assim vai. Mas sempre eles estão procurando (Usuário 7).

Quanto à percepção dos usuários relativa às contribuições da política de saúde do homem constatamos, de um modo geral, a dificuldade dos mesmos de emitir uma opinião a este respeito. Consideramos que isto se deva principalmente ao fato dos entrevistados não conhecerem a política, ou terem informações superficiais apenas através dos meios de comunicação, o que os deixam sem parâmetros para avaliar se tal política tem possibilitado melhoria no atendimento e qualidade dos serviços para esse público. Todavia, tal fato também

implica que, se estes sujeitos, público alvo da política, nem sequer a conhecem ou foram alcançados por seus eixos de ação, a mesma não vem sendo efetivada amplamente na unidade de saúde pesquisada.

4.4.4 O cuidado dos homens com a saúde

Como vimos discutindo nos capítulos anteriores, vivemos numa sociedade em que não é muito comum o homem cuidar-se, assim como buscar os serviços de saúde. Isso pode ser associado à própria cultura que sempre relacionou a questão do cuidado ao universo feminino, enquanto que a parcela masculina da população não foi orientada a ter tal comportamento.

No documento da política de saúde do homem, é sinalizado que o grande desafio é mobilizar este público para cuidar da sua saúde. No tocante à questão do cuidado dos homens com a sua saúde, alguns profissionais que participaram da pesquisa se pronunciaram da seguinte forma:

[...] raramente eles vêm à unidade porque eles não querem ficar esperando, eles querem ser atendidos de urgência, então eles só procuram mais quando estão doentes. Então, no nosso caso, como a gente trabalha com a prevenção básica, com o âmbito da doença, com prevenir doença, então assim, o número de homens é bastante reduzido por isso, talvez pela questão deles querem demonstrar que são fortes e, assim, eles só, assim, dão o braço a torcer quando já estão doentes [...] aqui na unidade de saúde é reduzida de demais essa quantidade de homens (Profissional 3).

Os homens, em geral, eles não ligam muito para cuidar da saúde. Eles se sentem, eles só procuram a unidade quando ele está realmente sentindo alguma coisa e isso é uma coisa cultural que, agora assim, quando ele envelhece um pouco, percebe que, por exemplo, o hipertenso ele já vem mais à unidade, ajeita a consulta e ele já vem. Mas, assim, o homem adulto jovem ele dificilmente vem, a não ser que ele sinta algum sintoma [...] (Profissional 5).

As falas demonstram que os homens cuidam da saúde em situação limite, ou seja, só procuram os serviços de saúde quando já estão doentes ou necessitam de tratamentos para doenças crônicas, se negando, pois a um atendimento e cuidado preventivo. Além disso, constatamos nos discursos que os homens também não se cuidam porque não tem paciência de esperar pelo atendimento, achando até que é perda de tempo, e que podem ser

prejudicados. Desse modo, eles preferem procurar alternativas rápidas e pontuais, como a automedicação, ou orientada por algum farmacêutico.

Verifica-se, portanto, uma tendência apontada em estudos como o de Pinheiro et al (2002 apud GOMES, 2003) que indicam a prevalência da presença masculina nos serviços emergenciais, a exemplo das farmácias e pronto-socorro, porque estes responderiam mais objetivamente e rapidamente às suas demandas.

Essas práticas de não cuidado são reflexo da cultura, como mencionamos anteriormente e é destacado na entrevista 5, ou seja, das construções e imposições de papéis atribuídos aos homens através da sua socialização. Uma vez que os homens são educados para demonstrar que são fortes, o não se cuidar ou não procurar os serviços de saúde constituem prova da sua masculinidade e invulnerabilidade.

Verificamos que outros aspectos são ponderados na opinião dos profissionais acerca dos homens cuidarem ou não da saúde:

[...] alguns homens até se cuidam, onde tem sempre uma mulher para cuidar dele. [...] até pela conotação sociocultural, o homem [...] se sente, até certo ponto, diminuído na sua masculinidade se ele tiver que cuidar da saúde, é como se fosse uma forma de fraqueza.[...] Eu vejo assim, a questão do cuidado do homem, dele não se cuidar - além da questão cultural - o próprio acesso às unidades de saúde que dificulta. Como pela constituição dele, a questão cultural, ele não tem a mesma paciência que a mulher tem de aguardar e esperar. Mulher espera tudo, espera nove meses, espera no cabeleireiro, espera em filas [...]. Já o homem, a paciência dele é mínima, ele é mais imediatista. Então, enquanto não mudar a forma de atenção, de acesso, serão ainda poucos os que vão vir cuidar da saúde e dar continuidade a ela (Profissional 9).

Acho que não! [...] a gente não pode dizer que é por falta de informação [...] a gente tem aí a televisão, o rádio, jornais e os postos de saúde, tem os agentes de saúde todos os dias nas portas levando informações, então temos uma equipe [...] acho que é questão mesmo da formação, [...], aquela questão conservadora, da cultura que ele foi inserido, [...] porque o homem foi criado para ser macho: “macho não chora”, “macho não faz exame”, “macho não vai para médico”, acho que é questão mesmo cultural (Profissional 8).

Esse entendimento nos permite identificar que a construção das masculinidades torna-se fator impeditivo dos homens cuidarem de si. As falas acima reafirmam a questão cultural, apontando ainda para o preconceito do homem de ir aos serviços de saúde, o que envolve medo e vergonha, pois podem comprometer sua imagem social, e colocar em xeque a sua masculinidade. Muitas vezes os homens choram, adoecem afirmam terem sentimentos, mas quase sempre dentro de ações sigilosas. Desta forma, o sexo constitui referencial para

determinadas normas e espaços, que são separados dicotomicamente em masculinos e femininos e corroboram com o aumento do índice de morbimortalidade dos homens (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Um aspecto que vale destacar na entrevista 9 é a menção às condições de acesso e atendimento nos serviços de saúde, ao apontar a necessidade de mudança na forma de atenção. Não basta informação, pois como afirma o(a) profissional 8, a baixa procura dos homens aos serviços de saúde não pode ser associada a falta desta. O desafio passa, portanto, pela formação, pela construção de novas concepções e práticas nos serviços de saúde, na família e na comunidade, como nos indica a fala abaixo:

Na verdade eles não sabem nem como se cuidar, [...] Eles querem ser cuidados, mas assim, quando começa a abordar é que começa a investigar que tem muito que eles poderiam fazer por eles mesmos e que eles são negligenciados de uma forma geral. Então, profissional de saúde, eu acho que muitas vezes vai para uma visita domiciliar e se ocupa em tratar das informações só com aquela mulher, nem sequer, muitas vezes, convida aquele homem para ficar lá, porque a nossa formação é formada para aquela história de que o homem não tem paciência, quem disse que aquele homem que tá lá no canto dele não quer escutar, então, eu acho que tem que serem revistos muitos conceitos (Profissional 10).

Tal compreensão demonstra que os homens além de não serem ensinados a cuidarem da sua saúde, reflexo das construções de gênero, estes também são negligenciados pelos profissionais de saúde. Boa parte dos profissionais dessa área possui uma formação acadêmica restrita, pautada ainda no modelo biomédico, que acaba contribuindo para perpetuar as desigualdades e superposição de um sexo sobre o outro como se fosse natural, e nem se quer considera os homens como sujeitos a serem abordados e ouvidos.

Dessa forma, muitos profissionais da área da saúde não conseguem visualizar os usuários como sujeitos de direitos e culminam em tratar de patologias em detrimento de cidadãos, realizando ações focalistas, pontuais, curativas, emergenciais e fragmentadas, voltadas para o público pobre, reflexo da tendência neoliberal de governo (TEIXEIRA, 2001).

Além disso, cabe destacar que um dos princípios fundamentais da atenção básica que contribui para uma prática ampliada em saúde é a interdisciplinaridade, entretanto, verificamos que há uma dificuldade de se trabalhar na ESF dentro de uma perspectiva interdisciplinar, predominando, dessa forma, uma prática individualizada, não permitindo, assim, obter uma visão da totalidade das diversas realidades postas na sociedade, que possibilite ir além do visível, da atenção focal e de planejamentos normativos e institucionais.

Ainda acerca dessa questão do cuidado, é importante destacar os posicionamentos dos usuários a este respeito:

Cuido, graças a Deus eu cuido da saúde. Vou ao posto. Toda vez que precisar eu vou. Todo mês eu vou ao posto. [...] É mais da alergia que eu tenho no corpo (Usuário 1).

Às vezes, mas cuido. [...] Porque fico bebendo. Bebo! Bebo, fumo (Usuário 2).

Não cuidava não, tô cuidando agora. [...] É sobre uns problemas que eu tive – besteira – mas eu fiquei com medo de morrer. [“E o senhor costuma ir ao posto de saúde?”] Não. Só quando tem precisão. Quando estou doente (Usuário 3).

Cuido. E agora é que eu vou cuidar direito. Porque precisei. Não, diz que eu tô com próstata crescida, aí vai ver no que vai dar [...]. Eu vou mais prá pegar esse remédio, que eu sou hipertenso, tem problema de pressão, somente e vou quando tenho um problema desses (Usuário 6).

É, que antes não tinha, mas agora eu tô tendo. [...] antes eu não cuidava, agora eu tô me cuidando [...] de vez em quando eu já estou no posto é para verificar a pressão.... E tudo me incentivou através do posto mesmo. Hoje se eu cuido da minha saúde bucal [...] por quê? incentivo delas “vai cuidar de sua boca e coisa e tal” aí eu passei e fui. E hoje eu tô indo e topando tudo [...] às vezes quando não consigo um remédio, ou acho que não fui bem atendido Deus me ilumina pra dizer o ponto chave, enquanto eu não receber o remédio eu vou falar com fulano [...]. Aí eu digo, “eu quero meu remédio”, mas só pra mim não, pra comunidade toda eu não tô reivindicando não é só pra mim, aí chega, entendeu [...] quando eu tô vendo que eu tô sendo prejudicado a primeira coisa que eu faço é denunciar, não no interesse só meu, de todos (Usuário 10).

Os pronunciamentos dos entrevistados confirmam o que os profissionais apontaram, já discutido anteriormente: que os homens cuidam da saúde de forma esporádica e curativa. O discurso dos usuários apresenta uma clara contradição, ao dizer que cuidam da saúde, no entanto, observa-se que esse cuidado é feito de forma casual, pois a maioria desses vão ao posto de saúde porque já estão doentes e quando o fazem é para questões pontuais como pegar remédios, quando são portadores de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes, ou solicitar exames, a exemplo de hemogramas completos, taxas de glicemia e outros. Verifica-se, portanto, que esses homens só começaram a cuidar da saúde quando passaram a ser portadores de doenças crônicas, atestando que a prevenção não faz parte da prática cotidiana destes homens.

A fala do usuário 2 revela outro agravante da sua saúde dos homens, causado pelo uso de fumo e álcool, que também se tornam empecilhos, para que esse segmento social possa exercer práticas de auto-cuidado sistematizada e preventiva. No que diz respeito ao

tabagismo, de acordo com Brasil (2008b) os homens usam cigarros com maior frequência que as mulheres, levando-os a desenvolverem precocemente doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares, doenças bucais, e outras, resultado do uso contínuo de cigarro.

De acordo com Schraiber, Gomes e Couto (2005), embora nos últimos anos a tendência de fumar tem aumentado entre mulheres, o hábito de fumar e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, é mais prevalente entre os homens, refletindo-se diretamente nas taxas de mortalidade, demonstrando que os comportamentos ditados pela cultura incidem profundamente nos processos de morbi-mortalidade.

Vale também ressaltar a fala do entrevistado 10, que sinaliza a importância do estímulo dos profissionais em relação ao cuidado para com a saúde e a conscientização de que não basta cuidar de si, mas também buscar seus direitos na unidade básica de saúde, como também lutar pelos direitos para toda a comunidade.

Ainda referente à questão, apenas um homem afirmou claramente não cuidar da saúde, já que o mesmo possui hábitos que não condizem com um estilo de vida saudável, como podemos ilustrar:

[...] não cuido porque fumo, de vez em quando bebo, quer dizer que eu não estou cuidando. Principalmente, não é nem a bebida, que eu não sou viciado, é o cigarro, quer dizer que eu não estou cuidando. [...] de vez em quando eu vou [a UBSF]. Tô indo mais agora é, sobre o meu tratamento de saúde. Do pulmão. [...] mas os homens não vão. Eu vou lá [na UBSF], chego só vejo mulher, os homens não vão não. E a maioria trabalha, mas com tudo isso, devia tirar um tempinho, principalmente eu que – eu só vou lá que é prá tomar esses remédios, se não.... (Usuário 4).

Verificamos, portanto, que profissionais e usuários visualizam que os homens, de uma forma geral, cuidam pouco da saúde, por diversos motivos: questão cultural; medo; vergonha; não ter paciência de esperar; receio de ser visto como menos homem; de demonstrar suas necessidades, etc. Ou, quando procuram é porque o problema já está num estágio avançado e precisa de um acompanhamento mais sistemático.

Estas constatações revelam, portanto a necessidade e a importância da política de saúde do homem. De acordo com o documento da PNAISH (BRASIL, 2008b), estudos comparativos tem revelado que os homens são mais vulneráveis às doenças do que as mulheres, sobretudo no que diz respeito à doenças crônicas e graves, conseqüentemente morrem mais cedo, ainda assim os homens não vão aos serviços de saúde frequentemente. Parcela significativa da população masculina quando procura se cuidar, segue primeiro pelo

caminho da atenção ambulatorial e hospitalar de alta e média complexidade, que agrava o índice de morbi-mortalidade pela busca tardia de práticas de cuidado.

Além das questões mencionadas anteriormente, Carrara, Russo e Faro (2009) destacam que, diferente da mulher que para conseguir conquistar seu espaço, seus direitos teve que lutar para demonstrar seu potencial, para então ser protagonistas de suas demandas, inclusive de saúde, com os homens o processo é inverso. Uma vez que a PNAISH busca “politizar e sensibilizar os homens para o reconhecimento e a enunciação de suas condições de saúde, para que advenham sujeitos protagonistas de suas demandas, consolidando seu exercício e gozo dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2008b), o protagonismo dos homens, neste contexto, implica justamente em assumir sua vulnerabilidade.

Muitas vezes os homens são apresentados apenas como vítimas de sua masculinidade, não negamos que isso também ocorra, porém esse não deve ser o cerne da questão, mas inserir o homem num contexto social como um todo. Desta forma, debater como a cultura e as relações de gênero contribuem para as relações de poder presentes na sociedade e as imposições sociais nas formas de ser e agir, é de fundamental importância. Isto implica que a política precisa romper com o discurso paternalista e vitimizador que oculta, mais do que revela, as questões implícitas da saúde do homem, colocando-o muitas vezes como “responsável” por transformar o seu quadro de saúde, esquecendo que esta questão é perpassada por diversos fatores complexos (de gestão, de administração, de estruturação dos serviços, cultura, etc.) (ARILHA, 1998).

4.4.5 Dificuldades e desafios ao acesso dos homens aos serviços de saúde

No que diz respeito aos obstáculos e desafios ao acesso dos homens aos serviços de saúde, podemos destacar os seguintes argumentos dos(das) profissionais:

Eu acho que existe principalmente a questão do tempo, pela questão do trabalho, que eu acho que as empresas, principalmente, deveriam dar condições para esses homens - já que eles não têm tempo de procurara à unidade de saúde, eles terem acesso à saúde nas empresas. E eu acho que estes são os desafios dessa questão da saúde do homem, pelo trabalho (Profissional 1).

É, ai vou ter que voltar aquela questão de gênero. O homem se sente responsável pelo sustento da casa, aí ele trabalha durante o dia todo, a maioria não, muitos estão desempregados, mas basicamente é isso eles

trabalham e não tem tempo de vir à UBSF porque a UBSF funciona em horário de trabalho, em horário comercial e os homens trabalham nesse horário. Então como associar, relacionar esses horários?! Também pode ser uma dificuldade, uma barreira imposta pelo sistema de saúde do PSF em si, os hospitais estão abertos, mas hospital não é de prevenção. [...] Eu acho que os principais problemas é essa questão da incompatibilidade de horário para eles estarem procurando a UBSF e pela questão natural mesmo, eles não se preocupam muito com a saúde, é isso (Profissional 4).

É porque eles são muito machistas, com algumas exceções; às vezes o tempo do trabalho não deixa; às vezes também se acomoda. [...] porque tem pessoas que eles não tem [condições financeiras] aí se faltar no trabalho aí tem medo de serem colocados para fora já que a situação financeira não é boa aí tem um monte de filhos, aí isso tudo pesa; aí tem a questão do medo, eles tem medo de virem ao posto [...] (Profissional 7).

Estas explicações nos levam a perceber que esses entrevistados compreendem o fator trabalho como uma barreira para os homens irem aos serviços de saúde, pois a condição de provedor é uma função socialmente e culturalmente atribuída aos sujeitos do sexo masculino que os colocam na posição de responsáveis pelo sustento da família. Trata-se de uma questão complexa que envolve questões culturais, estruturais, econômicas e até mesmo de gestão de saúde que interferem nas práticas de auto-cuidado.

Nesse sentido, esses profissionais comungam da idéia que o fator tempo – trabalho dificulta a procura dos serviços de saúde pelos homens, pois os horários de funcionamento dos estabelecimentos de saúde são incompatíveis com o horário de trabalho dos mesmos. Sem dúvidas o trabalho constitui uma barreira importante, no entanto, deve-se considerar que grande parte das mulheres hoje faz parte da força produtiva e nem por isso deixam de se cuidar e ir aos serviços de saúde (BRASIL, 2008b).

É preciso considera, ainda, que a ideologia dominante impõe ao homem a necessidade de ter êxito econômico, de serem provedores do lar, impelindo-os a trabalharem mais, se esforçarem mais, independente do número de empregos oferecidos pela economia nacional, do grau de dependência do Brasil em relação as potências altamente industrializadas, entre outras questões, que possa manter a honra de ser homem. Tais comportamentos são, pois fortes propiciadores de doenças para essa parcela da população (SAFFIOTI, 1987).

Os(as) entrevistados(as) apontaram também aspectos comportamentais e morais tais como a vergonha, o medo, o comodismo e o machismo como empecilhos no cuidado com a saúde, reflexo das imposições culturais, sociais, políticas e econômicas, que os impedem de irem ao posto de saúde, mas não devemos esquecer a questão da precarização dos serviços públicos, visível no cotidiano dos serviços de saúde e que desestimulam a população como um todo a buscá-los.

Podemos ainda verificar outros posicionamentos delineados pelos(as) profissionais entrevistados(as):

É como eu falei para você, eu acho que os maiores desafios é meio que a personalidade masculina, que é diferente. É o homem achar que não adocece, os homens acharem que são fortes, [...] E isso vai de personalidade e contribuição da família, porque a gente também não pode...a gente não pode atingir esse contingente, a ponto de ir lá conscientizar, isso aí a contribuição maior deve ser da família que é, quem ajuda diretamente a unidade de saúde (Profissional 3).

Muitas das vezes, também, a maioria dos homens da nossa área são hipertensos, eles vem...mas a dificuldade maior, as vezes é companhia, porque a maioria são idosos. Dos jovens é a questão cultural mesmo, a questão que a gente tem um índice muito grande de violência e droga no bairro, então a cabeça deles é o que mais dificulta, assim, a conscientização deles [...], mas em si no geral, a conclusão que eu faço, ainda é a cultura (Profissional 8).

Constatamos que na concepção desses(as) entrevistados(as) a pouca procura dos homens aos serviços de saúde está relacionada com a questão cultural – bastante enfatizada no decorrer desse estudo – ou seja, a forma como eles foram educados e o meio onde estão inseridos repercute diretamente no cuidado ou não com a sua saúde. Nesse sentido, o imaginário do ser homem pode “aprisionar” os sujeitos do sexo masculino em amarras culturais que dificultam a adoção das práticas de auto-cuidado.

Outros homens se consideram mais assertivos, mais fortes e mais tolerantes, uma vez que acumulam os problemas para resolvê-los todos de uma vez, e iriam aos serviços de saúde apenas “quando realmente necessitam”. Dentro dessa ótica, o que poderia ser visto como falta de prevenção por parte dos homens, é visto como sinal de assertividade, invulnerabilidade e força (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

A fala do(a) entrevistado(a) 8 sinaliza que o índice de drogas é bastante elevado no bairro onde trabalha, o que implica em solo propício para o adoecimento e morte dessa parcela populacional. Este aspecto assume ainda mais relevância ao considerarmos que é na fase da adolescência e juventude que a crenças da invulnerabilidade por parte dos homens é mais veemente, pois envolvem comportamentos e atitudes que para eles reafirmam sua posição viril. Cabe ainda destacar que, de acordo com dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, a partir de um levantamento feito no ano de 2005, os transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas ilícitas atingem 12% da população acima de 12 anos, sendo o uso desses entorpecentes muito maiores para o sexo masculino se comparado ao feminino (BRASIL, 2008b).

Quanto ao público idoso, o(a) mesmo(a) entrevistado(a) destaca a dependência de acompanhante para ir até à UBSF. Vale salientar que o Estatuto do Idoso estabelece prioridade no atendimento de saúde às pessoas que estão na terceira idade, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos, garantindo atendimento domiciliar para aqueles que tiverem impossibilidades de se locomoverem. Sobretudo na velhice, por uma condição natural e biológica, há uma maximização da vulnerabilidade dos indivíduos, daí porque é nessa fase do ciclo da vida, que muitos homens passam a procurar os serviços de saúde, como atestam entrevistas com os usuários anteriormente analisadas. Tal procura ocorre, portanto, diante de quadros irreversíveis de doenças, ocasionadas em parte pela ausência de práticas de prevenção ou tratamento antecipado das enfermidades (WHO, 2001 apud BRASIL, 2008b).

Destaca-se também o fato de que o homem geralmente é mais vulnerável a situações de violência, seja como autor ou mesmo vítima, sobretudo quando se trata de adolescentes e jovens. Estes sofrem mais lesões e traumas devidos a comportamentos agressivos e violentos. Além disso, passam por enfermidades mais graves e que demandam mais tempo para recuperação, em relação às sofridas pelas mulheres (SOUZA, 2005 apud BRASIL, 2008b).

Articulado a esses fatores, podemos identificar outras explicações, que revelam mais significativamente as barreiras institucionais ao acesso dos homens aos serviços de saúde, como ilustram as falas abaixo:

Eu volto a reafirmar, não é trazer o homem é dar continuidade ao tratamento, ou seja, é realmente acolher, acolher de forma com resolutividade. Não adianta eu trazer esse homem para cá dizendo que eu vou cuidar da saúde dele e infelizmente está com mãos atadas, para mim é isso (Profissional 10).

As políticas ainda estão só no papel. [...] Se, vem o dinheiro que é mais difícil, se os profissionais existem, se os exames estão para serem solicitados, então o que é que falta? Aí morre na praia o seu projeto, o projeto da gente, o projeto das alunas, fica complicado [...] Porque aqui a gente tem sala de espera, a gente tem grupo [...]. Mas nas unidades de saúde da família com certeza deveria existir uma, assim, um 'estalar de dedos', uma coisa nova, buscar mais incentivo mesmo, mais ações do que só palavras (Profissional 11).

As considerações acima apontam que as maiores dificuldades de acesso dos homens aos estabelecimentos dizem respeito aos trâmites institucionais dos serviços de saúde, que se expressam em aspectos como: o horário de funcionamento dos serviços que são incompatíveis com os horários de trabalho; as dificuldades para a marcação de consultas; o enfrentamento de

filas imensas, que podem levá-los a perder um dia todo de trabalho; as burocracias para a marcação e realização de exames; outras vezes, os serviços de saúde acabam privilegiando determinados segmentos sociais e ações de saúde voltadas para crianças, adolescentes, mulheres e idosos, etc. (BRASIL, 2008b). Estes são problemas que acabam dificultando a realização de atividades continuadas e intersetoriais, prejudicando a resolutividade e efetividade das mesmas, fazendo com que as políticas continuem apenas no papel.

Tais aspectos, dentre outros, também são destacados na fala dos usuários entrevistados, ao tratarem das barreiras que tem dificultado o acesso dos mesmos aos serviços assistenciais de saúde:

É que não gosta de ficar numa fila, não gosta de tá esperando de chegar sete horas e ser atendido nove aí o “caba” sai fora, a maioria dos homens fazem isso, não gostam de esperar (Usuário 2).

É a questão do trabalho, é a questão do incentivo da mulher em casa também que deve organizar, chamar o homem “oh, vamos prá tal canto, [...] ela tem que sempre insistir com o homem, porque o homem é devagar demais. [...] É a questão do trabalho que eu acho que atrapalha mais um pouco. [...] Agora que prende a pessoa é o trabalho mesmo, porque depende de trabalhar para sobreviver aí não pode está saindo, aí prende muito a pessoa, não é tanto a vergonha, não é? (Usuário 7).

[...] o mais ruim é quando a gente vai marcar uma consulta nesses hospitais assim e é quatro cinco horas prá marcar a consulta, aí é o que atrapalha mais a pessoa ir, porque a pessoa só tem uma horinha prá pessoa ir pro médico – já rouba do serviço dele – aí chega lá uma demora dessa só pra marcar prá ir outro dia fazer, atrapalha tudo (Usuário 9).

Ao ressaltarem a espera nas filas, cabe ponderar que isto pode não tratar-se apenas de um indicativo de má organização dos serviços de saúde pois, como afirma Costa (2003), outros tipos de filas como de empregos, bancos são freqüentadas por eles sem desencadear a mesma reação. Tal explicação parece indicar os estabelecimentos de saúde como territórios femininos, já que os homens não teriam “tempo” ou “paciência de esperar, ou não se sentem nada à vontade nas unidades de saúde, pelo próprio processo de socialização, no qual o cuidado não faz parte dos papéis atribuídos a esses sujeitos, que por consequência acabam se acomodando e não cuidando da saúde.

A explicação do entrevistado 7 denota que é “dever” da mulher instigar o homem a ir aos serviços de saúde, o que reforça a idéia do cuidar de si e dos outros, como atribuição feminina. Nesse sentido, boa parte dos homens depende de suas mulheres para o cuidado com

a sua saúde, sendo tanto para estimulá-los a se cuidarem, a buscarem os serviços de saúde, bem como, delas próprias exercerem o papel de cuidadora para com os mesmo, trata-se de um papel historicamente e culturalmente atribuído à elas.

Nas falas dos entrevistados 7 e 9 identificamos mais uma vez a ênfase na questão do trabalho. De acordo com Couto e Schraiber (2005), o trabalho é para os homens algo central e prioritário em suas vidas, e de total relevância para a formação de sua identidade. Todavia, tanto a realização do trabalho, quanto o não exercício de atividades laborativas, podem acarretar riscos para a saúde. De um lado, se o homem está inserido no mercado de trabalho, isso torna uma barreira para eles irem aos serviços de saúde, além do stress ocupacional, riscos nos desempenhos das tarefas perigosas, desgaste físico e mental, falta de segurança no uso de equipamentos, etc., em contrapartida, se o homem não trabalha isso pode levá-lo ao uso abusivo de álcool e outras drogas, à depressão, falta de motivação, agressividade, entre outras, ou seja, o desemprego pode gerar não apenas tensões econômicas, mas também de identidades.

Outros usuários entrevistados ao tratarem dos obstáculos para o acesso dos homens aos serviços de saúde apontam razões relacionadas ao comportamento e condutas morais dos homens, como demonstram as seguintes falas:

Nadinha. É porque não quer mesmo. Não, é displicência mesmo. [...]. A mulher é sempre no médico; o homem não é muito difícil, só vai quando está doente (Usuário 4).

Eu não sei não porque às vezes tem camarada que tem medo de médico, parece que tem medo da enfermeira, tem medo de tudo. [...] tira por mim, a gente não liga [...] se a gente fosse trabalhar hoje estava chegando do trabalho agora, se fosse prá ir pro posto, a gente ia era prá um bar beber [risos] é, não adianta mentir (Usuário 5).

Não, é falha do homem mesmo. [...] É porque é como eu já falei, ele é acomodado. E se ele sentir que não tá sendo rápido ele já vai logo não querendo vir mais. Então eu acho que a mulher tem mais paciência do que o homem. Então ela enfrenta outros problemas de dentro de casa, mais sempre procura o médico e também tem mais paciência, agora também não é todas não [...]. E, em si, é preciso ter uma família estruturada entendeu, e prá ter uma família estruturada, como essa da minha casa, então eu tenho que dar esse exemplo, mas se eu tenho uma família desestruturada a outra geração que vem também vai ser (Usuário 10).

Essas explicações destacam que as dificuldades dos homens irem aos serviços de saúde estão relacionadas à displicência e comodismo dos sujeitos do sexo masculino, associada, por conseguinte, a desleixo, negligência e descaso com a saúde. Ou seja, para esses

entrevistados, a falha seria do próprio homem, que não se esforçam para exercer práticas de cuidado com a saúde.

O medo e a vergonha de procurar os serviços de saúde também geram barreira ao cuidado por parte dos homens. Segundo Schraiber, Gomes e Couto (2005) a questão da vergonha é possivelmente associada a falta de hábito ou costume de expor seu corpo ao profissional da saúde, visto que, para eles pode ser uma situação constrangedora. Diferentemente da mulher, que no seio de sua socialização foi habituada a expor seu corpo para a medicalização do mesmo, como também, atribuída a ela como função o cuidado. O medo também pode ter ligação com o receio de se deparar com um diagnóstico não muito favorável, e acabam gerando situações propícias às doenças, lesões e mortes, ou seja, os homens acabam pagando preço alto por manter um padrão de masculinidade preestabelecido, embora nem todos os homens se comportem ou pensem da mesma forma.

De acordo com o documento da PNAISH (BRASIL, 2008b), as resistências masculinas aos serviços de saúde, sobretudo quando se trata da atenção básica, são reflexos de diversos fatores, mas de forma mais específica, destaca dois obstáculos principais: “barreiras institucionais, que diz respeito à dificuldade desse público no acesso aos serviços, questão essa que é tratada de forma mais breve no texto do documento; e as “barreiras socioculturais”, relacionadas aos estereótipos de gêneros construídos de acordo com a sociedade e a cultura vigente, onde os homens são considerados seres invulneráveis e não reconhecem a doença como algo inerente à sua condição biológica, o que acaba contribuindo para que eles cuidem menos da saúde.

Grande parte dos entrevistados concorda que os homens procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres, embora saibamos que esses serviços deveriam ser ocupados pelas pessoas independente do gênero. Assim, constatamos que as explicações elaboradas pelos(as) entrevistados(as) giram em torno de um eixo central estruturante que se encontra intimamente relacionada ao que se entende por ser homem.

É importante perceber que os homens também se tornam prisioneiros, de papéis e atributos impostos à eles, e às vezes sem perceber acabam reproduzindo essa ideologia dominante, pagando caro por isso, pois essa pressão de que o homem tem que a todo o momento e a todo custo provar sua virilidade masculinidade acaba, como vimos, por atrair sérios riscos para sua saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Diante do exposto, podemos perceber que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é necessária e fundamental, porém não vem sendo efetivada de fato. A repercussão da política ainda é inexpressiva, exigindo assim maior incentivo por parte do

Ministério da Saúde e gestores locais, para fazer com que suas ações e sejam desenvolvidas com o público masculino, propiciando o atendimento integral à saúde dos homens, através da prevenção, promoção e proteção da saúde, em consonância com os princípios dos SUS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por muito tempo, a preocupação com a saúde do homem tem sido deixada de lado e só recentemente vem sendo motivo de pesquisas, debates e políticas públicas, a exemplo da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH).

A partir da realização do nosso estudo junto à ESF do bairro Monte Castelo, pudemos constatar que esta política é pouco efetivada na prática, em virtude de diversos desafios à execução dos princípios e diretrizes que a mesma preconiza, que vão desde a construção de gênero, até os impasses relativos à gestão do sistema de saúde e que constituem limites ao acesso dos homens aos serviços de saúde.

Constatamos que as idealizações de ser homem e mulher criados pela sociedade, instituem um sistema dicotômico e hierarquizado onde a classificação sexual se mistura com a classificação de gênero, biologizando o cultural e culturalizando o biológico. O sexo se torna o referencial para determinadas normas e espaços. A construção da subjetividade masculina tem impactos diretos na saúde do homem, o que contribui para a desvantagem em termos de morbimortalidade dessa parcela da população, pois cuidar da saúde não é algo que faz parte da socialização dos sujeitos do sexo masculino. Portanto, a atenção à saúde deve estar atenta a perspectiva de gênero.

Nesse sentido, os resultados da pesquisa apontam uma relação entre a baixa procura dos serviços de saúde pelos homens associado ao modelo hegemônico de masculinidade construído social e culturalmente. Ou seja, os atributos e papéis impostos aos homens como ser forte, provedor, viril, invulnerável, entre outras denominações, tem ligação direta com o parco cuidado e a procura por serviços de saúde por parte dos homens, já que esta condição caberia naturalmente às mulheres e se adotada pelos homens representariam sinal de franqueza, medo ou insegurança, o que poderia “ferir” a masculinidade socialmente instituída.

Entretanto, foi também constatado que tal modelo não constitui regra e nem sempre os depoimentos colhidos seguem e reproduzem esse modelo, especialmente se tratando das falas dos profissionais entrevistados que foram capazes de problematizar com mais propriedade sobre a política, as dificuldades de sua implementação, bem como sobre o fato dos homens cuidarem ou não da saúde, dentre outras questões. Além disto, a maioria dos profissionais refere-se ao homem como um ser igual a qualquer outro, apesar de alguns profissionais definirem homem numa perspectiva ainda tradicional da masculinidade hegemônica.

É perceptível, pois que o grau de escolaridade influencia na forma de analisar as relações travadas no cotidiano das pessoas, pois os profissionais entrevistados, apesar de não desenvolverem sistematicamente ações específicas para o público masculino, em consonância direta com a política de saúde do homem (salvo o projeto de saúde bucal com homens, anterior a política), demonstram preocupação com a saúde dos homens e com a ausência de investimento na efetivação da política de saúde do homem, com as deficiências no sistema público de saúde, como também com as dificuldades e desafios desse segmento aderir aos serviços de saúde.

Quanto ao posicionamento dos usuários entrevistados, em relação à definição de ser homem, verificamos a dificuldade para muitos, principalmente os que possuem baixas ou mesmo nenhuma escolaridade, de definir o ser homem. Entretanto, embora alguns destaquem mudanças nos comportamentos e forma de ver os homens, o modelo de masculinidade tradicional ainda prevalece nos seus discursos, neste caso, ainda enfatizam a importância do homem ser heterossexual, provedor e viril e possuir valores éticos e morais ditados pela sociedade. Além disso, os usuários entrevistados revelam em suas falas a importância de cuidar da saúde como situação ideal, todavia esse discurso não se traduz em suas vivências.

No tocante ao conhecimento da política por parte dos profissionais e homens entrevistados, constatamos que a grande maioria dos profissionais conhece a política de forma superficial, através dos meios de comunicação, a exemplo da internet. Esses profissionais não passaram por nenhum tipo de capacitação acerca da saúde do homem e dos fatores que norteiam o processo saúde – doença dos homens, alguns nem sequer tiveram acesso ao documento que trata da política, seja por meio da Secretaria de Saúde ou por outras iniciativas.

No que diz respeito a percepção dos homens entrevistado, estes conhecem a política ainda de forma muito incipiente, a sua maioria, apenas de ouvir falar, mas não compreendem a dinâmica da política e outros se pronunciaram como não conhecendo, nem mesmo de ouvir falar.

O pouco conhecimento acerca da política é bastante presente, sobretudo por parte dos usuários, sujeitos alvos da política, o que demonstra claramente a fragilidade desta. Além disso, os profissionais destacam a dificuldade de fazer um trabalho continuado e intersetorial, já que órgãos gestores, como a Secretaria de Saúde, não têm oferecido condições concretas para tal, dificultando inclusive ações básicas como a marcação de exames, dentre outras.

Destarte, os dados analisados apontam que a política de saúde do homem vem sendo pouco divulgada e, conseqüentemente pouco efetivada. Constatamos que a unidade de saúde

estudada não possui atividades, ações ou projetos específicos para o público masculino, que tenha sido resultado da criação da política referida.

Nesse sentido, verificamos que a política de saúde do homem apesar de contribuir para que os profissionais percebam a importância de incentivar esse segmento populacional a se cuidar e procurar os serviços de saúde, os homens ainda não foram diretamente atingidos pela mesma, seja porque a política ainda é recente no Brasil, seja pelo desconhecimento a este respeito.

Ao analisarmos os depoimentos dos profissionais entrevistados, estes explicitam que os sujeitos do sexo masculino não cuidam muito da saúde, procuram ajuda apenas quando já estão doentes, ou apelam para a automedicação, sob a justificativa de não terem paciência de esperar em filas para serem atendidos. Sinalizam ainda que, os homens querem demonstrar que são fortes e invulneráveis ou ainda, são mesmo mais relapsos com a saúde, em virtude de preconceito, medo, vergonha, porque poderia expressar fragilidade, fatores que acabam criando espaços para riscos de adoecimentos, pois o cuidado não faz parte da socialização dos homens.

No que diz respeito ao posicionamento dos homens em relação a essa questão, os mesmo demonstram que cuidam da saúde de forma esporádica e em situação limite, ou quando são portadores de doenças crônicas que necessita uma atenção mais sistemática. Por outro lado, também existe a questão do trabalho, da sobrevivência deste e da família, que os impedem de procurarem os serviços de saúde, pela incompatibilidade de horários e a necessidade de sustento como prioridade, sobretudo quando esses sujeitos fazem parte de uma classe social mais vulnerável.

Desse modo, profissionais e usuários comungam de idéias simultâneas, ao expressarem, de uma forma geral, que os homens cuidam pouco da saúde, por diversos motivos, principalmente aqueles relacionados aos aspectos das construções sociais e culturais acerca da masculinidade.

Contudo, é preciso ter cuidado para não culpabilizar eminentemente os homens pela pouca procura aos serviços de saúde, como também não apontá-los como únicos responsáveis pelo cuidado ou não cuidado com a saúde, pois tais comportamentos são reflexos de uma construção social e cultural da qual os homens são alvos. Por outro lado, são impostos determinados papéis e funções que garantem alguns privilégios as pessoas do sexo masculino que os impedem de romper com estereótipos criados e naturalizados, por mais que isso lhes acarrete riscos de adoecimento.

Além disso, eles nunca foram alvo privilegiado de atenção à saúde, os próprios meios de comunicação priorizam ações, políticas e publicidades pra outras categorias como adolescentes, idosos, mulheres e crianças. Contudo, foi criada uma política de saúde voltada para o homem, no entanto, sem muita efetividade até o momento ou mesmo divulgação que instigue o homem a ir aos serviços de saúde, tanto como motivar os profissionais a trabalharem com essa demanda específica. Os determinantes econômicos e políticos também perpassam a questão da saúde, o que desafia a gestão dos serviços de saúde, em garantir a acessibilidade para este segmento.

Quanto às barreiras ao acesso dos homens aos serviços de saúde, os (as) profissionais e usuários entrevistados comungam do mesmo pensamento e relatam diversos fatores, dos quais podemos sinalizar o trabalho em horário coincidente com o funcionamento das UBSF, além da condição de provedor imposta a esses sujeitos, que tende a colocar as atividades laborativas como maior preocupação, sobretudo, considerando que a maior parte da população atendida pela UBSF apresenta baixo nível de renda. Os serviços de saúde também podem ser considerados pouco aptos a atender as demandas dos homens, pois a organização destes serviços não estimula a procura a esses estabelecimentos e as próprias campanhas de saúde pouco enfatizam esses sujeitos.

Destarte, incluir a participação dos homens nas ações de saúde é, no mínimo, um desafio, por diversas razões. Uma delas se refere ao fato de, no geral, o cuidar de si e dos outros, não serem questões colocadas no processo de socialização dos homens. A partir dessa ótica, os profissionais de saúde analisam a presença dos homens nos serviços de saúde como uma participação, que apesar de ainda ser reduzida e esporádica, tem aumentado. Contudo, apontam a necessidade de maior incentivo por parte do governo, da secretaria de saúde, dos próprios profissionais, etc. e ratificam que as mulheres cuidam mais da saúde do que os homens.

Vale destacar que a ESF tem sido pensada como espaço de constituição de ações inovadoras, que busquem efetivamente produzir um novo olhar sobre a saúde e construir práticas mais comprometidas e próximas das necessidades das populações. Todavia, a política de saúde do homem neste contexto tem apresentado resultados incipientes e ineficazes, revelando uma divulgação e implementação ainda bastante frágil.

Constatamos a necessidade de se promover mais estudos com homens de diferentes estratos sociais e profissionais de saúde, levando em consideração as diversas masculinidades, analisando-os a partir de uma relação de gênero. E então caminhar na produção de conhecimentos que possam instrumentalizar as práticas de saúde condizente com a realidade

dos sujeitos e ações concretas que proporcione acessibilidade e resolutividade às necessidades dessa parcela da população.

Sob essa perspectiva, o acesso dos usuários aos serviços de saúde não é um processo que seja solucionado pela mera oferta de serviços, é preciso que se dê condições para a real estruturação dessa política no âmbito da saúde, para que *pari passu*, os interesses da população sejam concretamente atendidos. Isso implica reorganizar o processo de trabalho dos profissionais e a oferta dos procedimentos, sobretudo na atenção básica, na qual as equipes devem identificar, acolher e atender os homens a partir de suas especificidades.

A necessidade de capacitação profissional é outro aspecto importante, inclusive para desenvolver a promoção, prevenção e recuperação da saúde que, em nossa opinião, representam desafios para a integralidade da atenção aos homens. Para tanto, faz-se necessário uma abordagem de gênero, que contribua para uma mudança de atitudes e de autopercepção dos homens sobre a própria saúde, buscando superar a visão “engessada” de ser homem e mulher.

Cabe-nos reiterar a relevância e o papel das ações de monitoramento e avaliação dessa política, pelos gestores, equipes técnicas, pesquisadores, conselheiros de saúde e movimentos sociais afins, quanto à produção, análise e incorporação permanente de informações estratégicas que possam aprimorar os processos de trabalho para a redução das desigualdades no acesso dos homens ao SUS.

Diante desse contexto, consideramos que impõe-se ainda o fortalecer das políticas públicas, dando uma nova dinamicidade na efetuação de seus princípios e diretrizes o que exige da população, dos profissionais e do governo, maior engajamento para consolidar práticas democráticas, participativas e concretas.

Esperamos que esse estudo venha contribuir para o fortalecimento de debates, reflexões sobre a saúde do homem e a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no bairro Monte Castelo, suscitando ações voltadas para um processo de capacitação dos profissionais acerca da saúde do homem, como também investimento numa maior divulgação da política que levem os homens a procurarem os serviços de saúde, sobretudo no tocante a práticas de auto cuidado e prevenção de doenças, não deixando de focar a saúde como satisfação das necessidades humanas, o que remete ao fortalecimento da promoção da saúde.

Por fim, o presente estudo possibilita vislumbrar uma série questões, que poderão ser aprofundados em estudos posteriores, não apenas em minha experiência acadêmica, mas de futuros pesquisadores, com diversos desdobramentos dessa temática no contexto estudado.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M.. Máquina de fazer machos: gênero e práticas culturais: desafios para o encontro das diferenças. In: MACHADO, C. J. S.; SANTIAGO, I. M. F. L.; NUNES, M. L. S. (Org.). **Gênero e práticas culturais**: desafios históricos e saberes interdisciplinares. Campina Grande: EDUEPB, 2010. p. 21-32.

ARILHA, M. Homens: Entre a “zoeira” e a “responsabilidade”. In: ARILHA, Margareth; RIDENTI, S. G. Unbehau; MEDRADO, Benedito (Org.). **Homens e masculinidade**. São Paulo: Editora 34, 1998. p. 51-77.

BRASIL. **Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)**. In: Legislação Trabalhista. Disponível em: <<http://www.guiatrabalhista.com.br/guia/feriaslicencapaternidade.htm>>. Acesso em: 12 fev. 2011.

BRASIL. **Constituição (1998)**. Brasília: Senado Federal, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Diário Oficial da União**, 28 ago. 2009. Seção 1, n. 165,

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS**: uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. (Volume, 9).

BRAVO, M. I. S. A política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al (Org.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 88-110.

BRAVO, M. I. S. A política de saúde no Brasil: trajetória histórica. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; ARAÚJO, P. S. X. (Org.). **Capacitação para conselheiros de saúde**: textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/ DEPEXT/ NAPE, 2001a.

BRAVO, M. I. S. A saúde na década de 1990. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; ARAÚJO, P. S. X. (Org.). **Capacitação para conselheiros de saúde**: textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/ DEPEXT/ NAPE, 2001b.

CAMPINA GRANDE. **Cobertura de PSF de Campina aumenta 80% em seis anos e supera meta do Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://www.campinagrande.pb.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=215&Itemid=3>. Acesso em: 19 jun. 2010a.

CAMPINA GRANDE. Secretaria de Saúde. **SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica**. Campina Grande: Secretaria de Saúde, 2010b.

CARLOTO, C. M. **O conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais**. Disponível em: <http://www.ssrevista.uel.br/c_v3n2_genero.htm> Acesso em: 21 jan. 2011.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2009.

CARVALHO FILHO, B. J. O que está acontecendo com agente, macho?: notas para pensar a crise nas relações de gênero em Fortaleza. **O público e o privado**, Fortaleza, ano 1, n. 1, p. 139-152, jan./jun. 2003.

CORBO, A. A.; MOROSINI, M. V. G. C; PONTES, A. L. M. Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007, p. 69-106.

COSTA, R. G. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Campinas, v. 20, n. 1. jan/jun. 2003.

COUTO, M. T.; SCHRAIBER, L. B. Homens, saúde e violência: novas questões de gênero no campo da saúde coletiva. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p.687-706.

FERREIRA, A. B. H. **O minidicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 2001.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 1-9, jan./mar. 2005.

GARCIA, S. M. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: ARILHA, M.; RIDENTI, S. G. U; MEDRADO, B. (Org.). **Homens e masculinidade**. São Paulo: Ecos. Editora: 34, 1998. p.31-49.

GOMES, R. Os homens cuidam pouco da saúde. **Radis: Comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, n. 74, p. 10, out. 2008.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência e saúde coletiva**, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.

GOUVEIA, T.; CAMURÇA, S. **O que é gênero?** Recife: SOS Corpo Gênero e Cidadania, 1999.

LOURO, G. L. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M. J. M.; NEYER; D. E.; WALDOW, V. R. (Org.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 7-17.

LYRA, Jorge et al. Homens e cuidado: uma outra família?. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Orgs.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Específicos- PUC/SP, 2005, p. 79-91.

- MACHADO, L. Z. Masculinidades e violências de gênero e mal-estar na sociedade contemporânea. In: SCHPUM, M. R. (Org.). **Masculinidades**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2004.
- MATTA, G. C.; FAUSTO, M. C. R. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007, p. 69-106.
- MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C. M.; SOUZA, R. G. Entre a formulação e implementação: uma análise do programa saúde da família. In: BRAVO, M. I. S. et al (Orgs.). **Saúde e serviço social**. 2.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.
- ROCHA, R. L. Cuidar do homem e da sociedade. **Radis**: comunicação em saúde, Rio de Janeiro, n. 74, p. 3, out. 2008.
- RODRIGUEZ NETO, E. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades, suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da saúde. **Incentivo à participação popular e ao exercício do controle social no SUS**: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1994.
- SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.
- SAFFIOTI, H. I. B. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.
- SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça**. Disponível em: <www.espacoacademico.com.br/057/57_pagotto.htm>. Acesso em: 19 ago. 2010.
- SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.
- SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e realidade**. Porto Alegre, v. 20, n. 2. jul/dez, 1995. p.71-99.
- SILVA, A. X. Reforma sanitária, hegemonia e a efetividade do controle social. In: DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M. (Orgs.). **Seguridade social e saúde**: tendências e desafios. Campina Grande: EDUEPB, 2009a. p. 107-130.
- SILVA, C. C. **Saúde da família e serviço social**: uma análise da inserção da profissão na estratégia. Relatório Técnico-Científico (Programa de Iniciação Científica) Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2009b.
- SILVA, M. J. M. A política de saúde no Brasil: o desafio da participação popular e o exercício do controle social. In: _____. **Participação e controle social**: a experiência do conselho local de saúde do Bairro Monte Castelo. 2005. Monografia (Graduação em serviço social). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2005.
- SOUZA, R. O. Modelo assistencial no Sistema Único de Saúde. In: BRAVO, M. I. S. MATOS, M. C.; ARAÚJO, P. S. X. (Orgs.). **Capacitação para conselheiros de saúde**: textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/ DEPEXT/ NAPE, 2001.

- SOUZA, R. O.; ARAÚJO, P. S. X. Questões sobre financiamento e orçamento da saúde no Brasil- ano 80 e 90. In: BRAVO, M. I. S. MATOS, M. C.; ARAÚJO, P. S. X. (Org.). **Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/ DEPEXT/ NAPE, 2001.
- SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. Humanização da saúde e a estratégia da saúde da família: explorando alguns dilemas para além da política. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007, p. 215- 240.
- TEIXEIRA, M. J. O. O programa saúde da família, o serviço social e o Canto do Rouxinol. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **Política social e democracia**. Rio de Janeiro: Cortez, 2001.
- VASCONCELOS, K. E. L.; CARNEIRO, T. S. Saúde da família em foco: uma análise da realidade de Campina Grande/PB. In: DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M. (Orgs.). **Seguridade social e saúde: tendências e desafios**. Campina Grande: EDUEPB, 2009, p. 155-175.
- VELOSO, M. A. Encantos no masculino. In: WATANABE, C. H.; CORRÊA, M. P.; ALMEIDA, R. (Orgs.). **As relações de gênero em debate**. Recife: Bagaço, 2000. p. 39-50.
- VELOSO, R. Relações de gênero: notas introdutórias. Revista eletrônica dos alunos do Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 1, dez. 2002.
- YAZBECK, M. C. Os caminhos para a pesquisa no serviço social. **Temporalis**, n. 9, p. 147-159, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Estadual da Paraíba
Comitê de Ética em Pesquisa

Termo de consentimento Livre e Esclarecido

Informações sobre a pesquisa:

1. A pesquisa que irei participar tem como tema: “A Política de Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família: uma análise da percepção dos profissionais e usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família de Monte Castelo no Município de Campina Grande-PB”, coordenado pela professora do Departamento de Serviço Social Socorro Pontes e pela aluna Maria Montinelli Borges.
2. O estudo tem por objetivo analisar a percepção de profissionais e usuários das unidades I e II do bairro Monte Castelo acerca de como a Política de saúde do Homem vem sendo implementada na ESF.
3. A coleta de dados será feita através de entrevistas semi-estruturada e utilizar-se-á para análise dos dados a técnica de análise de conteúdo.
4. Se desejar, para esclarecer ou outra necessidade durante ou após a coleta de dados, procurarem os responsáveis ou o Departamento de Serviço Social.
5. Os resultados da pesquisa estarão ao alcance dos interessados logo após a conclusão na própria unidade Básica de Saúde da Família do Bairro Monte Castelo.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, me disponho a participar da pesquisa “A Política de Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família: uma análise da percepção dos profissionais e usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família de Monte Castelo no Município de Campina Grande-PB”, após ter sido informada pelos pesquisadores que:

- A minha participação é voluntária, podendo me retirar do estudo, se assim desejar, em qualquer momento durante a realização da entrevista, sem sofrer nenhum dano ou prejuízo pessoal ou profissional.
- Está assegurado o meu anonimato quando da divulgação dos resultados da pesquisa e resguardando o sigilo de dados confidenciais.
- Autorizo a gravação da entrevista e a divulgação dos resultados.

Campina Grande – PB, ____ de _____ de 2010.

Assinatura do Entrevistado (a)

Assinatura do Pesquisador (a)

APÊNDICE B – Termo de Compromisso dos Pesquisadores



Universidade Estadual da Paraíba
Comitê de Ética em Pesquisa

Termo de Compromisso dos pesquisadores

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo assinados, respectivamente, autor e orientador da pesquisa intitulada “A Política de Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família: uma análise da percepção dos profissionais e usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família de Monte Castelo no Município de Campina Grande-PB” assumimos cumprir fielmente as diretrizes emanadas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, outorgada pelo decreto nº 93833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) da pesquisa e ao Estado, e a Resolução UEPB/CONSEPE/ de 10/10/2001.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluindo na pesquisa, por período de cinco anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CCEP/UEPB (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CCEP/UEPB, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande – PB, _____ de _____ de 2010.

Autor (a) da pesquisa

Orientando (a)

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista com os usuários
Parte I

Identificação do usuário: _____

1. Idade _____
2. Estado Civil:
 Casado Solteiro união estável Viúvo Outros
3. Tem Filhos?
 Não Sim Se sim, quantos? _____
4. Escolaridade
 Analfabeto
 Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo
 Ensino médio incompleto Ensino médio completo
 Ensino superior incompleto Ensino superior completo
5. Profissão: _____
6. Renda mensal individual:
 Menos de um salários mínimo
 Um salários mínimo
 De um a dois salários mínimos
 Mais de três salários mínimos
7. Renda Familiar:
 Menos de um salários mínimo
 Um salários mínimo
 De um a dois salários mínimos
 Mais de três salários mínimos
8. Como você define/ conceitua homem?

9. Como você define/ conceitua mulher?

10. Para você o que o que representa a saúde?

11. Você cuida da sua saúde? Como?

12. Você acha que os homens cuidam da saúde? Se sim, como? Se não, por quê?

13. Você costuma ir aos serviços de saúde? PSF? Se sim, em quais circunstâncias? Se não, por quê?

14. Você conhece a Política de Saúde do Homem? Já teve alguma informação a respeito de tal política?

15. Caso conheça a política, através de que meios você obteve informações da mesma?

16. Como você acha que os serviços de saúde tratam a saúde do homem?

17. A política de saúde do homem tem contribuído para uma melhor qualidade no atendimento dos homens?

18. Quais as dificuldades presentes no ESF que dificultam o acesso e a adesão aos serviços de saúde pelos homens?

19. O que você sugere para um melhor atendimento dos homens nos serviços de saúde?

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista com os (as) profissionais
Parte-II

Identificação do profissional: _____

1. Idade _____
2. Sexo: () masculino () feminino
3. Profissão: _____
4. Estado Civil:
() Casado () Solteiro () União estável () Viúvo () Outros
5. Escolaridade
() analfabeto
() Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo
() Ensino médio incompleto () Ensino médio completo
() Ensino superior incompleto () Ensino superior completo
6. Tempo que está na Instituição? _____
7. Como você define/ conceitua homem?

8. Como você define/ conceitua mulher?

9. Você tem proximidade a respeito da temática de gênero? Se sim, o que compreende a respeito de tal temática?

10. Você acha que os homens cuidam da saúde? Se sim, como? Se não, por quê?

11. Você conhece a Política de Saúde do homem? Se sim, por quais meios tomou conhecimento?

12. Tal política vem sendo implementada no PSF? Se sim através de que meios? Se não, por quê?

13. A política de saúde do homem tem contribuído pra uma melhor qualidade no atendimento dos homens?

14. Como você avalia a participação dos homens nos serviços de saúde?

15. Existem desafios e dificuldades para o acesso e adesão aos serviços de saúde pelos homens? Se sim, quais? Se não, por quê?

16. O que você sugere para um melhor atendimento dos homens nos serviços de saúde?

17. A ESF desenvolve atividades específicas para o público masculino? Quais? Como são desenvolvidas?

18. Gostaria de acrescentar mais alguma informação?

ANEXOS

ANEXO A – Folha de rosto da pesquisa aprovado pelo comitê de ética

Andamento do Projeto

Page 1 of 1

Andamento do projeto - CAAE - 0370.0.133.000-10				
Título do Projeto de Pesquisa				
A Política de Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família - ESF : Uma Análise da Percepção dos Profissionais e Usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família de Monte Castelo no Município de Campina Grande - PB.				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	23/09/2010 12:57:35	06/10/2010 10:39:33		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
3 - Protocolo Aprovado no CEP	06/10/2010 10:39:33	Folha de Rosto	0370.0.133.000-10	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	27/08/2010 07:53:39	Folha de Rosto	FR366892	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	23/09/2010 12:57:35	Folha de Rosto	0370.0.133.000-10	CEP

[Voltar](#)

ANEXO B – Fotos do Grupo de Apoio as Famílias (GAF) da UBSF do Bairro Monte

