

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRÍTO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

VITOR SILVA MENDONÇA

**HOMENS E SAÚDE: DISCUTINDO INTERAÇÕES NO
SERVIÇO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

VITÓRIA
2009

VITOR SILVA MENDONÇA

HOMENS E SAÚDE: DISCUTINDO INTERAÇÕES NO SERVIÇO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ângela Nobre de Andrade.

VITÓRIA
2009

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

M539h Mendonça, Vítor Silva, 1984-
Homens e saúde : discutindo interações no serviço da atenção
primária / Vítor Silva Mendonça. – 2009.
155 f.

Orientadora: Angela Nobre de Andrade.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo,
Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Canguilhem, Georges, 1904-1995 - Crítica e interpretação. 2.
Identidade de gênero. 3. Homens - Saúde e higiene. 4. Cuidados
primários de saúde. 5. Política de saúde. I. Andrade, Angela Nobre de. II.
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e
Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

VITOR SILVA MENDONÇA

HOMENS E SAÚDE: DISCUTINDO INTERAÇÕES NO SERVIÇO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em 16 de novembro de 2009.

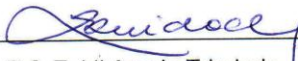
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof.^a. Dr.^a. Angéla Nobre de Andrade
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora



Prof.^a. Dr.^a. Henriette Tognetti Penha Morato
Universidade de São Paulo



Prof.^a. Dr.^a. Zeidi Araujo Trindade
Universidade Federal do Espírito Santo

À minha família, razão do meu viver.

AGRADECIMENTOS

É chegado mais um momento importante, uma nova etapa da minha vida se cumpre para minha felicidade e orgulho de meus familiares. Aproveito esta ocasião para agradecer e homenagear aqueles que se fizeram presentes e importantes ao longo da minha formação pessoal e profissional.

Aos meus exímios professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo pelas contribuições e colaborações em meu aprimoramento científico.

À Angela, minha orientadora, agradeço pela generosidade e zelo nos momentos de ensino e crescimento. Por ser um dos últimos orientandos de Mestrado, se não o último, tentei encerrar sua carreira com “chave de ouro”, espero ter conseguido.

Agradeço à Cris Menandro e Zeidi, integrantes da minha banca de qualificação e da minha formação como pesquisador e mestre... Que responsabilidade! A vocês meu muito obrigado por tudo. Agradeço a você ainda Cris Menandro, por ter me apresentado o grupo de pesquisa Masculinidades e Práticas de Saúde e à Rede de Estudos e Pesquisas em Psicologia Social, no qual encontrei algumas pessoas gigantes de coração.

Aos meus queridos colegas de turma e aos “agregados” do Doutorado. Espero que nossos caminhos continuem se cruzando. Prefiro não citar nomes para que injustiça não seja feita, mas vocês sabem quem são. Sucesso a todos.

À Estela, Fabí, Laíze e Rebecca pelo “help” mais que necessário. Serei eternamente grato a todas vocês. Se algum dia precisarem de ajuda, espero poder retribuir.

À minha turma de estágio docência, minha primeira experiência como professor, e logo em uma sala de 7º período da Psico, só eu mesmo.

À Lúcia Fajóli, a nossa eterna secretária do programa, que nos informa com eficácia todas as pendências, prazos, relatórios, documentos e afins que precisamos entregar. Haja competência em uma pessoa só.

À Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, pela liberação para o meu estudo, e aos funcionários que colaboraram diretamente em todos os momentos que precisei de uma informação mínima que fosse, e vocês estavam lá.

À direção e aos funcionários da Unidade Básica de Saúde de Maruípe obrigado pelo espaço que me foi concedido para realização da minha pesquisa e pela paciência com um “corpo estranho” adentrando o serviço de vocês.

Aos usuários da Unidade Básica de Saúde de Maruípe. Gente, vocês são os atores deste grande espetáculo.

À agência de fomento CAPES, que permitiu que eu vislumbrasse novas tecnologias e as agregasse ao meu conhecimento, o que possibilitou meu contínuo aperfeiçoamento científico.

Agradeço imensamente aos meus familiares, pai, mãe, Rô, Zi, pela presença constante e torcida mais que organizada. Isso tudo só foi possível porque vocês estão ao meu lado. Vovódi, Vovôdi, Vovó Jacy, primos e primas, tios e tias, esta vitória é nossa.

Gente, será que estou sonhando? Eu, mestre! Obrigado, Deus!

“A saúde não é só a vida no silêncio dos órgãos. Ela é também a vida no silêncio das relações sociais.”

(Georges Canguilhem)

“Nós não estamos tratando de estética e beleza física; nós estamos tratando de saúde. Por isso, quando você não está na saúde, você vive a dor.”

(Usuário da Unidade de Saúde de Maruípe)

RESUMO

A saúde do homem surge como questão a ser abordada e estudada a partir do comportamento de risco adotado pelos próprios sujeitos do sexo masculino, muitas vezes arraigado pelos ditames de uma masculinidade hegemônica imposta socialmente. Esse comportamento retrata certa ausência de responsabilidade dos homens em relação ao cuidado à saúde, que não admitem um estado de fraqueza ou fragilidade provocado pela doença. No Brasil, a questão não é menos grave, pois estudos mostram que o homem não possui hábitos de prevenção e mais, os próprios homens estão colocados à margem das políticas públicas de saúde, voltadas prioritariamente para as mulheres. A partir de então, concebe-se como fundamental pensar a inserção dos homens nas decisões em relação à saúde, até porque as taxas de mortalidade e morbidade masculina vêm ganhando relevância no cenário nacional, devido à incidência de neoplasias malignas e acidentes de trânsito, principalmente. Este trabalho teve como objetivo investigar as concepções de homens usuários de um serviço de saúde da atenção primária, do município de Vitória/ES, acerca da saúde e do serviço oferecido à população. Utiliza como referencial a produção de Georges Canguilhem (1904-1995) que, de modo geral, considera a saúde pela sua plasticidade normativa, ou seja, o indivíduo tem a capacidade de incorporar normas próprias a novas situações, sem perder a capacidade de ação. Participaram do estudo 35 usuários do serviço de saúde, com idades entre 25 e 54 anos. Os dados foram obtidos por entrevistas abertas, que permitiram acessar as questões da realidade em relação à prática de saúde desses homens e foram avaliados pela análise de conteúdo. Pôde-se observar, dentre outros aspectos, que grande parte dos homens ainda tem suas ações em saúde voltadas somente aos momentos de extrema necessidade ou, então, só procuram o serviço de saúde quando a sua situação interfere em algo de maior importância, como o trabalho. Verifica que 94,2% dos participantes têm preferência e sentem-se incluídos quando o serviço de saúde é oferecido em horário compatível com o trabalho. Todavia, os homens não se veem incluídos em programas ou atividades das unidades de saúde, determinado pelo Ministério da Saúde como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Por outro lado, constata, também, que 22,8% dessa população masculina já têm a iniciativa de buscar o serviço, como forma de promoção e prevenção da sua saúde e podem sinalizar a instituição de outros

modos existenciais em relação ao modelo hegemônico de masculinidade, uma vez que parece surgir uma nova cultura de homens mais preocupados com sua saúde. Entretanto, é preciso lembrar que esse é um processo lento, gradual e que demanda tempo para se efetivar. Espera-se que esses resultados possam gerar subsídios para a reflexão sobre as políticas públicas de saúde destinadas ao homem.

Palavras-chave: Gênero. Saúde do homem. Atenção primária. Canguilhem. Políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

The man's health as question appears to be approached and studied from the behavior of risk adopted by the own subjects about sex male, many often rooted in the dictates of a hegemonic masculinity socially imposed. This behavior depicts certain absence of responsibility of men in relation to health care do not admit a state of weakness or fragility caused by disease. In Brazil the issue is no less serious well studies show that man does not have prevention habits and more the men themselves are placed in the margins of public health policies, aimed primarily for women. From then on is regarded as fundamental to think the inclusion of men in the decisions regarding health because the rates of male mortality and morbidity have been gaining importance on the national scene due to the incidence of malignant neoplasms and traffic accidents, mainly. This study aimed to investigate the conceptions of men users of a health service in primary care, the city of Vitória, about health and service offered to the population. It utilizes as a reference the production of Georges Canguilhem (1904-1995) that in general considers health for its normative plasticity i.e. the individual has the ability to incorporate their own rules to new situations without losing the capacity for action. The study included 35 users of the health service with aged between 25 and 54 years old. The information were collected through open interviews which allowed access the questions about the reality in regarding the health practice of that men and were evaluated by content analysis. It was observed among other things that most men still have their health actions aimed only to times of extreme need or they only seek the health service when their situation interferes with something of greater importance as work. Notes that 94.2% of participants have a preference and feel included when the health service is offered in time is compatible with the work. However, men are not seen included in programs or activities of the health units determined by the Ministry of Health as the gateway to the Unique Health System. In addition, notes also that 22.8% of that male population yet have the initiative to seek the service as a means of promotion and prevention of it health and may signal the institution of other existential modes in relation to the hegemonic model of masculinity once it seems to appear a new culture of men more worried about their health. However, we must remember that is a process slow gradual and demand time to be effective. It is hoped

that those results may to generate subsist for the reflection about the public health politics aimed at the man.

Keywords: Gender. Man's health. Primary care. Canguilhem. Public health politics.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

BUP – Boletim Único de Produção

CID-10 – Classificação Internacional das Doenças (10ª revisão)

HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PA – Pronto-Atendimento

PAS – Produção Ambulatorial da SEMUS

PMV – Prefeitura Municipal de Vitória

PSF – Programa de Saúde da Família

SEMUS – Secretaria Municipal da Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número e proporção (%) de óbitos do sexo masculino, segundo idade. Brasil - 1997, 2001 e 2005 (20/59 anos)	30
Tabela 2 - Coeficientes de mortalidade geral (por mil habitantes), segundo localização, sexo e idade, 2005	30
Tabela 3 - Número de óbitos e coeficientes de mortalidade (por cem mil habitantes), segundo causa (Capítulo da CID-10) e sexo. Brasil – 2005	31
Tabela 4 - Mortalidade proporcional (%) por causa, segundo as cinco principais causas entre homens (Capítulo da CID-10), localização, sexo e idade, 2005 (20/59 anos)	32
Tabela 5 - Coeficientes de mortalidade geral masculina (por mil habitantes), segundo as Unidades da Federação e idade, Brasil - 2005 (20/59 anos)	34
Tabela 6 - Doenças referidas (%) na região de Maruípe, segundo SIAB, 2009	65
Tabela 7 - Número de procedimentos realizados na UBS Maruípe, segundo as cinco principais causas entre homens	70

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
CAPÍTULO 1 - GÊNERO, HOMENS E MASCULINIDADES	20
1.1 GÊNERO: CONSIDERAÇÕES INICIAIS	20
1.2 OS HOMENS E AS MASCULINIDADES	22
1.3 O HOMEM DO SÉCULO XXI	26
CAPÍTULO 2 - O ESTADO DE SAÚDE DO HOMEM	29
2.1 O ADOECIMENTO DO HOMEM BRASILEIRO: ALGUNS DADOS	29
2.2 SAÚDE DO HOMEM	35
CAPÍTULO 3 - SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: DA CRIAÇÃO DO SUS À IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM	39
3.1 A CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	39
3.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ALGUNS CONCEITOS E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO NO SUS	42
3.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO HOMEM: GÊNESE, PRODUÇÃO E DESTINO ESPERADO	45
CAPÍTULO 4 - A SAÚDE COMO MODO DE CRIAÇÃO DA VIDA	49
4.1 SAÚDE: CONCEPÇÕES EM TRANSFORMAÇÃO	49
CAPÍTULO 5 - OBJETIVOS, ASPECTOS METODOLÓGICOS E ÉTICOS	54
5.1 OBJETIVO GERAL	54
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	54
5.3 LÓCUS DA PESQUISA	55
5.4 PARTICIPANTES	55
5.5 INSTRUMENTO DE COLETA	59
5.6 LOCAL DE COLETA DOS DADOS	59
5.7 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE	61
5.8 DEVOLUÇÃO DOS RESULTADOS	62

5.9 ANÁLISE DE RISCO E ASPECTOS ÉTICOS	62
CAPÍTULO 6 - LÓCUS DA PESQUISA: CARACTERÍSTICAS E CONTEXTUALIZAÇÃO DA REALIDADE LOCAL	63
6.1 APRESENTANDO O MUNICÍPIO DE VITÓRIA	63
6.2 CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE MARUÍPE: DO ONTEM AO HOJE	64
CAPÍTULO 7 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
7.1 OS ATORES EM AÇÃO E SUAS DEMANDAS EM QUESTÃO	69
7.2 O (FALSO) DILEMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: MÉDICO GENERALISTA OU ESPECIALISTA? EIS A INDAGAÇÃO	73
7.3 A SAÚDE PÚBLICA: PENSO, LOGO DESISTO	76
7.4 A CONCEPÇÃO DE GÊNERO E PRÁTICAS DE SAÚDE: (IM)POSSIBILIDADES DE PRÁTICAS DE CUIDADO	83
7.5 OS HOMENS NO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: OS HOMENS?	93
7.6 ACESSIBILIDADE E O CONTATO COM O SERVIÇO DA UBS DE MARUÍPE	107
7.7 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO HOMEM: PROPOSTAS PARA O FUTURO	122
CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
REFERÊNCIAS	140
APÊNDICES	149
APÊNDICE A – Tópicos Para a Entrevista	150
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	151
ANEXO	153
ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	154

APRESENTAÇÃO

Ser pesquisador não é uma tarefa fácil, pois arcar com essa denominação é um tanto quanto árduo e prazeroso, ao mesmo tempo. Por outro lado, é recompensador poder realizar um trabalho de pesquisa, uma vez que nos permite acessar realidades das mais diversas formas e maneiras e conhecer os infindáveis processos e relações que compõem a vida. Vida essa que não está configurada, que não tem uma forma, que é constantemente construída e constituída. A vida é, portanto, movimento.

No entanto, é possível nos depararmos com formas de vidas mais estáticas, rígidas, num movimento de falta de potência suficiente para promover mudanças. Daí surge uma primeira inquietação a nos mobilizar na direção do processo investigativo, que é acerca da saúde dos homens, pois, nas diversas leituras de diferentes estudos sobre a saúde masculina, eram visíveis os problemas que os próprios homens estavam gerando e promovendo às suas vidas.

Nas últimas décadas, o homem tem sido visto como aquele ser ausente de responsabilidade com a saúde, tornando-se ele mesmo o principal incentivador a colaborar com as taxas de mortalidade e morbidade. Além disso, estão à margem da saúde pública brasileira, já que não são assistidos por uma política específica de saúde. Então, como pode o homem se cuidar? Será que algum homem se cuida? E aqueles que se cuidam ou dizem que cuidam, o que fazem? Essas eram questões que nos suscitavam um estudo acerca da tão dita e referida problemática “saúde dos homens”.

Pautamos nossas referências na obra de Georges Canguilhem (1904-1995), que concebe a saúde não por um ideal, por uma média, mas por sua plasticidade normativa, já que a média e o ideal são normatizadores, isto é, morais, e impõem uma norma de conduta de fora para dentro. Sendo assim, o autor propõe que ter saúde é ter a capacidade de incorporar normas diferentes das até então vigentes. É a saúde vivenciada que importa, e não a saúde de algum ideal científico. Nesse sentido, vislumbrávamos que a articulação entre gênero e saúde pudesse ser

destacada e estudada. A partir de então, começamos a pensar naqueles homens que não faziam parte das mais diversas estatísticas e não estavam incluídos na parcela de homens que não buscam o cuidado em saúde. Em frente a isso, indagávamos o entendimento da saúde para esses homens. E, também, para os homens que de fato representam e colaboram com os achados científicos de que o homem não cuida da saúde, gostaríamos de conhecer que processos atravessam essa relação.

Partimos, então, para o estudo com a proposta de analisar as demandas e conhecer a relação da população masculina com um serviço de atenção primária em saúde. O serviço em questão é a Unidade Básica de Saúde (UBS) de Maruípe, localizada no município de Vitória/ES. Para dar subsídio à análise, um amplo trabalho de coleta de dados foi desenvolvido no período de fevereiro a maio de 2009.

A ideia de estudar como o homem se relaciona com um serviço de saúde, mais especificamente, o serviço de atenção primária, surgiu devido à noção de que esse serviço é referenciado como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS. Dessa maneira, é por esse serviço que o cidadão brasileiro deve ter acesso a todos os recursos materiais e humanos em relação à saúde pública. E mais, alguns trabalhos mostram que muitas causas de mortes da população masculina poderiam ser prevenidas ou controladas por meio de intervenções desses serviços.

Além disso, nos serviços da atenção primária, era possível observar características que representavam possibilidades e/ou impedimentos e falta de reconhecimento das necessidades masculinas, tanto pelos profissionais, quanto pelos próprios homens. Além do mais, era limitada a presença dos homens nos serviços de atenção primária, fato esse que está vinculado ao processo de socialização de gênero. Por isso, resolvemos trabalhar com os homens que buscavam um serviço de atenção primária.

Esperávamos, assim, conhecer os modos e as práticas que estão colocados na busca pelo cuidado à saúde, mais especificamente, um serviço de atenção primária

à saúde e identificar as percepções sobre o serviço acerca das dificuldades e facilidades para que o homem busque o serviço de saúde.

Para tanto, este trabalho está estruturado, inicialmente, com um resgate histórico acerca da questão de gênero e das masculinidades, com base na proposta de Robert Connell, com destaque para a relação entre a Masculinidade Hegemônica e os comportamentos de risco assumidos por muitos homens. Segundo o autor, essa masculinidade tende a negar qualquer atributo que seja relacionado com o feminino e, assim, na busca dessa masculinidade ideal, os homens adotam comportamentos que os afastam de cuidar da própria saúde.

A seguir, situamos o leitor em relação ao estado de saúde da população masculina brasileira. De acordo com estudos divulgados e a partir de fontes ligadas ao próprio Ministério da Saúde, identificamos as principais causas de mortes entre os homens e fazemos uma comparação entre as taxas de mortalidade do sexo feminino e masculino.

O Capítulo 3 tem a intenção de levar ao leitor a conhecer um pouco do campo da saúde pública brasileira. É nesse espaço que procuramos indicar para o leitor um resgate histórico que vai desde a constituição do Sistema Único de Saúde do Brasil, passando pelas leis, normas e princípios norteadores, até a proposta de criação da Política Nacional de Saúde do Homem.

O Capítulo 4 é dedicado a uma breve explanação do que pensamos ser a dimensão saúde e um pouco da fundamentação teórica na concepção de saúde, a partir de Canguilhem.

O Capítulo 5 tem o propósito de apresentar os objetivos que nortearam esta pesquisa, bem como o detalhamento dos procedimentos realizados para a obtenção dos dados, assim como a sistemática elaborada para seu tratamento.

No Capítulo 6, será apresentado o município onde a pesquisa foi desenvolvida e, especificamente, a região de Maruípe e o serviço de saúde da região que serviu de “palco” para o nosso trabalho de campo. Aqui o leitor conhecerá a estrutura do

serviço, material e humana, e identificaremos brevemente as características da população e dos bairros que compõem a região de Maruípe.

Em seguida, no Capítulo 7, serão apresentados e discutidos os resultados encontrados, que estão distribuídos em sete temas surgidos como questões para os participantes: as demandas mais presentes e referidas da população masculina; o grande dilema da questão médico generalista e especialista; seus olhares sobre a situação da saúde pública; as relações entre as concepções de gênero e suas práticas no serviço de saúde; o modo como utilizam o serviço da atenção primária; a interação e contato com esse serviço, passando pelas dificuldades e facilidades encontradas para se acessar o serviço da UBS de Maruípe; e, por fim, suas percepções sobre a proposta de se lançar uma política voltada para a saúde masculina e que necessidades consideram relevantes para serem contempladas nessa estratégia.

Ao final, serão tecidas algumas considerações, embora sem a intenção de fechar ou concluir o trabalho por aqui, haja vista que sempre há muito mais a ser pensando, analisado e discutido, uma vez que a amplitude dos dados apresentados é imensa. Esperamos que o texto a seguir possa levar a uma conversa sobre a temática da saúde masculina, de modo que nossos apontamentos e observações possam ser compreendidos e, também, permita formular novas construções e leituras acerca do assunto proposto para que não passe despercebido, uma vez que temos a ambição de contribuir para a melhoria do sistema de saúde brasileiro.

CAPÍTULO 1

GÊNERO, HOMENS E MASCULINIDADES

1.1 GÊNERO: CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Com o fim da ditadura militar no Brasil, a sociedade voltou sua atenção para as desigualdades entre homens e mulheres e, principalmente, o poder de dominação dos homens sobre as mulheres. Os indivíduos passaram a ter seus papéis sociais debatidos, emergindo novos estudos a partir da categoria denominada gênero (SILVA, S. G., 2000; SILVA, S. V., 2000; ARILHA, 2005; VILLELA, 2005).

Inicialmente, as discussões a respeito de gênero estavam relacionadas quase exclusivamente com assuntos ligados às mulheres, no contexto internacional, o que levou a uma concepção de gênero como sinônimo de mulheres. Tal concepção também estava associada ao movimento feminista que buscava transformar as relações entre homens e mulheres e, desse modo, redefinir os papéis sociais, cujas primeiras manifestações sofreram influências da Revolução Francesa, ao final do século XVIII. Por conseguinte, a distinção na noção de gênero não se restringe à diferença sexual biológica entre homens e mulheres, porquanto está intimamente relacionada com a cultura e a sociedade ao longo dos séculos (SABO, 2000; SILVA, S. G., 2000; DINIZ, 2001; ARILHA, 2005; GIFFIN, 2005). Sérgio Gomes Silva (2000) acredita que se fortaleceu a representação da mulher como "ser social", principalmente após a discussão dos papéis sociais e, sendo assim, acarretou uma nova área chamada estudos sobre gênero.

De fato, Connell (1997) afirma que, se a distinção entre homem e mulher estivesse vinculada somente à reprodução e aos corpos, não haveria outra maneira de se pensar na noção de gênero senão pelo viés biológico. No entanto, ao se discutirem as relações de gênero, devem-se considerar as práticas sociais que vigoram na relação de homens e mulheres em cada grupo societal. A partir de então, concebe-se uma ligação entre corpos e sociedade que determina ações masculinas ou femininas, para além do aspecto biológico.

Korin (2001, p. 68) considera fundamental reforçar a diferença existente entre sexo e gênero nesse contexto, uma vez que, erroneamente, são concebidos como sinônimos.

Sexo refere-se à distinção biológica entre homens e mulheres. No entanto, gênero compreende a série de significados culturais atribuídos a essas diferenças biológicas. Refere-se aos atributos, funções e relações que transcendem o biológico/reprodutivo e que, construídos social e culturalmente, são atribuídos aos sexos para justificar diferenças e relações de poder/opressão entre os mesmos. É importante assinalar que o gênero varia espacialmente (de uma cultura a outra), temporalmente (em uma mesma cultura há diferentes tempos históricos) e longitudinalmente (ao longo da vida de um indivíduo).

Em verdade, gênero representaria um construto social e cultural que determina valores diferenciados para homens e mulheres, referenciando as maneiras como cada um se relaciona na sociedade (DINIZ, 2001). Sendo assim, Figueiredo (2005) considera a influência de gênero como um elemento constitutivo das relações sociais.

Gênero, portanto, caracterizaria a relação entre homens e mulheres e constitui a base para a construção das identidades masculina e feminina, fundamentando-se na determinação biológica e nas ações que homens e mulheres deveriam praticar, de acordo com atributos sociais impostos pela sociedade, definindo as esperadas atitudes masculinas e femininas (CONNELL, 1997; DINIZ, 2001; OLIVEIRA, 2004). Nesse sentido, das mulheres esperam-se delicadeza, fragilidade e passividade, enquanto dos homens são cobradas características como agressividade, virilidade e racionalidade (OLIVEIRA, 2004). Gênero serviria, também, como uma primeira forma de significar relações de poder estabelecendo, por meio dessas relações, as hierarquias entre indivíduos, grupos e instituições (CONNELL, 1997; OLIVEIRA, 2004; FIGUEIREDO, 2005).

Todavia, Giffin (2005) afirma que gênero não é universalmente uma categoria de estratificação social, pelo contrário, torna-se uma categoria fundamental de hierarquia na ordem social e, como consequência, os estudos acerca do homem e da mulher passam a ser apoiados nas relações sociais e nas suas práticas, constituindo, assim, maior conhecimento acerca dos atributos sociais desempenhados por homens e mulheres. Connell (2005) também considera que o

gênero se refere a uma das principais estruturas das práticas sociais que ordena outras estruturas sociais e interage com classe, raça, etnia e nacionalidade. Portanto, é necessário e, de suma importância, ao se trabalhar com a perspectiva de gênero, que a masculinidade não seja tratada de maneira separada da feminilidade e de outras dimensões sociais (GARCIA, 1998).

1.2 OS HOMENS E AS MASCULINIDADES

A discussão a respeito do masculino não se mostra tão recente, pois ocorre desde o período vitoriano e tem, em sua origem, relação com o conceito central de sexualidade (SILVA, S. G., 2000). Contudo, a terminologia masculinidade só foi empregada a partir dos anos de 1980 para referenciar os estudos sobre homens (SABO, 2000; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005; TONELI; ADRIAO, 2005). A distinção entre os sexos esteve pautada nas normas de diferença biológica entre homens e mulheres, já que até o século XVIII não era possível encontrar um modelo de sexualidade humana como na Modernidade. Dessa maneira, o *one-sex-model* ou *monismo sexual* era a concepção dominante até então, na qual a mulher era entendida como um homem invertido,¹ centralizando o modelo de perfeição e superioridade na anatomia masculina. Os debates sobre a relação entre reprodução, sexo e orgasmo também se baseavam nesse modelo (SILVA, S. G., 2000).

Somente no início do século XIX, as primeiras mudanças acontecem com o surgimento da nova concepção denominada *two-sex-model*, em que a mulher deixa de ser concebida como um homem invertido, mas passa a ser o inverso do homem. Nessa ocasião, há um enfraquecimento na crença de perfeição do corpo masculino, contudo a mulher ainda era considerada inferior, principalmente ao se compararem as atividades da época que, para o homem, eram direcionadas ao mundo social e, para mulher, ao mundo doméstico. Além disso, estabelecem-se, na sociedade burguesa, diferenças morais que passam a sobrepujar os comportamentos femininos e masculinos (SILVA, S. G., 2000).

¹ O útero era considerado o escroto feminino; os ovários como sendo os testículos; a vulva o prepúcio; e a vagina seria o pênis (SILVA, S. G., 2000).

Assim, as discussões sobre masculino e feminino perpassaram o campo anatomofisiológico e chegaram aos ditames das regras e papéis sócio e culturalmente impostos pela sociedade burguesa do século XIX. Cabe ressaltar que a Revolução Francesa, ocorrida no final do século XVIII, com os ideais de liberdade, igualdade e fraternidade e, posteriormente, a Revolução Industrial e as Guerras Mundiais contribuíram para a desordem no papel social do homem da época. Ou seja, os homens começaram a preocupar-se com o desempenho das mulheres, que vinham ganhando certo destaque na sociedade, tendo a obrigatoriedade de provar e cultivar a sua masculinidade e virilidade. Caso contrário, estavam sujeitos a serem considerados como femininos ou homossexuais, já que, na Europa, a imagem do homossexual estava ligada à feminilidade que atingia os homens (SILVA, S. G., 2000; OLIVEIRA, 2004). De acordo com Sérgio Gomes Silva (2000), as situações citadas caracterizaram a primeira crise da identidade masculina.

A preocupação dos homens suscita um culto à masculinidade, haja vista que seus comportamentos agora estavam associados aos papéis sociais representativos da condição masculina. Assim, com maior destaque no século XIX, construía-se uma nova imagem de homem que significava “não ser mulher” e, sobre todas as hipóteses, jamais ser homossexual, por ser uma norma desviante, repelida e punida (SILVA, S. G., 2000).

No século XX, a busca das mulheres por independência e igualdade e também as reivindicações de minorias sociais, como os homossexuais, representaram um desafio à oposição social dos homens, culminando com um estado de maior ameaça ao masculino. Em decorrência disso, surgiram estudos do gênero masculino, principalmente nos Estados Unidos, mostrando que os novos papéis sociais masculinos estabelecidos admitiam a fraqueza e a fragilidade do homem, deixando de enfatizar o corpo como condição masculina. Esses primeiros estudos sobre os homens surgiram por volta das décadas de 1960 e de 1970, e a maioria tinha seu foco na sexualidade. Mesmo apresentando um caráter exploratório, esses estudos já traziam a premissa de que o perfil anteriormente vigente e socialmente imposto acarretava déficit à saúde, ou seja, estava se tornando evidente que a masculinidade socialmente imposta ocasionava prejuízos aos processos de saúde dos homens, a partir de alguns comportamentos masculinos danosos que

favoreciam para o adoecimento (GARCIA, 1998; SILVA, S. G., 2000; SABO, 2000; 2002; OLIVEIRA, 2004; GIFFIN, 2005; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Nas reivindicações femininas, nos anos de 1970, além da igualdade de direitos, as mulheres lutavam pela liberdade sexual, impulsionadas pelo advento da pílula anticoncepcional que deu maior visibilidade a novas questões, como as infecções sexualmente transmissíveis (GIFFIN, 2005). Essa nova problemática colocou em foco a saúde reprodutiva e sexual, ampliando o espectro da análise em direção aos homens (GARCIA, 1998; GIFFIN, 2005; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005; VILLELA, 2005). Também, a partir das décadas de 1960 e de 1970, alguns estudos passaram a identificar homens com necessidades, demandas e comportamentos específicos, denunciando que, na tentativa de alcançar o modelo socialmente esperado, vivenciavam, em última instância, situações prejudiciais à sua saúde, para ser o homem competitivo, forte e ambicioso (SABO, 2000; 2002; SILVA, S. G., 2000; GIFFIN, 2005; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Na década de 1980, criou-se uma terminologia específica para esse campo, que passou a ser denominado estudo das *masculinidades* (GARCIA, 1998; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005), inaugurando uma ênfase na perspectiva relacional de gênero. Só no final dessa década, os estudos sobre masculinidades ganharam força no Brasil e na América Latina, acompanhando os trabalhos produzidos nos Estados Unidos e na Europa (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

A década de 1990 foi o período em que se consolidaram os debates, ressaltando as relações de poder, desigualdade e iniquidade de gênero, presentes na maioria dos estudos sobre homens e saúde (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Ao mesmo tempo, questões relacionadas com a saúde dos homens passaram a ser abordadas em conferências internacionais, como no ano de 1994, na Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento, ocorrida no Cairo. Na sequência, aconteceu a Conferência Internacional Sobre a Saúde da Mulher, em 1995, realizada em Pequim. Ambas ressaltaram a importância da inclusão masculina em programas sobre saúde sexual e reprodutiva (GARCIA, 1998; CORREA, 2002). Além disso, houve um aumento na produção de estudos voltados à população masculina, principalmente devido ao advento da epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS),

inicialmente identificada como um problema circunscrito aos homens homossexuais (GARCIA, 1998; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Desse modo, a Organização Mundial da Saúde (OMS), nos anos de 2000 e 2001, trouxe publicações voltadas para as especificidades da saúde masculina e o seu comprometimento em diversas fases da vida, apontando a necessidade de intensificar a investigação nesse campo (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

Os anos de 1990 foram marcados, portanto, por desenvolvimentos teóricos próprios sobre homens e masculinidades (SABO, 2000; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005), com destaque para os trabalhos *Gender and power* (1987) e *Masculinities* (1995), de Robert Connell (GARCIA, 1998). Nesse percurso, Connell (1997, 2005) apresenta diferentes masculinidades, a partir de uma análise dinâmica das posições que ocupam os homens na sociedade e aquela que se destaca e representa a masculinidade socialmente esperada, denominada *Masculinidade Hegemônica*, fundamentada nas relações das classes sociais, em que um grupo social se concentra em destaque e liderança hegemônica na sociedade, garantindo a posição dominante dos homens e a subordinação das mulheres. A hegemonia de uma masculinidade representaria o ideal a ser alcançado por todos os homens.

De acordo com o autor, as diferentes posições estabelecidas, como cumplicidade ou subordinação, por exemplo, não se constituem em algo fixo, mas práticas construídas em situações particulares, o que torna essa ordenação dinâmica em frente às situações vivenciadas (CONNELL, 2005). Contudo, mesmo sofrendo transformações ao longo da história, a população masculina apresenta tendência em manter a posição de dominação e poder sobre as mulheres (SABO, 2000; GARCIA, 1998; OLIVEIRA, 2004; GIFFIN, 2005; VILLELA, 2005).

Essa posição de masculinidade dominante, denominada de hegemônica por Connell (2005), foi caracterizada por Robert Brannon e Deborah David.² As características básicas dessa masculinidade referem-se ao: a) *no sissy stuff*, que seria o repúdio ou desvalorização do feminino, sem demonstrar qualquer atitude que sugira feminilidade; b) *be a big wheel*, em que a masculinidade está associada à medida de

² BRANNON, R.; DAVID, D. **The Forty-nine percent majority**. Reading, MA: Addison-Wesley, 1976.

poder, riqueza e sucesso; c) *be a sturdy oak*, na qual a masculinidade depende de o homem ser reservado emocionalmente, sem revelar seus sentimentos; d) *give 'em hell*, que sugere ao homem que corra riscos, mesmo que se utilize de meios agressivos. Assim, cabe ao homem estar pronto para o sexo a qualquer momento, ser conquistador e ativo, ao contrário da feminilidade (GARCIA, 1998; SILVA, S. G., 2000; GIFFIN, 2005). Vale ressaltar que a responsabilidade, raramente, aparece nesse discurso sexual masculino, podendo acarretar consequências como a aids e gravidez indesejada (GARCIA, 1998).

O início do século XXI vem assistindo ao surgimento crescente de estudos e publicações na área de saúde masculina em diversos países³ (GOMES; NASCIMENTO, 2006). No Brasil, no ano de 2005, houve uma publicação, especialmente voltada para a saúde dos homens no periódico *Ciência & Saúde Coletiva*,⁴ demonstrando a importância de estudos que abordem a saúde em relação às especificidades de gênero. Além disso, ocorreu em 2003, na cidade de Recife, o II Seminário Internacional Sobre Homens, Sexualidade e Reprodução (TONELLI; ADRIÃO, 2005).

1.3 O HOMEM DO SÉCULO XXI

Conforme visto, um modelo de masculinidade hegemônica, instituído cultural e socialmente, estabelece um “ideal” hegemônico impossível de ser alcançado, uma vez que não comporta as diversas manifestações singulares (CONNELL, 2005). A tentativa em aproximar-se de tal masculinidade expõe o homem a riscos de doença em geral (GARCIA, 1998; SABO, 2000; 2002; GIFFIN, 2005; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Ou seja, para cumprir tal papel, o homem envolve-se em situações de risco, por exemplo, exercer uma sexualidade incontrolável com demonstração de poder, a fim de não ser identificado com qualquer atributo feminino (OLIVEIRA, 2004; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Deixa, assim, de dar atenção

³ No México, ocorreu o *I Coloquio Internacional Sobre Género y Masculinidades*, no ano de 2004. Em Viena, na Áustria, o *World Congress on Men's Health & Gender*, que teve início no ano de 2001 e já se encontra na 5ª edição. A partir do ano de 2003, foi lançado *The Journal of Men's Health* (ISMH), no *3rd World Congress on Men's Health & Gender*, que possui duas publicações anuais.

⁴ *Ciência & Saúde Coletiva* – Saúde do homem: alerta e relevância, número especial publicado pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) no ano de 2005.

adequada à sua saúde, podendo emergir fatores geradores de adoecimento (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Por outro lado, contemporaneamente, alguns homens já expressam insatisfação ao modelo de masculinidade hegemônica, que tende a torná-los prisioneiros do próprio poder de dominação (GIFFIN, 2005). A existência de um novo padrão de masculinidade coloca o homem num estado de divergência e questionamento sobre o que é ser homem, período que alguns autores avaliam como o de “crise da masculinidade” (SILVA, S. G., 2000; NASCIMENTO, 2004; GIFFIN, 2005).

Gomes (2003), todavia, afirma que não é a masculinidade que está em crise, embora o gênero masculino viva em si um estado de crise permanente, e a masculinidade é algo que o homem, constantemente, procura definir para si. Para o autor, as conquistas do movimento feminista tornaram a crise mais visível, bem como a possibilidade de viver novos modelos de masculinidade, devido às transformações socioeconômicas e culturais (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Tal variedade nos padrões de masculinidade ocasionou uma desordem no papel a ser exercido pelo homem, que se viu diante da obrigatoriedade de cultivar e provar sua masculinidade e virilidade para si e para sociedade (SILVA, S. G., 2000; OLIVEIRA, 2004). De acordo com Gomes (2003), essa exigência se torna ainda maior quando se leva em consideração as mulheres, diante das quais o homem sente necessidade de provar que é “verdadeiramente homem”.

Porém, o homem contemporâneo não está totalmente sucumbido pelas situações de riscos e vulnerabilidade, pois alguns estudos revelam que ele vem apresentando certa preocupação com sua própria saúde, buscando assistência médica para prevenção e controle de doenças em geral, mesmo de maneira episódica. Todavia, a procura pelo serviço de saúde está pautada, principalmente, na tentativa de reduzir as circunstâncias e fatores que intervêm diretamente nas atividades sociais que desempenha, por exemplo, cuidar da saúde para evitar doenças mais graves que poderiam levar prejuízos ao trabalho (SILVA, S. G., 2000; KORIN, 2001; FIGUEIREDO, 2005). Além disso, a aparência física masculina começa a ganhar destaque, tendo sido pauta de publicações em revistas nacionais, dedicadas especialmente aos homens, abordando questões como: vaidade masculina, moda,

prática esportiva, saúde, alimentação, sexualidade e trabalho (VEJA, 2003; 2004; EPOCA, 2003a; 2003b).⁵

Alguns autores têm argumentado que o homem atual se aproxima do padrão feminino sem receio, pois apresenta prazer em participar do cuidado com os filhos, além de perceber os riscos à sua saúde decorrentes da indiscriminada e descuidadosa liberdade sexual (KALCKMANN, 1998; OLIVEIRA, 2004). Esse homem, então, tem dado atenção ao número de parceiras e à adoção de métodos de proteção para as relações sexuais, evitando o risco de contrair alguma doença e/ou gravidez indesejada da parceira (KALCKMANN, 1998; FIGUEIREDO, 2005).

Diante disso, torna-se visível o grande conflito que o homem do século XXI vive para exercer sua masculinidade, porquanto esse novo padrão surgido exige do homem ações “femininas” e aceitação de suas ações pelas mulheres (SILVA, S. G., 2000; GOMES, 2003; GIFFIN, 2005).

A noção de que ser homem e mulher é ter ações somente masculinas e femininas, respectivamente, deu lugar à ideia de que tanto o homem quanto a mulher são sujeitos que interagem baseados nas relações subjetivas e sociais. Os indivíduos não estão ordenados apenas em grupos de homens e mulheres, mas, segundo suas ações, que vão além da diferença entre os sexos (CONNELL, 1997). Desse modo, uma alternativa para superar a suposta “crise da masculinidade” pode estar na aceitação social das diversas masculinidades, facilitando, assim, as estratégias de inserção dos homens no campo e a prática da saúde, haja vista que a masculinidade hegemônica não é homogênea.

⁵ A revista *Veja* trouxe uma edição especial sobre Homem em outubro de 2003, e uma outra edição especial sobre Homem em seu novo papel em agosto de 2004. A revista *Época* reservou uma edição especial com o título *Homem: sem medo de ser feliz*, como parte integrante da edição 276 de setembro de 2003 e trouxe, na edição 280, em setembro de 2003, uma matéria de capa sobre Homens com o título *Eternamente jovem*.

CAPÍTULO 2

O ESTADO DE SAÚDE DO HOMEM

2.1 O ADOECIMENTO DO HOMEM BRASILEIRO: ALGUNS DADOS

De acordo com Schraiber, Gomes e Couto (2005), quando se propõe uma discussão sobre a saúde do homem, é fundamental debater tendo como pontos centrais três eixos, que são: a) as questões relativas à saúde reprodutiva e sexual; b) a temática da violência; e c) um campo diretamente voltado à morbi-mortalidade⁶ dos homens. Porém, há certa dificuldade em analisar, separadamente, homens e mulheres ao se trabalhar a saúde masculina sob o aspecto biológico das patologias, permanecendo a discussão da saúde do homem em contraste com a saúde da mulher, muitas vezes, reduzindo-se à prevenção do câncer de próstata.

Um exemplo claro que sinaliza para a necessidade de se voltar a atenção à saúde do homem são as comparações entre as taxas de morbidade⁷ feminina e masculina, nas quais notamos valores mais elevados para as mulheres, porém destacando que os homens morrem mais, talvez, pelo fato de não procurarem os serviços de saúde (PINHEIRO et al., 2002; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

Quando analisamos os dados mais recentes, obtidos pelo Ministério da Saúde (MS), é possível ter uma noção geral da saúde dos homens no Brasil. De acordo com Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005), o padrão de mortalidade masculina no País segue os mesmos padrões de países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Os números de óbitos masculinos entre 20 e 59 anos, analisados em série histórica de 1997 a 2005 (Tabela 1), demonstram que há um aumento gradativo com relação ao número total de óbitos ao longo dos anos, o que é mais acentuado, principalmente, entre a faixa etária de 50 a 59 anos, na qual percebemos um aumento de 31,4% para 35,1%.

⁶ O termo morbi é um antepositivo do latim *morbus* que significa doença, enfermidade ou moléstia, de acordo com o *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* (2007).

⁷ A palavra morbidade pode ser definida como um conjunto de causas capazes de produzir uma doença; incidência relativa de uma doença. O termo taxa de morbidade refere-se à taxa de indivíduos doentes num dado grupo e durante um período determinado, conforme o *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* (2007).

Tabela 1 - Número e proporção (%) de óbitos do sexo masculino, segundo idade. Brasil - 1997, 2001 e 2005 (20/59 anos)

Idade	1997		2001		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20 a 29	40.636	19,9	41.497	19,3	41.982	19,0
30 a 39	46.196	22,5	44.844	20,8	42.293	19,1
40 a 49	53.665	26,2	57.664	26,8	59.228	26,8
50 a 59	64.414	31,4	71.121	33,1	77.644	35,1
Total	204.911	100,0	215.126	100,0	221.147	100,0

Obs.: % calculada sobre o total de casos com informação fornecida.

Fonte: www.datasus.gov.br

Não podemos deixar de evidenciar também que houve uma pequena redução na mortalidade proporcional entre os homens, na faixa etária de 30 a 39 anos, de 22,5% para 19,1%, nos anos analisados.

Ao observarmos os coeficientes de mortalidade⁸ geral dos homens, em relação às mulheres, no ano de 2005, de 20 a 59 anos, nas três localidades específicas, podemos perceber a sobretaxa da mortalidade masculina em todos os grupos etários das três localidades. As maiores diferenças estão situadas no município de Vitória, com 7,1 e 12,8, respectivamente, na faixa etária de 40 a 49 anos e de 50 a 59 anos (Tabela 2). É interessante apontar que a escolha pelas localidades referidas na tabela deve-se ao fato de o lócus do estudo estar inserido na área do município de Vitória, no Estado do Espírito Santo.

Tabela 2 - Coeficientes de mortalidade geral (por mil habitantes), segundo localização, sexo e idade, 2005

Idade	Brasil		Espírito Santo		Vitória	
	H	M	H	M	H	M
20 a 29	2,6	0,6	3,5	0,7	6,9	1,7
30 a 39	3,1	1,1	3,7	1,1	8,0	2,9
40 a 49	5,8	2,8	5,9	2,7	13,9	6,8
50 a 59	11,9	6,4	13,4	6,7	29,7	16,9
Total	4,8	2,1	5,4	2,1	12,2	5,5

Obs.: H: homens; M: mulheres.

Fonte: www.datasus.gov.br

⁸ São definidos como quocientes entre as frequências absolutas de óbitos e o número dos expostos ao risco de morrer, que são todos os indivíduos da população (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 2003, p. 40).

Na análise dos óbitos por causas a partir da Classificação Internacional das Doenças, 10ª revisão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993), nota-se sobretaxa masculina na grande maioria das causas, no comparativo com as taxas femininas, no ano de 2005 (Tabela 3). Chamam a atenção os coeficientes de mortalidade masculinos por doenças do aparelho circulatório e por causas externas, 164,2 e 117,6, respectivamente.

Tabela 3 - Número de óbitos e coeficientes de mortalidade (por cem mil habitantes), segundo causa (Capítulo da CID-10) e sexo*. Brasil - 2005

Causa	Masculino		Feminino	
	Nº	Coef.	Nº	Coef.
Doenças do aparelho circulatório	148.966	164,2	134.922	144,2
Causas externas	106.651	117,6	20.912	22,3
Neoplasias	79.579	87,7	67.833	72,5
Causas mal definidas	58.551	64,5	45.843	49,0
Doenças do aparelho respiratório	53.017	58,4	44.359	47,4
Doenças do aparelho digestivo	32.212	35,5	17.875	19,1
Doenças infecciosas e parasitárias	27.399	30,2	19.222	20,5
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	24.298	26,7	29.676	31,7
Afecções do período perinatal	17.001	18,7	12.678	13,5
Doenças do aparelho geniturinário	9.548	10,5	8.813	9,4
Doenças do sistema nervoso	8.378	9,2	8.004	8,5
Transtornos mentais	6.968	7,6	1.958	2,1
Malformações congênitas	5.223	5,7	4.611	4,9
Doenças do sangue	2.543	2,8	2.453	2,6
Doenças do sistema osteomuscular	1.057	1,1	2.027	2,1
Doenças da pele	858	0,9	1.154	1,2
Doenças do ouvido	56	0,1	56	0,1
Doenças do olho	6	0,0	7	0,0
Gravidez, parto e puerpério	-	-	1.661	1,7
Total	582.311	642,2	424.064	453,4

Obs.: * Excluídos os sexos ignorados.

Fonte: www.datasus.gov.br

Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005) consideram como exemplo de fatores provocadores de óbitos por causas externas a violência, o homicídio e os acidentes de transportes. Os autores ainda destacam que as cinco principais causas de óbitos, segundo a Classificação Internacional das Doenças, 10ª revisão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993), entre os homens, no ano de 2001, no Brasil, para todos os grupos etários, são: doenças do aparelho circulatório (24,8%), causas externas (18,2%), neoplasias (12,0%), doenças do aparelho respiratório (8,9%) e doenças do

aparelho digestivo (5,2%). Ainda consideram que é preciso destacar o número de óbitos por neoplasias entre os homens, em que existe o predomínio dos cânceres de pulmão, vindo, em seguida, os de próstata e os de estômago.

Devemos considerar que o óbito por doenças infecciosas e parasitárias, no qual a aids está inserida, ainda permanece maior entre os homens, no entanto apenas um estudo detalhado poderia esclarecer quais seriam as doenças infecciosas e parasitárias mais frequentes nas estatísticas de mortalidade. As causas mal definidas também apresentam um coeficiente bem representativo de mortalidade masculina, no entanto analisar essa causa mostra-se uma tarefa muito difícil, pois a origem do óbito é desconhecida, o que inviabiliza uma discussão mais aprofundada da situação.

Em seguida, podemos verificar a mortalidade proporcional de homens e mulheres, a partir das cinco principais causas de óbitos nos homens, para o ano de 2005, no grupo etário e 20 a 59 anos (Tabela 4).

Tabela 4 - Mortalidade proporcional (%) por causa, segundo as cinco principais causas entre homens (Capítulo da CID-10), localização, sexo* e idade, 2005 (20/59 anos)

Causa	Brasil		Espírito Santo		Vitória	
	H	M	H	M	H	M
Doenças do aparelho circulatório	23,9	35,7	22,6	36,5	21,2	26,2
Causas externas	45,4	14,3	52,5	18,9	40,9	11,9
Neoplasias	14,6	34,5	13,0	30,9	25,1	51,8
Doenças do aparelho respiratório	6,1	8,5	4,0	6,6	4,9	5,4
Doenças do aparelho digestivo	10,0	7,0	7,9	7,1	7,9	4,7

Obs.: * Excluídos os sexos ignorados.

H: homens; M: mulheres.

Fonte: www.datasus.gov.br

Observamos que, em todas as localidades, há maior proporção de óbitos nos homens em relação às mulheres para as causas externas, chamando a atenção para o Estado do Espírito Santo. Contudo, ao analisarmos a mortalidade proporcional por neoplasias, as maiores proporções estão nos óbitos femininos, principalmente no município de Vitória. Todavia, não devemos perder de vista o

número exorbitante de homens que morreram acometidos pelo câncer de próstata no ano de 2005, sendo 10.214 notificações em todo o Brasil, perdendo apenas para o câncer de pulmão. Mais preocupante ainda foi a estimativa realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) com a projeção de incidência de neoplasias para o ano 2008, em que são apontados aproximadamente 50.000 casos de cânceres de próstata (BRASIL, 2008b).

Porém, os dados sobre morbidade masculina, em serviços de atenção primária à saúde (APS), ainda não fazem referência ao total de casos ocorridos, devido à pouca frequência de homens nesse tipo de serviço e pelo pouco enfoque dado a essa situação. De acordo com Gomes e Nascimento (2006), no Brasil, as pesquisas circunscritas à produção de periódicos sobre a relação homem e saúde necessitam de maiores investigações, sendo uma temática recente no universo acadêmico-científico e com poucas discussões relacionadas com as especificidades do adoecer masculino.

Mesmo sabendo que a qualidade dos serviços de registros dos dados vitais relacionados com a saúde é prejudicada em alguns Estados do País, devido às condições urbanas, econômicas e políticas que refletem no acesso aos serviços de saúde (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 2003), faz-se necessária uma comparação entre as Unidades da Federação, como maneira de visualizar a situação de cada região e, principalmente, observar como a mortalidade no Espírito Santo está comparada com a de outros Estados.

Assim, podemos verificar os coeficientes de mortalidade geral masculina nas Unidades da Federação, no ano de 2005, no grupo etário de 20 a 59 anos (Tabela 5). Percebemos que o Rio de Janeiro é o Estado com o maior coeficiente, com 6,1, seguido de Pernambuco e do Espírito Santo, com 5,9 e 5,4, respectivamente. Em contrapartida, os Estados do Amapá e Amazonas apresentaram os menores coeficientes, com 3,5.

Insta salientar que os dados apresentados nos apontam para uma situação preocupante, principalmente no Estado do Espírito Santo, que não pode ser ignorada pelos órgãos competentes de saúde. Vale ainda ressaltar que não

podemos deixar de considerar que possíveis dificuldades nos registros dos dados podem, de certa forma, comprometer alguns coeficientes, sendo de cada Unidade da Federação a responsabilidade do registro das informações (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 2003).

Tabela 5 - Coeficientes de mortalidade geral masculina (por mil habitantes), segundo as Unidades da Federação e idade, Brasil - 2005 (20/59 anos)

Estados	População	Nº de óbitos	Coeficiente
Rio de Janeiro	4.028.013	24.807	6,1
Pernambuco	1.950.741	11.499	5,9
Espírito Santo	882.034	4.790	5,4
Alagoas	668.819	3.432	5,1
Mato Grosso do Sul	575.009	2.876	5,0
Mato Grosso	747.310	3.763	5,0
Distrito Federal	603.969	3.018	5,0
Sergipe	454.902	2.236	4,9
São Paulo	10.838.904	53.225	4,9
Minas Gerais	4.949.021	23.694	4,8
Paraná	2.661.914	12.870	4,8
Rio Grande do Sul	2.874.363	13.786	4,8
Piauí	665.932	3.033	4,5
Rondônia	385.311	1.653	4,3
Ceará	1.805.236	7.905	4,3
Paraíba	807.447	3.518	4,3
Goiás	1.467.397	6.266	4,3
Bahia	3.231.640	13.483	4,1
Santa Catarina	1.572.401	6.527	4,1
Roraima	92.880	374	4,0
Tocantins	310.933	1.245	4,0
Acre	146.455	580	3,9
Pará	1.600.800	6.202	3,9
Rio Grande do Norte	699.285	2.610	3,7
Maranhão	1.290.508	4.717	3,6
Amazonas	722.927	2.564	3,5
Amapá	133.044	473	3,5
Total	46.167.195	221.146	4,8

Fonte: www.datasus.gov.br

Pode-se perceber que a situação de adoecimento do homem no Brasil é preocupante, principalmente as políticas públicas de saúde, as quais devem priorizar algumas ações, de modo específico, para a saúde masculina.

2.2 SAÚDE DO HOMEM

A masculinidade hegemônica discutida até aqui refere-se a uma forma de masculinidade culturalmente dominante em que o “ser homem” é “não ser feminino”, não admitir fraqueza e não ter qualquer atributo que sugira feminilidade. Partindo, então, da noção de que estar doente remete à “fraqueza”, e que fragilidade é sinônimo de feminilidade, parece ser habitual o comportamento dos homens de não valorizar sua saúde nem a presença de sinais e sintomas, buscando ajuda médica somente em casos urgentes ou em frente a impossibilidades, como não poder trabalhar. Dessa maneira, os homens tenderiam a procurar outros serviços de saúde que solucionariam o problema imediatamente, como farmácias e prontos-socorros, o que favorece a exposição mais facilitada da problemática (FIGUEIREDO, 2005).

Para Figueiredo (2005), o homem é tradicionalmente visto fora das unidades básicas de saúde, tanto pela própria população masculina como pelos serviços de saúde, e as razões que contribuem para essa ideia perpassam por diferentes aspectos e situações. As normas culturais e sociais são exemplos em que os homens associam a doença à “fraqueza”, deixando o problema de lado; as ideias errôneas também contribuem, no sentido de que o espaço da UBS é destinado às mulheres, crianças e idosos; e a própria masculinidade hegemônica, que percebe o homem como independente e sem necessidade de auxílio diante dos problemas, compromete a sua saúde.

Um estudo realizado com os homens brasileiros a respeito da procura pelo serviço de saúde vem dizer, dentre outros aspectos, que grande parte dos indivíduos do sexo masculino não possui hábitos de prevenção, e os próprios homens explicam que a prática do cuidar está associada ao sexo feminino, além da vergonha em ficar exposto, da falta de serviços específicos ao homem e da dificuldade encontrada para acessar o serviço devido à falta de tempo e impossibilidades decorrentes do trabalho. Os autores do estudo apontam ainda que o senso comum e os dados científicos epidemiológicos se complementam, mesmo com a aparente contradição, visto que os dados científicos reconhecem o homem como mais vulnerável que a mulher e o senso comum percebe o homem como mais invulnerável. Dessa forma, essa ideia de contradição pode levar a uma interação, haja vista que os homens, por

serem mais invulneráveis, se expõem mais e se tornam, assim, mais vulneráveis. Além disso, mencionam que, mesmo os homens considerando que deveriam cuidar de sua saúde, muitas vezes não conseguem agir segundo essa ideia, o que, para os autores, fortalece a grande diferença entre o discurso de saúde como situação ideal, mas que não se traduz na realidade de muitos homens. Ou seja, é fundamental que os estudos e pesquisas compreendam a diferença entre o que deveria ser e o que é a saúde para os homens, como forma de distinguir a situação de saúde real da ideal (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Há, ainda, a dificuldade de os homens expressarem o que sentem e de falarem de si mesmos, já que a mulher foi educada, culturalmente, para cuidar do marido, filho, pai (FIGUEIREDO, 2005). Com isso, esperar de um homem que peça ajuda, fale sobre seus sentimentos e sinta dor, parece algo inatingível, visto que os “verdadeiros” homens não adoecem, mas, quando isso sucede às buscas por ajuda e queixas, elas só são expressas quando se torna impossível superar o problema sozinho. E mais, os homens carecem de relações íntimas, em comparação com as mulheres. Nesse sentido, é muito comum que os homens casados dependam das suas esposas no cuidado à saúde, resultando em um fator de proteção à saúde para os homens (KORIN, 2001).

Os fatores, espaço “feminilizado” da UBS, anteriormente citados e a atitude dos próprios profissionais de saúde também favorecem o afastamento dos homens nas UBS, conforme Figueiredo (2005). É possível que o próprio ambiente promova maior receptividade às mulheres, desde a presença de revistas nas salas de esperas abordando temas de mais interesse para a mulher até a equipe de profissionais formada, em sua maioria, por mulheres. Além do que os profissionais estão pouco preparados para lidar com o homem, por acreditarem que ele não seguiria as orientações feitas e por influência da masculinidade hegemônica, em que o homem não sofre de “grandes” problemas. E mais, as UBSs não disponibilizam programas ou atividades específicos para a população masculina.

Schraiber, Gomes e Couto (2005) apontam que incluir a participação do homem nas ações de saúde é uma atitude desafiadora, devido ao fato de os homens não valorizarem o corpo no sentido da saúde. Para tanto, há que se reivindicar uma

política de saúde mais integral à população masculina, uma vez que tanto os homens quanto as mulheres necessitam ser vistos em suas singularidades. Contudo, espera-se que essa política, assinada em agosto de 2009 e em desenvolvimento pelo MS, não seja vista como um movimento contrário à saúde da mulher, mas, sim, a partir da dimensão de gênero.

Para isso, é preciso deixar claro que não se trata de uma “recaída machista”, porém a proposta de se discutir a saúde do homem é uma tentativa de aproximar a promoção da saúde voltada para as necessidades humanas em geral (GOMES, 2003).

Assim, torna-se necessária, para Figueiredo (2005), a compreensão das masculinidades no estudo da saúde do homem, além, é claro, da discussão dessa temática com os profissionais de saúde e a implementação de estratégias para um melhor acolhimento das necessidades do homem. E, acima de tudo, “[...] dar voz aos próprios homens para melhor compreender as questões envolvidas no seu acesso aos serviços de saúde” (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007, p. 566).

Figueiredo (2005) destaca, ainda, que há uma multiplicidade de motivos, como o tempo de espera pela assistência, a desvalorização do autocuidado, a falta de programas destinados aos homens e outros já citados, que afastam os homens dos serviços da atenção primária à saúde, que não se limitam, unicamente, à irresponsabilidade dos homens com a saúde e/ou à falha na organização dos modelos de atenção primária à saúde. Entretanto, cada serviço de saúde, especificamente, pode avaliar sua situação em relação à assistência aos homens no intuito de desenvolver ações de promoção à saúde. Assim também ponderam Araújo e Leitão (2005, p. 397), ao considerarem importante,

[...] conhecer as dificuldades enfrentadas pelos homens [...] ao acesso à consulta. Só assim se poderá oferecer subsídios à organização dos serviços, sensibilizar os profissionais, bem como aos gestores, para o planejamento de ações que levem em consideração tais aspectos. O planejamento e o desenvolvimento das ações [...] devem indicar alternativas que facilitem a ida do homem à unidade, e também, que atraiam esta população [...] por meio de campanhas educativas.

Contudo, devido à existência de diversas masculinidades, alguns homens não têm receio em demonstrar características associadas ao feminino, valorizando a própria saúde e demonstrando seus sentimentos, sem, no entanto, reproduzirem o modelo hegemônico de masculinidade (SILVA, S. G., 2000; FIGUEIREDO, 2005; GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007). Logo, os aspectos aqui discutidos não devem ser analisados de maneira generalizada, o que denota visibilidade para certa modificação com relação ao cuidado à saúde dos homens.

CAPÍTULO 3

SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: DA CRIAÇÃO DO SUS À IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

3.1 A CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A saúde passou a ser consolidada como política depois da Segunda Guerra Mundial, com o advento do Estado de Bem-Estar Social e dos sistemas de saúde nos Estados Unidos e na Europa. A partir de então, os governos começaram a alocar recursos e a destinar propostas para a saúde da população (ELIAS, 2008). No Brasil, a política de saúde passou a ter expressão e ganhar reconhecimento e dimensão social após a criação do SUS, já que, antes dele, a saúde nunca foi pensada como direito, mas pautada no mundo do trabalho e vinculada à Previdência Social, além da subordinação a um sistema de serviços de saúde que se caracterizava pela insuficiência, falta de coordenação e ineficiência (PAIM, 2006).

Os anos que antecederam a criação do SUS foram marcados por uma interrupção da recessão econômica e pela conquista da democracia, além, é claro, dos movimentos sociais que defendiam os avanços no campo da saúde pública, difundindo a proposta do Movimento de Reforma Sanitária. Dentre alguns princípios da Reforma, destacaram-se o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, a criação do SUS e a ampliação do conceito de saúde. Essas propostas ganharam destaque na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, e foram debatidas as mudanças sociais e a transformação da situação sanitária. Somente em 1988, com a promulgação da Constituição, consolidou-se a criação do SUS, que garantia o direito à saúde para todos os brasileiros (PAIM, 2003b; SERRA, 2008). Porém, só após a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde – Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90 – os dispositivos legais do SUS foram aprovados, dando sequência à reforma do sistema e dos serviços de saúde, regulamentada em princípios e diretrizes (BRASIL, 1990a; 1990b; PAIM, 2006).

Seus princípios, expressos na Constituição de 1988, são: universalização, igualdade e equidade.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O princípio da equidade significa tratar as diferenças em busca da igualdade, respeitando suas particularidades (ELIAS, 2008). Do mesmo modo, assegura a universalidade e a igualdade no acesso gratuito às ações e serviços de saúde, em benefício da promoção, proteção e recuperação da saúde (PAIM, 2003b; SERRA, 2008), sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990a). Os três juntos afirmam a doutrina do SUS, bem como suas diretrizes expressas no art. 198.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III – participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A descentralização pode ser entendida como a distribuição de responsabilidades entre os diferentes níveis de governo – federal, estadual e municipal – passando o último nível a assumir maior responsabilidade nas ações de saúde (ANDRADE; ARAUJO, 2003). Portanto, compete à direção municipal organizar a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com a direção estadual, conforme regulamenta o art. 18 da Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a).

A integralidade é a premissa que articula as ações e serviços de saúde preventivos e curativos, tanto em nível individual quanto coletivo, exigidos para cada situação e em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990a). O termo integralidade é derivado da noção proposta pela Medicina Integral, que seria capaz de articular até cinco níveis de prevenção – promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação – sobre o processo saúde-doença (PAIM, 2006).

Por fim, a participação da comunidade é a garantia de que a população também terá presença nas formulações, decisões e execuções das políticas públicas de saúde (ANDRADE; ARAUJO, 2003). Essa participação acontece por intermédio do Conselho de Saúde que está decretado no art. 1º da Lei nº 8.142/90.

§ 2º - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990b).

Não podemos deixar de considerar que o caráter público do SUS é uma possibilidade histórica, no Brasil, de exercitar a cidadania (NEMES FILHO, 2000), e a sua criação é uma das reformas sociais mais importantes ocorrida no País, como considera Serra (2008).

Mesmo com a estrutura inovadora que o SUS trazia, as dificuldades e problemas para a implantação no sistema de saúde do Brasil estavam evidentes no final do século XX. Criaram-se algumas estratégias que visavam às melhorias e às mudanças no modelo de atenção, como a publicação da Norma Operacional Básica de Assistência a Saúde de 1996 (NOB-96), que teve a preocupação de centrar o modelo de atenção voltado para a qualidade de vida das pessoas e do seu meio social; e a criação do Programa Saúde da Família (PSF) no ano de 1997, mediante a Portaria nº 1.886/GM, que teve como ponto central o estabelecimento de vínculos de responsabilidade e compromisso entre o profissional/equipe de saúde e população (PAIM, 2003b; SERRA, 2008).

Ainda hoje, o Ministério da Saúde tem metas estabelecidas que precisam ser alcançadas na tentativa de expandir o SUS com trabalho de qualidade. Algumas das metas são: ampliar o acesso da população a medicamentos fornecidos pelo SUS; estimular e fortalecer o Sistema Nacional de Transplantes de órgãos; e implantar ações voltadas para a Atenção à Saúde do Homem (BRASIL, 2008a).

Toda a construção do SUS, com seus princípios e diretrizes, obedeceu ao direcionamento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que disseminou, por toda a América Latina, o modelo do sistema de saúde inspirado na Inglaterra. O modelo inglês de saúde é orientado a partir de medidas de racionalização, que são divididas em níveis de assistências: primária, secundária e terciária. A organização de cada nível é referenciada por: a) incorporação de tecnologia material; b)

capacitação profissional; c) perfil de morbidade. Cada nível de assistência incorpora uma densidade crescente de complexidade, que vai do nível primário ao terciário (ELIAS, 2008).

O Brasil, dessa forma, instituiu os três modos de atenção à saúde. Entretanto, daremos maior foco à Atenção Básica ou Primária à Saúde, por ser considerada a “porta de entrada” da população no sistema de saúde.

3.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ALGUNS CONCEITOS E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO NO SUS

Os sistemas de serviços de saúde, em diversos países, apresentam duas grandes metas principais, que são: a otimização do estado de saúde da população, pela busca das causas das enfermidades e manejo das doenças; e a redução das disparidades entre os grupos populacionais, de modo que todos tenham alcance e acesso aos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Em reconhecimento às crescentes iniquidades sociais e de saúde, em quase todos os países, a OMS criou estratégias para uma melhor organização dos sistemas de saúde. Em 1977, a Assembleia Mundial de Saúde determinou uma meta social aos governantes: a obtenção, por parte de todos os cidadãos do mundo, de um nível de saúde no ano 2000, conhecido como “Saúde para todos no ano 2000”. Segundo Rivero (2003), subdiretor geral da OMS no período de 1974 a 1985, a iniciativa em garantir a saúde para todos no ano 2000 devia-se ao fato de que, nesse período, presumia-se que todos os países já haveriam implementado suas estratégias políticas de acesso à saúde.

A partir de então, a OMS desencadeou uma série de atividades, como a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, que firmou a APS como doutrina e, dessa forma, buscando atingir a “Saúde para todos no ano 2000” (STARFIELD, 2002). Essa conferência teve seus decretos registrados no documento denominado Declaração de Alma-Ata, que trouxe uma definição da atenção primária:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

Para Starfield (2002), a APS é um nível do sistema de saúde que possibilita a entrada para todas as novas necessidades e problemas, determinando o trabalho de todos os outros níveis do sistema, abordando os problemas mais comuns na comunidade e está direcionada para a manutenção, promoção e melhoria da saúde. A autora considera, ainda, que, nesse primeiro nível do sistema, a saúde deve ser enfocada a partir de determinantes sociais e físicos, em que as pessoas estejam inseridas e trabalhem, ao invés de priorizar apenas a enfermidade individual.

Além do conceito da APS, a Declaração de Alma-Ata (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978) enfatiza o significado de saúde, como “[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, é um direito humano fundamental [...]” e, também, a responsabilidade dos governantes em formular planos de ações para estabelecer e sustentar a APS em seus países.

Por mais que diversas nacionalidades utilizem a terminologia “atenção primária à saúde”, Rivero (2003) considera inapropriada essa utilização, já que a proposta inicial seria usar a palavra “cuidado” e não “atenção”, dando ideia de relações horizontais e participativas, enquanto atenção denota uma relação imposta. Sendo assim, acredita que a melhor maneira de identificar a APS seria “Cuidado Integral da Saúde Para Todos e por Todos”.

Mas, independentemente da nomenclatura, é notório que a sua criação apresenta relevância no cenário mundial, como menciona Mattos (2001, p. 383):

[...] as conclusões de Alma-Ata significaram um avanço na construção de um consenso, entre a maioria dos governos do mundo, quanto à importância das estratégias de expansão dos cuidados primários de saúde, a serem conduzidas com ampla participação do Estado.

Starfield (2002) comenta que as práticas da atenção primária estão pautadas no modelo médico-assistencial, ou seja, na dependência das pessoas que procuram os serviços de saúde por livre iniciativa, ao invés de um modelo orientado para a comunidade. Esse modelo médico-assistencial ainda é utilizado por muitos países, como o Brasil (PAIM, 2003a).

No Brasil, a APS, também identificada como Atenção Básica, foi aprovada pela Portaria nº 3.925/GM de novembro de 1998, mediante o Manual Para Organização da Atenção Básica, sendo definida como, “[...] conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação”. Logo, estruturou-se um eixo de efetivação para o modelo de atenção preconizado pelo SUS (BRASIL, 1998).

A Atenção Básica ganhou destaque com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), que surgiu como uma tentativa de reorientar o modelo médico-assistencial, operacionalizado mediante a implantação de equipes de profissionais responsáveis pelo acompanhamento de famílias, visando à promoção da saúde e à ampliação do processo saúde-doença. Sua criação impulsionou uma reordenação no modelo de atenção do SUS (BRASIL, 1997). A iniciativa obteve bons resultados, principalmente, pelo reconhecimento internacional que a política de saúde brasileira adquiriu (PAIM, 2003b).

Podemos, então, destacar que o sistema de saúde brasileiro segue respeitando a Declaração de Alma-Ata (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978), tendo em vista o princípio norteador da universalização que se pauta na responsabilidade de os governantes estabelecerem condições de acesso à saúde para a população, além da criação dos Conselhos de Saúde – regida pela Lei nº 8.142/90 – que garante a participação popular no planejamento da saúde do País, igualmente proposto na declaração e, finalizando, as estratégias do PSF, que colocam as ações

da APS como foco principal do sistema sanitário. Desse modo, o SUS vem articulando as suas ações na tentativa de alcançar a proposta de saúde para todos, como a iniciativa de implementação da política de saúde do homem.

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO HOMEM: GÊNESE, PRODUÇÃO E DESTINO ESPERADO

A proposta de uma Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem tem ganhado destaque no cenário nacional, principalmente a partir da 13ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília, no ano de 2007. Um dos eixos discutidos estava associado à criação do programa de saúde do homem nas três esferas de governos, de forma articulada com outras políticas públicas, incluindo exames de detecção do câncer de próstata, prevenção de acidentes e incentivo aos homens na inserção do planejamento familiar (BRASIL, 2007).

Sob esse prisma, as discussões no direcionamento da atenção à saúde do homem foram intensificadas e, em dezembro de 2007, o Ministério da Saúde efetiva a criação de tal política com a divulgação da “Cartilha Mais Saúde”. Nela, encontram-se medidas que o Governo Nacional se compromete a colocar em prática até o ano de 2011, contemplando as seguintes metas:

- a) inserir a saúde do homem nos conteúdos de capacitação das equipes de saúde da família;
- b) apoiar a criação da política de atenção ao homem nas Secretarias Estaduais de todo território nacional;
- c) lançar a “Semana de Promoção da Saúde do Homem”, em campanhas previstas para o ano de 2008;
- d) ampliar o número de consultas e cirurgias para as patologias e cânceres do trato genital masculino (BRASIL, 2008a).

A caminho da efetivação dessa política, o MS lançou um documento provisório para consulta pública em que constam os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, decretado no art. 1º, da Portaria nº 9, de 9 de setembro de 2008. No documento, a instituição máxima de saúde no Brasil se compromete a promover ações que contribuam para a realidade singular masculina,

de forma a possibilitar maior expectativa de vida e redução dos índices de morbimortalidade nessa população (BRASIL, 2008b).

Este documento, como instrumento de planejamento, define, no geral, princípios, diretrizes e papéis dos órgãos ou setores responsáveis pela elaboração e execução de planos, programas, projetos e atividades concretas, a serem oportunamente definidos, visando garantir ações e serviços de saúde que possam promover, prevenir, assistir e recuperar a saúde da população masculina (BRASIL, 2008b).

Pelo que se pôde perceber, a partir do documento para consulta pública, é que se trata de uma política que vem sendo formulada e produzida com base em estudos recentes e em informações fundamentadas nos indicadores de enfermidade e mortalidade da população masculina, o que vem reforçar a importância de uma atenção mais integral para o comportamento que os homens contemporâneos adotam em relação à saúde.

A política de saúde masculina irá concentrar suas ações no recorte etário de homens na faixa etária de 25 a 59 anos, o que corresponde a 41,3% da população masculina ou a 20% do total da população do Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2005. Além de corresponder à parcela preponderante da força produtiva, a política estará também integrada às outras políticas de saúde do País, sobretudo a Política Nacional de Atenção Básica em consonância com o Programa de Saúde da Família, priorizando o serviço da Atenção Primária do SUS (BRASIL, 2008b).

A proposta engloba a qualificação dos profissionais de saúde para o correto atendimento à saúde do homem, implantação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, orientação aos homens e familiares sobre promoção, prevenção e tratamento das enfermidades que atingem o homem, sobretudo, que os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados e, assim, incentive-os no cuidado à saúde, de maneira que transformações sociais possam acontecer em benefício à população masculina (BRASIL, 2008b).

A presente política enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família. Considera essencial que, além dos aspectos educacionais, entre outras ações, os serviços públicos de

saúde sejam organizados de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se parte integrante deles (BRASIL, 2008b).

É interessante notar que a proposta se destina a fazer com que o homem possa se reconhecer como alvo dessa política e para isso quão importante seria a modificação de paradigmas instituídos que provocam resistências e obstáculos ao homem. Segundo Korin (2001), é crucial o apoio aos homens na superação dos efeitos da masculinidade estereotipada e rígida, e que essa atitude possa ser impulsionada por homens que estão enfrentando essas mudanças, para que juntos desenvolvam novas formas de ser homem, a fim de criar uma cultura de masculinidade mais flexível e expansiva.

Assim, para o autor, a definição de novos paradigmas só seria possível com a igualdade de gêneros, diferentemente dos modelos atuais, com o propósito de eliminar a masculinidade hegemônica como o núcleo inquestionável ao redor do qual gira a vida e desprender-se da visão de inferioridade e superioridade inventada em função do sexo e impulsionada pelo controle e poder (KORIN, 2001).

De certo modo, para que haja melhorias nas condições de saúde da população masculina do Brasil, com redução da morbidade e mortalidade e reorganização das ações de saúde, com uma proposta inclusiva, na qual os homens possam considerar os serviços de saúde como espaços masculinos, faz-se fundamental o engajamento e comprometimento da União, Estados e Municípios às diretrizes e princípios estabelecidos pelo MS (BRASIL, 2008b).

Não há dúvidas de que avanços importantes são esperados a partir da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, prevista para o ano de 2011. Todavia, cabe ao MS investir em estratégias para a saúde masculina, de modo a reverter indicadores, taxas e a qualidade de vida da população masculina. Dos serviços da APS é esperado que consigam fomentar ações para a inserção natural do homem em suas atividades e programas. Do homem espera-se uma aceitação gradual dessa nova proposição e que possa visualizar-se como o principal beneficiado desse marco histórico da saúde pública brasileira.

Presumimos, também, que a comunidade científica consiga mostrar a efetividade da política de saúde masculina, e que o homem adquira um novo modo de olhar a sua saúde. Porém, enquanto a política não entra em vigor, alguns trabalhos buscam reforçar a importância de a Saúde Pública voltar as suas ações para a população masculina, como é o caso deste trabalho.

CAPÍTULO 4

A SAÚDE COMO MODO DE CRIAÇÃO DA VIDA

4.1 SAÚDE: CONCEPÇÕES EM TRANSFORMAÇÃO

Ao se propor uma discussão sobre a saúde, na tentativa de compreender o seu conceito, torna-se inevitável uma contextualização das condições materiais e políticas do espaço social ao qual o ser humano está integrado (MINAYO, 2007).

Uma primeira concepção de saúde de grande influência em nossa história está vinculada ao modelo médico-hegemônico, com ênfase na dimensão curativa do processo saúde-doença, em que a saúde está colocada como oposto à doença. A saúde, nessa concepção, é caracterizada como uma busca constante de equilíbrio do organismo. Essa perspectiva é a mais tradicional, na qual a Medicina é destacada como possuidora de um saber único e exclusivo, e o indivíduo é identificado apenas como organismo biológico (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002; PAIM, 2003a).

Diante de transformações socioeconômicas e políticas vivenciadas pelas nações, o conceito de saúde sofreu modificações, principalmente por influência da OMS, que apresenta um conceito mais ampliado, pautado no bem-estar das pessoas e sem mais a premissa de saúde como ausência de doença. Considera-se, assim, o processo saúde-doença sob influência de múltiplos determinantes, que concebem o homem em sua integralidade, como os aspectos econômicos e sociais (ENUMO, 2003).

É importante sinalizar que a concepção de saúde difundida pela OMS serviu de base e inspiração para a situação brasileira, principalmente nas propostas da Reforma Sanitária, na década de 1970, que desencadeou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). As propostas já abrangiam uma noção de saúde mais ampliada no País e a visibilidade da universalização dos serviços, além, é claro, de um sistema de saúde que permitisse a participação da população na gestão, de maneira que a própria população indicasse os interesses reais e necessários da comunidade

(PAIM, 2003b). Contudo, gostaríamos de ressaltar que toda essa configuração do sistema brasileiro de saúde será mais bem explicitada no tópico seguinte.

Caminhando em paralelo ao contexto da OMS, Canguilhem (2006) apresenta uma concepção de saúde vinculada diretamente ao homem e ao meio social, questionando a concepção de saúde tradicional. Para o autor, o homem é determinado pelo meio social e consegue responder às exigências desse meio, criando normas próprias para as constantes modificações ocorridas. Dessa forma, a noção de saúde é pensada positivamente, como uma norma de vida que ultrapassa a norma momentânea e institui novos princípios em frente às situações que se colocam, de modo esperado ou não. Nessa perspectiva, o homem normal saudável teria que se sentir capaz de adoecer e de afastar a doença, o que significa o luxo de poder ficar doente e se restabelecer. A saúde, segundo ele, constitui um certo jogo de normas de vida e de comportamento, que se caracteriza pela capacidade de tolerar as variações das normas, constituindo uma capacidade de ultrapassar as crises orgânicas para instalar uma nova ordem fisiológica (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999).

Ser sadio significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas (CANGUILHEM, 2006, p. 148).

Sob esse prisma, a norma seria sempre uma noção-limite individual que definiria o máximo da capacidade de um ser, e que cabe ao próprio indivíduo a concepção do que seria o normal para si. Já a doença é vista como uma normalidade, assim como a saúde, pois ambas implicam uma condição de vida que está colocada para o ser humano, cabendo a ele a responsabilidade de identificar o seu estado de doença e procurar modos para enfrentá-la (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999; 2002).

Devemos entender a saúde como uma capacidade de adaptação criativa a novas situações e uma transformação do meio em que se vive, implicando desobedecer, produzir ou acompanhar uma modificação, adoecer e sair do estado patológico. Nesse sentido, a saúde não se caracteriza pela ausência de doença, mas pela

maneira como o sujeito lida com a vida e a doença (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999).

O homem sadio não foge diante dos problemas causados pelas alterações – às vezes súbitas – de seus hábitos, mesmo em termos fisiológicos; ele mede sua saúde pela capacidade de superar as crises orgânicas para instaurar uma nova ordem (CANGUILHEM, 2006, p. 151).

A saúde, portanto, está intrinsecamente relacionada com o contexto em que se vive e com o modo como cada um produz sua vida nesse contexto. No entanto, algumas situações de trabalho, habitação e alimentação são passíveis de causar adoecimento. É claro que não podemos adotar sempre uma relação de causa e efeito entre essas condições e um estado de adoecimento, podendo ser possível que alguns sujeitos consigam produzir saúde em condições muito adversas, na medida em que criam modos de transformação dessas condições.

Assinala Canguilhem (2006) que a saúde está sempre relacionada com a forma pela qual o indivíduo interage com os eventos da vida. Forma essa que é construída ao longo de toda a existência, pois há no homem uma plasticidade funcional ligada à luta da vida contra os perigos que a ameaçam.

Por fim, devemos considerar a importância da ação singular e coletiva na gestão das próprias vidas, em que a saúde possa ser pensada como um movimento de buscas constantes de novas normas para uma melhor interação com a sociedade, permitindo ações voltadas para o desenvolvimento do indivíduo, inserido na coletividade.

É a partir dessa concepção proposta por Georges Canguilhem, anteriormente citada, que concebemos a saúde neste estudo, o que permite ao homem adotar ações destinadas à sua saúde, de modo que consiga criar formas de vida mais saudáveis a partir do enfrentamento e produção de saúde por ele instituída em seu cotidiano. Colocaremos em análise se as práticas dos homens têm evidenciado uma concepção que possibilita ao indivíduo buscar condições de saúde na superação do estado patológico e criação de novas normas na configuração do seu modo de vida.

Mas por que discutir Saúde do Homem? Torna-se importante justificar que, para responder a essa pergunta, é necessário pensarmos nos sujeitos homens de modo singular, como também no âmbito mais amplo da cultura e suas relações, sem perder de vista a dimensão de gênero, uma vez que as propostas de saúde devem satisfazer as necessidades humanas, promovendo igualdade de direitos entre os gêneros e assim colocando em prática o princípio da equidade. Dessa forma, não queremos privilegiar um gênero, mas refletir sobre possibilidades de promoção de saúde para os homens (GOMES, 2003).

Além disso, esse conjunto de dados apresentados até aqui evidencia a importância de estudos que focalizam a masculinidade em suas articulações com os processos de saúde-doença, dando voz aos próprios homens nessa análise, inserindo-os na discussão, haja vista que a relação entre gênero e saúde pública encontra-se em franco crescimento, principalmente no Brasil, onde as primeiras produções sobre a temática da saúde masculina se mostram recentes, do final da década de 1990, e com poucos estudos que deem sustentação à relação de masculinidade e saúde (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

É preciso salientar a importância de estudos que partam do princípio da visão dos usuários acerca da prestação do serviço de saúde e ratificar a relevância científica desses estudos para a contribuição nos programas de saúde pública do Brasil e, conseqüentemente, atender às demandas da sociedade. Para tanto, é necessário que profissionais e gestores possam se implicar nesse processo e, dessa forma, podermos contribuir para a edificação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem e demais políticas que por vezes possam atravessar as necessidades masculinas.

Em consonância com o exposto, a presente pesquisa buscou um maior conhecimento dos fatores e/ou causas que levam um homem a procurar o serviço de saúde de uma UBS, até então vislumbrado como um ambiente “feminilizado”, e que o homem utiliza em menor proporção, de modo a não expor suas fragilidades e fraquezas. Além do mais, procuramos entender como os homens percebem o acolhimento por parte dos profissionais/equipe de saúde para os usuários masculinos e em que medida é de conhecimento dos usuários a proposta de uma

política específica aos homens, assim como verificar suas concepções sobre essa ideia.

CAPÍTULO 5

OBJETIVOS, ASPECTOS METODOLÓGICOS E ÉTICOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer e analisar as práticas de saúde adotadas por um grupo de homens que frequenta a Unidade Básica de Saúde de Maruípe, no município de Vitória/ES, e os vínculos estabelecidos entre esse grupo e o serviço de saúde da região.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estabelecemos como objetivos específicos:

- a) identificar as demandas apresentadas pela população masculina, a partir dos registros clínicos existentes no local do serviço e de alguns usuários, diretamente;
- b) investigar com a população masculina o motivo da procura pelo serviço da UBS e como ela analisa a organização da unidade para atender às necessidades da saúde do homem;
- c) verificar a presença de serviço(s) específico(s) para essa população e caracterizar o modo como esse(s) serviço(s) é(são) oferecido(s) e desenvolvido(s);
- d) discutir possíveis contradições e aproximações entre as demandas da população masculina e o(s) serviço(s) implementado(s) na UBS;
- e) buscar o conhecimento desses homens sobre a política nacional de saúde do homem e suas ideias para essa proposta.

5.3 LÓCUS DA PESQUISA

A escolha pelo local de estudo deu-se a partir do levantamento realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ES (SEMUS), em que foi verificada a quantidade de procedimentos realizados em homens, nos anos de 2007 e 2008, em todas as UBSs do município de Vitória. Para essa verificação, foi delimitado o sexo e a faixa etária de 25 a 59 anos, que será explicada no tópico seguinte.

Após a realização de tal etapa, decidimos pela escolha da UBS de Maruípe, por ter apresentado 28.913 procedimentos em homens, de um total de 377.383 procedimentos no município de Vitória, no ano de 2007; e 24.763 procedimentos em homens, de 327.506 no município, no ano de 2008, destacando-se como a unidade com maior número de procedimentos realizados em homens nesse período. Vale ressaltar que os dados foram retirados do Boletim Único de Produção (BUP) o qual armazena todas as informações numéricas referentes ao acesso da população aos serviços de saúde do município de Vitória. Além disso, é importante destacar que o BUP registra os dados referentes ao número de procedimentos e não ao número de sujeitos. Um mesmo sujeito pode comparecer à UBS uma única vez e realizar vários procedimentos e fica cadastrado o número de procedimentos que realiza.

Um outro ponto que auxiliou na escolha pela UBS de Maruípe foi o fator horário de atendimento na unidade. O serviço funciona das 7 às 22 horas, o que pode facilitar um maior acesso de homens, devido à ampliação do horário do serviço de saúde, sem interferir no horário de trabalho.

5.4 PARTICIPANTES

Com vistas a alcançar os objetivos propostos, alguns critérios para a participação na pesquisa foram delimitados, segundo explicitação a seguir.

Em relação à idade, os participantes da pesquisa deveriam possuir entre 25 e 59 anos, por se tratar da faixa etária que abrange a parcela masculina que não é assistida por nenhuma política nacional específica de saúde, até a data da formulação do projeto, visto que a Saúde do Adolescente e do Jovem desenvolve

suas ações e serviços na faixa etária entre 10 a 24 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), e a Política Nacional do Idoso considera a pessoa idosa a partir dos 60 anos de idade (BRASIL, 1994).

Conforme citado, existe um número significativo de procedimentos realizados em homens ao longo dos anos de 2007 e 2008. Por essa razão, utilizamos, para a composição do conjunto de participantes neste estudo, o critério de saturação apresentado por Glaser e Strauss (1999). Por saturação, entendemos o momento ou ponto, durante a coleta, em que não se encontra dado adicional para a pesquisa, portanto a investigação é encerrada, na medida em que nenhuma informação nova for acrescida ao estudo (GLASER; STRAUSS, 1999). Cabe, então, ao pesquisador perceber se conseguiu compreender o fenômeno analisado, em sua coletividade, avalia Minayo (2007).

Portanto, finaliza-se a amostragem quando a saturação for atingida, sem a pretensão em definir o tamanho da amostra ou selecionar um número de participantes no estudo, inicialmente. Desse modo, a faixa etária e o sexo foram os únicos critérios que restringiam a participação na pesquisa, além, é claro, do fato de o participante possuir moradia em um dos bairros atendidos pela UBS de Maruípe.

Sendo assim, a pesquisa contou com a participação de 35 homens usuários da UBS de Maruípe, com idade entre 25 e 54 anos. É preciso esclarecer que, mesmo se o usuário estivesse acessando o serviço pela primeira vez, poderia ser considerado um participante, o que de fato ocorreu com dois deles. Mais da metade são homens casados, e a maioria tem uma ocupação, com exceção de quatro que estão desempregados e três aposentados. Em relação à escolaridade, temos grande expressividade dos participantes com ensino médio completo, totalizando 14 dos envolvidos na pesquisa. Todos os dados de caracterização dos participantes estão apresentados no Quadro 1.

É preciso destacar que os participantes serão identificados por números, ao longo do trabalho, como forma de preservar sua identificação pessoal.

Participante	Idade	Estado civil	Escolaridade	Tempo que frequenta a UBS	Ocupação
S01	45	Casado	Ens. fundam. completo	Mais de 10 anos	Desempregado
S02	37	Solteiro	Ens. fundam. incompleto	Há 7 anos	Aposentado
S03	43	Solteiro	Ens. fundam. completo	Mais de 20 anos	Vigilante
S04	53	Casado	Ens. médio completo	Há 3 anos	Aposentado
S05	44	Divorciado	Ens. médio completo	Há 2 anos	Desempregado
S06	31	Separado	Ens. médio completo	Mais de 10 anos	Vigilante
S07	31	Amigado	Ens. médio completo	Há 17 anos	Vigilante
S08	30	Solteiro	Ens. médio cursando	Há 3 meses	Conferente de mercadoria
S09	26	Solteiro	Ens. superior completo	Há 1 ano	Professor de Educ. Física
S10	43	Casado	Ens. médio completo	Há 10 anos	Motorista
S11	35	Casado	Ens. fundam. completo	Há 7 anos	Motorista de caminhão
S12	46	Casado	Ens. fundam. incompleto	Mais de 4 anos	Jardineiro e músico
S13	32	Solteiro	Ens. superior cursando	Há 4 anos	Estudante
S14	37	Casado	Ens. fundam. incompleto	Há 29 anos	Porteiro
S15	42	Casado	Ens. médio incompleto	Há 8 anos	ACS
S16	35	Casado	Ens. médio completo	Mais de 10 anos	Marceneiro
S17	33	Casado	Ens. médio completo	Há 10 anos	Pintor
S18	48	Casado	Ens. fundam. incompleto	Mais de 10 anos	Conferente de mercadoria
S19	26	Solteiro	Ens. superior completo	Mais de 5 anos	Desempregado
S20	25	Solteiro	Ens. médio completo	Primeira vez	Corretor de seguros
S21	25	Solteiro	Ens. médio incompleto	Há 4 anos	Lavador de automóveis
S22	49	Casado	Ens. fundam. completo	Há 3 anos	Pastor
S23	32	Separado	Ens. médio completo	Há 1 mês	Desempregado
S24	33	Casado	Ens. fundam. completo	Há 25 anos	Vigilante
S25	26	Solteiro	Ens. médio completo	Há 26 anos	ACS
S26	54	Separado	Ens. fundam. incompleto	Há 15 dias	Aposentado
S27	35	Divorciado	Ens. médio completo	Há 27 anos	Motorista caminhão
S28	50	Casado	Ens. fundam. incompleto	Há 1 ano	Estoquista de remédio
S29	42	Casado	Ens. médio cursando	Mais de 10 anos	Vendedor

Quadro 1 - Caracterização dos participantes (continua)

Participante	Idade	Estado civil	Escolaridade	Tempo que frequenta a UBS	Ocupação
S30	30	Separado	Ens. médio completo	Há 3 anos	Ator
S31	33	Casado	Ens. médio completo	Há 6 anos	Aux. de vigilância ambiental
S32	30	Casado	Ens. médio completo	Há 30 anos	Motoboy
S33	34	Solteiro	Ens. fundam. incompleto	Primeira vez	Mecânico de moto
S34	44	Divorciado	Ens. superior cursando	Há 1 ano	Árbitro de futebol
S35	35	Solteiro	Ens. médio incompleto	Há 10 anos	Jardineiro

Quadro 1 - Caracterização dos participantes (conclusão)

5.5 INSTRUMENTO DE COLETA

A escolha do instrumento de trabalho foi tomada com base em uma metodologia que possibilitasse o acesso às questões da realidade da saúde masculina e que permitisse emergir, em cada discurso, informações pertinentes construídas nas práticas sociais de cada participante. Portanto, optamos pela *entrevista aberta* ou *não dirigida*, que permite ao pesquisador levantar questões ao participante, para abranger níveis mais profundos da sua exposição. Essa modalidade é definida como “[...] uma conversa com finalidade, em que um roteiro invisível serve de orientação e de baliza para o pesquisador e não de cerceamento da fala dos entrevistados” (MINAYO, 2007, p. 264).

Para Minayo (2007), o pesquisador, nessa modalidade de pesquisa, trabalha na tentativa de encontrar meios para tornar a conversa mais abrangente e profunda, de modo a compreender as especificidades de cada grupo. Assim, “[...] a aproximação qualitativa permite atingir regiões inacessíveis à simples pergunta e resposta” (p. 265).

Consideramos interessante a utilização da entrevista, pois cada participante é um exemplo peculiar da cultura na qual está inserido e, quanto menos estruturada for a entrevista, mais acessível estarão os níveis socioefetivo-existenciais, segundo Minayo (2007).

Na abordagem aos participantes, foram utilizados dez tópicos que serviram de orientação para a entrevista (APÊNDICE A). Cabe lembrar que todos os participantes tinham ciência e autorizaram o registro dos dados por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

5.6 LOCAL DE COLETA DOS DADOS

A etapa de coleta das informações foi realizada nas dependências da UBS de Maruípe, visando à facilidade no acesso aos homens que frequentavam o serviço. Estava aberta a possibilidade de a entrevista ocorrer na casa do usuário, mas, devido a indicações da coordenação do serviço, essa possibilidade deveria ser

colocada em prática em último caso, tendo em vista um menor desgaste do agente de saúde, já que seria esse profissional o intermediador, contudo não foi preciso utilizar essa estratégia, visto que todas as entrevistas puderam ser realizadas em consultórios médicos, no consultório da Psicologia ou no auditório da própria UBS.

O período em que os dados foram coletados concentra-se nos meses de fevereiro, março e abril de 2009, nos turnos da manhã e noite, com frequência de três a quatro vezes por semana. O mês de fevereiro serviu para conhecer e entrar em contato com o cotidiano da UBS, por meio da inspiração etnográfica, que permitiu maior aproximação da rotina, familiarização com os procedimentos executados e com as dificuldades que se apresentam na realidade do serviço. É interessante apontar que, durante essa fase, nenhuma entrevista foi realizada, e os profissionais da UBS estavam cientes dessa etapa inicial, o que permitiu uma identificação *a priori* dos possíveis participantes por parte desses profissionais.

Foi nesse período inicial e também por indicação da coordenação do serviço que julgamos pertinente não estarmos presente no turno da tarde em busca de participantes, haja vista ser um horário em que a grande maioria de usuários no serviço é do sexo feminino.

Os consultórios médicos em que foram realizadas as entrevistas foram diversos, pois a entrevista dependia das disponibilidades e ausências dos profissionais na UBS. Dessa forma, houve dias em que não foi possível realizar a coleta devido à falta de um local adequado, aqui, especificamente, um consultório. Mas, de modo geral, os ambientes favoreciam a coleta das informações, sem eventos perturbadores que pudessem interferir na validade do estudo.

O Serviço de Psicologia da UBS era realizado em um consultório amplo e com boa ambientação. Pudemos utilizá-lo sempre quando não havia atividades no local. Serviu até como uma sala de referência para os outros profissionais que encaminhavam algum usuário que, por vezes, pudesse participar da pesquisa. O auditório também foi utilizado para realização das entrevistas, mas foi somente uma vez, quando todos os consultórios estavam ocupados e a UBS forneceu o espaço do auditório para a realização da entrevista.

5.7 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE

O tratamento dos dados coletados foi realizado a partir da *Análise de Conteúdo* que, segundo Bardin (1977, p. 42), é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Essa técnica permite validar inferências sobre as informações coletadas ao longo da pesquisa, por meio de procedimentos científicos que busquem a interpretação do material obtido (MINAYO, 2007), tendo em vista que esse método “[...] não possui qualidades mágicas e raramente se retira mais do que nela se investe e algumas vezes até menos. No final das contas, nada há que substitua as idéias brilhantes” (BARDIN, 1977, p. 20).

Considerando o caráter operacional da análise de conteúdo, essa técnica parte de uma leitura de primeiro plano das falas ou depoimentos, para atingir um nível mais profundo, além dos sentidos manifestos do material. Para isso, é imprescindível articular os enunciados das falas com os contextos culturais e variáveis psicossociais (MINAYO, 2007).

Desse modo, concordamos com Bardin (1977), quando afirma que o discurso não é um produto acabado e estático, mas um momento dinâmico de criação de significado num processo de elaboração que permite transformações. De maneira geral, procuramos compreender a produção das falas e seu contexto a partir do seu significado que estrutura o discurso. Assim, a análise do material coletado e transcrito foi organizada em categorias que permitiram identificar os elementos constitutivos dos discursos. Após essa elaboração, as categorias de análise foram apreciadas e discutidas com base nas concepções que fundamentam este estudo.

5.8 DEVOLUÇÃO DOS RESULTADOS

Após a defesa da dissertação, pretendemos elaborar um relatório em que estarão expostos os resultados do estudo, como forma de devolução para a UBS de Maruípe, a partir das percepções dos usuários pelo serviço oferecido. Esse relatório será encaminhado para a UBS e para a SEMUS, podendo gerar um momento de reflexão para a coordenação, de modo a verificar possíveis mudanças ou implantações no serviço, se assim se fizer necessário.

5.9 ANÁLISE DE RISCO E ASPECTOS ÉTICOS

O estudo obedeceu à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, de modo que vise a assegurar os direitos, em respeito aos participantes da pesquisa, como, também, à anuência de cada participante ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), no qual se encontram explicitados os objetivos, procedimentos e benefícios da pesquisa.

O Termo de Consentimento foi lido e esclarecido a cada participante, e foram assinadas as duas vias por ambas as partes envolvidas na pesquisa, garantindo a adesão na participação.

Todas as etapas do estudo foram previamente analisadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo, e a pesquisa foi aprovada sem restrições (ANEXO A).

CAPÍTULO 6

LÓCUS DA PESQUISA: CARACTERÍSTICAS E CONTEXTUALIZAÇÃO DA REALIDADE LOCAL

6.1 APRESENTANDO O MUNICÍPIO DE VITÓRIA

O campo de investigação está localizado no município de Vitória, capital do Estado do Espírito Santo, o qual é constituído por uma pequena área continental e 34 ilhas, com uma superfície de 93km². O município foi fundado em 1551 e obteve a emancipação política em 17 de março de 1823. A cidade conta hoje com uma população estimada em 314.042 habitantes, distribuídos em 79 bairros, segundo o IBGE (2007).

Por volta da década de 1960, o município passou por transformações marcantes, visto que grande parte dos trabalhadores rurais inicia um movimento migratório para a Capital, devido à crise vivida pela cultura cafeeira. Dessa forma, Vitória inicia seu processo de industrialização e crescimento populacional, tornando-se predominantemente urbana a partir da década de 1970 (OLIOSA, 1999). Atualmente compõe a Região Metropolitana da Grande Vitória, juntamente com os municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana e Vila Velha.

A Capital conta hoje com 28 UBS. 20 delas funcionam com o PSF. Além das UBS, a Rede Municipal de Saúde possui dois prontos-atendimentos (PA) e oito centros de referência (Centro de Especialidades Odontológicas, Centro de Referência em DST/AIDS, Centro de Atendimento ao Idoso, Centro de Controle de Zoonoses, Centro Municipal de Especialidades, Centro de Atendimento Psicossocial, Centro de Atendimento Psicossocial Infantil e Centro de Tratamento de Toxicômanos), de acordo com a Prefeitura Municipal de Vitória – PMV – (2008).

Para o ano de 2009, a PMV, juntamente a SEMUS, pretende inaugurar mais um Centro de Especialidades Médicas, dois Centros de Especialidades Odontológicas e um Centro de Práticas integrais, que contarão com atividades de acupuntura, homeopatia, fitoterapia e massoterapia.

O município de Vitória não dispõe de serviços de alta complexidade, porém uma parceria de convênio entre as esferas municipal e estadual permite o encaminhamento das UBS para o serviço especializado dos hospitais Santa Casa de Misericórdia, Santa Rita de Cássia, Pró-Matre e Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes – HUCAM – (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2008).

6.2 CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE MARUÍPE: DO ONTEM AO HOJE

A região de Maruípe é composta por 12 bairros. Contudo, para efeito desta pesquisa, focalizaremos somente os bairros que fazem parte do território atendido pela UBS de Maruípe, que são: Maruípe, Engenharia, São Cristóvão, Tabuazeiro, Eucalipto, Vila Maria, Santa Cecília, Bairro de Lourdes e Santos Dumont (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2008).

Historicamente, essa região concentra um dos mais antigos bairros de Vitória e compreendia o que hoje se chama de Grande Maruípe. A maior parte dessas terras era uma fazenda que pertencia ao inglês Brand Pentel, cuja moradia se localizava na área onde mais tarde funcionou o sanatório Getúlio Vargas, hoje HUCAM. As terras da fazenda e do latifúndio começaram a ser loteadas por volta do ano de 1950. O bairro foi dividido aos poucos em outros bairros. Os mais antigos são: Muxingá, Mulembá e Gurigica. A área de Maruípe teve, como apropriação de seu espaço físico, famílias que adquiriram territórios que loteavam e comercializavam suas terras. Ocorreram também invasões e doações realizadas pelo governo em grande parte da área (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2008).

Devido à sua localização distante do Centro, Maruípe foi um local destinado pela sociedade para a instalação de equipamentos institucionais de grande porte, como hospital, quartel e cemitério. Segundo a história do bairro, a origem do nome é atribuída ao mosquito de picada forte – *Maruí de Maruim* – tendo a palavra Maruípe o significado de "caminho de mosquitos". Para os moradores era constrangedor ser identificado como habitante de uma área infestada de mosquitos (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2008).

De acordo com o relatório do SIAB,⁹ o território de Maruípe apresenta atualmente 21.909 habitantes, 69,66% são SUS dependentes. Das crianças com idade de sete a quatorze anos 78,18% frequentam escola e 96,51% com quinze anos ou mais são alfabetizadas. Em relação ao abastecimento de água, 99,92% da população utiliza a rede pública. No item tratamento de água para consumo em domicílio, 94,98% filtram, 3,21% consomem sem tratamento, 1,7% adiciona cloro e 0,11% ferve.

Ainda segundo o relatório, o tipo de casa da população residente na região de Maruípe é, na grande maioria de tijolo (98,11%), o restante são moradias de madeira e outros materiais (1,48% e 0,41%, respectivamente). Quanto ao destino do lixo, 99,84% utilizam o serviço de coleta pública, 0,11% joga a céu aberto e 0,05% queima ou enterra o lixo. Em relação ao sistema de esgoto, 99,73% dos moradores têm a rede ligada ao sistema de esgoto, 0,18% deixa a céu aberto e 0,1% utiliza fossa. Quanto ao uso de energia elétrica, 91,72% têm acesso à rede elétrica.

Em referência aos tipos de doenças que acometem a população da região de Maruípe, temos a seguinte situação, conforme a Tabela 6.

Tabela 6 - Doenças referidas (%) na região de Maruípe, segundo SIAB, 2009

Doenças referidas	%
Hipertensão Arterial	10,65
Diabetes	2,30
Deficiências	0,65
Álcool	0,14
Epilepsia	0,06
Hanseníase	0,02
Tuberculose	0,01
Chagas	0,01

Fonte: SIAB

Pode-se perceber que a região de Maruípe apresenta maior incidência de casos de hipertensão arterial, seguido de diabetes. É interessante acrescentar que, durante todo o período em que estivemos na UBS de Maruípe, era bem expressivo o número de pessoas que procuravam aferir a pressão arterial. Esse atendimento demandou 23,63% de todo o trabalho de atendimento da UBS, no ano de 2008, segundo o

⁹ SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica é um relatório gerado trimestralmente que contempla informações gerais e específicas sobre a população da região que uma UBS é responsável. Relatório da UBS de Maruípe de março de 2009.

SIAB. Tal fato expressa a importância e conscientização da população em estar sempre em cuidado com a sua saúde, haja vista que era frequente as pessoas perguntarem se poderiam medir a pressão já que estavam passando ali na frente da UBS.

Esses aspectos aqui destacados servem de base para nossas discussões mais à frente, uma vez que, ao estudarmos a concepção de saúde, não podemos limitá-la ao nível individual, mas devemos considerar as condições de vida e o meio social dos indivíduos, segundo Canguilhem (2006).

A UBS de Maruípe foi municipalizada e gerenciada pela Prefeitura a partir de 19 de junho de 1996, porém não se sabe ao certo a data de sua inauguração. Atualmente ela conta com sete equipes de PSF e 33 Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). As equipes de saúde são compostas por um médico da família, uma enfermeira, dois auxiliares de Enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal e cinco agentes de saúde. Ainda é esperada a criação de mais uma equipe de saúde, devido ao grande número de população que o serviço atende.

Os serviços oferecidos pela UBS à população são: consulta médica e de Enfermagem; atendimento psicológico, social e odontológico; verificação de pressão arterial; curativo; coleta de exames; Fisioterapia; orientação ao exercício; nebulização; injeção; vacinas; distribuição de medicamentos; grupos de atendimentos a diversos programas; e encaminhamentos para os centros de referência. Quase todos os serviços permanecem em funcionamento ao longo de todo expediente da UBS, das 7 às 22 horas, com exceção dos atendimentos psicológico e social, fisioterapia, orientação ao exercício, marcação de especialidades e alguns programas, que encerram suas atividades por volta das 16 horas.

A UBS possui uma estrutura física ampla, com vários consultórios, dois programas de referência para o município (tuberculose e hanseníase), auditório, escovário, sala de exames, sala de vacina, sala de curativo, sala dos agentes, sala de marcação de especialidades, farmácia, almoxarifado, recepção, cozinha e administração. No total,

a UBS de Maruípe conta com aproximadamente 110 funcionários, distribuídos segundo o quadro abaixo (Quadro 2).

Profissão/função exercida na UBS	Nº
Diretora	01
Atendente	04
Assistente administrativo	10
Assistente de farmácia	02
Auxiliar de consultório dentário	07
Técnico em higiene bucal	01
Auxiliar de Enfermagem	27
Técnico de Enfermagem	03
Auxiliar de serviços gerais	02
Enfermeiro	10
Dentista	07
Assistente social	03
Psicólogo	02
Médico da família	06
Médico generalista	02
Médico pediatra	01
Médico ginecologista	01
Médico infectologista	03
Farmacêutico	02
Fisioterapeuta	02
Auxiliar de serviços médicos	07
Técnico esportivo	01
Auxiliar de laboratório	02
Técnico de laboratório	01
Estagiário de fisioterapia	01
Estagiário administrativo	01

Quadro 2 - Conjunto de funcionários da UBS Maruípe

N: quantidade de funcionários.

Fonte: UBS Maruípe.

É importante ressaltar que alguns profissionais possuem especificações e restrições no nível de atendimento na UBS. Dessa forma, os médicos infectologistas são exclusivos dos programas de tuberculose e hanseníase; um fisioterapeuta é especificamente do programa de hanseníase; os médicos generalistas atendem somente no período noturno e sem restrição do local de moradia do usuário, dentro da região de Maruípe, ao contrário dos médicos da família que atendem à população adscrita do território delimitado à sua equipe, no período da manhã e da tarde.

Os programas de referência em hanseníase e tuberculose são setores da unidade em que há grande número de homens participantes, porém, por serem de referência para todo o município de Vitória, a proporção de usuários desses setores que eram moradores da região de Maruípe era insignificante, como pode ser observado no Quadro 1. Todavia, o grupo de acompanhamento ao tratamento do tabagismo (GATT), existente na unidade, também apresenta um percentual bem relevante de homens, todos moradores da região que procuravam o serviço junto com as esposas ou a pedido delas, na maioria das vezes em que estivemos presente na UBS. É claro que são dados sem uma comprovação prévia, mas que chamam a atenção. Infelizmente, o grupo estava retomando as suas atividades no final de nosso período vivencial de coleta, devido a férias dos profissionais que coordenam a iniciativa.

A forma de entrada e acolhimento dos usuários da UBS segue uma sequência determinada. Inicialmente, o morador da região deve agendar previamente a consulta desejada, na recepção. Vale lembrar que cada médico da família e o dentista têm um dia específico para marcação, que é de conhecimento da população. Após a consulta, são realizados os procedimentos cabíveis a cada caso, e depois o usuário retorna para uma consulta final com o médico, se assim necessitar. Em alguns casos, é preciso encaminhar o usuário para consultar um especialista. Nessa situação, a pessoa deve agendar um especialista na própria UBS, no setor específico para marcação de especialidades e aguardar a consulta que pode acontecer em algum hospital da Grande Vitória ou em um dos pronto-atendimentos do município, a partir da disponibilidade de vaga.

Faz-se necessário destacar que, por mais que os médicos e dentistas atendam a uma clientela marcada, algumas vagas são destinadas para o atendimento de urgência. Essas vagas são chamadas de demanda espontânea e são disponibilizadas 16 vagas pela manhã e à tarde, e sete à noite, todos os dias. A marcação nos programas de referência de tuberculose e hanseníase acontece diretamente no serviço.

CAPÍTULO 7

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7.1 OS ATORES EM AÇÃO E SUAS DEMANDAS EM QUESTÃO

As informações sobre os procedimentos realizados na população masculina da região de Maruípe não nos mostram somente dados quantitativos, mas vêm dizer também das demandas apresentadas por essa população, em relação ao serviço de saúde. Além do mais, são necessidades ou reivindicações entendidas como vitais para os usuários, que esperam que algumas dessas necessidades possam ser absorvidas pelo serviço de saúde (CAMPOS, 2005).

Entretanto, antes de prosseguirmos com a discussão, entendemos ser fundamental conceitualizar o que chamamos de demanda. De acordo com o Houaiss (2007, p. 933), significa a “[...] manifestação de um desejo, pedido ou exigência; solicitação ou efeito de demandar; apresentar necessidade de, precisar de”. Logo, são os pedidos ou problemas que a sociedade expressa em busca de um acolhimento ou suporte da saúde, aqui em questão.

Campos (2005) acredita que a demanda só consegue ser acolhida a partir da disponibilidade de oferecimento à sociedade dos recursos em saúde e, assim, há possibilidade de estabelecer o vínculo entre a oferta e a demanda. Para tanto, os profissionais precisam exercer a profissão e reconhecer que estão no serviço para resolver os problemas de doença, com o acolhimento das demandas. É essa demanda acolhida pelos profissionais de saúde da região de Maruípe que trazemos na Tabela 7.

Tabela 7 - Número de procedimentos realizados na UBS Maruípe, segundo as cinco principais causas entre homens

Ano	Procedimento	Nº
2007	Pré-consulta com técnico de Enfermagem	6659
	Atividade do agente de saúde na comunidade	3951
	Consulta médica do PSF	2498
	Consulta médica sem restrição PSF	1742
	Coleta para exame de laboratório	1446
2008	Aferição de pressão arterial	5078
	Consulta médica	4456
	Visita domiciliar do técnico de Enfermagem	4350
	Consulta à profissional de nível superior não médico	1403
	Raspagem e polimento supragengivais	1002

N: quantidade de procedimentos realizados

Fonte: SEMUS/ BUP/ PAS

Primeiramente, percebemos que há um número maior de procedimentos realizados no ano de 2007 do que em 2008. Não temos como fazer uma análise micro dos fatores de influência nessa relação, entretanto podemos ressaltar, ao analisar os relatórios de cada ano, que em 2008 houve uma maior especificação dos procedimentos, enquanto em 2007 esses procedimentos estavam inclusos em atividades com nomes mais gerais ou sem alguns serviços que iniciaram em 2008.

O caráter numérico segue a tendência do número total de procedimentos realizados em homens na unidade, com uma diferença de 4.150 procedimentos a mais em 2007 do que em 2008, conforme foi demonstrado anteriormente. É claro que não podemos generalizar, mas tal situação chama-nos a atenção pelo fato de haver uma queda no número de procedimentos em homens de 2007 a 2008. Diante disso, não podemos afirmar que o número de homens que procuraram o serviço também reduziu, haja vista que os dados são referentes ao número de procedimentos e não de homens. Somente um estudo detalhado poderia confirmar ou não tal suposição, mas seria interessante que o serviço de saúde observasse uma possível recorrência.

Ainda com referência à tabela, podemos afirmar que houve um aumento em relação à consulta médica por parte dos homens, no ano de 2008. Nesse ano, não há especificação do atendimento pelo PSF, mas, somando as duas categorias do ano anterior, é possível verificar o aumento. Outro fator que nos chama a atenção é o

comportamento masculino de prevenção da saúde em relação à aferição da pressão arterial, pois, como foi apresentado na Tabela 6, existe uma grande incidência de hipertensão arterial na região de Maruípe.

A seguir, trazemos a análise dos procedimentos demandados pelos homens, de acordo com as faixas etárias (Quadro 3).

Idade	Procedimento	
	2007	2008
25 a 29	Pré-consulta com téc. Enfermagem	Consulta médica
30 a 34	Pré-consulta com téc. Enfermagem	Visita domiciliar do téc. Enfermagem
35 a 39	Pré-consulta com téc. Enfermagem	Aferição de pressão arterial
40 a 44	Pré-consulta com téc. Enfermagem	Consulta médica
45 a 49	Pré-consulta com téc. Enfermagem	Aferição de pressão arterial
50 a 59	Pré-consulta com téc. Enfermagem	Ação coletiva de aplicação flúor

Quadro 3 - Procedimentos realizados em homens na UBS Maruípe, segundo idade e ano

Fonte: SEMUS/ BUP/ PAS

No ano de 2007, é possível perceber que, em todas as faixas etárias, o procedimento com maior realização foi a pré-consulta com técnico de Enfermagem. Aqui, é necessário destacar que esse procedimento refere-se às exigências que a unidade adota antes de a consulta ser realizada, que consta de aferição da pressão, medição do peso e altura ou verificação da temperatura. Essas práticas ainda permanecem, no entanto elas foram desmembradas em atividades isoladas, visto que cada paciente pode demandar uma ação específica.

A faixa etária dos 30 aos 34 anos, em 2008, é marcada pela visita domiciliar do técnico, o que nos deixa intrigado, pois as visitas domiciliares só acontecem por medidas de urgência ou impossibilidade de locomoção do usuário à UBS. Tal ocorrência era de se esperar na população masculina mais velha, o que não ocorreu. De acordo com o serviço, essa visita domiciliar é reflexo de algumas ações destinadas à população em geral, mas que os homens não aderem no espaço do

serviço de saúde. Por esse motivo, há a necessidade de o profissional “levar” o serviço até o usuário, por exemplo, com campanhas de vacinação. Podemos ainda destacar que a população masculina mais velha da região de Maruípe é atenta e cuidadosa com a saúde, pois, de acordo com os próprios homens, eles precisam cuidar melhor da saúde à medida que a idade vai avançando:

[...] a idade vai chegando e temos que olhar com mais carinho, pois não sou um garotão mais. Procuro sempre o serviço médico para fazer exames periódicos que tem que fazer. Ultimamente, tenho sentido um formigamento e dormência nas costas, então, vim ao médico para diagnosticar e ver o que está acontecendo comigo [...] com essa idade é preciso descobrir logo o que tenho, para não piorar outras coisas (S26).

Além da demanda por consultas médicas com o clínico geral que, em sua maioria, está centrada na realização de exames periódicos, ainda temos bem expressiva a procura por profissional dentista e médicos especialistas:

[...] utilizei mais o ortopedista, agora comecei a frequentar o dentista. Já utilizei muito o serviço de clínico geral para fazer exames e até pegar encaminhamento para o exame de próstata [...] (S01).

Eu venho todo ano, né? Todo ano tem que fazer o exame de sangue, esses negócios. Agora que eu tô vindo mais, porque eu tô passando na odonto (S16).

Eu sempre frequento o médico e a farmácia para pegar remédios para a diabetes (S05).

Utilizo o médico, né? [...] Se quiser especialidade, tem que marcar pra estar indo em outro lugar, aqui não tem (S07).

Pretendo utilizar o serviço de dermatologia. Tenho que pegar a requisição para ser encaminhado, já que aqui não é oferecido este tipo de serviço (S20).

As duas últimas falas fazem menção à questão da procura por serviço médico específico que não é oferecido na UBS de Maruípe. Essa foi uma situação bem marcada e recorrente pelos homens e, assim, será explicitada no item seguinte. Antes de prosseguirmos, cabe aqui apontar que a percepção das necessidades de saúde pelos usuários, e a transformação dessas necessidades em demanda, ou seja, converter uma necessidade ideal em uma necessidade real está diretamente relacionado com o acesso ao serviço de saúde, uma vez que fatores ligados à oferta podem facilitar ou não o acesso, visto que o serviço recorrido regularmente pode ser considerado um indicador do consumo dos indivíduos, influenciado pela oferta do serviço, aqui especificamente, de Maruípe (PINHEIRO et al., 2002).

7.2 O (FALSO) DILEMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: MÉDICO GENERALISTA OU ESPECIALISTA? EIS A INDAGAÇÃO

[...] É melhor já você procurar um especialista direto, pois, se você sabe que tem um problema e precisa de um médico específico, para que você vai passar pelo clínico geral? (S13).

Essa exposição feita pelo participante demonstra a insatisfação desse usuário com o serviço. Esse não foi o único a relatar tal incômodo, conforme será apresentado nos relatos seguintes. Desse modo, cerca de 15 homens pontuam a falta de médicos especialistas no serviço da APS e/ou intervalo de tempo muito longo entre a marcação da consulta com o especialista e a consulta propriamente dita, o que gera imenso desconforto e descrédito em relação aos serviços de encaminhamentos para especialidades, além do fato de que muitos encaminhamentos são realizados em hospitais de outros municípios e os usuários se queixam das dificuldades de locomoção:

O que deixa a desejar é a falta de médicos especialistas, daí tenho que procurar longe de casa, para onde eles me mandam, e com um tempo muito grande até a consulta [...]. (S03).

Os médicos aqui no posto dão atenção, passam remédio, mas, quando encaminham, já era, porque o processo para quando encaminha para outro lugar (S27).

[...] a parte cardiológica é muito demorada. Quando você precisa de tratamento com o cardiologista é marcado com muito tempo de antecedência e demora demais, além da transferência para locais com dificuldades de acesso e longe para ir (S12).

[...] você está com problema de saúde para resolver, você faz o agendamento e tem que esperar bastante tempo porque não tem opção e, de repente, o problema pode até agravar [...]. Para a gente marcar uma consulta para urologista, uma consulta de rotina, vamos colocar, eu tenho que ir no clínico geral para ele poder me indicar. Aí você tem que marcar consulta com o clínico geral e esperar, depois você tem que marcar para o especialista e esperar de novo (S06).

No entanto, é preciso esclarecer que o serviço de uma UBS não agrega uma diversidade de especialidades médicas e nem tem essa intenção, de modo que os únicos serviços médicos especializados que uma UBS pode oferecer são as chamadas especialidades médicas básicas, que são a pediatria, clínica e ginecologia. De acordo com Elias (2008), o nível de capacitação profissional do médico na atenção primária do SUS não precisa ser específico, uma vez que o próprio serviço não reúne uma alta densidade tecnológica de materiais e o perfil de morbidade está centralizado em doenças mais corriqueiras. Como o próprio autor expõe, seria uma irracionalidade ter um neurocirurgião atuando na atenção primária, por exemplo, fato que não condiz com a qualificação desse profissional.

Nesse sentido, é um engano sustentar a ideia de que uma UBS poderia contemplar todas as especialidades médicas, até porque o SUS está fundamentado em três níveis de atenção, ou seja, o usuário deve sempre “entrar” pelo serviço da atenção primária e, a partir daí, verifica-se a necessidade de encaminhamento para os outros níveis. Para tanto, faz-se mister que cada nível possa estar organizado e consiga viabilizar a exigência do encaminhamento.

Elias (2008) aponta que os serviços de saúde precisam ter cuidado com os atendimentos de patologias mais simples em instituições ou espaços tecnologicamente mais complexos. É evidente que o gasto em relação ao nível de atenção é proporcional à complexidade tecnológica. Sendo assim, o serviço precisa ter esse controle não por simples economia, mas com a finalidade de alocação dos recursos segundo o critério de adequação e necessidade do procedimento a ser realizado.

Os pontos acima apresentados vão de encontro aos discursos dos homens envolvidos na pesquisa, o que, por vezes, pode denotar uma falta de conhecimento dos postulados básicos que regulamentam e organizam o sistema de saúde brasileiro por parte da população. Para a parcela da população masculina da região de Maruípe que reclama dos empecilhos para acessar o especialista, não podemos afirmar, categoricamente, se conhecem ou não os propósitos de um serviço de atenção primária, nem se sabem que o serviço especializado é encaminhado para outro nível, o que pode ser um processo complicado, quando o número de profissionais for insuficiente para o atendimento.

Todavia, não questionamos o caráter tempo e distância manifestado pelos participantes, haja vista que esses determinantes são variáveis que surgem ao longo do processo brasileiro de saúde, e que os usuários atribuem como fatores de dificuldade para buscar o serviço pretendido.

Em relação à problemática apresentada, um usuário, conhecedor do sistema de saúde, justifica a ocorrência dos obstáculos apresentados de acordo com os fatores econômicos e a estrutura social dos bairros. Por isso acredita que comunidades de baixa renda são menos favorecidas:

[...] tem essa demanda de marcação de especialidades. E isso é o que está causando transtornos na unidade. Quando você vem procurar uma especialidade, você tem que passar aborrecimento, não sei por qual motivo [...]. Existe um controle no computador, através de uma central de vagas. Então, por exemplo, essa central abre dez vagas para oftalmo, daí a prioridade fica em Jardim da

Penha e Jardim Camburi [bairros mais nobres] e os bairros de menor poder aquisitivo ficam com menos, só pode. Acho que fica nessa pendência, porque não tem condições. Você está aqui há quase um mês procurando e não encontra vaga [...] (S34).

Os entraves manifestados pelos usuários da região de Maruípe não são restritos apenas a essa população, de forma que a problemática, em relação ao tempo de espera por consultas encaminhadas, também está presente e é causa de desistência da procura de um serviço de saúde em outras localidades, conforme mostra o estudo de Gomes, Nascimento e Araújo (2007), realizado com homens residentes da cidade do Rio de Janeiro. Nessa pesquisa, os autores verificaram que grande parte dos homens envolvidos evitava um serviço de saúde sabendo que, necessariamente, as suas demandas não seriam resolvidas somente com um único profissional. Assim, a solução para alguns usuários estava na marcação direta com um especialista do serviço privado de saúde, claro, se a situação econômica permitisse.

Para além desses entraves em consultas especializadas, Pinheiro et al. (2002) consideram importante conhecer os fatores ou as causas geradoras da não procura por consultas ou desistências em relação ao serviço, pois a disponibilidade de serviço, a localização geográfica e a quantidade de recursos humanos condicionam o usuário ao serviço. Portanto, faz-se necessário que a gestão do serviço de saúde do município possa refletir sobre os encaminhamentos para especialidades, que atualmente são realizadas por todas as UBSs do município para centros de referências. Dessa maneira, o fluxo de pessoas à espera é tão grande que acarreta demora para a ocorrência da consulta, o que, segundo os usuários, é uma prática normal, mas, na verdade, não deveria ser.

7.3 A SAÚDE PÚBLICA: PENSO, LOGO DESISTO

Neste item, versaremos sobre o contexto geral da saúde pública percebida pelos homens envolvidos no estudo, e não restrito à UBS de Maruípe. É claro que a atenção primária constitui o sistema público de saúde do Brasil, mas, neste

momento, faz-se necessário estabelecer uma breve distinção para melhor exposição das informações apresentadas.

De modo geral, a ideia de saúde para os usuários apresenta-se construída em torno de uma base mais concreta, que tem como referência atitudes, situações e contextos de suas vidas cotidianas, para refletir acerca da saúde. Quando perguntados sobre que percepção têm da saúde, 31,4% dos participantes tecem seus discursos com cunhos mais políticos, ao falar da necessidade de investimento governamental e maior recurso para a área da saúde.

[...] pelo que eu percebo na televisão, falta bastante investimento. Ter mais médicos, maior número de leitos e modernização em UTI, pois, hoje mesmo eu vi um caso na televisão que morreu uma senhora por falta de leito em uma UTI. Eu acho que nunca poderia acontecer algo deste tipo, porque aqui, no Espírito Santo, tem [...] empresas multinacionais. O que rola de dinheiro através de impostos dava para investir melhor na saúde (S33).

Os governantes têm que ter mais respeito com as pessoas humildes e de áreas mais pobres, e não os profissionais, porque eles [profissionais] devem ser mais valorizados, os profissionais da saúde em geral, médicos, dentistas, psicólogos. Devem haver um salário melhor para eles, pois todos somos maltratados pelos governantes. Tem muito trabalho na área da saúde que acaba sobrecarregando os profissionais (S12).

Olha, aí é até uma pergunta até difícil de responder [...]. Tem que melhorar bastante, eu acho que tem que melhorar muito, porque existe muitas filas, existe muita espera, às vezes demora demais, longa data com marcação, que muitas vezes a pessoa vai marcar uma consulta [...]. Eu não sei quando que vai ser atendido, pode ser que venha a ser atendido aí marca pra seis meses. É quase impossível uma pessoa que tiver precisando de fazer uma consulta com mais rapidez você esperar seis meses pra fazer aquela consulta. É complicado. A gente vê muito esses casos, eu que assisto muito à televisão, principalmente jornal, eu gosto muito de ver

no noticiário o que que tá acontecendo. Eu gosto muito de prestar atenção nisso e, às vezes, a gente vê coisas nos hospitais aí que eu vou te falar uma coisa, é doído! Ver um ser humano passar o que muitas pessoas estão passando [...] Então acho que, nesse caso, tem que melhorar bastante (S18).

Não obstante, é mister reconhecer que algumas considerações dos usuários a respeito da saúde pública local são fortemente perpassadas e influenciadas pela questão da mídia eletrônica. Os entrevistados deixam claro que, para analisar a saúde, podem se reportar aos fatos cotidianos trágicos, que, infelizmente, estão se tornando rotineiros e mais comuns no município de Vitória.

Há ainda os que se referem à importância de ressaltar quanto o serviço de saúde tem evoluído para melhor, e que a população não pode deixar de destacar os benefícios que esse processo de desenvolvimento tem promovido aos usuários. Ainda se faz necessário investir na ampliação de profissionais para atender à demanda exigida pela população.

As falas dos usuários seguintes sintetizam o que acabamos de sinalizar em relação ao desenvolvimento favorável, percebido por seis homens, e a necessidade de o serviço estruturar melhor o número de profissionais atuantes na saúde que, pelo ponto de vista dos entrevistados, deixa a desejar, o que gera insatisfação e precariedade ao sistema de saúde. A população não pode esquecer é que, no caso da APS, por ser a instância com menor grau de incorporação de tecnologia de materiais e recursos humanos sem maiores especialidades, o MS “tenta” contornar um pouco a situação com a implementação de programas e estratégias, como no caso do PSF. De acordo com Carneiro Júnior e Silveira (2003), no Brasil, essa ação visa a dar cobertura à saúde da população, cobrindo uma região previamente delimitada para um número exato de profissionais que assistam aos moradores:

Eu penso que ele [sistema de saúde] deixa muito a desejar. Hoje nós temos uma unidade boa aqui em Maruípe. São poucos médicos para muitas pessoas serem atendidas. Os médicos não conseguem suprir as necessidades dos bairros (S22).

[...] tá muito fraco, por questões assim, de áreas serem muito grandes, ter muitas pessoas dependentes do serviço e não tem estrutura para estar atendendo essas pessoas, nem ter um número bom de médicos para estar atendendo essas pessoas. Ainda acho muito fraco (S25).

Em termos de onde eu vim [Nordeste], vai me desculpar, mas aqui tá de dez a zero [...] pelo menos você é atendido, você tem emprego, pouco ou muito, mas tem [...] em vista de onde eu venho, que eu nunca tive oportunidade pra estudar [...]. O governo lá é muito corrupto [...] aqui, por mais defeitos que aqui tenha, pelo menos aqui tem atendimento, aqui tem dentista, que é uma coisa que o posto de saúde de lá não tem, aqui você é encaminhado, aqui tem muitos profissionais muitos bons mesmo, apesar de que poderia ter aqui algumas especialidades, mas tem que ser encaminhado, mas não tem problema, tá ótimo, pra mim tá ótimo (S17).

[...] tem o pessoal que fala que a saúde pública tá precária, que quem não tem um plano de saúde tá morto, não é? Eles fazem o máximo para poder atendê-lo, só que, por ser a quantidade muita grande de gente, não tem médico suficiente pra isso, entendeu? Porque, se eu tenho um hospital aqui, o hospital seria para atender o povo do Espírito Santo. Vem gente da Bahia, vem gente do interior, vem gente de tudo quanto é canto. O povo daqui vai acontecer o quê? A prioridade não vai ser mais o povo daqui, vai ser o povo de fora, porque uma pessoa, para sair do Estado dele, para sair do município dele para vir pra cá, é porque lá não tem recursos, as condições dele tá precária. Então, sem superlotação e o bom atendimento que teria, não vai ter. Vai ficar um atendimento precário, certo? (S29).

A fala do participante S29 aborda a questão da superlotação dos serviços de saúde da Capital do Estado, que pode ser provocada pela migração de pessoas de outras localidades. Sobre esse aspecto, Pinheiro et al. (2002) compararam a utilização dos serviços de saúde em comunidades urbanas e rurais e constataram que a existência

de maior número de serviços de saúde no meio urbano não garante o atendimento a todos os necessitados, o que possibilita o afastamento dos usuários, principalmente entre os homens. Ainda nesse estudo, os autores pontuam que as mulheres buscam mais os serviços de saúde, independentemente de a comunidade ser urbana ou rural, e que essa busca está motivada, principalmente, para realização de exames de rotina e prevenção, enquanto, dentre os homens, a procura pelo serviço é motivada por alguma doença, destacando-se os problemas odontológicos, de acidente ou lesão.

Diversas falas analisam o serviço público de saúde, comparando-o com o sistema privado, de modo que, para alguns, a solução de muitos problemas é mais facilmente encontrada no serviço privado. Entretanto, há também discursos em que os homens defendem o SUS e acreditam não ser necessário buscar um médico particular para sanar um problema, haja vista que, para esses, muitos serviços da rede pública são modelos e bem estruturados:

No atendimento do serviço público, tem horário pra pegar senha, mas, como a gente não tem um plano particular, já viu, né? No particular, têm a vantagem de ter mais opções, mais clínicas, né? No do bairro existe a dificuldade de você ter que estar cadastrado, ser do bairro. Mesmo assim, minha esposa, minha neném, meu filho de quatro anos são bem atendidos aqui (S23).

Bom, o que eu vejo hoje com o serviço público de saúde ele tá a desejar, por motivo de você vê muitas pessoas na fila no hospital e não tem atendimento, né? Hoje, se a pessoa tiver um plano de saúde é bem atendido, se não tiver, tá assim, a desejar, porque eu acho que eu considero que o governo deveria de gastar mais em saúde, porque a população não tem como pagar um plano de saúde, porque um plano de saúde é muito caro. Qualquer plano de saúde hoje é lá acima... Principalmente para nós que tem idade avançada, acima de cinquenta anos, o plano de saúde para nós hoje tem que ser na faixa de 500 a 600 reais, então nós não temos condições (S28).

Eu penso que é um serviço de qualidade [serviço público], e muitas pessoas têm preconceito em relação ao serviço público, pelas informações e imagens transmitidas pela mídia. Filas, pessoas morrendo, a pessoa sofreu isso ou aquilo, daí surge o preconceito. E quando a pessoa fala 'Eu vou no posto de saúde', muitas outras questionam o porquê de não procurar um consultório particular. 'Como assim, você vai no posto?' As pessoas vão criando um preconceito e eu acho que não é bem assim. Eu já morei em outros lugares e sempre fui muito bem atendido. Nunca tive problemas (S20).

Starfield (2002) discorre a respeito dos tipos de serviços em saúde e, para autora, uma grande parcela da população confia no serviço que é pago diretamente pelo usuário, além, é claro, da segurança em estar acessando um profissional capacitado para aquela área específica que o cliente deseja. Por esses motivos, a população dá mais credibilidade ao serviço de saúde do setor privado, por ser o tipo de serviço com maior predominância na área urbana, conforme Pinheiro et al. (2002). Nesse sentido, muitos podem se sentir um tanto quanto desfavorecidos socialmente por não terem acesso ao sistema privado de saúde.

Conforme pudemos perceber, a questão econômica perpassa essa relação serviço público e privado, pois a população da região de Maruípe não possui condições financeiras condizentes com a possibilidade de pagamento de consulta particular, fato que é almejado por alguns. Entretanto, gostaríamos de ressaltar que muitas vezes a população em geral parece não acreditar na eficácia dos serviços realizados pelo SUS, ou tem a impressão de que tudo que é público é demorado ou então está sucateado e sem condições de oferecer um bom serviço. Portanto, quando algumas pessoas têm um bom atendimento que nunca imaginavam conseguir no serviço público, elas passam a dar credibilidade e defendê-lo perante aos outros:

Eu penso que está bom, pelas consultas que eu faço. Eles consultam bem e rápido, às vezes coisas que eu não esperava de médicos de posto de saúde uma médica fez, como um exame de ultrassonografia e fui operado, tudo pela médica do posto. Que muitos falam que é

difícil conseguir isso. Eu falo da minha história para as pessoas que não acreditam no SUS (S35).

Encontramos muitos casos de usuários que não têm condições de pagar uma consulta particular. Um participante afirmou que buscou o serviço público pela segunda vez, tendo em vista que a família não teve condições de manter um plano privado, expressa uma visão bem realista desse serviço, citando a falta de médicos e as greves como pontos críticos, desmerecendo o serviço somente pelo fato de ser público.

Pra falar a verdade, eu tive muitos anos de serviço privado [...] o pessoal lá de casa resolveu cancelar e procurar o serviço aqui [...]. Pra falar a verdade, aqui nesse posto, eu já me deparei com situação de profissional com má vontade [...], aqui eu notava que não havia esse tipo de formalidade, igual tem no serviço privado, sabe? E na rede privada tem a questão do aceleração do atendimento, você tem os profissionais [...], não é como a unidade pública que falta médico, tem greve, tem uma espera grande, mas eu avalio que o privado é bem melhor na questão do atendimento como um todo (S09).

Nesse sentido, concordamos com Starfield (2002), ao afirmar que devemos dar voz aos usuários para avaliarem a capacidade do recurso e prestação de serviços em saúde, de forma que possam fornecer dados para o melhor planejamento ou reestruturação local do sistema de saúde, além de informar para os serviços gestores competentes uma possível realidade ainda pouco conhecida, o que pode resultar em uma avaliação e planejamento dos problemas e ajustes necessários.

Assim, tendo caracterizado as ideias que os homens da região de Maruípe têm sobre a saúde pública, iremos, a seguir, discutir os comportamentos e posturas desses homens no serviço de atenção primária estudado.

7.4 A CONCEPÇÃO DE GÊNERO E PRÁTICAS DE SAÚDE: (IM)POSSIBILIDADES DE PRÁTICAS DE CUIDADO

Iremos abordar as concepções de gênero e suas articulações com as questões que perpassam as práticas e os cuidados em saúde, segundo os homens envolvidos na pesquisa. Também trataremos da questão das diferentes formas de cuidar da saúde, não nos limitando àquelas colocadas em práticas, mas, sobretudo, procuraremos nos deter no que pensam acerca dessa prática, com representações que mesclam as relações de gênero com cuidados em saúde:

Isso é coisa do Brasil, talvez do mundo, o homem é mais largado, não se preocupa tanto como a mulher. A mulher, com uma dorzinha aqui, já vai ao médico. O homem não, segura mais (S22).

As relações de gênero são discutidas e avaliadas tomando por base as práticas sociais e culturais vigentes em atribuição ao sexo masculino e feminino (CONNELL, 1997), de tal modo que essas relações também definem formas de cuidar da saúde, e, na perspectiva masculina, são encaradas como algo problemático ou até, muitas vezes, negligenciado pelos próprios homens. Em alguns casos, os homens têm conhecimento dos riscos ao assumirem determinado comportamento e ainda justificam esse comportamento baseado não somente nas práticas masculinas, mas também em comparação com o cuidado que as mulheres têm em relação à saúde, segundo alguns usuários entrevistados.

É interessante observar que 20 participantes ressaltaram a influência de determinadas dimensões socioeconômicas que confortam os papéis de gênero nas práticas de saúde. Vamos iniciar pelo predomínio da dimensão social, que, para os homens, há uma grande diferença entre as mulheres, principalmente no que se refere à despreocupação ou relaxamento em relação à saúde, o que parece como argumento de não pertencimento ao repertório masculino:

Na verdade o homem é mais relaxado. A mulher quer o melhor para ela. O homem não se preocupa muito, às vezes tá sentindo alguma

coisa e não fala. Acha que é coisa do dia a dia, daí toma cerveja, toma uma cachacinha que passa (S23).

[...] o homem é bem mais relaxado. Porque o coração tá batendo aí o homem acha que tá bom. O homem tem uma dor de cabeça, toma uma aspirina, não tem esse negócio de enxaqueca, nem esse negócio de menstruação (S27).

Paralelamente a isso, está colocada a questão da fragilidade da mulher, que são qualificadas como pessoa que necessita de um cuidado maior em relação à saúde, fato que nos homens não existe, pois são “superiores” fisiologicamente:

[...] elas são mais fragilizadas a certos tipos de doenças e elas não percebem. Os homens não, são mais resistentes. A doença vem e demonstra mais na mulher. Para isso precisam ficar preocupadas com prevenção da saúde (S13).

Esse pensamento, de aproximadamente seis participantes, corrobora as ideias de Korin (2001), Oliveira (2004) e Figueiredo (2005) de que a fragilidade, passividade e debilidade são qualidades femininas, restando ao homem reprimir qualquer característica de necessidade em saúde, já que falar de problemas relacionados com a saúde remete à fragilidade. Em parte, essa condição de ser sensível, frágil e delicada é reconhecida como natural da mulher, que foi educada e preparada para ser mãe e responsável pela casa, reforçando os achados de Figueiredo (2005). Segundo um usuário:

Poxa, a mulher foi educada para cuidar, isso vem da educação que a família deu mesmo. Ela sabe cuidar da família e da casa, por isso ela é mais preocupada com a saúde, qualquer coisa que sente ele vai direto para o serviço de saúde (S08).

Para muitos homens, é “normal” a mulher procurar o serviço de saúde mais do que o homem, porque ela tem necessidade de realizar exames periodicamente, como o preventivo, haja vista a dimensão corporal que reforça a ideia de complexidade da mulher:

A mulher para procurar o ginecologista é normal, agora para o homem procurar o urologista é mais complicado. Ele pensa: 'Vou ou não vou, vou ou não vou'. Rapaz, eu acho que a mulher foi acostumada desde pequena. Na primeira vez que ela vai [ao ginecologista] pode até ser ruim, mas depois vira rotina, não importa mais. A mulher já tem o costume. A mulher tem que fazer preventivo de seis em seis meses, eu vejo a minha lá (S16).

Ainda em relação ao exame preventivo, um participante se mostra solidário às mulheres e expressa sua opinião em relação à marcação desse serviço. De certo modo, a fala seguinte revela o que alguns autores denominam de crise da masculinidade, ou seja, uma parcela da população masculina vivencia tensões entre a manutenção do poder macho nas relações de gênero e a possibilidade de experimentar novos modos que transcendem a dimensão de masculinidade socialmente estabelecida. Nesse caso, o homem aproxima-se do que é colocado como algo tipicamente feminino, podendo mostrar-se afetivo sem deixar de perder a masculinidade (SILVA, S. G., 2000; GOMES, 2003; NASCIMENTO, 2004; GIFFIN, 2005).

[...] eu tenho uma crítica a fazer. Você chega aqui tem muita mulher e pouco médico pra fazer preventivo. Aqui só marca às sete horas da manhã, acho um absurdo isso. A pessoa deveria marcar o preventivo na hora que quisesse. Por que você marca de manhã o preventivo para ele acontecer daqui a uma semana, dá para entender? A marcação do preventivo poderia ser enquanto a unidade estiver aberta. Na verdade, é só na terça-feira que marca o preventivo, às sete horas da manhã. Eu vi isso com minha irmã, por isso que estou comentando contigo. Eu acho um absurdo. Imagina isso, eu me coloco na situação das mulheres que procuram e não aprovo (S05).

Para 14,3% dos participantes, a influência da mulher em relação à saúde apresentava-se como um incentivo para que o homem busque melhores condições de prevenção da saúde, principalmente no matrimônio. Esse discurso nos remete às declarações de Korin (2001) de que os homens casados têm uma dependência de suas esposas

como fonte exclusiva de apoio, oferecendo maior proteção para uma variedade de doenças, uma vez que elas têm o papel fundamental de incentivar os homens no cuidado à saúde:

[...] eu vejo lá em casa. Comigo e com meu pai... Eu vim raptado pra cá, eu ia ficar acamado até melhorar, não gosto de hospital. Eu vou mesmo se eu não estiver aguentando mais. Minha mãe, aquela de verde, me trouxe aqui (S09).

Eu vejo pela minha esposa, ela que fica em cima para eu vir no médico. [...] hoje mesmo para vir aqui, ela que me empurrou. Elas são mais cuidadosas e cobram mais, né? (S04).

O homem, quando está com algum problema, é mais difícil chegar e falar, comentar aquilo. Agora, vão botar que quando ele tem uma parceira, ele é casado, ele se torna um pouco dependente disso, tudo ele deixa pra mulher fazer (S30).

Por outro lado, é interessante notar a ideia de que adoecer significa reconhecer uma limitação, e isso vai de encontro ao papel social masculino, uma vez que os verdadeiros homens não ficam doentes (KORIN, 2001). Para o autor, essas condutas adquiridas são os principais fatores que dificultam e bloqueiam o acesso dos homens aos serviços de saúde. Os relatos a seguir reproduzem os significados socialmente instituídos para compreender as atitudes tipicamente masculinas ou femininas, segundo as construções de gênero:

[...] os homens são mais devagar com a saúde. Isso acontece por, como diz, o homem nunca tem problema, sempre tá bem. O homem não tem a necessidade de vir no médico sempre, nem de ficar fazendo exames, isso é pra mulher (S29).

Olha, o homem assim... Ele é mais resistente que a mulher, né? Não precisa ficar cuidando da saúde todo hora igual à mulher. Ela tem que sempre olhar com mais cuidado, pois é mais fraca e fica mais doente. O homem é mais forte (S09).

As diferentes situações aqui expostas demonstram características bem estereotipadas do que é o ser homem. Para outros participantes envolvidos na pesquisa, assumir o papel social masculino é reconhecer que certas atividades são apropriadas aos homens, por exemplo, as situações que remetiam às práticas com o trabalho e o sustento familiar, ou seja, é dada a responsabilidade de um outro cuidado que é a manutenção da família por meio do trabalho. Essa situação foi apontada por Nascimento e Gomes (2008) na pesquisa em que analisaram os sentidos que homens jovens atribuem à masculinidade, em que observaram marcas identitárias da masculinidade refletidas nos depoimentos. Uma dessas marcas foi denominada provedor, a qual os jovens articulavam as esferas do trabalho e família como instâncias de referência ao homem que deve formar e sustentar uma família por meio do seu papel de provedor, o que reforça a ideia de um cuidar do outro:

Ele (homem) se preocupa em manter a casa em ordem e não deixar faltar nada em casa. O homem se preocupa em ganhar dinheiro para poder ter o que colocar em casa e dar conforto à sua família. O homem está mais preocupado em manter a sua rotina (S19).

É cultural mesmo, a mulher já está dentro de casa e tem o hábito de cuidar da família ou aprender. E o homem, desde antigamente, ele não se preocupa muito. Ele busca procurar soluções para colocar dentro de casa. Muitas vezes colocar o dinheiro em casa [...] (S31).

Quanto às explicações utilizadas pelos homens referentes aos cuidados com a saúde, temos uma situação muito similar aos estudos de Pinheiro et al. (2002) e de Figueiredo (2005), que demonstram um comportamento de o homem preterir alguns serviços, como hospitais, os serviços da atenção primária e consultórios, em função de farmácias ou prontos-socorros. Essa situação significa, para os homens, uma objetividade no atendimento e menor exposição da problemática. Podemos ainda complementar essa situação com outras circunstâncias apresentadas pelos participantes, que levam o homem a procurar os serviços menos específicos, com receio de procurar um médico, e a “generosidade” de não aumentar a fila de espera

pelo serviço, favorecendo àqueles com necessidades urgentes. Esse pensamento encontra-se presente no discurso de sete participantes da pesquisa:

O homem não procura (o serviço de saúde), por exemplo, se sente alguma coisa, vai na farmácia e toma um remédio. Isso é ruim. Igual tem um amigo do serviço que precisa fazer o exame de próstata, mas não fez. A gente fala com ele pra procurar. Agora, se fosse uma mulher, já tinha feito, né? (S24).

O homem é mais desleixado para esse lado aí [riso], porque o homem acha que nunca vai adoecer, acha que está bem. Toma um remedinho para melhorar. Eu, principalmente, não gosto de médico. [...] vim hoje mesmo, porque não dormi nada essa noite e estou passando mal mesmo. Mas, muitas vezes, eu tomo um remédio em casa, para melhorar lá mesmo e não precisar vir no médico (S32).

Eu, pelo menos, só vou ao médico mesmo quando estou doente mesmo. Em último caso, eu vou procurar o médico.

[Por que em último caso?] *Porque a gente vê na TV que têm muitas pessoas na fila de espera para serem atendidas. Se der para eu ficar em casa e tomar um remédio e melhorar, melhor. Deixa a oportunidade de consulta para quem realmente precisa mais (S33).*

É importante, neste momento, resgatarmos alguns postulados de Canguilhem (2006) para analisar os comportamentos apresentados por esses homens. O autor afirma que muitas necessidades são criadas a partir de aproximações com o contexto gerador de doenças e que o estado patológico, por ser uma nova dimensão da vida, implica uma relação com um meio novo e limitado. No entanto, não podemos perder de vista que a busca por soluções mais práticas é um modo que alguns homens utilizam para responder às exigências da nova situação e cada um adota uma postura na tentativa de resgatar a sua capacidade normativa na qual o ser humano fica desprovido no estado patológico. Para tanto, não será um ideal ou uma conduta que definirão a saúde, mas a capacidade de ação, ou seja, de incorporar normas diferentes das até então vigentes. Gostaríamos de deixar claro que não estamos

entrando no mérito do que é melhor ou pior, certo ou errado, mas pontuamos a necessidade de se perceber a capacidade de ação dos sujeitos em questão.

Aqui também é preciso ressaltar que mesmo que várias afirmações anteriores tenham indicado as prescrições de gênero existentes na sociedade e reforçado as características específicas dos homens ao modelo dicotômico de se pensar gênero, procuramos analisar os discursos expressos pelos participantes na tentativa de nos espelhar na construção de valores hegemônicos de gênero, sem a intenção de querer colocar à prova ou até mesmo criticar as compreensões dos participantes da pesquisa.

Contrariamente à maior parte dos entrevistados, que reconhecem a mulher como mais cuidadosa e preocupada com a saúde, não podemos deixar de evidenciar os discursos que vão ao encontro desses relatos, que estão expressos nas falas de quatro participantes, tanto que a referência para esses participantes de que a mulher está se cuidando pouco ou menos que os homens está pautada no comportamento da mulher pela busca do aperfeiçoamento estético ou pela comparação com a esposa, dentro do ambiente domiciliar. Para tornar mais claro, um participante justifica o porquê desse tipo de comportamento da mulher:

Eu acho que o homem se preocupa mais do que a mulher. É porque o homem se cuida mais. Eu sou um, venho com frequência, o que eu sentir eu procuro um profissional, seja para um psicólogo, dentista ou cardiologista, e minha esposa para chegar em um médico a coisa deve ser grave só [...]. O homem está se preocupando mais do que a mulher. A mulher está muito vaidosa e o homem está se cuidando mais da saúde, se alimentando melhor, malhando mais. E a mulher quer colocar peitinho, tirar a barriga e não está pensando na saúde. Então essas coisas que a mulher faz, a vaidade dela está até levando a acontecer muitos erros de cirurgia e, às vezes, a culpa não é só do médico, pois a mulher quer fazer coisas no corpo que não têm cabimento (S12).

Além disso, outros dois homens afirmam que as mulheres estão mais promiscuas em relação ao comportamento sexual, prevenindo-se e se preocupando menos com a saúde. A prostituição feminina favorece essa ausência de cuidado.

Mas dá pra perceber que muitos homens eles hoje estão procurando a unidade e as mulheres estão começando a deixar a desejar da saúde [...]. Eu já pude perceber, por exemplo, câncer de colo, esses negócio que muitas mulheres deixa de procurar um ginecologista por vergonha, entendeu? Que eu já tive uma parceira assim [...]. Então, os homens estão se conscientizando, com certeza. Tinha um exame, aquele que... Um tabu... Aquele de próstata... Hoje, estão mais abertos, mais informado para conversar (S08).

E, já no lado feminino, eu percebo que a maioria delas não tem essa preocupação de cuidar. Na minha opinião, eu acho que a mulher não se preocupa tanto, porque, se você for fazer um estudo, você irá perceber que a mulher está solta, não tem preocupação com nada. Se ela quiser ter relação com um cara aqui hoje, ela tem. Com outro amanhã e com outro depois de amanhã. Está bem moderno [...]. Hoje em dia tem meninas de 12 ou 13 anos que chega a fazer programa por cinco, dez reais e isso dói. Então, você vê que o homem tem mais preocupação (S34).

Nesse sentido, os homens estão mais atentos e procuram com maior frequência os serviços de saúde, estando mais informados e conscientes dos riscos que correm, caso ignorem a própria saúde. Tais achados são semelhantes ao do trabalho de Kalckmann (1998), na medida em que os homens apontam essa “mudança” no comportamento feminino como elemento de grande influência na disseminação de doenças sexualmente transmissíveis entre os parceiros.

É claro que essas informações não foram recorrentes, mas, permite afirmarmos uma mudança social dos homens, que indicam que alguns homens estão caminhando na direção contrária ao que é comumente esperado, rompendo com a prerrogativa de que só a mulher se cuida ou tem sua prática voltada para a saúde (KALCKMANN,

1998; SILVA, S. G., 2000; OLIVEIRA, 2004; GIFFIN, 2005; NASCIMENTO; GOMES, 2008).

Caminhando nesse mesmo rumo, destacamos o reconhecimento crítico de 17,1% dos homens de que, em algumas situações, o comportamento por eles ou pelos demais adotado favorece a situação de doença. Ainda declaram o medo que muitos homens têm em relação a certos exames, como o de próstata, por falta de conhecimento ou informação. A permanência desse tipo de atitude só acarreta prejuízos à saúde masculina, segundo as declarações dos usuários:

[...] acho que o homem deve se preocupar mais. Fumam, bebem e não ligam muito para as coisas. A mulher é mais reservada, e o número de infartos é maior no homem. O número de homem com doença é maior, porque não cuida tanto da saúde e com certeza tá morrendo mais. O homem está muito derrubado, cheio de pontes de safena, e a mulher vive mais. Eu vejo nos bailes (S26).

O homem, quando tá com uma dor, ele acha que aquilo vai passar. Não tem necessidade de vir no médico. Não tem necessidade de fazer um tratamento. Igual ao exame da próstata, muitos homens acham que é coisa de outro mundo. Isso aí não vai mudar o sexo de ninguém. Só que o cara pensa do lado oposto, ele acha que vir ao médico, passar por aquilo ali, muitos homens acham que aquilo é humilhação. Não tem nada a ver. Apesar de tudo, ele vai estar preservando a saúde dele (S29).

Esses depoimentos demonstram, por sua vez, o reconhecimento de que o homem deixa a desejar ou não tem um comportamento responsável em relação à saúde. Precisamos apontar que esse reconhecimento está pautado sempre no comportamento do outro, é o outro que não faz, o outro que tem medo, o outro que bebe e não há um reconhecimento próprio. Tais depoimentos apontam uma dificuldade desses homens em declarar que eles próprios têm atitudes não condizentes com o cuidado à saúde. No entanto, próximo de cinco participantes se autoanalisaram e verificaram os comportamentos que consideravam inadequados e,

consequentemente, optaram por modificá-los em benefício de um melhor estado de saúde. Agora têm todo rigor e atenção à sua saúde.

A maioria dos homens bebe, né? Agora que está passando na televisão que o homem deve fazer exame de próstata, pois antigamente não tinha isso, acho que vai mudar futuramente. Eu sou prova disso. Estou aqui no posto de saúde... Eu aproveitava os exames periódicos do serviço e pronto, mas agora estou me preocupando para aproveitar melhor a vida. Mas não sou chegado a médico, mas tenho que ir (S27).

[...] no meu caso, eu procuro manter minha saúde. Todo ano eu faço o preventivo, porque é melhor você fazer, prevenir do que remediar, do que, na última hora, você correr e não ter mais jeito. [...] o homem sempre tem medo de chegar lá e encontrar a integridade já abalada, ou com medo de fazer o exame de próstata, de sentir vergonha, de sentir alguma coisa do toque. E não vai fazer. E quando vai fazer, é porque tá quase morrendo. Então, ele fica com medo. A maioria dos homens são assim. A vergonha de 'sou macho faço isso, não faço isso'. [...] eu mesmo me vejo assim às vezes, mas todo ano faço meu preventivo e vou me cuidando (S28).

Rapaz... Eu, particularmente, vim a me preocupar mais com a saúde a partir de uma certa idade, de 40 anos para cá. Com uma preocupação maior com a minha saúde, depois que avalei que não cuidava dela, não queria nem saber, mas agora é diferente (S34).

Essa compreensão dos usuários nos remete à proposição de saúde como capacidade normativa, formulado por Canguilhem (2006) e discutida por Coelho e Almeida Filho (2002). A ideia central de ser saudável na obra do primeiro autor diz da capacidade que cada um apresenta para superar infrações à norma habitual e de propor novas ações mediante as alterações do meio. Para isso, não é necessário estar vivenciando um estado patológico para que mudanças possam ser pensadas, mas, como os próprios participantes expõem, é a capacidade de potencializar ou

transformar a vida nos momentos em que percebem a necessidade de intervir sobre si mesmos.

Assim, podemos perceber que, segundo os participantes deste estudo, as questões e práticas relacionadas com a saúde permanecem influenciadas pelas perspectivas de gênero difundidas em nossa sociedade. Todavia, observamos certas modificações nos modos de pensar e se comportar com relação à saúde, tendo em vista alguns homens pesquisados, o que denota visibilidade de transformações que podem ser explicadas a partir de olhares geracionais diferenciados (NASCIMENTO; GOMES, 2008). Essas concepções podem constituir possibilidades de se pensar no homem que admite e coloque em prática as suas ações em saúde.

Por fim, identificamos a fala de um participante que põe em questão a efetividade do serviço oferecido, de modo que esse não consegue alcançar a população masculina. Essa é a nossa discussão no item seguinte:

Me parece que as mulheres dão mais atenção à saúde do que os homens. [...] parece que o serviço é direcionado a todos, mas, mesmo assim, não alcança os homens, principalmente os jovens e adultos (S19).

7.5 OS HOMENS NO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: OS HOMENS?

Neste item, destacaremos os momentos de interação dos usuários com o serviço de atenção primária pesquisado, mais especificamente a relação com os profissionais de saúde, considerando tanto suas percepções com referência ao serviço, como os modos de enfrentamento do processo de doença e as necessidades de utilização dos recursos do serviço de saúde.

É interessante observar, inicialmente, que 22,8% dos participantes constroem suas opiniões sobre a saúde pública vinculadas ao serviço de saúde privado. A maior parcela se refere ao serviço particular a partir de uma visão de anseio e almejo por ele, mas, infelizmente, não dispõe de recursos suficientes para tal:

Tem toda a questão da burocratização. Você tem que comprovar o bairro e local onde mora. É estranho para mim essa forma de trabalho no serviço público. [...] no particular, por mais que atenda a todos, independente do local de moradia, você pode procurar na hora que deseja sem ter que esperar meses. No particular, você cuida da saúde com muito mais tranquilidade e paciência [...] (S20).

Toda vez que venho aqui sempre tem aquela demora na fila [...] porque, se for pagar particular, eu não tenho condições de pagar, então, tenho que ter paciência e aguardar, né? (S01).

Porque eu não posso pagar [serviço particular], porque, se eu pudesse pagar, eu não vinha aqui. Não porque eu acho que no particular você tem mais... Quando você tá pagando, você tá vendo seu dinheiro, você tem como exigir, mas, como aqui a gente não tem como provar que eu já paguei [...], então eu preferia, se eu tivesse condições de pagar, e ir procurar um particular (S18).

Uma outra dimensão importante entre o serviço de atenção primária e o serviço particular é expressa na questão da necessidade e urgência do serviço que não pode ser fornecido de imediato na UBS, criando a obrigatoriedade de buscar o serviço privado:

[...] meu caso tem que fazer um procedimento de canal que não pode ser feito hoje, amanhã eu terei de procurar um serviço particular, porque não vou poder ficar sentido dor e a próxima consulta é muito distante (S06).

Ou, então, cabe ao usuário a conformação de que a única solução é procurar o serviço da UBS, porque a possibilidade de escolha de outro serviço é nula:

[...] porque não temos condições de pagar um médico particular, com isso preciso consultar aqui. Não só eu, mais a minha família. A condição financeira que a gente tem só possibilita uma unidade pública de saúde (S22).

Por motivo que nós não temos condições mesmo de ter plano de saúde, dessa forma só nos resta a unidade de saúde (S28).

Diante desse quadro, Gomes, Nascimento e Araujo (2007) ponderam que situações como essas relatadas podem ser motivadoras para a pouca procura dos serviços de saúde entre os homens, uma vez que esses participantes vislumbram características que gostariam de encontrar no serviço público, tais como, estratégias que poderiam atender às demandas dos homens, programas ou atividades destinadas à saúde masculina, mas não encontram. Dessa forma, precisam se deslocar para um serviço privado, quando podem. Além disso, os autores também questionam algumas normas rotineiras que ocorrem no serviço público e que muitas vezes não satisfazem os usuários, dando a ideia de precarização do serviço público, conforme mencionou o participante S06.

Por outro lado, a ideia de procurar o serviço público de saúde também mostra estreita ligação com a proximidade e comodidade do usuário, principalmente no tocante ao dispêndio do tempo de locomoção da residência até o serviço de saúde, que fica facilitado quando esses estão a uma distância reduzida. Quatro participantes destacam tal dificuldade, como nos depoimentos a seguir:

Vou à unidade pela proximidade da residência. Para mim, eu acho um bom atendimento e não tem tanta espera, dependendo do horário que você procura o serviço (S13).

Eu venho aqui porque também é fácil pra mim, né? Eu moro perto. Se eu for procurar outro lugar, aí eu tenho que disponibilizar ônibus, às vezes tenho que ir a pé... Aí, aqui é melhor também (S14).

Motivo, porque está mais perto, né? Pela localização que eu moro. Geralmente quando é um tipo de médico que possa adiantar o meu lado, que possa me atender naquilo que eu estou precisando, eu procuro aqui. Caso, contrário, eu já procuro um outro lugar [...] (S29).

Foi possível, todavia, reconhecer, em algumas falas, a questão da relação profissional de saúde e paciente. Por volta de 30 usuários consideraram os profissionais preparados para atender não só às mulheres e crianças, mas também os homens, o que vai de encontro à colocação de Figueiredo (2005), ao certificar que muitos serviços de atenção primária não conseguem incluir o homem devido à falta de preparo do profissional para lidar com questões referentes ao universo de assistência ao homem. Ainda segundo os participantes desta pesquisa, não há razão para se pensar nessa dicotomia, uma vez que os usuários entendem a formação do médico generalista, tendo os profissionais clareza sobre as necessidades humanas sem discriminação de gênero:

Acho que há igualdade no atendimento para todos. São preparados para isso (S32).

Eles atendem todos da mesma forma, sem discriminar ninguém por causa nenhuma, nem sexo. Estudaram para isso, e são qualificados para atender sem diferença. Nunca percebi nada de errado (S35).

[...] todos eles atendem a mulher bem, como atendem o homem bem. Sempre atendem bem [...]. A gente chega, eles já pergunta. Às vezes você vê que chega gente que é a primeira vez que a pessoa chega, os guardinhas já vê que a pessoa está olhando para um lado e para o outro e fala: 'Não é por ali, oh, conversa com aquela moça ali'. Acredito que sabem sim trabalhar tanto com o homem quanto com a mulher, sem diferença (S01).

Diante da situação acima, 25,7% dos participantes atentaram ao fato de que os homens se sentem mais confortáveis para expor sua problemática quando o profissional de saúde é do mesmo sexo, ou seja, sentem-se mais à vontade de procurar um serviço de saúde, para tornar evidente o pedido de auxílio, quando o profissional é do sexo masculino. Essa conjuntura parece conjugar com as afirmações de estudos que declararam que alguns homens percebem os serviços de saúde como espaço em que não se reconhecem como alvo dos atendimentos oferecidos, pelo fato de grande parcela da equipe ser formada por profissionais do sexo feminino, o que provoca nos homens a sensação de não pertencimento e a

dificuldade de expor seu problema com mais facilidade (FIGUEIREDO, 2005; GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

O tratamento fica diferenciado se o homem for atendido por um homem, e mulher por uma mulher, porque fica com mais liberdade de chegar e conversar. O homem, quando vai a uma médica mulher, tem que estar tendo o cuidado do que vai falar. Para um médico, o acesso é mais livre, não tem tanta frescura e vai direto ao ponto (S06).

Estão [profissionais] ali para tratar de todos iguais. Até então a Medicina não separou. Agora o contrário acontece. Talvez com um homem temos mais liberdade para falar e com uma mulher ficamos inibidos (S23).

[...] tem gente que pode ficar mais à vontade com a pessoa do mesmo sexo, por exemplo, o homem pode ficar mais à vontade para fazer certos exames com outro homem (S03).

Não obstante, chama a atenção a declaração de um usuário ao deixar transparente a sua predileção por profissionais de saúde do sexo feminino, pela justificativa de que as mulheres são mais atenciosas e menos objetivas nas consultas.

Eu, particularmente, não gosto de médico homem. Eu acho que mulher tem mais cuidado, tem mais... A mulher é mais delicada, tem mais atenção contigo, não que os homens não tenham, mas é uma coisa mais 'Ah, consultou, acabou'. Vai embora, não tem muito aquela formalidade de conversar, procurar saber... Eu só consulto se for com mulher, se for consultar com homem, eu não consulto, não (S09).

Tal situação revela que esse homem não conjuga da mesma opinião que a maioria, ao passo que relata, sem constrangimentos, a sua preferência em relação ao sexo do profissional de saúde, a partir de condições e características pouco presentes no comportamento masculino, reforçando os significados utilizados na sociedade para a

compreensão de gênero, sem receio de aproximar ou compartilhar da opinião em que prevalecem as atitudes femininas.

Aproximadamente 13 homens relatam as suas reações com referência à forma de atendimento dos profissionais de saúde da UBS de Maruípe. Dessa maneira, isso permitiu uma percepção mais apurada do serviço oferecido, além de revelar que a comunidade masculina em questão se encontra tão inserida no serviço de saúde que possibilita avaliar os modos de tratamento dos profissionais:

[...] todas às vezes que eu vim foi ótimo, todas às vezes fui bem atendido pelos profissionais. O pessoal que atende a gente está de parabéns (S01).

Se você voltar lá atrás no atendimento, quando a pessoa chega pra você, médico, que vem te atender com um sorriso, te dá bom-dia, boa-tarde. Chega pra você e pergunta como é que você está, o que você está sentindo, entendeu? Então, isso é muito bom. Você percebe a seriedade do profissional para te atender (S08).

[...] sempre quando eu venho aí, tipo assim, vou utilizar o serviço, eles atendem bem. Sempre as pessoas tão sempre apoiando, né? Não trata a gente com cara feia, então eu acho muito importante até pra você voltar depois e não abandonar ou correr do serviço (S11).

Sempre fui muito bem recebido, atendido e acompanhado. Os serviços de saúde prestados pelos profissionais daqui da unidade é perfeito. Os profissionais são sempre atenciosos e dispostos a ajudarem (S19).

Percebe-se, nos diferentes discursos acerca da forma de tratamento dos profissionais, um processo de interação que contribui para o estabelecimento de relações de longa duração, que facilita a efetividade na atenção primária e colabora para uma melhor sistematização do PSF. Dessa maneira, a população pode sentir-se mais bem acolhida e assistida quando o profissional mostra preocupação e

responsabilidade de formular as necessidades do usuário em um diagnóstico adequado (STARFIELD, 2002).

De acordo com Carneiro Junior e Silveira (2003), a questão da relação entre o profissional de saúde e usuário, independente do sexo, é fundamental nas ações de saúde, no sentido de auxiliar muito além da cura ou melhoria de uma doença, mas pode servir de instrumento de resgate do valor da vida, da cidadania e da dignidade humana do usuário, que muitas vezes pode enxergar no profissional de saúde alguém muito além de um profissional. Esse processo para o usuário é importante, pois ele se sente acolhido, inserido e incorporado na política pública de saúde.

De fato, a interação entre usuário e profissional fomenta a vinculação da comunidade com o serviço, de modo que Araujo e Leitão (2005) apontam que o acolhimento no atendimento é essencial para o estado de melhora do indivíduo. E mais, quando já existe um tipo de vinculação do usuário com o profissional, isso pode favorecer na procura pelo serviço de saúde, sem necessidade de os homens terem de utilizar estratégias que diminuam a sua exposição, caso contrário, o serviço, ao invés de atrair a população, poderia retrai-la.

As autoras, nesse trabalho, que teve como finalidade de conhecer as dificuldades enfrentadas pelos homens portadores de doenças sexualmente transmissíveis na interação com o serviço de atenção primária, destacam que o sistema de saúde brasileiro compromete o atendimento a esses pacientes, devido à dificuldade de entrada no serviço, à falta de serviços direcionados ao homem na unidade de referência, à limitação dos horários de atendimento para os homens e à falta de preparo dos profissionais para atuar com essa problemática específica. Segundo as autoras, essas são situações que favorecem a não procura pelo serviço de saúde e a incidência de morbidade relacionada com as doenças sexualmente transmissíveis em homens (ARAUJO; LEITAO, 2005).

Ainda com relação à interação do profissional de saúde e usuário, merece ser destacada a importância dada por um usuário ao bom relacionamento das pessoas na UBS e a forma como ele é tratado ali no local, que muitas vezes o faz sentir como

se estivesse em casa e ao lado das pessoas que sempre o ajudam, quando precisa tratar de algum problema não restrito à saúde:

Olha, eu sempre procuro a unidade para pegar medicamento, às vezes eu venho aqui na unidade pra bater papo, falar de uma coisa diferente, para descontrair o ambiente que fica tão pesado às vezes. Me sinto muito bem para vir até aqui, até porque eu me sinto em casa aqui. Tenho médicos bons que me ajudaram e ajudam até hoje, tem enfermeiros e técnicos que me tratam bem. Eu acredito que o ser humano tem facilidade de se adaptar ao meio em que vive. Se é nesta comunidade em que vivo eu tenho que me adaptar às regras dessa comunidade (S02).

É interessante notar, contudo, que não são todos os homens que compartilham da mesma opinião em relação aos modos de tratamento dos profissionais de saúde. Um participante referiu-se a uma situação presenciada por ele na unidade. Segundo ele, trata-se de um descaso do profissional com os usuários que esperam por tempo indeterminado a consulta e muitas vezes não são atendidos:

[...] aqui você fica na espera, espera que nunca chega. De você ir embora e não é atendido [...]. Sensação é de descaso, de... Falta mesmo de compromisso, das pessoas. Às vezes, eu já vi aqui e um passa pro outro, um ping-pong... Não com todos os profissionais [...]. Já me deparei com essas situações constrangedoras de que um passou pro outro, descaso com o ser humano, né? Com aquele que está na fila esperando horas (S09).

Em certas ocasiões, os participantes faziam alusão à UBS em busca de serviço ou de necessidades que estavam além do serviço local, mas era prioritário passar por ele, ou seja, cinco participantes frequentavam a unidade com o objetivo de conseguir atendimento com especialistas. Dessa forma, o serviço era percebido como uma “ponte” para alcançar o destino desejado ou atender à sua necessidade, como o encaminhamento para exames mais complexos ou busca de receitas para medicamentos específicos.

Hoje, problema de saúde. É problema na coluna que eu tenho, às vezes começa a incomodar, aí procuro o médico pra me dar o encaminhamento que eu tenho que fazer. Para realizar exames da coluna e se precisar buscar o remédio (S10).

[...] sempre quando eu venho aqui... Porque eu tomo remédio controlado, aí quando chega... De três em três meses eu tenho que vir aqui fazer novas consultas, aí eu utilizo esse tipo de serviço para pegar a receita do remédio (S11).

Um outro tema privilegiado pelos homens, quando se trata de discutir a relação de homens e o serviço de atenção primária, está concentrado nas críticas e julgamentos ao serviço da UBS de Maruípe oferecido a eles. As avaliações realizadas pelos participantes são fundamentadas nas experiências com o serviço de saúde. Em determinados setores da instituição, o atendimento fica prejudicado devido à superficialidade dos procedimentos ou, então, pela falta de comprometimento com o usuário, o que pode causar um descrédito do serviço para a população. Mas, mesmo com o descrédito, a população não pode deixar de buscar o serviço, pois é ali a única possibilidade de encontrar o primeiro acesso ao serviço de saúde:

A parte odontológica para mim tinha que ser bem melhor. A Prefeitura tinha que olhar com mais carinho essa parte odontológica. O serviço é muito fraco aqui na unidade e nunca conseguimos terminar todo o tratamento, porque são só serviços superficiais (S12).

[...] às vezes é mais demorado e não te responde adequadamente ao que você espera, como o resultado de um diagnóstico de uma doença. O problema que eu vejo está no setor de exames. São muitos demorados. Você espera o retorno e ele só vem depois de muito tempo. Mas, fazer o que, né? Temos que buscar o serviço, pois ficar sem não dá (S31).

Na verdade, o que nos transparece é a falta de possibilidade de os usuários exporem suas insatisfações ou reclamações em relações ao serviço. De fato, a

população pesquisada parece ter que se “encaixar” e aceitar as condições do serviço, sem o direito de se posicionar. Isso foi percebido quando os homens eram questionados a avaliarem o serviço e, para nossa surpresa, inúmeros participantes, por volta de nove, perguntavam se poderiam criticar o serviço, se poderiam falar tudo o que gostariam de dizer.

Além disso, queremos sinalizar que, mediante essa situação, não temos como afirmar se a comunidade pesquisada tem conhecimento ou informação acerca do tipo de atendimento que é proposto para um serviço de atenção primária. O que evidenciamos é o fato de a população expor a problemática constante e reivindicar ações que possam contornar a situação em benefício dos usuários.

Como pontuamos há pouco, não temos como identificar o nível de conhecimento da população em relação aos princípios e normas que regulamentam um serviço da APS, mas pudemos identificar que alguns usuários conhecem e têm informação sobre esse tipo de serviço, como demonstra o participante a seguir:

[...] aqui, na unidade, só atende casos de urgência e mais simples. Aqui, como posto de saúde, é adequado neste sentido para casos simples, é conveniente e atende bem. E se adequa bem ao bairro, sabe? No que os populares precisam mais (S13).

Uma das explicações que podemos sugerir para uma possível falta de conhecimento de alguns homens em relação aos serviços de saúde da atenção primária pode ter referência com os achados científicos de que a presença masculina se dá em menor proporção do que as mulheres, nesse tipo de serviço, e, desse modo, têm percepções e análises pautadas em pensamentos equivocados (PINHEIRO et al., 2002; FIGUEIREDO, 2005; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005; GOMES; NASCIMENTO, 2006; GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007). Vale ressaltar que não entraremos no mérito das causas que levam ou levariam a essa ocorrência, em razão de serem inúmeras, mas algumas delas são relatadas neste estudo. E mais, como já discutimos, não são todos os indivíduos que manifestam o mesmo comportamento, tendo em vista algumas mudanças de atitudes em relação ao cuidado à saúde.

A propósito, percebemos a necessidade de realçar um assunto bastante recorrente aos participantes e que à primeira vista pode evidenciar uma maior inserção dos homens no serviço de atenção primária. Essa situação foi identificada nos relatos que fazem menção ao significado de doença para os homens e nas ações desses usuários em frente a tal acontecimento.

A expressão da doença é uma circunstância que está colocada para todo o ser vivo e representa um momento delicado na vida do indivíduo, em razão de que essa pessoa doente vivencia “[...] um estado de norma inferior ao estado de vida normal, estado anterior” (CANGUILHEM, 2006, p. 136). O ser vivo doente, como já dissemos, não perde a sua potencia de ação. A doença é, ao mesmo tempo, uma privação e uma reformulação da vida a que as pessoas estão sujeitas, articula o autor. Assim, 28,8% dos participantes relataram que buscam o serviço de saúde para superar esse estado de doença:

Eu procuro o posto mais para não chegar depois e a doença mais não ter cura. Eu procuro bem antes para tentar solucionar o problema. O homem está vendo muito jornal e se informando melhor, por isso que, nessa metade de década para cá, o homem está se preocupando mais [...] (S12).

Às vezes a gente acha que é ‘superman’ [...]. Então, eu sou até um pouco extremista, às vezes eu só procuro quando estou bem ruim mesmo. Um quadro assim, vão avaliar... Uma febre alta, dias e dias de tosse. Igual eu estou vindo hoje porque eu já estou tossindo há mais de um mês. Então, eu me preocupo. A gente sabe que a gente está vulnerável a muita doença mesmo, principalmente na parte de pulmão, tuberculose e tudo mais. Eu acho que não deve deixar assim, chegar ao extremo pra vim pra fazer consulta (S30).

E geralmente quando um homem descobre uma enfermidade, eu creio que muitos homens erram nisso, o estado já está agravado, porque ele vai protocolando, talvez por causa do serviço, da

responsabilidade, até mesmo do machismo. Vai deixando correr solto, quando procura já está uma coisa bem avançada (S22).

Nesse sentido, a doença, segundo Gomes, Nascimento e Araujo (2007), além da possibilidade de aproximar o homem do serviço de saúde, leva-nos a avaliar em qual momento os homens buscam o serviço ao apresentar uma doença. Conforme as duas últimas declarações, é visível a preocupação em relação à procura pelo serviço, quando não conseguem suportar mais a doença ou quando ela já interfere na vida social. Para esses mesmos autores, grande parte da influência para que o homem prorrogue a busca pelo serviço de saúde está concentrada também na dificuldade de verbalizarem o que sentem e o temor em descobrir que algo vai mal, pois poderiam deparar-se com o diagnóstico de uma doença, em simples consultas, para saber se está bem de saúde:

O homem só vai ao médico quando está muito ruim mesmo, quando está passando mal e doendo mesmo, porque ele é assim meio teimoso. Eu acho que é da natureza dele mesmo, sei lá [...]. Acho que a maioria é assim, mas não todos, né? (S35).

Esse comportamento do homem em deixar para procurar um serviço de saúde em último caso é uma característica que contribui para o aumento das doenças que acometem os homens, levando à incidência de mortes sem ter havido uma prevenção necessária que poderia ter sido encontrada nos serviços de atenção primária (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Sendo assim, essa conjuntura nos evidencia que os serviços de saúde precisam colocar em prática ações voltadas para questões específicas da saúde masculina, mesmo antes da efetivação da política nacional de atenção à saúde do homem, prevista para o ano de 2011 (BRASIL, 2008a). Caso contrário, as estimativas para o adoecimento e mortalidade masculina só irão crescer, se não tivermos programas para inclusão dos homens nos serviços de saúde, como forma de contornar essa situação. Nesse sentido, devemos trabalhar para que os homens, de modo geral, possam se sentir à vontade em procurar um serviço de saúde com a seriedade e clareza que o participante a seguir declara:

Esse comportamento do homem faz mal, nunca é bom você ficar deixando para depois e não fazer exames de rotina, ou fazer por obrigação. Isso tem que estar na consciência de cada um. Se eu tenho conhecimento que a minha família tem problema de coração, chega uma idade que eu vou ter que controlar, senão uma hora vai me dar um ataque e eu posso morrer. Por isso, não vou esperar acontecer para procurar o posto. Vou prevenir desde cedo (S20).

Como se vê, basta estar com saúde para poder cair doente. Canguilhem (2006) aponta que, para se pensar em saúde e doença, é evidente que temos que tomar como referência a própria pessoa, uma vez que não se permite determinar o indivíduo a partir de uma média nem de um ideal. A fronteira entre o normal e o patológico é única de cada ser vivo, tanto que aquilo que é normal para um pode ser patológico para outro. Assim, não podemos perder de vista que a doença é uma nova dimensão da vida, nova dimensão essa que interfere na ordem fisiológica, promove uma regressão à etapa anterior da vida e provoca uma “[...] substituição da ordem fisiológica esperada por uma ordem que de nada nos serve e que temos de suportar” (p. 145).

Quando se chega a essa nova dimensão da vida, ocasionada pela doença, o procedimento sensato é buscar a sua superação. No entanto, cada um tem o seu modo para superá-la e nada mais surpreendente é visualizar o próprio indivíduo que está no estado patológico ou que teve a sua ordem fisiológica substituída, tendo a iniciativa para reverter esse quadro. Nesse sentido, gostaríamos de ressaltar que essa iniciativa, presente em oito participantes, foi inesperada e sinalizou a preocupação dos homens em superar o estado patológico e manter a sua capacidade normativa fortalecida:

É necessidade minha procurar. Eu comecei um tratamento com o urologista no serviço particular, mas como não tenho condições de permanecer, eu preciso conseguir outro urologista no serviço público para me dar orientações em relação à medicação sugerida pelo médico, por isso estou marcando uma consulta com o urologista e tratar logo meu problema [...] (S06).

Houve até um lance em que acho que... A doutora falou comigo: 'Olha, mais tem um medicamento aqui que eu queria passar para você, mas a gente não tem no posto'. Então eu falei: 'Não tem problema não ter no posto, pode passar que a gente trabalha, a gente tem que...'. Acho que a pessoa tem que se preocupar com a saúde dela. Vai pagar um pouquinho mais... Às vezes você passa um aperto danado, mas pra saúde, né? Tem que investir. Daí, trabalhei mais e evitei gastar com coisas que não eram necessárias, para eu mesmo poder comprar o remédio (S30).

Por sua vez, a iniciativa em busca do serviço como forma de superar um estado patológico pode ser comparada com o que Canguilhem (2006) chama de ir à busca da cura. Segundo o autor, a cura pode ser entendida “[...] como a mutação de um arranjo em outro quanto como uma volta do doente ao estado inicial” (p. 142). Todavia, a nova saúde não é a mesma que a antiga, devido ao fato de a cura estar acompanhada de perdas essenciais para o organismo e, ao mesmo tempo, do reaparecimento de uma nova norma individual.

Ademais, essa iniciativa não foi expressa somente para superar uma doença, mas, também, na busca por melhores condições de saúde e na procura por exames preventivos, como o exame de próstata:

Fui eu mesmo que procurei. Sempre ouvia o pessoal falar que exame de próstata faz com 45 anos e aquele negócio todo. Daí eu falei: 'No dia que eu tiver 45, eu vou procurar'. Aí foi agora que eu procurei. Fiz e agora eu vou voltar todo ano, porque, uma vez por ano, tem que voltar. Tem que tratar para não ter problema, né? O exame não deu nada, não doeu e é rapidinho, só a posição que incomoda, né? (S01).

Eu já procurei um urologista aqui na unidade e não consegui. Procurei outro fora e me senti como se ele fosse um professor do homem [...]. Foi iniciativa minha, pela análise que fiz, precisaria definir o que tinha e fazer alguns exames, e foi o que aconteceu. Deu tudo certo.

[Como você identificou que deveria procurar o urologista?]

Porque eu tinha um pouco de conhecimento, e já fui perguntando a ele se o meu caso era ali mesmo com ele. E ele confirmou. Eu poderia ter errado, mas, como médico, ele iria me encaminhar para um local correto. Mas não precisou. Ele tinha um bom conhecimento na área e me explicou o porquê do ardor na urina e por que estava irritado. Me passou um exame e passou medicação (S13).

É... Minha vontade mesmo de procurar o urologista, minha mesmo. Não é à toa que estou com 50 anos e até minha pressão é boa. Todo ano, já tem... Desde que eu fiz os meus 45 anos, faço direto o exame de próstata. Aconselho, se me perguntar, eu acho que é bom, acho melhor você viver mais e saudável do que viver menos e doente. Então, eu falo para meus colegas fazerem. Agora, tem muito homem, colega meu que não vai (S28).

A análise das falas dos participantes possibilita avaliar as concepções desses homens. O que para muitos parece ser inviável, isto é, pensar na hipótese de o homem frequentar um serviço de saúde, os nossos dados vêm mostrar que tal situação não é impossível de acontecer na prática. Não podemos esquecer que os comportamentos aqui apresentados não são padrões masculinos, mas sim o retrato do início de uma mudança dos hábitos masculinos, pelo menos dos usuários da UBS Maruípe.

7.6 ACESSIBILIDADE E O CONTATO COM O SERVIÇO DA UBS DE MARUÍPE

Apresentaremos, neste espaço, alguns pontos apontados pelos participantes acerca da acessibilidade ao serviço de saúde da UBS de Maruípe. Inicialmente, enfocaremos as questões consideradas relevantes para a reflexão sobre o que dificulta o contato com o serviço e, logo após, destacaremos as percepções desses homens sob o ponto de vista da dimensão que facilita o acesso ao serviço de saúde.

A noção de aspectos dificultadores está colocada, de modo geral, segundo várias dimensões que dizem respeito às normas e preceitos instituídos pelo serviço, apontando a coexistência de uma diversidade de questões relacionadas com o

cotidiano administrativo da UBS, que torna o acesso dos homens ao serviço um tanto quanto difícil.

Faz-se interessante observar a prevalência dos discursos sobre o modo de funcionamento da UBS de Maruípe que, de acordo com 40% dos participantes, vai desde a burocratização de acesso até a falta de modernização e informatização do serviço prestado para o agendamento. Na compreensão dos usuários, o excesso de rigor em relação às condutas burocráticas gera insatisfação na população, que muitas vezes se sente incompreendida, causando dificuldade ou impedimento de estabelecer uma boa relação com o serviço:

É porque eu trabalho um dia sim e um dia não. Escala 12 por 36, né? Então, tipo assim, uma segunda-feira dá pra eu vir, a outra não dá, aí fica difícil pra mim, pois o meu bairro só pode agendar consulta na segunda (S07).

[...] teve um dia que eu esqueci o cartão em casa e eu não pude ser atendido, estava só com que eles fizeram aqui na unidade e uma ficha, essa aqui... Estava só com um cartão o outro esqueci em casa, aí eu vim só com esse e com outra paradinha que eu não sei o nome, acho que requerimento, não sei... Daí eu não pude ser atendido. Aí, dificulta, né? [...] quando eu me deparo com esse tipo de coisa eu não esquento a cabeça não, já vou embora e nem volto (S09).

Em relação ao participante S07, a grande dificuldade está colocada segundo a complexidade de marcar consultas somente às segundas-feiras, agregado ao fato de ele trabalhar por escala, o que complica ainda mais a situação. É preciso esclarecer que a UBS, por possuir um volume muito grande de pessoas que são atendidas, acabou por adotar a medida de especificar os bairros e os dias de marcação de consulta, logo, cada bairro tem um dia da semana exclusivo para marcação de grande parte dos serviços oferecidos pela UBS.

O outro participante, o S09, expõe o seu desprazer em relação às normas que o serviço instituiu. Segundo ele, existe um prevailecimento dessa norma em relação ao

seu estado de saúde, haja vista que você não pode descumprir o que é exigido administrativamente, independente da gravidade do problema.

Não obstante a questão das exigências cobradas pela UBS, no que diz respeito à documentação para marcação de consulta, um homem justifica que procurou o serviço em busca de um cartão para o filho, mas ele só foi ter o cartão muito tempo depois:

Eu acho que é muita exigência cobrada no posto para ser atendido. Tipo, os agentes de saúde às vezes não passam na casa da gente. Igual segunda-feira passada que ela [agente de saúde] foi fazer o cartão do meio filho, e já tem anos que eu pedi. Daí, como que ele vai ser consultado sem cartão? Não pode, o posto não deixa (S32).

Esse tipo de situação vem demonstrar um descrédito com a população e, dessa forma, o serviço precisa compreender a situação dos usuários, uma vez que um indivíduo não pode ficar sem atendimento pelo fato de o próprio serviço não ter fornecido o documento exigido para marcação.

Um outro aspecto que torna difícil o acesso masculino ao serviço, destacado pelos usuários, faz referência à forma de tratamento do profissional com o paciente. Um homem trouxe uma situação bem particular. Na verdade, o participante sentiu-se incomodado com o modo como foi tratado por um profissional, considerando um fator que muitas vezes pode afastar um usuário do serviço:

Agora, têm médicos que tratam diferente, principalmente quando vê a ficha. Vou citar o meu caso. Tem médico que me trata diferente quando olha lá na ficha e vê que sou dependente químico. Uma vez que eu vim aqui na odonto, o cara lá me tratou diferente e nem quis me atender. Mas, também ele nem está aqui mais, ele me barrou e não quis me atender. Eu retornei outro dia e marquei com outro. É discriminação, mas não importo, não (S05).

Ainda nessa questão da forma de atendimento, o relato a seguir vem declarar o modo de tratamento inadequado de alguns funcionários que estão naquele local

para atender à comunidade. Esses funcionários não se restringem ao profissional médico, são todos os que trabalham na UBS. Essas situações apresentadas afastam os homens de buscar o serviço de atenção primária em Maruípe:

[...] a gente fica meio assim, sem jeito com algumas pessoas que atendem, não são todas... Eu acho que às vezes falta um pouco de boa vontade das pessoas que atendem na unidade, e falta um pouco de educação por parte de outros, pois tem que atender o paciente com respeito. [...] além do mais, tem muita médica mulher e pouco médico, isso é um pouco difícil pro homem, né? (S18).

Aqui é preciso sinalizar com Figueiredo (2005) que os homens apresentam mais dificuldades para acessar um serviço de atenção primária, ainda mais quando ele é composto por profissionais mulheres, em sua maioria, e também por não se reconhecerem inseridos nas ações desenvolvidas pelas UBSs. Perante isso, o autor considera que é necessária maior sensibilidade por parte dos profissionais de saúde para as demandas trazidas pelos homens, de maneira que tanto o profissional quanto o usuário homem consigam reconhecer o espaço institucional da UBS como de necessidade masculina também e, assim, não incitar ainda mais para que a relação entre o homem e o serviço de saúde seja incompatível.

Associadas, ainda, aos aspectos considerados como empecilho para o acesso masculino ao serviço, podemos perceber algumas variáveis que perpassam o processo de marcação de consultas, ou agendamento. Ou seja, algumas questões que o serviço não tem condições de controlar diretamente ou, então, não se esforça para controlar, e elas acabam por tornar mais distante o homem do serviço de saúde, por exemplo, a superlotação do serviço, a falta de modernização no atendimento e a espera para marcação de consultas na própria UBS:

É só nesse negócio de agendamento mesmo, às vezes não dá, né? Aí, às vezes eu venho aqui na segunda-feira e já não tem mais ficha. O posto está superlotado, não tem condições (S14).

Quem vem sempre aqui percebe uma deficiência no atendimento e uma falta de informatização na unidade. Acho mesmo que falta uma

organização, até mesmo para agilizar e tornar o serviço mais eficiente. Por isso, acho que passou da hora do serviço de marcação ser informatizado. A Prefeitura precisa melhorar sempre o serviço de saúde, ainda mais aqui, em Maruípe, que tem muita gente (S19).

Além da marcação de consultas para atendimento no próprio serviço, temos, também, a insatisfação de um usuário em relação à demora para o agendamento de especialidade, também expresso aqui. Destacamos que esse tipo de agendamento ocorre na própria UBS, porém a consulta sempre acontece nos serviços de referência da especialidade, dependendo da área, ou em hospitais conveniados com a Prefeitura:

É isso mesmo, até o dia pra marcar consulta com o especialista demora demais, sempre demora, até quando precisa com urgência. Essa é a única coisa mesmo que dificulta aqui na unidade. É a demora em relação ao especialista (S01).

É válido informar que os discursos apontam para uma dificuldade na acessibilidade dos homens ao serviço de saúde, o que, de certa forma, nos garante que o homem está procurando a UBS, no entanto algumas dificuldades são encontradas, favorecendo ou não o descaso com a saúde. Na verdade, queremos destacar que essas dificuldades só são encontradas porque os homens procuram o serviço, pois, como demonstram as falas, são situações por eles vivenciadas. Nesse sentido, gostaríamos de salientar, como fizeram Gomes, Nascimento e Araújo (2007), que o modelo de masculinidade hegemônica não deve ser pensado de maneira rígida, uma vez que ideias e comportamentos singulares apresentam uma flexibilização do que é hegemonicamente colocado.

Porém não são só fatores relacionados com o gerenciamento do serviço de saúde que parecem dificultar o seu acesso, uma vez que alguns comportamentos masculinos são destacados como entraves para essa busca. São esses comportamentos, como o relaxo, a preguiça e a falta de cuidado em relação à saúde, que cerca de 14,3% dos participantes citam ao longo das suas falas:

Rapaz, eu acho que um pouco é falta de cuidado da própria pessoa e preguiça de vir [...] e não vai. Eu mesmo estou com 48 anos, estou precisando de fazer exames, mas ainda não fiz, entendeu? Então, é um pouco de relaxo também da pessoa.

[Quais tipos de exames?] *Tipo o PSA, exame de próstata que não fiz ainda e dizem que é a partir dos 40 e não sei quantos anos, e eu já tenho 48 e não procurei ainda, quer dizer, então isso é um pouco de descuido meu, da minha parte mesmo. Às vezes temos preguiça de procurar o posto. Vou procurar, só tô esperando entrar de férias do serviço pra correr atrás (S18).*

Em relação à fala anterior, é preciso ressaltar que, por mais, que já tenha sido pontuada a situação da falta de cuidado masculino com a saúde, achamos pertinente sinalizar que esse tipo de comportamento, como a preguiça de buscar o serviço, é entendido para o participante S18, como um empecilho para acessar o serviço por parte da população masculina. O participante menciona, também, a questão do trabalho que se torna um dificultador.

A propósito, a dimensão do trabalho foi uma questão bastante referida pelos participantes que, no campo da saúde, assume um papel preponderante em relação aos cuidados voltados para a população masculina. Nesse sentido, os participantes lembram que precisam cumprir suas obrigações e dificilmente as empresas liberam os homens para procurar cuidados médicos, tornando reduzida a disponibilidade de tempo para o cuidado. Situação essa recorrente a 45,7% dos participantes:

Num venho sempre, não. Por causa de trabalho, aí fica meio difícil, num tenho tempo (S24).

O que dificulta a minha vinda aqui é a questão profissional, quando estou com algum trabalho, atividade, me dificulta a vir (S12).

Trabalho dificulta o acesso. Por exemplo, hoje de manhã, eu tive de deixar de ir ao trabalho para poder vir ao posto. Lá, na Prefeitura, onde eu trabalho, você não pode ter três faltas ou quatro atestados

no mês, nisso dificulta você procurar o posto de saúde. Você vai cuidar da saúde e fica comprometido com o trabalho (S31).

Trabalho dificulta.

[Dificulta em quê?] *Horário, entendeu? Como eu sou conferente, então não tem outra pessoa pra me substituir. Então, o que eu faço às vezes é sair do trabalho pra vir pra cá. Então, pra empresa, é uma perda, porque você imagina, a pessoa fica doente: 'Ah, a pessoa ficou doente porque quer'. Não, não é porque quis... E às vezes o patrão acha que você está faltando porque quer atestado, pensa que é má vontade (S08).*

Para esses homens, a situação profissional é um grande complicador para a procura de serviços de saúde, pois sabem que não conseguem solucionar seu problema acessando o serviço apenas uma vez. Além do mais, eles reconhecem que muitas vezes o horário de atendimento de alguns serviços não favorece os trabalhadores o que, segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007), corrobora o não cuidado com a saúde, de maneira que as atividades laborativas estão em prioridade na lista de preocupações masculinas:

[...] como eu trabalho direto, não tenho facilidade para ficar dispondo de tempo, de ter que procurar um clínico geral para pedir encaminhamento para o urologista. [...] a questão do negativamente é o tempo que a gente deve dispor para chegar até o profissional. [...] eu trabalho direto, e minha preocupação é não largar o serviço por causa do dentista. Se eu soubesse que um dia de trabalho que eu perco eu consigo resolver todos os problemas, beleza, mas não é assim. Tudo que eu preciso resolver, eu tenho que ficar perdendo dias de trabalho. O homem tem mais a preocupação de relacionamento de serviço (S06).

Entretanto, caso o homem opte pela busca do serviço de saúde, pode surgir um receio de que essa situação poderá prejudicá-lo, haja vista que a perda de tempo e os horários de atendimento incompatíveis com o trabalho podem provocar transtornos à empresa, levando o empregador a pensar na possibilidade de

demissão do trabalhador, pois um ser “doente” pode não ser capaz de produzir o esperado (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Essa linha de raciocínio contribui com os fatores que dificultam o contato do homem com o serviço de saúde. Eles preferem utilizar recursos mais objetivos e ágeis, como farmácias e prontos-socorros (PINHEIRO et al., 2002; FIGUEIREDO, 2005). Caso contrário, esperam para tratar da saúde nos momentos de folga, como relata o usuário:

Eu acho que é por causa do trabalho que o homem deixa pra cuidar da saúde em última hora. Às vezes, no caso a pessoa trabalha, igual eu [...]. Eu trabalho como motorista, só largo oito, nove horas da noite. Você chega doido pra chegar em casa... Então, você tem nove horas no trânsito doido desse aí. O negócio está complicado, você chega em casa, o que que você faz? Vou tomar um banho e vou descansar que amanhã duas horas da manhã você tem que estar de pé outra vez. Então daí você acaba deixando pra depois, deixando pra depois, e só na sua folga você procura a unidade de saúde. É isso que sempre acontece (S10).

Não obstante todas as situações dificultadoras, temos aqueles participantes, mais precisamente dois usuários, que conseguem compreender algumas situações que complicam o acesso do homem ao serviço, principalmente em relação aos recursos humanos e estruturais da UBS de Maruípe. Já outros homens, aproximadamente 11 participantes, declararam não perceber qualquer situação ou aspecto que possa dificultar a acessibilidade masculina ao serviço de saúde, conforme os relatos a seguir:

[...] porque o posto de saúde tem muita gente, então a gente tem que ter paciência porque tem fila, tem número de pessoas que podem ser atendidas, tem que respeitar e ter paciência, porque o médico não é nenhum robô pra sair atendendo, então tem que ter paciência pra ser atendido, pra consultar [...]. (S17).

Para mim nada dificulta, não. Não tenho dificuldade nenhuma. Aqui é tranquilo (S05).

Nada dificulta, porque, no caso, às vezes, eles falam: 'Hoje a gente não pode te atender agora. A gente vai fazer um outro agendamento pra você'. Aí eu entendo, porque tem muita gente também que usa. Não tem como eles me atender na hora, aí tem que concordar e esperar a marcação (S11).

A seguir, daremos destaque aos aspectos que facilitam o contato entre o serviço de saúde e a população masculina da região de Maruípe, conforme os depoimentos dos participantes.

Anteriormente, situamos que a questão do trabalho para o homem é um complicador para ele acessar o serviço de saúde, principalmente em razão da falta de tempo devido ao trabalho e por não ter condições de deixar o trabalho para ficar “à disposição” do serviço de saúde. De outra forma, a questão do desemprego é apontada como um aspecto que facilita a acessibilidade ao serviço, visto que a situação de estar desempregado oferece maior disponibilidade e flexibilidade para o usuário, em relação ao tempo de espera para as consultas, o que, segundo Araújo e Leitão (2005), facilita sobremaneira a vinda dos homens ao serviço e favorece a continuidade de um tratamento. Sendo assim, um participante relata a possibilidade de realizar um tratamento necessário nessa situação de desemprego:

Eu quase não venho e num sou de ir muito nesse negócio de consulta não. Estou vindo mais agora no dentista. Estava precisando de dentista. Estou desempregado e estou aproveitando agora pra fazer as consultas que preciso [...] (S01).

Outra dimensão considerada pelos participantes foi a presença dos agentes de saúde. Dos usuários 22,8% mencionaram a prática desses profissionais, que são capazes de integrar e levar um pouco do serviço oferecido pela UBS às residências da população da região, como também transmitir informações necessárias aos usuários, como dias de marcação de consultas, dúvidas sobre exames, entre outros:

O agente de saúde sempre vai na comunidade, quando precisa ele está sempre por perto pra saber o que precisa. [...] eles sempre passam e a gente procura sempre estar em contato e tem mais

facilidade, né? De ter uma consulta mais rápida aqui na unidade. É um meio que facilita. Os agentes de saúde facilitam demais a vida da gente. Ele sempre está informando (S01).

Com o tempo, você tem um agente de saúde que vai até a sua casa e te leva um pouco do posto e integra você ao posto. Quando você começa a frequentar o posto, você começa a ser conhecido e seu agente, quando está aqui, fornece um direcionamento com informações necessárias e tiram dúvidas. Com certeza você sai daqui bem atendido (S13).

Tem uns profissionais que fazem um trabalho de campo e que vão caminhando pelos bairros, uns também que fazem o combate à dengue no período verão. Essas pessoas levam um pouco do serviço da unidade para fora de onde está localizada, e que nos permitem acesso a informação de atendimento. E isso facilita o nosso acesso. Esses profissionais são os agentes comunitários (S19).

Tem o agente de saúde. Ele vai na residência e leva informação. Quando pode marcar consulta ou pegar remédio, daí a gente já tira as dúvidas do posto com ele lá em casa (S21).

Segundo Nunes et al. (2002), a valorização dos ACSs não deve ser menosprezada, dado que eles são importantes atores na propagação de práticas de saúde. Eles são fundamentais para o controle de certas morbidades na população. Muitas vezes, a condição de ser morador facilita o acesso dos serviços de saúde à realidade da população, o que favorece a veiculação das possibilidades e contradições de diálogo entre o saber biomédico e as práticas populares de saúde, pelo fato de conhecer a realidade da sua região de moradia, com uma instrução a partir de referências biomédicas.

Nesse sentido, como mencionam Nunes et al. (2002), destaca-se a importância do profissional agente comunitário, que tem a possibilidade de levar os conhecimentos e práticas do serviço de saúde à população e, por outro lado, oferecer à equipe de

saúde acesso à população com que trabalha, configurando-se, desse modo, uma via de dupla troca entre o serviço da região e a população por ele assistida.

Além dos agentes de saúde, outros profissionais podem auxiliar nos esclarecimentos à população e orientar sobre dúvidas ou incertezas em relação a qualquer tipo de informação. Isso se torna mais acessível quando o usuário conhece algum funcionário do serviço, no sentido de ter a informação com maior precisão e não com o propósito de querer burlar ou infringir alguma norma, como destaca um participante:

Tem as pessoas que a gente conhece que faz essa facilitação pra gente. Não para priorizar, mas pra tentar ajudar, né? São os funcionários que trabalham aqui e que ti conhecem, como vizinhos ou conhecidos, e sabe que você trabalha e não tem todo o tempo. Não dão prioridade, mas informam. Não são os agentes de saúde, não, é mais fácil ter informações com um funcionário daqui de dentro mesmo (S12).

Temos, também, expressas por cinco participantes, algumas atitudes que beneficiam os homens para procurarem o serviço de saúde e, muitas vezes, servem de sinalizadores de onde, quando e com quem eles precisam se reportar em busca de soluções adequadas. Para eles a comunicação é essencial, uma vez que, se o usuário não estiver informado, não conseguirá ir longe e atingir o que almeja. Agora, discorre o usuário que, por causa dessa desinformação, muitas pessoas criticam o serviço sem saber ao certo como proceder para buscar uma instrução ou informação para acessar o serviço:

Acho que parte mais da pessoa. Porque tem gente aqui que chega aqui, não fala nada, fica na fila toda vida. Aí passa o dia inteiro sem falar e depois reclama que o posto é uma porcaria: 'Fiquei o dia inteiro e não fui atendido'. 'Mas, vem cá, você chegou, você deu bom-dia pro guarda pra perguntar?'. Acho que com a comunicação muitas coisas a gente pode estar evitando. Eu acho que sempre me dei bem nesse sentido público, até que eu trabalho muito com gente, com pessoas. É gostoso, às vezes é um pouco injusto, mas é

gostoso, porque você vê o sentimento de cada um. Então tem muita gente. Não é que as pessoas não dão informação, você tem que correr atrás de informação. Você tem que pegar informação com o funcionário [...]. Tudo é na base de comunicação. Acho que parte muito da pessoa. Tem gente que só espera, o funcionário está ali pra dar informação, se vira pra dar informação (S30).

O que facilita aqui é você mesmo vir em busca de informação. Por exemplo, se você quer ser atendido, você deve chegar cedo e marca a consulta. Não tem o que reclamar, são normas. Você tem que procurar informações e marcar a consulta (S34).

A iniciativa de o homem buscar o acesso à saúde, independentemente dos meios que utiliza para tal, reflete a noção canguilhemiana de capacidade de ação, ou seja, é a capacidade que cada indivíduo possui para gerir novas normas de vida, únicas de cada sujeito, para se transformar e amadurecer com as experiências e assim potencializar o seu modo de ser. Tudo isso independe do estado “fisiológico”, visto que a pessoa pode estar enferma, ou “não firme”, como considera o autor, e ainda ser capaz de reformular as normas em benefício da nova saúde. Cabe aqui lembrar que não existe uma desordem no estado patológico; há substituição de uma ordem apreciada por outra que regride à etapa anterior e é preciso superá-la (CANGUILHEM, 2006).

Um aspecto muito importante chamou nossa atenção, pois, de modo geral, 94,2%, ou seja, 33 participantes consideram o horário de funcionamento da UBS um fator imprescindível para facilitar o acesso do homem ao serviço de saúde. Está muito claro que os discursos masculinos estão quase todos pautados na questão do trabalho e, para que o homem consiga ter acesso ao serviço, e assim cuidar da própria saúde, é necessário que os serviços de saúde adotem horários alternativos para o atendimento da clientela masculina, sem coincidir com a carga horária de trabalho (ARAUJO; LEITAO, 2005; GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Facilita os horários de atendimento, de manhã, tarde e noite. Então é fácil, qualquer horário que você trabalha tem... Você pode trabalhar lá e vir aqui, sem precisar de faltar... Então, você tem várias opções

de horário pra ser atendido. Pra quem trabalha é especial ter um horário igual tem aqui (S10).

Eu acho que é uma ideia muito válida, porque você tem... Aí dá condições às pessoas que trabalham pra também procurar na hora que precisa, porque, muitas vezes, você trabalha o dia inteiro e você ficar faltando o seu trabalho pra poder procurar médico em horário que você tá trabalhando, a empresa muitas vezes não aceita isso. Então, por isso eu acho que é muito válido e tomara que continue (S18).

Igual eu trabalho de dia e venho à noite aqui na unidade e consigo vaga. Num tem nada, nenhuma fila pra atrapalhar. É supertranquilo (S16).

A UBS de Maruípe tem o seu horário de funcionamento até as 22 horas, o que favorece os homens que trabalham e não têm condições de faltar ao serviço. De acordo com as falas a seguir, sem dúvida, a ampliação do horário de atendimento dos serviços de saúde é um agente que beneficia o acesso aos cuidados com a saúde:

[...] à noite aqui foi o melhor... Assim como eu já marquei pra noite foi melhor, porque aí não me atrapalhou no serviço. Porque eu trabalho num lugar que é muito chato pra poder sair mais cedo, então à noite foi melhor pra mim (S17).

O horário é ótimo, pois quando tinha aquele horário de sete até cinco horas [da tarde] era complicado. Eu sempre trabalhei pro lado da Serra e saía tarde e não podia consultar. A empresa oferecia plano, mas era muito caro pra pagar e consulta particular. Não tem como. Os planos de saúde são muito caros. Quando vinha alguém oferecendo na empresa, eu falava: 'Eu prefiro lá na unidade lá perto de casa'. Entrar cedo no trabalho eu não ligo, agora tenho que sair no horário pra consultar. Aí colocaram esse horário até as dez [da noite] e melhorou, porque eu vinha de lá as sete [da noite] e passava aqui e marcava a consulta, a menina marcava pra dois dias e voltava

aqui de noite pra consultar. Melhorou bastante o centro de saúde aqui, até às dez horas está bom demais. Para quem trabalha facilita demais (S01).

Figueiredo (2005), em seu estudo, relatou a experiência de um serviço de saúde em São Paulo que tem ações voltadas à população masculina, com atividades que dão suporte às necessidades de saúde dos homens, por exemplo, discussões em salas de espera acerca das masculinidades e saúde, barraca com material educativo à saúde no campeonato de futebol do bairro. O autor considera fundamental que cada UBS possa pensar nas estratégias adequadas às suas regiões para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção à saúde dos homens. Nesse sentido, a proposta de ampliação de funcionamento até as 22 horas na UBS em questão parece ter sido acertada. Três participantes relataram melhorias no serviço da UBS, uma vez que desafoga o elevado número de pessoas em determinados horários, privilegiando maior possibilidade de procura com o funcionamento do serviço estendido:

[...] com este atendimento à noite alivia um pouco a superlotação dos hospitais. Você pode vir aqui e às vezes é um caso simples resolvido aqui. Então, deixa os hospitais para casos de mais necessidades e casos mais graves. Esse funcionamento é ótimo (S32).

Pelo que vejo que na TV existe muita superlotação e, com este horário mais estendido não concentra todas as pessoas num mesmo horário. Você pode escolher em qual horário fica melhor (S33).

Além das melhorias manifestadas pelos homens, também foi mencionado uma sugestão para que os outros serviços de atenção primária possam se espelhar nessa experiência de ampliação do horário de funcionamento e, dessa forma, contribuir com a população impossibilitada de acessar o serviço de saúde ao longo do dia:

[...] é um horário muito bom. É um horário que muitas pessoas que trabalham conseguem vir à noite, já que de dia não tem condições. Eu achei um horário muito bom. Gostaria que fosse em todos os

outro postos, mas eu não sei, porque não tenho conhecimento dos outros. Mas eu gostaria que todos fossem assim, cada bairro que tiver posto fosse desse modo, pra ajudar os homens quando procuram consultas. Eu utilizo mais este serviço da noite, porque trabalho de dia (S35).

No entanto, aproximadamente sete usuários consideram que seria fundamental o funcionamento da UBS aos finais de semana e/ou 24 horas, visto que a doença não escolhe hora para aparecer, destaca um participante:

[...] eu gostaria muito que expandisse esse horário, mas não com esses profissionais que estão aqui. A Prefeitura deveria estudar outras metodologias e colocar outros profissionais aos sábados e domingos até as 22 horas também. Pois bem, eu passo mal no sábado e tenho algumas opções [...], mas fica longe. Se eu tenho uma UBS na comunidade, eu acho que ela deveria funcionar no sábado e no domingo (S02).

Na verdade, deveria funcionar final de semana, né? A doença não escolhe a hora que chega em você. Mas, já que não fica aberta final de semana, temos que procurar o PA. Mas, se ficasse aqui seria melhor, é uma questão de efetivo (S05).

[...] eu achava que teria que ter um plantão, mudar, e não fechar. Porque a pessoa que... Porque eu, pelo menos, tenho um acesso privado, se precisar usar, mas tem pessoas aí que vivem na miséria e tal, e passa mal de madrugada e não tem como recorrer aqui mesmo, às vezes tem que ir pra outro município. Acho que deveria ter um funcionamento 24 horas, na minha opinião. Até pelo fato de estar contratando mais profissionais da área, né? Tem tantos profissionais aí se formando e não tem mercado de trabalho. Aí soma as necessidades... (S09).

Além do mais, como já referido, o fato de residir próximo ao serviço de saúde é um facilitador colocado por dois participantes. Segundo Araújo e Leitão (2005), a questão da proximidade com a unidade de referência estimula o usuário, pois ele

não perde tanto tempo, e também, minimizam-se alguns eventos dificultadores para que o paciente homem cuide da saúde.

Ah, eu moro perto, eu moro próximo, né? Eu posso vir á pé. Eu moro ali em Santos Dumont, moro bem próximo mesmo. Quando preciso vir posso vir caminhando. Sem precisar de pegar ônibus e trânsito pra chegar aqui (S04).

[...] pra mim facilita a distância. É perto. Bem pertinho mesmo da minha casa. Não tem como dar preguiça (S23).

Portanto, percebemos os grandes interventores e facilitadores que estão fortemente ligados à acessibilidade masculina no serviço de atenção primária de Maruípe e, conseqüentemente, fatores diretos ou indiretos que influenciam ou não as práticas da saúde masculina. Cabe aqui também apontar que, além dos serviços de saúde e das competências governamentais terem a preocupação de perceber e “ajustar” esses eventos influenciadores, positivo ou negativamente, a sociedade, de modo geral, também precisa ter a ciência de que muitas circunstâncias das instituições de saúde dificultam o contato profissional-paciente. De mais a mais, as escolhas pessoais também têm relação direta com essa situação, o que poderia servir de um alerta para que o serviço de saúde pudesse trabalhar para reverter esse quadro.

7.7 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO HOMEM: PROPOSTAS PARA O FUTURO

A iniciativa de abordar as concepções dos sujeitos participantes da pesquisa, em relação à criação de uma Política Nacional voltada para a saúde do homem, teve por objetivo entender e avaliar o que pensam os futuros beneficiados por tal proposta. Dessa maneira, traremos aqui a compreensão dos homens em relação à política, observando que aspectos identificam como relevantes para uma política de saúde direcionada a eles mesmos.

Para tal, solicitamos, inicialmente, que refletissem sobre a possibilidade de criação de uma política de saúde específica para o homem. É interessante observar que

responder a esse questionamento foi extremamente difícil para os homens envolvidos na pesquisa. Muitos pediram para repetir, não sabiam o que responder, gerando um momento de confusão na construção de sua verbalização. Para muitos foi necessário explicitar o propósito da questão e só assim conseguiam elaborar suas respostas.

À primeira vista, aproximadamente dez dos participantes relataram, nos momentos iniciais de reflexão sobre essa questão, algumas ideias em oposição e/ou separação dos serviços de saúde para o homem e para a mulher. Ou seja, para esses participantes, ficou subtendido que haveria uma distinção dos serviços de saúde entre os sexos. Dessa maneira, apresentaram discursos pautados nessa distinção, como nos relatos seguintes:

Só para homem? Específico? Porque a doença que o homem tem a mulher tem também. Pra que separar isso? Não entendi (S05).

Bem, nesse caso, como diz o outro, eu não sei nem como dizer. Eu acho que fica um pouco... Sei lá, um lado político, assim... Por exemplo, a mulher... Eu acho que, não sei, possa, sim... Se vai ser uma boa? Vai... E o que que você acha que a população vai reagir? Por que pro homem e pra mulher não? (S08).

Rapaz, tinha que ser feito para todos, não tem que ter diferença (S16).

Passado esse instante, e após melhor explicação da questão aos participantes, foi nítida a divergência dos homens em relação à política. Por se tratar de uma questão que eles não conseguiam visualizar na prática, alguns usuários foram totalmente contra a ideia. Já outros expressaram que nunca imaginaram essa perspectiva, que consideravam interessantíssima para o homem.

Desse modo, iniciaremos pelos relatos contrários à criação de uma política de saúde para o homem. Por sua vez, não se pode desconsiderar a construção desses discursos, visto que grande parte dos homens que se opõem à ideia acredita que

não há necessidade de uma distinção de política somente para o homem, podendo até ser considerado como preconceito por estar em benefício do homem, de modo que o homem deve saber quando procurar um serviço de saúde e não o contrário. Segundo esses participantes, um serviço de saúde deveria estar preparado para atender a qualquer clientela, sem precisar de políticas específicas para cada sexo.

Não, eu acho errado. Existe preconceito nisso aí. Aí, não... Está havendo uma falta de entendimento. Cabe ao homem saber quando deve procurar um serviço de saúde. E o serviço tem a obrigação de estar preparado para receber ele e outras todas que chegarem aqui (S02).

Eu acho errado. Por que vai ser só para o homem? Por que vai separar? [...] mas não vejo tanta necessidade, não. O serviço já tem de tudo, pra que ficar separando e separando? Daqui a pouco teremos posto de saúde só pra mulher, outro só para o homem, é loucura (S03).

Além disso, um participante não percebe uma prioridade para se criar uma política com ações de saúde voltadas para a população masculina, pois considera que é a saúde dos idosos e crianças que precisa de investimento, por se tratar de uma parcela da população que precisa de mais cuidados:

Não, não, não... Eu acho que, pro meu ver, a prioridade é pros idosos e pras crianças, né? Eu vejo uma prioridade assim no meu ver, as crianças e os idosos precisam de mais cuidado, porque são mais fracas e debilitadas, muitas vezes. Mas, pra outras coisas não tem grandes diferenças, não. Pode ser tudo igual, só mesmo pros idosos e crianças que precisam mais, daí deve ter uma especificação para eles (S17).

É importante apontar que o MS tem políticas de saúde que priorizam a atenção aos idosos e crianças de todo o território nacional, cabendo a cada município a responsabilidade de implementar ações específicas à faixa populacional de responsabilidade de cada proposta (BRASIL, 1994; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Uma outra dimensão contrária à criação da política está centrada na possibilidade de ser um serviço desnecessário à população masculina, uma vez que o homem não tem o hábito de cuidar da saúde. Além do mais, a UBS pode oferecer o que os homens precisam, sem a necessidade de investimento por parte do governo em uma política que não obteria resultados satisfatórios, conforme apontaram dois dos 35 usuários.

Eu acho que eles não vêm. O homem é relaxado, pode chamar dez homens que vai vir um, dois, no máximo. Acho que vai jogar dinheiro fora, como o governo faz com muitas coisas, sem necessidade disso (S07).

Ah, eu acharia que não faria muita diferença, não [...]. É, mas eu acho o seguinte... Hoje tem muita facilidade... Se a unidade não tem, automaticamente, eles encaminha por outro local que tem, né? Não, acho que, com algo específico para o homem, ele iria procurar. Não procuraria mesmo (S10).

A partir de Gomes, Nascimento e Araújo (2007), podemos indicar que esses depoimentos apresentados podem ser tidos como reflexo de amarras culturais que aprisionam os homens em relação a algumas práticas e, também, pelo fato de os serviços de saúde não terem ações destinadas diretamente aos homens, não somente no sentido de promover o cuidado em relação à saúde, mas com a proposta de integrar o homem ao serviço, com palestras, revista em salas de esperas que não privilegiem as mulheres, entre outras ações que o próprio serviço poderia colocar em prática.

Em contrapartida, destacaremos os depoimentos que aprovam a iniciativa do governo em lançar uma política que regulamente a saúde do homem no Brasil. De antemão, abordaremos as ideias que enfatizam o grande benefício de o homem ter uma política desse porte no sistema de saúde, presente em 18 discursos masculinos, conforme exemplos a seguir:

Eu acho que isso seria ótimo pra gente! Muito bom. Eu acho bem vantajoso, uma saúde voltado para o homem. Porque, como a gente vê, tem homens que sentem vergonha de fazer esses exames de próstata. Seria bom mesmo (S04).

Ah, seria ótimo, porque a gente, quando procura aqui esses serviços para homem, eles encaminha a gente para outro lugar. Daí, com a saúde voltada para o homem, poderia ter um profissional para atender o homem aqui (S01).

Seria uma grande evolução, né? Porque o homem geralmente precisa cuidar mesmo. Porque, se a gente só pensar em trabalho, trabalho, não tem como cuidar da saúde (S17).

Tirar essa escuridão que eles veem a cada dia. Acha que o médico é uma coisa de outro mundo. Só vai ao médico quando tá na pior mesmo (S29).

Quatro participantes da pesquisa ficaram surpresos com a possibilidade de os homens terem um programa de saúde voltado para suas necessidades. Para eles, seria uma chance de a UBS oferecer atendimento focado nas demandas masculinas, principalmente com um urologista, sem precisar ser encaminhando para outro serviço:

É bem pensando isso. Aqui já tem o GATT que é para fumante, mas não é só para o homem. Eu nunca tinha pensando nisso. É válido, tem que ter uns profissionais específicos para o homem (S05).

Nossa! Eu achava muito bom. Eu acharia bom, sabe por quê? Porque nem todo lugar tem, né? Igual assim... Pra mulher tem o ginecologista, na clínica, na unidade de saúde deveria ter um urologista... Pra pessoa, específico, né? Pro tratamento do homem (S14).

Podemos verificar, também, que sete participantes percebem, na política de atenção à saúde do homem, uma forma de incentivar a população masculina a cuidar da saúde. Muitos homens podem começar com pequenos hábitos para mudar algumas práticas de comportamento, no intuito de transformar a imagem hegemônica da masculinidade, culturalmente instituída. Por isso a importância de se instituir essa proposta do MS:

Importante, porque como eu te falei, o homem é bem largado mesmo. [...] os outros homens se sentiriam incentivados para procurar o serviço (S06).

É uma coisa diferente, que de repente os homens procuravam mais os médicos. É diferente porque eu nunca ouvi nem falar que isso poderia existir um dia (S18).

Nesse sentido, um usuário foi mais pontual em relação aos benefícios que a proposta poderá trazer aos homens, haja vista que a possibilidade de um local em que o homem poderá buscar informações pode permitir melhoras na saúde. Vale acrescentar que a ideia colocada pelo participante pode ser implementada pelo serviço para tentar atrair a população masculina ao serviço de saúde. Tal ideia corrobora as afirmações de Figueiredo (2005), na possibilidade de cada serviço pensar em estratégias locais para contribuir com práticas mais saudáveis por parte da população masculina:

[...] porque tem certos assuntos que às vezes os homens não têm tanto acesso à orientação, entendeu? Então, tendo um lugar especializado, poderia estar indo tirando dúvidas para poder resolver os problemas. Um lugar próprio para estar orientando (S25).

Nota-se, ainda, nas falas dos homens, uma percepção em relação ao sentimento e vergonha de ficar exposto. Para Gomes, Nascimento e Araújo (2007), esse sentimento de ter que ficar “à mostra” para outra pessoa é um fator que os próprios homens justificam para não procurar cuidados médicos, resistindo principalmente em mostrar partes íntimas do seu corpo, conforme estudo realizado pelos autores sobre

os homens da cidade do Rio de Janeiro, para investigar as explicações masculinas sobre a pouca procura por serviços de saúde.

Dessa forma, os participantes consideram a iniciativa do MS um contribuinte para minimizar uma das causas apresentadas no estudo de Gomes, Nascimento e Araújo (2007), que é a vergonha de ficar exposto. Sendo assim, com um programa de saúde para os homens, os participantes acreditam que muitos deles podem perder esse sentimento, ficando mais seguros, ao saber que o serviço faz parte de um programa próprio para o homem.

É bom, né? Seria uma forma do sexo masculino ter sua atenção voltada para um tratamento específico. Então, ele estaria mais confiante de se expor e falar o que está sentindo e facilitaria a relação médico-paciente, para um diagnóstico mais preciso. E seria de fundamental importância um serviço desse para o homem. [...] uma boa ideia. Eu aprovaria (S13).

Eu acho que já passou da hora de ter esse serviço [...]. Eu não sei se facilitaria, mas ele, tendo em vista que existe esse tipo de serviço intimamente, acho que ele se sentiria mais solto pra estar procurando esse tipo de serviço (S09).

Eu nunca parei para pensar nisso, não. Mas, pode ser uma coisa útil. De repente, se tiver um serviço desse só pra homem, ele vai, e pode se sentir mais seguro e menos exposto. Talvez seja isso. Pode ser uma forma de incentivo (S31).

A propósito, outras questões referidas pelos participantes dizem respeito às circunstâncias que os homens consideram importantes na prática, a partir da efetivação da política. O mais interessante é que cada circunstância colocada pelos usuários já se encontra incluída nos princípios e diretrizes estabelecidos para a política, o que ratifica e reforça o compromisso social ao qual a política de saúde do homem se propõe.

As situações a seguir representam o que os participantes julgam relevante para os homens. O primeiro registro fala da necessidade de se incentivar os homens e informar sobre as ações desenvolvidas a partir dessa estratégia. De acordo com a política (BRASIL, 2008b), um dos seus princípios norteadores é “[...] informar e orientar à população-alvo, [...] sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem”. Sendo assim, o homem estará mais bem orientado sobre as ações e serviços de saúde destinados à atenção integral masculina.

Não sei se todos os homens tirariam proveito disso. Acho válido realizar uma campanha que incentive ao homem e informe sobre as funções desse serviço. Daí, sim, acredito ser um estímulo ao homem para procurar um serviço de saúde (S19).

Os outros dois relatos expressam a importância da capacitação dos profissionais para tratar com mais propriedade as doenças comuns aos homens e a preocupação de não ser uma política excludente em relação ao sexo feminino, respectivamente. Para o MS é de suma importância que a política enfatize algumas mudanças de paradigmas culturais. Uma das formas de se iniciar tal atitude está centralizada na capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem (BRASIL, 2008b). Figueiredo (2005) e também Gomes, Nascimento e Araújo (2007) já sinalizaram para um certo despreparo dos profissionais para atender às demandas masculinas e à falta de ações em saúde que pudessem incluir o homem. Em relação à não discriminação do sexo feminino, a política tem o compromisso de incluir os familiares e toda a comunidade na prevenção e promoção masculina, enfocando, inclusive, a participação do homem no planejamento de sua vida sexual, reprodutiva e uma paternidade responsável (BRASIL, 2008b).

Nesse sentido, os discursos a seguir refletem uma realidade indicando que a política nacional de atenção integral à saúde do homem se comprometerá com a sociedade brasileira, assim que as ações forem colocadas em prática. É preciso lembrar que não se tem um período certo para tal ocorrência, mas o MS prevê que será até o ano de 2011.

Eu acho bom, porque às vezes são coisas básicas que ele precisa de um médico para tirar uma dúvida e, se tem um serviço voltado para a saúde do homem, o médico estará melhor capacitado para diagnosticar as enfermidades que são próprias do homem, com maior precisão (S20).

Bom, enquanto não for uma coisa discriminatória de deixar a mulher de fora. Se for para melhor, seria ótimo. Uma atenção maior. Um atendimento específico em algumas enfermidades que só homem consegue contrair, que a mulher não [...]. Agora, se for só por causa do homem, acho interessante tratar dos dois sexos iguais, pois, no plano de saúde hoje, a família tem acesso ao hospital por todos os membros e não há exceções. Se for por esse lado para acrescentar, o homem se soltaria mais do machismo. Um homem vai puxar o outro, torna um círculo. Um fala com o outro. Um acesso mais direto ao homem. Talvez. O homem chega aqui na unidade e vê um monte de mulher e fala: 'Eu tô bem', por causa do machismo. Tem que ser superior frente à parte feminina, mas chega ali fora e está morrendo de dor. O machismo fala mais alto (S22).

Faz-se, contudo, necessário apontar mais uma vez a necessidade que os usuários mencionam em relação ao atendimento das demandas específicas masculinas realizadas por um médico do sexo masculino. Segundo os próprios homens, existem situações que eles não relatam nem para as esposas, “Que dirá para uma médica”, afirmam. Por essa razão, consideram relevante e mais confortante a presença de profissionais homens no campo da saúde para atender às demandas masculinas:

Poderia ser atrativo. Poderia ser isso, e aí eu não sei que médico vai ser. Quais os médicos? Se vai existir médico somente pro homem, ou médica. Porque às vezes tem homem que fica constrangido de falar determinadas coisas pra médica mulher [...]. (S18).

Tinha que ter um médico para o homem aqui. O homem se sente melhor para conversar. Vamos supor um homem que vem consultar com uma doença venérea e vê que o clínico é uma mulher. É capaz

dele não voltar mais. Tem coisa que um homem não fala para uma doutora (S16).

[...] se eu tiver que me abrir com uma doutora, eu me abro. Mas se tiver uma especificação de um médico especialista para o homem é muito bom, porque a gente se abre, pois tem muitas coisas que a gente não fala nem para esposa, mas, se tem um profissional dessa área masculina, fica melhor (S12).

Sobre essa situação, pode-se dizer que as dificuldades de interação entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas de saúde nas UBSs podem, então, ser reduzidas. Conforme argumenta Figueiredo (2005), tal fato ainda poderá acarretar mudanças de postura prática nos profissionais, com maior sensibilidade às demandas masculinas.

Pode-se constatar, entretanto, que alguns participantes não percebem um benefício para o próprio homem a partir da política de saúde do homem. Tal situação pode ser reflexo da falta de inclusão do homem nos serviços de saúde. Por outro lado, a política pode trazer vantagens e incentivos aos homens, que muitos deles nem imaginavam que pudesse acontecer. Além disso, a proposta política poderá aumentar o fluxo de homens na UBS Maruípe, haja vista que alguns deles já têm a iniciativa de procurar o serviço, principalmente em busca de urologista para exame de próstata, conforme já citado. Por mais que a política não esteja efetivada, não podemos desconsiderar que mudanças em certos modos existenciais terão consequências, mas, para isso, o homem precisa de fato estar inserido e implicado, integralmente, nessa discussão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, propusemo-nos a avaliar as relações entre os homens, usuários da UBS Maruípe, as práticas de cuidados e os modos de conceber a saúde. De acordo com os inúmeros trabalhos e o levantamento bibliográfico realizado, também compartilhávamos da ideia de que os homens não buscam os serviços de saúde, principalmente por influências dos papéis sociais e construções hegemônicas da masculinidade, que tendem ao condicionamento, quando o homem vai expressar um comportamento.

Nesse sentido, procuramos verificar com os próprios homens o que eles pensavam sobre o cuidado com a saúde, uma vez que eles estavam ali no serviço de saúde. Dessa forma, buscamos dar voz aos próprios “personagens” desse processo, com a finalidade de entender, também, um pouco mais do que e em que os homens que buscam o serviço de saúde justificam o comportamento masculino de não procurar esse serviço. Além disso, procuramos analisar o porquê de esses homens estarem ali, já que muitos trabalhos não tinham essa abordagem. Para tanto, investigamos as demandas dos homens, os motivos para procurar o serviço, as dificuldades e as facilidades para buscar o serviço e, ainda, procuramos perceber o que esses homens pensam sobre uma política de saúde voltada para saúde masculina.

Conforme se pode perceber, estávamos propondo algo que é bem tocante na relação de gênero, principalmente na relação em que os homens têm com a sua masculinidade e com o modo como percebem e avaliam essa masculinidade. Essa maneira de querer entender as concepções e saber o que pensam os homens que de fato colocam em prática o cuidado à saúde poderia parecer, inicialmente, equivocada, uma vez que muitos trabalhos advogam que os homens “renegam” as práticas de saúde, devido à influência marcante do modelo de masculinidade hegemônica. Por esse motivo, dedicamos horas às entrevistas individuais e estávamos presentes nas variadas atividades realizadas com a comunidade, com mais horas para analisar todos os discursos coletados e discutir os achados.

De acordo com a discussão do capítulo anterior, pudemos conhecer um pouco sobre os homens usuários de um serviço de atenção primária. Percebemos que a demanda pelo serviço de saúde, por parte da população masculina da região de Maruípe, vem crescendo nos últimos anos, principalmente à medida que a idade vai avançando. Em alguns discursos, foi possível identificar essa preocupação de estar sempre “controlando” sua saúde para não descobrir algo pior. Mas também se verificou o contrário, mais comumente relatado por usuários mais novos, que citaram a dificuldade de buscar o serviço de saúde devido à prioridade a alguma atividade, como o trabalho.

Por outro lado, devemos destacar que a procura pelo serviço não era exclusivamente para atendimento médico. Outras especialidades também, como Odontologia, Farmácia e Psicologia, foram bastante referidas ao longo das entrevistas. No entanto, fica clara a grande insatisfação dessa população em relação à falta de outras especialidades médicas, como ortopedia, oftalmologia e urologia, no serviço de atenção primária, o que tem gerado um aspecto até mesmo desmotivador para os homens. Sentem-se desrespeitados pelo fato de ter que esperar meses para a consulta acontecer e ela sempre ocorre em outros serviços de saúde que não estão localizados próximos à região de Maruípe. Esse último aspecto foi marcadamente identificado por 15 homens, como um dos principais empecilhos para se buscar o serviço de saúde, haja vista que é uma prática recorrente e costumeira no local.

Além disso, é preciso realçar os incômodos provocados pelo confronto entre os modelos hegemônicos de masculinidade e as práticas de cuidado em saúde. Notamos que alguns homens ainda se mostram inseguros e vivenciam suas relações sociais pautadas na pressão social para o cumprimento de papéis culturalmente masculino. Dessa forma, não assumem qualquer possibilidade de necessidade em saúde, até porque é a mulher quem fica doente e que precisa de mais cuidado, pois são vulneráveis e delicadas. E, ainda, tem a questão do exame preventivo que promove maior incidência feminina nos serviços. Diante dessas situações, alguns homens reforçam a questão do machismo, uma vez que expor as fragilidades e fraquezas são atitudes consideradas femininas, negando qualquer tipo de vulnerabilidade ou necessidade.

Em relação ao machismo, anteriormente apontado, é preciso destacar dois aspectos que se entrelaçam. Não podemos esquecer que o machismo é recorrente para confrontar com as atitudes femininas, no entanto temos que lembrar que, por mais que ele aparecesse nos discursos, era para caracterizar o outro e não ele próprio, na grande maioria dos casos. Por outro lado, aproximadamente 14,3%, apresentaram em seu discurso algumas condutas machistas dele próprio e, ao mesmo tempo, uma contradição em sua atitude, representada pela busca do serviço de saúde.

Também foi possível identificar duas situações que expressam os modos do comportamento masculino. Primeiro, temos os discursos masculinos que estão pautados no reconhecimento de que o homem é um ser que tem o seu comportamento baseado nos modelos dominantes de masculinidade, podendo ser identificado pelas mesmas palavras utilizadas pelos participantes, como *relaxado, mais devagar, desleixado, resistente, forte, super-homem* e “*que segura mais*”, isto é, demora a procurar um serviço de saúde, expressas por 20 participantes. Segundo, podemos verificar que 17,1% dos participantes constatam que o comportamento masculino está baseado nas palavras citadas, mas, todavia, questionam e criticam essa forma de comportamento, pois reconhecem que esse tipo de atitude é ruim para a saúde masculina, pois só tende a trazer prejuízos ao próprio homem.

Com relação ao sentido atribuído às práticas de cuidado em saúde, muitos usuários percebem como padrão a dimensão do cuidado e do cuidar associado ao âmbito feminino, visto que as mulheres recebem, desde cedo, a responsabilidade pelos cuidados e manutenção das relações sociais. Isso sem contar que elas assumem um papel dependente quanto à atenção e auxílio aos outros, que perpassa as gerações, uma vez que a educação de algumas mulheres estava voltada para ajudar o outro. Dessa forma, Laura Astúrias (apud KORIN, 2001, p. 72) reconhece que grande parte dos filhos e filhas aprendem que “[...] o mundo da mulher é a casa e a casa do homem é o mundo”.

Apesar de alguns homens conceberem que a mulher tem maior necessidade de buscar o serviço, e eles não tanto, por outro lado, é inegável a forte presença e

estímulo da mulher para que os homens possam cuidar mais e melhor da sua saúde. Desse modo, pensamos que o serviço de saúde em si pode tentar adotar estratégias para atingir a saúde masculina, utilizando como meio facilitador as esposas, irmãs ou mães dos homens da região de Maruípe, que, por sinal, estão em maior número no serviço. Ou, então, investir em ações que possam iniciar uma mudança de comportamento social dos homens, em relação ao cuidado com a saúde e, assim, criar possibilidades de promoção e prevenção da saúde de acordo com os recursos disponíveis da localidade, sugere Figueiredo (2005).

O estudo mostrou aspectos importantes relativos não só ao serviço em questão, mas sobre a situação da saúde pública do Estado. Entre outros aspectos, fica evidente que os homens cobram por melhorias e investimentos na saúde por parte dos órgãos responsáveis. Segundo 31,4% dos participantes, há uma demanda populacional muito superior aos recursos humanos oferecidos nos serviços, o que gera filas e horas de espera para ser atendido. Essas situações também favorecem o pouco acesso dos homens aos serviços de atenção primária e hospitais, fazendo com que alguns deles recorram a práticas mais objetivas, como farmácias ou, então, nem isso. Procuram um bar para beber e esquecer o problema, quando é possível, segundo os entrevistados.

Pudemos notar que os homens estão presentes no serviço de atenção primária, mas existem barreiras que dificultam o acesso a esse serviço e com isso algumas necessidades não são acolhidas. Há dificuldades relacionadas com padrões de masculinidades construídos pelos homens, que têm dificuldades para expor sua problemática diante de uma médica mulher. Cerca de 25% afirmam que tem assuntos que não falam nem com as esposas “quem dirá ter que se mostrar para uma médica”. Além do mais, a organização do serviço não contribui para o reconhecimento das necessidades masculinas, principalmente em relação à especificação de dias para marcação de consulta, que é designado pelo bairro, ou seja, cada bairro tem um dia na semana para marcar consulta, sempre no período matutino, inviabilizando o homem que precisa trabalhar e sustentar a família.

Não obstante, atentamos para a questão do trabalho que permanece arraigada em alguns discursos como um dos grandes fatores de impedimento para buscar o

serviço de saúde. Todavia, a iniciativa da UBS de Maruípe em ampliar o horário de atendimento à população, até as 22 horas, foi bem-aceita pelos homens, que podem dedicar-se ao trabalho e depois procurar o serviço de atenção primária. Essa situação serve de exemplo para outros serviços de saúde e, por que não ser uma proposta a ser discutida pelo MS, quando a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem for colocada em prática no território nacional? Haja vista que os resultados nessa unidade de saúde demonstraram uma experiência vantajosa que beneficia a saúde masculina.

De acordo com a situação apresentada pelos participantes de que o trabalho é uma questão que dificulta o cuidado à saúde, achamos pertinente pontuar uma breve comparação entre os comportamentos masculinos e femininos, uma vez que temos de lembrar que, na sociedade atual, existem muitas mulheres que conseguem conciliar o trabalho com a prática de saúde, não estando restrita a dimensão do trabalho só aos homens.

De mais a mais, entendemos que existe uma contradição no discurso de alguns homens pesquisados: para 45,7% dos participantes, o trabalho dificulta ou reduz a disponibilidade do acesso ao serviço. Porém, a ampliação do horário de funcionamento da UBS, até as 22 horas, parece não ter significação ou importância para esses participantes, permanecendo a dificuldade de conciliar o horário de trabalho com o acesso ao serviço de saúde. Ao mesmo tempo, verificamos que 94,2% dos homens aprovaram e dizem beneficiar-se da ampliação do serviço, pois não interfere no horário de trabalho, segundo os participantes. Tal dado nos deixa intrigado pois há um desacordo nas afirmações, o que pode ser remetido para o processo de adaptação desses homens em relação ao horário de funcionamento, haja vista que é algo inovador e a grande maioria das outras UBSs do município não têm o seu horário ampliado. Também pode ser uma “desculpa” antiga que permanece nos discursos masculinos.

Sobre esse aspecto da ampliação do horário, gostaríamos de ressaltar e parabenizar a SEMUS pela iniciativa de expandir o horário de atendimento de alguns serviços de atenção primária. Araújo e Leitão (2005) destacam a importância de os serviços de saúde se organizarem e planejarem ações que atendam às demandas populacionais

da região, como forma de cumprir o compromisso que a saúde deve ter com os cidadãos.

Não podemos deixar de mencionar o comportamento que alguns homens demonstraram em cuidado à saúde, principalmente relacionado com a iniciativa em buscar o urologista para realização de exames, como o de próstata. A esse respeito, convém pensar na capacidade que cada indivíduo possui de gerir novas ações ou normas a partir das exigências que o meio interpõe, a fim de resgatar o estado anterior, ou seja, de retorno ao estado saudável. Por conseguinte, Canguilhem (2006, p. 86) reforça essa noção afirmando que

[...] para um ser vivo, o fato de reagir por uma doença a uma lesão, a uma infestação, a uma anarquia funcional, traduz um fato fundamental: é que a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, que a vida é polaridade e, por isso mesmo, posição inconsciente de valor, em resumo, que a vida é, de fato, uma atividade normativa [...]. No pleno sentido da palavra, normativo é o que institui as normas.

Ainda nesse sentido, chamamos a atenção para a circunstância de que os homens podem estar iniciando uma nova etapa ou definindo um novo modo existencial em relação a um dos núcleos inquestionáveis da masculinidade hegemônica, dado que é possível identificar, em alguns discursos dos participantes, um certo “rompimento” com a afirmativa de que o cuidado seja estritamente um comportamento feminino. Dessa forma, os homens podem se adaptar a novas maneiras de ser homem, por meio de uma cultura de masculinidade mais sadia.

Se essa premissa, de fato, for uma perspectiva com tendências a atingir os homens de modo geral, futuramente poderemos encontrar maior incidência das falas, como as que trazemos neste trabalho, que remetem à prevenção e promoção da saúde por parte da população masculina e que passam pela ideia de ser saudável, como aquele que consegue propor transformações em frente às situações limitantes ou incapacitantes, segundo Canguilhem (2006).

Entretanto, o indivíduo precisa ter à sua volta possibilidades para que consiga gerenciar essa transformação. E como uma dessas possibilidades, podemos apontar o serviço de atenção primária, visto que não compartilhamos a ideia do homem

como ser autônomo o bastante para gerir e criar suas possibilidades, mas como aquele que tem a possibilidade de escolher e ser responsável por ela. Portanto, nada mais justo que o serviço de saúde seja uma dessas possibilidades. Agora, é preciso que o MS promova ações e estabeleça estratégias que possam incluir os homens nos serviços de saúde do País. Logo, a Política Nacional de Saúde do Homem faz-se fundamental.

Precisamos, aqui, sinalizar a iniciativa do MS e dos órgãos responsáveis pela criação da Política Nacional de Saúde do Homem. É de extrema relevância a informação de que essa política foi aprovada no dia 27 de agosto de 2009, pelo Governo brasileiro. Assim, podemos dizer que os homens agora são assistidos por uma política de saúde. Dessa forma, o documento em que constam os princípios e diretrizes para tal política, aberto para consulta pública em setembro de 2008, foi aprovado e lançado em 2009.

A partir de então, o MS se compromete a facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde. Por outro lado, devemos lembrar que a política tem um plano de ação dividido em diversos eixos que serão implantados até o ano de 2011. Contudo, não podemos deixar de evidenciar o marco histórico com o lançamento dessa política pelo Governo brasileiro, que mostra o compromisso e responsabilidade com a população, pois passa a ser o primeiro país da América Latina a implementar uma política voltada para a saúde masculina.

Considerando a relação entre os aspectos da prática de saúde e a questão do gênero masculino, reforçamos a ideia de que nossas observações e análises possam proporcionar a construção de outras leituras, concordantes ou divergentes daquelas apontadas aqui. Esperamos, também, que este trabalho possa subsidiar novas ações por parte dos serviços de atenção primária, principalmente em relação ao compromisso com a população atendida. E mais, que o espaço oferecido aos homens, neste trabalho, possa servir de inspiração para outros estudos que se prestem a conhecer e compreender as questões envolvidas num processo de relação qualquer, pois, mais que saber os fatores e causas que atravessam esse processo, devemos dar voz aos principais atores implicados nele para que os gestores e as competências legais levem em consideração as contribuições

apontadas. Esperamos, também, que as contribuições aqui relatadas possam colaborar, direta ou indiretamente, para a mais nova proposta lançada pelo MS, que é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. N.; ARAUJO, M. D. Paradoxos das políticas públicas: programa de saúde da família. In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, A. N. (Org.). **Psicologia e saúde**: um campo em construção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 73- 87.

ARAUJO, M. A. L.; LEITAO, G. C. M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, mar./abr 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>>. Acesso em: 16 abr. 2009.

ARILHA, M. M. **O masculino em conferência e programas das Nações Unidas**: para uma crítica do discurso de gênero. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Constituição. **Constituição [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Senado Federal, 1988. Arts. 196 a 200. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 19 jul. 2008.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1990a. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 22 jul. 2008.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras

providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1990b. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561>>. Acesso em: 22 jul. 2008.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1994. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p8842_pn_idoso.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2008.

BRASIL. Resolução n ° 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html>. Acesso em: 6 ago. 2008.

BRASIL. Portaria nº 1.886/ GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes de agentes comunitários de saúde e do programa saúde da família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1997. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2008.

BRASIL. Portaria nº 3.925/ GM, de 13 de novembro de 1998. Aprova o manual para organização da atenção básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1998. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla>. Acesso em: 20 jul. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório consolidado para a 13ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_consolidado_13cns.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais saúde**: direito de todos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2ed.pdf>. Acesso em: 2 maio 2008.

BRASIL. Portaria nº 9, de 9 setembro de 2008. Submete à consulta pública a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2008b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2008.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CARNEIRO JUNIOR, N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto de exclusão/inclusão social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1827-1835, nov./dez. 2003.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 21 jan. 2009.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, maio/ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>>. Acesso em: 5 ago. 2008.

CONNELL, R. W. La organización social de la masculinidad. In: VLADES, T.; OLAVARIA, J. **Masculinidades**: poder y crisis. Chile: Ediciones de las Mujeres, 1997.

CONNELL, R. W. **Masculinities**. 2nd ed. Berkeley: University of Califórnia Press, 2005.

CORREA, S. Gênero e saúde: campo em transição. In: BRUSCHINI, C.; UNBEHAUN, S. G. **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas: Editora 34, 2002. p. 357-388.

DINIZ, S. G. Gênero e prevenção das DST. **Coletivo feminista sexualidade e saúde**, 2001. Disponível em: <<http://www.mulheres.org.br/fiqueamigadela/arquivocompleto.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2008.

ELIAS, P. E. Uma visão do SUS. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: o que você precisa saber sobre o sistema único de saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2008. p. 11- 22.

ENUMO, S. R. F. Pesquisas sobre psicologia & saúde: uma proposta de análise. In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, A. N. (Org.). **Psicologia e saúde: um campo em construção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 11- 31.

ETERNAMENTE jovem. **Época**, São Paulo: Globo, edição 280, 29 set. 2003a. p. 84-91.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php> >. Acesso em: 20 fev. 2008.

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 masculinidades: outras palavras**. São Paulo: ECOS/ Editora 34, 1998. p. 31-50.

GIFFIN, K. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jan./mar.

2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em: 22 abr. 2008.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory**: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter, 1999.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em: 20 abr. 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, maio 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em: 20 abr. 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em: 11 dez. 2008.

HOMEM: sem medo de ser feliz. **Época**, São Paulo: Globo, 1 set. 2003b. Parte integrante da edição 276.

HOMEM. **Veja**, São Paulo: Editora Abril, ano 36, n. 27, out. 2003. Número especial da Veja. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/especiais/homem_2003/index.html>. Acesso em: 1 jun. 2008.

HOMEM: o homem em seu novo papel. **Veja**, São Paulo: Editora Abril, ano 37, n. 34, ago. 2004. Número especial da Veja. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/especiais/homem_2004/index.html>. Acesso em: 1 jun. 2008.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. 2ª reimp. com alterações. Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Web site Cidades@**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 4 maio 2009.

KALCKMANN, S. Incursões ao desconhecido: percepções de homens sobre saúde reprodutiva e sexual. In: ARILHA, M.; RIDENTI, S. G. U.; MEDRADO, B. (Org.). **Homens e masculinidades**: outras palavras. São Paulo: ECOS/ Editora 34, 1998. p. 79-99.

KERR-PONTES, L. R. S.; ROUQUAYROL, M. Z. Medida da saúde coletiva. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 37-82.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência Latinoamericana**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, mar. 2001. Disponível em: <<http://ral-adolesc.bvs.br>>. Acesso em: 18 jan. 2009.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em: 22 abr. 2008.

MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciências & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em: 30 jul. 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINISTERIO DA SAUDE. **Marco legal**: saúde, um direito de adolescente. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_legal.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2008.

NASCIMENTO, M. (Re)pensando as “masculinidades adolescentes”: homens jovens, gênero e saúde. In: PARKER, R. et al. **Construções da sexualidade**: gênero, identidade e comportamento em tempos da Aids. Rio de Janeiro: Pallas, 2004. p. 105-113.

NASCIMENTO, E. F.; GOMES, R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, jul. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>>. Acesso em: 12 mar. 2009.

NEMES FILHO, A. A unidade básica e o sistema de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONCALVES, R. B. **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 276- 286.

NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, nov. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>>. Acesso em: 15 ago. 2009.

OLIOSA, D. M. S. **Municipalização da saúde em Vitória-ES**: uma experiência participativa? 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

OLIVEIRA, P. P. **A construção social da masculinidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2004.

ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. rev. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português/Edusp, 1993.

ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2008.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003a. p. 567- 586.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003b. p. 587-603.

PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 15- 44.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em: 16 maio 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITORIA. **Secretaria de saúde**. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/home.asp>>. Acesso em: 20 dez. 2008.

RIVERO, D. A. T. Alma-Ata: 25 años después. **Revista Perspectivas de Salud**, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_4.htm>. Acesso em: 30 jul. 2008.

SABO, D. **Comprender la salud de los hombres**: um enfoque relacional y sensible al gênero. Washington, D. C; Organizacion Panamericana de la Salud, 2000. (OPS. Publicación Ocasional, 4). Disponível em: <<http://www.bvs-psi.org.br>>. Acesso em: 2 abr. 2008.

SABO, D. O estudo crítico das masculinidades. In: ADELMAN, M.; SILVESTRIN, C. B. (Org.). **Coletânea gênero plural**. Curitiba: Editora UFPR, 2002. p. 33-46.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>>. Acesso em: 22 abr. 2008.

SERRA, J. As duas reformas da saúde. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS**: o que você precisa saber sobre o sistema único de saúde. São Paulo: Editora Atheneu, 2008. p. 143- 145.

SILVA, S. G. Masculinidade na história: a construção cultural a diferença entre os sexos. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 20, n. 3, set. 2000. Disponível em: <<http://www.bvs-psi.org.br/>>. Acesso em: 24 abr. 2008.

SILVA, S. V. Os estudos de gênero no Brasil: algumas considerações. **Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales**, Universidad de Barcelona, n. 262, nov. 2000. Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/b3w-262.htm>>. Acesso em: 28 abr. 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TONELI, M. J. F.; ADRIAO, K. G. Sexualidades masculinas: perspectivas teórico-metodológicas. In: GROSSI, M. P. et al. (Org.). **Movimentos sociais, educação e sexualidades**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 93-106.

VILLELA, W. Gênero, saúde dos homens e masculinidades. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>>. Acesso em: 22 abr. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Tópicos Para a Entrevista

- 1) Concepção/entendimento sobre a saúde pública.
- 2) Procura pelos serviços da UBS de Maruípe (frequência, tipo de serviço, percepções e sentimentos que emergem).
- 3) Situações/aspectos facilitadores do acesso ao homem na UBS.
- 4) Situações/aspectos dificultadores do acesso ao homem na UBS.
- 5) Diferenças entre homens e mulheres na procura pelos serviços de saúde e avaliação sobre.
- 6) Análise dos serviços da UBS de Maruípe à população em geral e aos homens.
- 7) Percepção sobre o serviço utilizado (críticas, sugestões, descontentamentos, elogios).
- 8) Atendimento dos profissionais/equipe de saúde aos homens.
- 9) Relação serviço de saúde e horário de funcionamento.
- 10) Serviço de saúde específico ao homem.

Caracterização do sujeito:

- 1) Idade.
- 2) Grau de instrução.
- 3) Profissão/ocupação (se for aposentado, saber qual era a profissão/ocupação).
- 4) Classe econômica que a pessoa se considera.
- 5) Estado civil.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido¹⁰

Concordo em participar como voluntário do projeto de pesquisa abaixo discriminado, nos seguintes termos:

Título do projeto: “Homens e saúde: discutindo interações no serviço da Atenção Primária”.

Pesquisador: Vítor Silva Mendonça.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ângela Nobre de Andrade.

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, situado na Av. Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras, Vitória/ES.

Telefone para contato: 4009-2501

Justificativa e objetivo da pesquisa:

A saúde do homem vem se destacando na saúde pública devido às taxas de mortalidade bem expressivas e aos comportamentos de risco adotados pelos homens. As produções acadêmicas ainda revelam uma escassez na área. Nesse sentido, faz-se necessário averiguar o posicionamento do homem em frente à sua própria saúde e o seu entendimento sobre os serviços de saúde. O objetivo da pesquisa se destina a investigar as causas e fatores que têm contribuído, direta ou indiretamente, para que os homens procurem o serviço de saúde da Unidade Básica de Saúde de Maruípe, bem como analisar os vínculos estabelecidos entre os usuários, os serviços e profissionais de saúde.

Descrição do procedimento aos quais os participantes serão submetidos:

O procedimento de coleta de dados será realizado por intermédio de uma entrevista individual concedida ao pesquisador, com auxílio de um gravador para o registro das informações.

Benefícios esperados:

Espera-se que esta pesquisa possa colaborar com as políticas públicas voltadas à saúde masculina, contribuindo para subsidiar reflexões sobre intervenções e

¹⁰ Elaborado em 18 de julho de 2008.

implementações de novas estratégias nos serviços de atenção primária ao homem e permitir avanços teóricos para o estudo na área.

Esclarecimentos ao participante:

- A participação na pesquisa tem caráter voluntário e sem qualquer incentivo financeiro, com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da mesma.
- A colaboração do participante se fará de forma anônima e segura, sem trazer nenhum risco à sua saúde física ou mental.
- Os resultados serão divulgados em congressos e publicações em revistas especializadas.
- Fica assegurado o uso estritamente científico do registro obtido a partir da gravação da entrevista.
- Sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada etapa da pesquisa.
- A qualquer momento o participante poderá recusar sua participação na pesquisa, sem qualquer prejuízo ou penalidade.
- As informações fornecidas pela participação na pesquisa não permitirão a identificação da pessoa, exceto ao pesquisador responsável.

Identificação do participante:

Nome: _____

RG: _____ Órgão emissor: _____

Estando de acordo e ciente do exposto acima, assinam o presente termo em duas vias.

Vitória, _____ de _____ de 2009.

Participante

Pesquisador

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa do pelo telefone 3335-7504 ou pelo e-mail cep@ccs.ufes.br

ANEXO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 27 de Novembro de 2008

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde


Para: Profa. Ângela Nobre de Andrade
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Homens e saúde: discutindo interações no serviço da atenção primária”**

Senhora Pesquisadora,

Informamos à Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa, Nº de registro no CEP – 122/08, intitulado: **“Homens e saúde: discutindo interações no serviço da atenção primária”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 26 de Novembro de 2008.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,


Prof^a Dr^a Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES