

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**DINÂMICA DA ACESSIBILIDADE MASCULINA AO PROGRAMA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

FABRÍCIO ALMEIDA DOS SANTOS

JEQUIÉ/BA
2010

FABRÍCIO ALMEIDA DOS SANTOS

**DINÂMICA DA ACESSIBILIDADE MASCULINA AO PROGRAMA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para obtenção do título de Mestre.

LINHA DE PESQUISA: Vigilância à Saúde

ORIENTADORA: Prof^a. DSc. Adriana Alves Nery

**JEQUIÉ/BA
2010**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

S235 Santos, Fabrício Almeida dos.

Dinâmica da acessibilidade masculina ao Programa de Saúde da Família/ Fabrício Almeida dos Santos. Jequié 2010.

126f.: il.; 30 cm.

Dissertação – Universidade Estadual da Bahia, 2010.
Orientadora Prof^a. Dr^a. Adriana Alves Nery.


1.Saúde do Homem 2.Acessibilidade 3.Programa Saúde da família. I.Título

CDD – 610

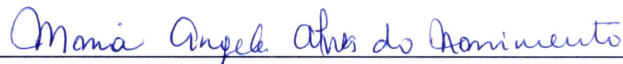
FOLHA DE APROVAÇÃO

SANTOS, Fabrício Almeida dos. **Dinâmica da acessibilidade masculina ao Programa de Saúde da Família**. 2010. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde: área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA.

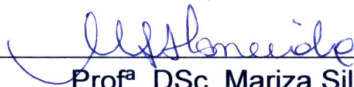
BANCA EXAMINADORA



Prof^a. DSc. Adriana Alves Nery
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Orientadora e
Presidente da Banca



Prof^a. DSc. Maria Angela Alves Nascimento
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS



Prof^a. DSc. Mariza Silva Almeida
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Jequié/BA, 09 de Dezembro de 2010

À minha mãe,

***Grande** mulher que me ensinou através de **'pequenos'**
gestos de amor e sabedoria, o verdadeiro significado de
ser homem.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte inesgotável de força, sabedoria e fé!

A minha família (Joilson, Regina, Júnior, Léa, Renilda, Odete, Raphael e Bia), meu verdadeiro alicerce.

Ao meu avô/padrinho João Santos (in memória).

Às colegas (Aline, Flávia, Isaiane e Lícia) e professores do mestrado (Alba, César, Vilara e Zenilda). Vencemos!!!

Aos preciosos conselhos dos Professores Jair Silva e Romeu Gomes

Às queridas amigas do SEESE, em especial Diana, Flávia e Rosângela, pela amizade, carinho e compreensão.

Sou, e serei eternamente grato a vocês, obrigado!

A todos os amigos e amigas: Fábio, Ivan, Dênis (Tod), Lúccio, Darla, Elvira, Grazielle, Ênio, Fabianno, Marcelo, Marta, Linalva, Leilinha, Gabriela, Claudiana, Thaisse, Lisy, Wilson, Patrícia, Mariana, George, Cristiane, Fransley, Ilter, Giva, Mário, Wendell, Walbeg e outros tantos, que me deram ânimo e apoio para chegar até esse momento.

A todos os participantes da pesquisa pelo compartilhar dos seus valorosos depoimentos.

A amiga Prof^ª. DSc. Marizete Argolo Teixeira que me apresentou (diretamente da França) o complexo, porém fascinante, método hermenêutico-dialético.

A todos os docentes e ex-discentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe (UFS), em especial a Prof^ª MSc. Joseilze Andrade e a ex-aluna e agora colega Joyce, pelo carinho, acolhimento e confiança, os quais foram essenciais pelo (re) surgimento da paixão pela docência e pesquisa.

A todos da USF Onésimo Pinto (a minha 'segunda casa'), em nome de 'Cacau', que há seis anos me proporciona momentos e experiências inesquecíveis de vida.

A amiga, docente na graduação e especialização, e agora, orientadora no mestrado, Prof^ª DSc. Adriana Alves Nery pelos 15 anos de caminhar acadêmico. 'Hoje, sou um pouco de você!'. Obrigado Dri!!!

*“Da maciez de uma esponja molhada até à dureza de
uma pedra-pomes, existem infinitas nuances. Eis o
homem”.*

(Honoré de Balzac - Escritor francês)

RESUMO

O Programa de Saúde da Família (PSF) configura-se oficialmente como a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro. Espera-se assim que este serviço seja acessível e resolutivo às principais necessidades de saúde trazidas pela população. No entanto é usualmente percebida uma (in) visibilidade dos usuários do sexo masculino neste espaço de cuidado a saúde. Desta maneira, o presente estudo teve como objetivos analisar a dinâmica da acessibilidade masculina ao PSF, identificar a existência de fatores que interferem e/ou facilitam essa dinâmica; e por fim, averiguar se existe influência das Equipes de Saúde da Família nesta acessibilidade. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, realizada em oito (08) Unidades de Saúde da Família do município de Jequié/BA, selecionadas a partir de critérios de inclusão. Dessas, seis (06) estão localizadas na zona urbana, e apenas duas (02) na zona rural. Constituíram-se como sujeitos da pesquisa, doze (12) usuários do sexo masculino com faixa etária de 25-59 anos, e dez (10) trabalhadores de saúde. Utilizamos como técnicas de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática. O método de análise dos dados foi a análise de conteúdo, modalidade temática. Os resultados apontam que os aspectos organizacionais e sócio-culturais constituem-se como principais determinantes da pouca presença do usuário do sexo masculino nestas Unidades de Saúde da Família. Déficits no acolhimento, dificuldade na marcação de consultas médicas, ambientes excessivamente femininos, (in) visibilidade masculina nos programas de saúde, oferta incipiente de ações voltadas ao público masculino, assim como, o sentimento de invulnerabilidade masculina e a vinculação do cuidado à saúde como algo natural do universo feminino constituíram-se como os principais desafios a serem superados nesta dinâmica. A distância entre as unidades de saúde e a moradia dos sujeitos deste estudo, somada ao satisfatório relacionamento entre trabalhadores de saúde e usuários do sexo masculino constituem elementos facilitadores da acessibilidade dos sujeitos da pesquisa às unidades de saúde. Acreditamos que este estudo possibilitará e estimulará os gestores, trabalhadores de saúde e usuários a refletirem sobre a atenção à saúde do homem e sua acessibilidade ao PSF do município de Jequié/BA. Sugerimos que haja uma ampla discussão sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, entre todos os atores sociais envolvidos, de modo a implementar estratégias que promovam o adequado reajuste entre a demanda e oferta de serviços voltados às necessidades de saúde do público masculino no seu contexto social e familiar.

Palavras-chave: Saúde do Homem. Acessibilidade. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The Family Health Program (PSF) is officially set as the gateway to the Brazilian health system. In this sense, it is expected that this service is available and resolute to the major health needs brought by population. It is noticed, however, a (in) visibility of male users in this health care setting. From this perspective, this study aimed to analyze the dynamics of men accessibility to the PSF, to identify the existence of factors that influence and / or facilitate this dynamic, and finally, to ascertain whether there is influence of the Family Health Teams in this accessibility. This is a qualitative study, conducted in eight (08) Family Health Units in the city of Jequié/BA, selected from inclusion criteria. Of these, six (06) are located in urban areas, and only two (02) in rural areas. It was constituted as research subjects twelve (12) male users aged between 25-59 years, and ten (10) health workers. We used as data collection techniques the semi-structured interview and the systematic observation. The data analysis method was the thematic analysis. The results indicate that the organizational and socio-cultural aspects constitute the main determinants of the low presence of the male audience in the Family Health Units. Deficits in the reception, difficulty in scheduling medical appointments, overly feminine environments, male (in) visibility in health programs, incipient offer of actions toward to the male audience, as well as the feeling of male invulnerability and the linkage of health care as something natural of the female universe constituted as the main challenges to be overcome in this dynamic. Formerly, the location of health facilities to the dwelling place of study subjects, in addition to satisfying relationship between health workers and male users account for as the enablers of this accessibility. We believe that through this study it will be triggered discussions between managers, health workers and users which allow the (re) signification of the factors that underlie the dynamics of male access to the PSF in Jequié/BA. It is suggested that let there be an extensive discussion on the National Policy for Integral Attention to Men's Health, among all social actors involved, in order to implement strategies that promote appropriate adjustment between demand and supply of services toward to the health needs of male audience in its family and social context.

Keywords: Men's Health. Accessibility. Family Health Program.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo assistencial em saúde centrado na pirâmide	15
Figura 2 - Modelo assistencial em saúde sob a concepção de um círculo	16

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das USF, por ano de implantação e localização. Jequié-BA, 2010	48
Quadro 2 - Caracterização dos Usuários do sexo masculino, participantes do estudo. Jequié-BA, 2010	51
Quadro 3 - Caracterização dos Trabalhadores de Saúde, participantes do estudo. Jequié-BA, 2010	52

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

ACD	Atendente de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária  Saúde
CEP	Comitê de tica em Pesquisa
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Equipe de Saúde da Família
GM	Grupo Ministerial
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organizao Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança
PAISM	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PDR	Plano Diretor de Regionalizao
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem
PSF	Programa de Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema nico de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	
ACESSIBILIDADE MASCULINA AO PSF: APROXIMAÇÃO AO OBJETO DE ESTUDO	13
1.1 INICIANDO A DISCUSSÃO	14
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO E CONCEITUAL	20
2.1 GÊNERO: BREVE DISCUSSÃO A PARTIR DA ÓTICA MASCULINA	21
2.2 “O SER HOMEM” NUMA PERSPECTIVA DE CUIDADO A SAÚDE	26
2.3 ASPECTOS CONCEITUAIS E CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS SOBRE ACESSIBILIDADE AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	32
2.4 DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM: BREVE TRAJETÓRIA E CONJUNTURA ATUAL	39
CAPÍTULO III	
TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	45
3.1 TIPO DE PESQUISA	46
3.2 CAMPO E CENÁRIO DA PESQUISA	46
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA	49
3.4 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	53
3.5 PROCEDIMENTOS ADOTADOS PARA A COLETA DE DADOS	54
3.6 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS	55
CAPÍTULO IV	
DIALOGANDO SABERES: COMPREENSÃO E ANÁLISE DO OBJETO DE ESTUDO	57
4.1 MASCULINIDADES: DE QUAL HOMEM ESTAMOS FALANDO?	58
4.2 SAÚDE E MASCULINIDADES: ENTRELACANDO CONCEPÇÕES	69
4.3 (DES) CAMINHOS DA ACESSIBILIDADE MASCULINA AO PSF: UMA ESTREITA “PORTA DE ENTRADA”	81
4.3.1 Acessibilidade Geográfica	82
4.3.2 Acessibilidade Organizacional	84
4.3.3 Acessibilidade Sócio-cultural	92
4.3.4 Acessibilidade Econômica	97
CAPÍTULO V	
SINTETIZANDO ALGUMAS REFLEXÕES	101
REFERÊNCIAS	106
APÊNDICES	118
ANEXOS	124

CAPÍTULO I

ACESSIBILIDADE MASCULINA AO PSF: APROXIMAÇÃO AO OBJETO DE ESTUDO

*“Qualquer novo conhecimento provoca dissoluções e
novas integrações”.*

(Hugo Hofmannsthal)

1.1 INICIANDO UMA DISCUSSÃO

O interesse em estudar a dinâmica da acessibilidade masculina emergiu da nossa vivência como enfermeiro do Programa de Saúde da Família (PSF) em perceber a tímida presença do público masculino neste espaço de cuidado a saúde. Aliado a isso nos despertou também a atenção que enquanto indicadores epidemiológicos têm registrado que os homens morrem mais do que as mulheres na maioria das faixas etárias no ciclo vital humano, paradoxalmente sabe-se que muitos desses casos poderiam estar sendo evitados se houvesse um maior cuidado do homem, associado à intervenção das esferas públicas responsáveis (BRASIL, 2008).

Criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, o PSF surgiu com a missão de se tornar o eixo de reorientação estruturante dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A concepção de um modelo assistencial que até então estava centrado na doença, passa a ser idealizada numa perspectiva de promoção e vigilância à saúde através do fortalecimento e expansão da Atenção Primária a Saúde (APS) em todo o país (BRASIL, 1997).

O modelo tecno-assistencial clássico vigente é representado pela figura de uma pirâmide (Figura 1) com fluxos ascendentes e descendentes, onde a APS, é representada prioritariamente pelo PSF, e localiza-se na sua base. Considerada como a “porta de entrada” no sistema de saúde brasileiro, espera-se que esse nível de atenção seja capaz de ser resolutivo às demandas de maior frequência trazidas pela população.

Aos outros níveis de atenção (secundário e terciário) caberiam ofertar os serviços de média e alta complexidade, respectivamente. Assim, esse modelo assistencial sob o formato de triângulo, perfazeria a existência de um sistema de saúde idealizado para assistir de maneira integral às necessidades de saúde dos usuários, a partir de critérios de prioridade realizados pelos trabalhadores de saúde vinculados a fluxos organizacionais pré-estabelecidos.

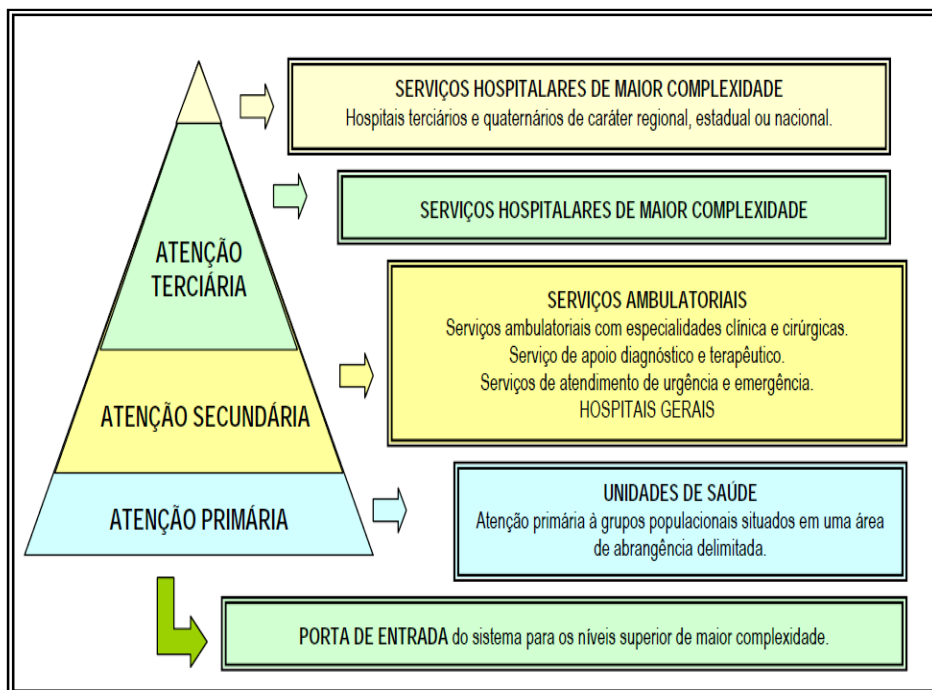


FIGURA 1: Modelo assistencial em saúde centrado na pirâmide (SILVA, 2006).

Todavia, esse modelo tem sido alvo de críticas por constituir-se como um “sistema fechado”, onde por vezes não são consideradas as diversas dimensões que envolvem a dinâmica da acessibilidade dos usuários à satisfação de suas necessidades aos serviços de saúde.

É necessário esclarecer que repensar o modelo assistencial [...] não significa abandonar nenhum dos ideários da reforma sanitária no que diz respeito ao compromisso inegociável de lutar por um sistema de saúde público, voltado para o atendimento universalizado, com equidade, organizado de forma a garantir um atendimento integral, de boa qualidade, colocando à disposição da população brasileira tudo o que as ciências de saúde têm de mais avançado para defender a vida das pessoas, garantindo a participação dos trabalhadores de saúde e dos usuários, da forma mais radical e plena possível, na gestão dos serviços. Pelo contrário. É preciso entender as colocações, como parte de um esforço imenso de ampliação e reorientação dos gastos em saúde, *pari passu* com importantes medidas de reorganização dos serviços, dotando-os de uma racionalidade mais próxima das necessidades dos usuários do sistema (CECÍLIO, 1997, p. 476).

Contraopondo este fluxo assistencial simbolicamente atribuído a um triângulo, Cecílio (1997) leva-nos a refletir sob um modelo sanitário a partir do formato de um círculo (Figura 2). O conceito-chave dessa proposta seria que a “porta de entrada” do sistema pudesse acontecer mediante a qualquer nível de atenção, e não apenas somente, pela Atenção Primária à Saúde.

Isto possibilitaria que o usuário adentrasse o sistema pela baixa, média e/ou alta complexidade. Neste modelo a APS não seria mais considerada como a “principal porta de entrada”, mas sim, como o caminho de acesso “preferencial” para o ingresso dos usuários no SUS.

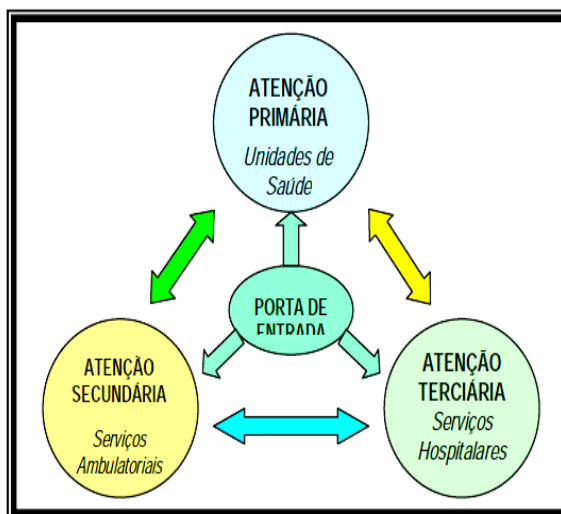


FIGURA 2: Modelo assistencial em saúde sob a concepção de um círculo (SILVA, 2006).

Nesse modelo todos os níveis de atenção deveriam estar preparados e articulados em acolher às demandas trazidas pelos usuários, e posteriormente, referenciá-las para o nível mais adequado de atenção, objetivando um acompanhamento mais satisfatório e racional destas necessidades.

A princípio esse modelo de formato circular pode nos parecer irreal, visto o particular déficit funcional e estrutural cotidianamente noticiado a partir de situações que perpassam os três níveis de atenção à saúde no Brasil. Ao mesmo tempo, nos dispara uma possibilidade de repensar a adoção de novas alternativas, e, por conseguinte, novos modelos de fluxos assistenciais que possam ser gerenciados a depender do diagnóstico situacional específico de cada localidade.

Entretanto, fica perceptível que a APS não tem conseguido desempenhar plenamente seu papel de “porta de entrada” do sistema de saúde. Prova disso são os serviços de urgência públicos, e até mesmo privado, nos municípios que existem a alternativa de assistência hospitalar, que freqüentemente, encontram-se lotados por demandas, que na maioria das vezes, poderiam ser resolvidas pelo PSF (CECÍLIO, 1997).

Dinâmica corriqueiramente observada pelo público masculino que em muitas ocasiões, e por diversos motivos, acabam priorizando a utilização desses espaços, em detrimento dos serviços ofertados pelo Programa de Saúde da Família.

Seja por questões culturais advindas da construção de modelos tradicionais de masculinidade e/ou então pelo déficit organizacional dos serviços de saúde em captar a população masculina, é notório perceber a reduzida quantidade de homens no PSF, principalmente quando comparado ao contingente feminino. Nessa perspectiva, aprofundar-se em estudos que possibilitem reflexões e estratégias que promovam um melhor ajuste entre a demanda e oferta desse público a estes serviços de saúde, acabam por se constituir em instrumentos de fundamental relevância para a compreensão dessa dinâmica.

A partir do final da década de 1980 e início dos anos 1990, percebemos um movimento mais acentuado no mundo, de valorização da família como eixo norteador das políticas públicas e de saúde. Inicialmente, a mulher e a criança ganharam destaque na formulação das políticas de saúde, como por exemplo, a criação do Programa de Assistência Integrada à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), ambos idealizados em 1983 com o propósito de colaborar na redução dos índices de mortalidade materno-infantil, principalmente nas Regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 1997).

Com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (1991), e posteriormente do PSF (1994), a família se torna o centro das atenções pelo Ministério da Saúde (MS). Contudo, ao longo dos anos, o Programa que deveria ser pensado a partir das necessidades da dinâmica familiar, passa a ser em alguns casos, trabalhado de forma fragmentada em ações específicas de atendimento aos seus componentes. A mulher, a criança, a pessoa com diabetes e hipertensão arterial, hanseníase e o/ou tuberculose, dentre outros sujeitos, são usualmente atendidos pelos profissionais do PSF de forma individualizada e fragmentada, o que pode vir a resultar na dissociação da singularidade do contexto familiar.

Nesse panorama, eis que se encontra o homem, sujeito complexo em sua essência, por muito tempo e por muitas vezes (in) visível nos espaços e discussões das ações de saúde, o qual carrega uma formação social antagônica com o modelo de Vigilância à Saúde proposta na atualidade pelo Ministério da Saúde.

A vigilância da saúde é uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde. Por conseguinte, essa prática tem de, a um tempo, recompor o fracionamento do espaço coletivo de expressão da doença na sociedade, articular as estratégias de intervenção individual e coletiva e atuar sobre todos os nós críticos de um problema de saúde, com base em um saber interdisciplinar e em um fazer intersetorial (MENDES, 1996, p. 243).

Outrora, o entendimento que temos sobre *acesso*, parte da compreensão de que a simples disponibilidade de ações ofertadas por um serviço de saúde em um determinado local não necessariamente irá garantir sua efetiva utilização.

Desta maneira, o estudo da acessibilidade configura-se como elemento propulsor para análise da dimensão de qualidade, pois favorece a apreensão da relação existente entre as necessidades de saúde da população, neste caso masculina, com a oferta de recursos para satisfazê-las (FEKETE, 1997).

Assim, todo esse panorama nos fez (re) pensar de que forma a construção social da identidade masculina, associada à (des) organização da oferta de serviços pela APS poderia estar interferindo na dinâmica da acessibilidade masculina ao Programa de Saúde da Família.

Nesta perspectiva surgiram algumas **questões norteadoras** para esta pesquisa:

- Como vem se conformando a dinâmica da acessibilidade masculina ao Programa de Saúde da Família?
- Quais os aspectos que dificultam e/ou facilitam na dinâmica desta acessibilidade?
- Em que medida o Programa de Saúde da Família influencia nesta acessibilidade?

Para responder a estes questionamentos, traçamos como objetivos:

Objetivo Geral:

- Analisar a dinâmica da acessibilidade masculina ao Programa de Saúde da Família no município de Jequié/BA.

Objetivos Específicos:

- Identificar a existência de aspectos que dificultam e/ou facilitam na dinâmica desta acessibilidade;

- Averiguar a participação das Equipes do Programa de Saúde da Família na acessibilidade masculina a este serviço.

Desse modo, temos como **Pressupostos Teóricos** deste estudo:

- A construção da masculinidade advinda de um modelo hegemônico historicamente a ele imposto, o qual associa o cuidado à saúde como algo do universo feminino, contribui para a pouca presença dos homens ao Programa de Saúde da Família.
- As Equipes do Programa de Saúde da Família encontram-se pouco sensibilizadas para perceber as necessidades de saúde da população masculina, resultando assim uma dificuldade na sua acessibilidade.

Acreditamos assim que através desta pesquisa possamos contribuir para um melhor entendimento da dinâmica que permeia a acessibilidade dos homens ao PSF no município de Jequié/BA. Pretende-se, sobretudo colaborar quanto às discussões sobre a necessidade de implementação de algumas estratégias que promovam uma maior visibilidade masculina neste espaço de cuidado à saúde.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO E CONCEITUAL

*“O ignorante afirma, o sábio duvida, o sensato
reflete”.*

(Aristóteles)

2.1 GÊNERO: BREVE DISCUSSÃO A PARTIR DA ÓTICA MASCULINA

Discutir a saúde do homem sem que necessariamente se faça um recorte sobre o conceito de gênero é uma tarefa praticamente impossível. As implicações advindas das desigualdades entre os sexos ainda estão bastantes presentes na sociedade contemporânea.

As mulheres conquistaram espaço e liberdade de escolha. Do outro lado, muitos homens encontram-se desorientados e tentam arduamente se adaptar às novas mudanças.

Nesta perspectiva a história através do seu factível legado nos remete ao registro de inúmeras transformações que aconteceram no mundo no último século. Mudanças de natureza política, social, econômica, cultural, religiosa, sexual, e até mesmo pessoal, desencadearam a quebra de algumas barreiras e a (re) definição de novos conceitos e atitudes.

Talvez uma das mais notáveis revoluções acontecidas no século XX tenha sido o *Movimento Feminista*. Discutir a questão dos *Gêneros*, e especificamente as nuances que desencadearam a desigualdade entre os pares através dos tempos têm sido objeto de vários estudos, assim como também serviram de base ideológica para o alcance de relevantes conquistas para as mulheres nas últimas décadas.

Paralelo a esse marco histórico do universo feminino, percebemos que não se houve um mesmo avanço no sentido da problematização da identidade masculina. Muito pelo contrário. Arriscaríamos até a dizer que enquanto acontecia a *emergência* da mulher, aos homens o que parece ter acontecido foi um *estado de inércia* ancorada possivelmente por um contexto de dominação vinculada a um modelo hegemônico de masculinidade. Padrão este, diga-se de passagem, que ainda sobrevive com resquícios no mundo contemporâneo, todavia com menos força, visto que a masculinidade tradicional tem trazido prejuízos ao homem, principalmente à sua saúde.

Entretanto, antes de seguirmos adiante nesta discussão faz-se necessário a revisão de alguns conceitos. Os termos *sexo* e *gênero*, por exemplo, algumas vezes têm sido utilizados equivocadamente como sinônimos, ocasionando uma aparente e confusa similaridade.

[...] os livros e artigos de todos os tipos que tinham como tema a história das mulheres substituíram, nos últimos anos, nos seus títulos o termo 'mulheres' por 'gênero' [...] Enquanto o termo 'história das mulheres' proclama sua posição política ao afirmar (contrariamente às práticas habituais) que as mulheres são sujeitos históricos válidos, o termo 'gênero' inclui as mulheres, sem lhes nomear, e parece, assim, não constituir uma forte ameaça (SCOTT, 1991, p. 4).

A construção do sexo advém de uma visão naturalista. Na antiguidade a relação hierarquizada entre homens e mulheres estava relacionada ao calor vital. A natureza do homem era idealizada como *quente e seca*, enquanto da mulher fria e úmida. Nessa simbologia, o corpo da mulher era tido como expressão imperfeita do homem, e sendo assim, a vagina seria um pênis invertido, e os ovários vistos como testículos femininos. Invertidos por não terem tido calor suficiente para serem exteriorizados, e, por conseguinte, inferiores à condição do corpo masculino (MARTINS, 2004).

Laqueur (2001) nos chama a atenção que até meados do século XVIII acreditava-se no princípio da homologia sexual, isto é, na existência de apenas um sexo. O nascimento de homens era visto como exemplares perfeitos da raça humana. Ao contrário, o título de exemplares menos perfeitos estava relacionado ao nascimento de mulheres. Assim, existiam dois gêneros, contudo, apenas um sexo.

Somente a partir do século XIX algumas pesquisas tentavam demonstrar a distinção física e química entre o sexo masculino e feminino, até então reduzidas ao órgão sexual. Nesses achados percebeu-se que a estrutura anatômica da mulher, de maneira geral, era composta por órgãos menores, mais finos e delicados. A partir desse momento o corpo feminino é associado à fragilidade, e, dessa maneira, inferior quando comparada à estrutura masculina (MARTINS, 2004).

Talvez tenha sido nesse instante que surgiu o paradigma da mulher vista como "sexo frágil". Em contrapartida ao homem foram atribuídas designações do tipo "sexo forte", "todo poderoso", "dominador".

Percebemos dessa maneira que a sexualidade masculina foi estruturada em cima de mitos. De fato, essa ótica biologicista tentou reduzir o masculino a uma questão hormonal ou genética no intuito de sustentar ao longo da história o modelo tradicional hegemônico de masculinidade. Acontecimento este que vem disparando dualidades entre os gêneros por diversas vezes inconciliáveis.

A expressão gênero, *por sua vez*, apareceu no século XX através do Movimento Feminista, remetendo-se, primordialmente as diferenças culturais entre os sexos.

Seu estudo tem sido um importante elemento temático da produção científica nas últimas três décadas. Justifica-se sua relevância, coadunando com o pensamento de Scott (1991) ao referir que o estudo do gênero não foi só apenas importante às mulheres, mas, sobretudo por se configurar como uma categoria útil a própria história.

Tal entendimento traduz-se em evitar a freqüente associação de assuntos vinculados ao estudo do gênero como exclusivamente inerente ao universo feminino. Defendemos então, que existiria uma perspectiva relacional onde o masculino e feminino interagem em demasia, o que impediria assim de analisá-los de maneira isolada.

Scott (1991) conceitua a expressão gênero sob duas premissas. A primeira seria um elemento construído a partir das relações sociais originadas em detrimento as diferenças percebidas entre os sexos. Na segunda, o gênero seria utilizado como meio de articulação para dar significado às relações de poder.

O gênero se torna, aliás, uma maneira de indicar as “construções sociais”: a criação inteiramente social das idéias sobre os papéis próprios aos homens e às mulheres. É uma maneira de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres. O gênero é, segundo essa definição, uma categoria social imposta sobre o corpo sexuado (SCOTT, 1991, p. 3).

Assim, o estudo do gênero possibilitaria uma adequada compreensão da construção da organização social e das relações que vem sendo estabelecidas entre os sexos no desenvolvimento da humanidade (LAURETIS, 1994).

Todavia Gomes (2008, p.65) nos chama a atenção quando diz que

[...] gênero refere-se a atributos culturais associados a cada um dos sexos, contrastando-se com a dimensão anatomofisiológica dos seres humanos. Feminino e masculino assumiriam feições de acordo com as múltiplas culturas, sendo entendidos como **construções culturais** e não com base em alusões a um ativismo biológico. Assim, a qualidade de ser homem e ser mulher só ocorre nos termos da **cultura/reproduzida/modelada em dada sociedade (grifo nosso)**.

A cultura aparece aqui como parte responsável pela construção e preservação histórica de alguns significados atribuídos ao gênero presentes em

nosso meio social. Nesta compreensão o autor nos remete à reflexão que o gênero possui espacialidade quando acontece variação de uma cultura em relação à outra, temporalidade no sentido de uma única cultura possuir distintos contextos históricos, e por fim, a longitudinalidade ao tempo que transcende a trajetória de vida do ser humano.

Sob outra perspectiva de compreensão, Korin (2001, p. 70) contribui com a discussão do significado de gênero ao dizer que “em vez de usar uma definição de gênero monolítica e estereotipada, é mais apropriado falar de masculinidades e feminilidades”.

Percebemos assim a existência de uma complexa trama de entendimentos que circundam as palavras sexo e gênero. A possibilidade de compreensão dessas simbologias nos direciona a um olhar crítico sob o objeto a ser analisado à luz dessa temática, aqui em particular, das relações estruturadas do processo saúde-doença sob a ótica masculina.

Neste momento nos deteremos ao alcance do gênero, pois compreendemos a globalidade que sua definição nos possibilita.

Retomando ao contexto histórico da discussão, é sabido que a partir da década de 1960 ocorreram no mundo uma série de manifestações sociais na tentativa de expressar alguns descontentamentos com o sistema tido como opressor. A luta pela conquista de direitos civis nos Estados Unidos, a Guerra do Vietnã e a própria agitação estudantil constituíram-se como alguns dos principais movimentos históricos na época (SCOTT, 1991).

Conhecidos como minorias – negros, mulheres e trabalhadores - começaram a fomentar importantes batalhas ideológicas entre seus pares. Esses grupos tentavam a todo custo se libertar da opressão que sentiam em virtude de sua raça, sexo e classe social.

Garcia (1999) registra que todo esse cenário ideológico teve seu ápice em maio de 1968 com um grande movimento grevista na França.

[...] a originalidade do movimento [foi] ter *produzido uma nova definição de revolução* [grifos do autor], colocando-a em relação com novas possibilidades de liberdade, novas potencialidades do desenvolvimento socialista, ao mesmo tempo produzidas e bloqueadas pelo capitalismo avançado. Novas dimensões abriram-se assim para a *transformação* da sociedade. De agora em diante, essa transformação não pode ser apenas uma subversão econômica e política, isto é, o estabelecimento de outro modo de produção e de novas instituições; trata-se antes de tudo de **subverter o sistema dominante** [grifo nosso] de necessidades e suas possibilidades de satisfação (MARCUSE apud GARCIA, 1999, p. 16).

O movimento feminista, inspirado pelo movimento de 1968, surge então como mecanismo de subverter o modelo de masculinidade hegemônica, a qual tem no homem branco, heterossexual e de perfil dominador como seu principal expoente. Um modelo que se caracteriza pela desigualdade entre os gêneros, e têm provocado contínuas situações de mal-estar, tensão e conflito entre homens e mulheres.

Almeida (2005) lembra que no Brasil, o Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (PAISM) representou uma importante iniciativa advinda deste movimento. Buscava-se prioritariamente naquele instante o respeito à saúde e a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres.

Por conseguinte, o movimento feminista constituiu-se como um importante elemento propulsor para o início de discussões e pesquisas, tendo na masculinidade seu principal objeto de estudo.

Portanto, em nossa perspectiva, torna-se vital compreender que a história política e acadêmica das feministas, gays e lésbicas têm uma influência direta na forma como as idéias sobre masculinidade se constituíram ao longo das últimas décadas, bem como na definição do conceito contemporâneo de masculinidade e no incentivo aos estudos sobre a condição masculina (ARILHA; UNBEHAUM; MEDRADO, 2001, p. 17).

É importante destacar que paralelamente a esse contexto histórico, alguns homens já se mostravam insatisfeitos com esse “aprisionamento” estereotipado vigente da figura masculina a eles imposto.

Desde a década de 1970, grupos de homens dos EUA e depois da Europa começaram a se questionar se valia a pena a manutenção de um modelo machista tradicional, os quais lhe traziam prejuízos em diversos campos. Chegaram à conclusão de que não. Resolveram assim se mobilizar rumo à concretização de algumas mudanças diante deste panorama (NOLASCO, 1993).

Nessa perspectiva, Gomariz (1992) agrupa o início das discussões sobre masculinidades sob duas vertentes: aliados do feminino e estudos autônomos. O

primeiro seria advindo dos avanços das teorias feministas, enquanto o segundo não estaria vinculado às matrizes do movimento feminista.

Seja por qualquer um desses dois blocos o importante é considerarmos o fato da abertura para novas reflexões quanto aos modelos de masculinidades que impunham historicamente um patamar hegemônico sobre o gênero feminino. Não obstante a isso, o novo conceito de “homem” tem sido objeto de várias indagações na atualidade. Principalmente por que o modelo tradicional de masculinidade tem sido considerado como um potencial risco dos altos índices de morbimortalidade masculina.

Mas afinal, o que significa ser “homem” hoje em dia? Ainda há espaço para o modelo hegemônico de masculinidade? O que se espera desse “novo homem” que está surgindo? Qual tem sido a relação do homem com o cuidado à sua saúde? Algumas perguntas para certamente complexas respostas.

Tentaremos adiante (re) significar o conceito de masculinidade a partir de alguns referenciais teóricos, e em seguida, articular esses conhecimentos sob a ótica da relação que o homem vem estabelecendo historicamente com o cuidado à sua saúde.

2.2 “O SER HOMEM” NUMA PERSPECTIVA DE CUIDADO A SAÚDE

Como já dito, somente a partir de 1970 que se iniciou uma significativa rede de discussões sobre a saúde do homem, visto a percepção do seu importante papel de protagonista no processo saúde-doença na sociedade contemporânea. Alguns estudos nessa área apontam a pouca preocupação do homem quanto ao cuidado preventivo de sua saúde, ao mesmo tempo em que confirmam que este público, em sua grande maioria, somente busca ajuda quando já se encontram numa fase mais comprometida de sua saúde (COURTENAY, 2002; GOMES; NASCIMENTO, 2006; DAVIS, 2007).

Freud (1974) traz a formulação que ninguém nasce homem ou mulher. Assim ser homem ou mulher não estaria vinculado apenas à condição do sexo biológico da pessoa, mas sim como consequência de um percurso da construção da sexualidade de cada ser.

Ainda, o criador da psicanálise em seu grande legado deixou uma pergunta a qual o mesmo confessou não saber a resposta “o que quer uma mulher?”. Hoje se acrescentaria nos estudos psicanalíticos outra pergunta “o que é ser homem?”. O interessante é aqui ressaltar que tal questionamento não é algo que está sendo na maioria das vezes trazido pelas mulheres, mas sim pelos próprios homens.

Mas afinal, o que é ser homem? Esse questionamento nos remete a representação do chamado “homem de verdade” (NOLASCO, 1997). Segundo este autor, meninos e meninas, assim como, homens e mulheres, são o que são por natureza. Espera-se assim que esse “homem de verdade” tenha um perfil solitário e reservado, e de outro lado, que seja cúmplice e sensível, compreendendo assim as emoções de suas parceiras e de sua prole.

Falar do “ser homem” imediatamente nos remete talvez a falar do “ser mulher”, pois é inviável trabalhar numa perspectiva unilateral de conceitos, já que existe uma unicidade existencial do ser humano entre essas duas partes envolvidas. Dessa forma, é notório aqui falar novamente de gênero, termo este muitas vezes utilizado como maneira de distinção entre o sexo masculino e feminino.

A origem da palavra gênero surge de 1950, e somente por volta da década de 1970, adquire contornos mais elaborados devido ao ressurgimento do movimento feminista contra a subordinação feminina da época. Inicialmente, o termo gênero era utilizado como sinônimo de mulheres. Tal fato justificava-se pela necessidade de uma maior visibilidade política e social dos estudos acerca do universo feminino, principalmente em âmbito acadêmico (SCOTT, 1991; GOMARIZ, 1992).

Figueiredo (2008), no entanto, critica essa primeira definição entre os sexos (homens e mulheres) a qual o termo gênero se referia em seus primórdios. Para ele, trata-se de um conceito estanque, que acabou colocando em esferas distintas e fixa os significados dessa relação homem-mulher por diversas décadas, impedindo assim uma maior profundidade de reflexões sobre essa temática.

Para Couto (2001) o termo gênero vai muito além de uma mera diferença anatômica culturalmente construída ao longo da história da humanidade. Significa a complexa teia de relações entre homens e homens, entre mulheres e mulheres, e por final, entre homens e mulheres, formando assim uma interconexão desses dois gêneros.

Entretanto, mesmo considerando essa estreita relação entre o gênero masculino e feminino, é sabida a assimetria e desigualdade entre a gênese das

mesmas. Figueiredo (2008) nos aponta para a reflexão da distância existente entre a complexidade dos sentimentos de homens e mulheres vinculados aos padrões sociais que as orientam.

Para Kimmel (1996) e Korin (2001), a construção social da masculinidade é fundamentalmente homosocial. Isso implica em dizer que os homens estão inseridos num processo contínuo de auto-aprovação e aprovação perante outros homens. Processo social ancorado no poder e na possibilidade de exercício permanente do controle.

Korin (2001) ainda reitera dizendo que os homens formados em tempos contemporâneos têm aprendido o conceito de masculinidade a partir de três eixos principais:

i) Pelos meios de comunicação, nos quais predominam três tipos de homens (desportista ultra-competitivo; homem violento ou criminoso; o alcoólatra ou drogadito). Com freqüência, os homens são caracterizados como agressivos, invulneráveis, insensíveis, emocionalmente fechados e negadores de sua saúde;

ii) pelo grupo de amigos ou iguais;

iii) por reação.

Para o referido autor, os três meios assemelham-se pela construção de uma imagem reducionista e estereotipada da masculinidade. Resultado desse olhar limitado à natureza masculina é um sujeito com forte tendência em desprestigiar tudo aquilo que possa denotar como feminino e/ou “não masculino”.

Para Keijzer (2003) a definição do termo “masculinidade” está intimamente relacionada ao conjunto de atributos, valores e condutas as quais se pode esperar de um homem oriundo de uma sociedade patriarcal e machista.

Por isso, tanto a masculinidade como a feminilidade, além de estarem relacionadas a padrões estruturais, estariam vinculadas às contradições internas e rupturas históricas, fazendo assim, um arcabouço dinâmico de significados no tempo e espaço socialmente construídos pela sociedade, nos apresentando o “modelo da masculinidade hegemônica”. Tal representação dar-se-ia por uma posição de superioridade masculina frente às relações de gênero (CONNELL, 1995).

Ultimamente nas produções científicas tem sido mais comum, e, até poderíamos dizer coerente usar o termo “masculinidades” ao invés de “masculinidade”.

[...] não existe uma única masculinidade, apesar de existirem formas hegemônicas e subordinadas a ela. Tais formas baseiam-se no poder social dos homens, mas são assumidas de modo complexo por homens individuais que também desenvolvem relações harmoniosas com outras masculinidades (KAUFMAN, 1995, p. 125).

Ponto de vista este a ser utilizado como premissa fundamental neste estudo, visto acreditar-mos na diversidade de modelos masculinos presentes atualmente na sociedade. Ao considerarmos um olhar ampliado sobre o masculino teremos uma maior possibilidade de transversalizar a temática sob diversos campos do saber.

Existe então um consenso em considerar a existência de múltiplas formas do “ser homem”. Essa máxima é justificada pelo reconhecimento da diversidade de várias concepções sobre este assunto em diversas culturas, grupos e contextos históricos (CONNELL, 1995; SEGAL, 1997).

No final do século XX alguns estudos realizados com homens de classe média, evidenciaram a presença de traços de tensão relativos ao significado da masculinidade do homem contemporâneo. Segundo os homens entrevistados, situações como iniciação sexual com prostitutas, rejeição a homossexualidade, e sentimento de atender os anseios sociais de sua identidade masculina perante seus amigos e/ou mulheres, constituem-se como marcos vigentes que sustentam um padrão de masculinidade socialmente elaborado pelo coletivo, e por eles, inconscientemente aceitos por receios de (re) pensarem quanto a uma definição própria do que viria a ser “a masculinidade” nos dias atuais (GOLDENBERG, 1991).

Outros autores, como Nolasco (1997), observam nesta mesma época o início das discussões da chamada “crise da masculinidade”. Para este, a gênese desse movimento se dá pela tentativa do homem do século XXI querer se desvencilhar do padrão de masculinidade formatado e estabelecido para si. Seria então a ruptura do “homem de verdade”, modelo socialmente então vigente oriundo de preceitos patriarcais disseminados numa ideologia de caráter coletivo.

Contraopondo a esse pensamento, Ramos (2000) discorda dessa expressão “crise da masculinidade”. Afirma que o homem, não está em crise, uma vez que sendo um gênero, já vive em crise permanente. Finaliza refletindo que as conquistas do movimento feminista, principalmente no final do século XX, podem ter acentuado a chamada então “crise de identidade masculina”.

Talvez o machão esteja realmente em crise, mas é possível que até ele consiga sobreviver, só que será obrigado a coexistir com outras formas de ser homem. O que não sobrevive mais é um modelo hegemônico de masculinidade com base na força, poder e virilidade, embora homens (e mulheres!) continuem alimentando esse ideal (GOLDENBERG, 2000, p. 47).

Damatta (1997) colabora com essa discussão quando atenta para as inseguranças do ser homem. Numa sociedade que convencionalmente somente é aceito como “normal” a atração pelo sexo oposto, o homem vê-se diante de dilemas como a impotência sexual e o homossexualismo. Momento então em que o desempenho do pênis poderá torna-se um indicador de masculinidade, pois vai depender de sua eficácia no ato sexual, para descobrir se determinado homem é ou não “macho”.

Nesta linha de raciocínio é importante discernir que mais importante do que apenas ter um órgão sexual, é saber se relacionar com o mesmo. A construção da identidade masculina deve estar permeada na descoberta do “ser homem” numa perspectiva de interação consigo e com o sexo oposto, e desses com o meio social em que estão inseridos.

Assim, independente de existir ou não a crise da masculinidade, o fato é que, paralelamente aos resquícios dos padrões patriarcais para uns e a vigência desses padrões para outros, experimentamos atualmente a possibilidade de construirmos a sexualidade masculina a partir de outros referenciais. Há momentos em que conseguimos mais dar a voz à nossa forma de ser e, em outras vezes, reproduzimos os modelos, ficando até mesmo na caricatura desses modelos (GOMES, 1998, p. 177).

Sob outra ótica de pensamento, o homem ajudou a criar uma visão de mundo estereotipada, onde prevalece a dominação masculina e as relações heterossexuais como parâmetros naturais da sociedade. Neste sentido, o homem pode tornar-se refém de sua “própria armadilha”, pois a todo instante tem que provar a sua virilidade, e deixando de lado o desenvolvimento da subjetividade dos laços afetivos das relações interpessoais (WELZER-LANG, 2001; BOURDIEU, 2003).

Paralelo ao pensamento formatado da construção do “ser homem”, o próprio universo domiciliar por muitas vezes trata de delimitar o campo de afirmação da identidade masculina. Desde criança o garoto é incentivado por seus pais, a jogar bola, a gostar da cor azul por que tem um “significado masculino”, a não chorar “por que é coisa de mulher”, e que pode demonstrar fragilidade, dentre outros quesitos estereotipados que interferem no processo natural e individualizado da construção da masculinidade.

Enquanto na maioria das vezes, a menina desde cedo é incentivada a cuidar da casa, da boneca, do seu corpo, ao menino resta a simbologia do cuidado como algo essencialmente feminino, e em alguns momentos, isso é fortemente amparado pelos seus genitores, amigos, professores e também pela mídia. O homem é criado para ser forte, e assim, olhar para si numa visão de cuidado a sua saúde, pode denotar uma aparente fragilidade, o que completamente foge do modelo hegemônico da imagem masculina como agente dominador do mundo.

Assim, mesmo em tempos de globalização, o homem do século XXI quando ensaia uma ruptura desse modelo machista centrado em direção ao cuidado de sua saúde, ainda se torna alvo de críticas, pois a visão masculina frente ao seu corpo é algo limitado, e que merece diversas reflexões.

A cultura ao longo dos tempos vem delineando ambíguas interpretações dos órgãos sexuais, masculino e feminino. Crianças na faixa etária de 4 a 6 anos de idade quando brincam de “médico”, “papai e mamãe” e outras tantas, acabam por reproduzir claramente indícios de uma masculinidade reforçada pelo determinismo biológico advindas de sua educação doméstica. Os meninos têm “pipi” e as meninas não tem “pipi”. Há um sexo que “tem algo”, e outro que “não”. Existem assim, os que são homens, e existem os que não são homens.

Talvez fosse ideal que culturalmente tivesse sido construído desde cedo o imaginário da existência de dois sexos. Os meninos com “pipi” e as meninas com “vagina” (ou qualquer outro nome que designasse simbolicamente o órgão sexual feminino). Assim teríamos dois sexos, dois sexos que teriam algo.

Bourdieu (2003) nos remete a olhar o corpo humano num prisma de demandas simbólicas, onde o homem e a mulher se distinguem na concepção dos seus significados anatômicos. Para este autor, existem partes do corpo que se assemelham e outras que se diferem, o que nesse caso para o homem o “pênis”, órgão sexual exteriorizado, e que o difere da mulher, pode denotar poder e dominação, e a parte de trás, algo semelhante associado ao feminino, como uma parte passiva e submissa.

Damatta (1997) colabora com essa reflexão quando diz que para o homem algumas partes do seu corpo podem ser vistas como zonas intocáveis. O toque nas nádegas é culturalmente visto como algo proibido no corpo masculino. A analogia que se faz é que a parte da frente representaria o homem, o poder, e a parte traseira, as nádegas, algo relacionado à mulher.

Talvez seja por isso, que muitos homens reprimem a sensação do prazer na região glútea, mesmo se for uma simples carícia, devido o receio de demonstrar as suas parceiras algum traço de homossexualidade, pois vêem essa parte do corpo como algo eminentemente feminino. Provavelmente seja essa a principal barreira na adesão maciça dos homens quanto à procura do médico urologista, na perspectiva da prevenção do câncer de próstata através do toque retal, já que esse procedimento poderá vir a “comprometer a sua masculinidade”.

Todavia, nem tudo permaneceu intacto no universo da construção da identidade masculina. Já se observa um tímido, mas crescente movimento de homens que começam a buscar os serviços para o cuidado de sua saúde. Nada comparado ao contingente e regularidade do público feminino (SCHRAIBER; COUTO, 2004).

A influência da mídia através da propagação da adoção de hábitos saudáveis para uma melhor qualidade de vida, juntamente com a ideologia coletiva de (re) construção social do modelo do “novo homem contemporâneo”, provedor de sua saúde, tem sido alguns dos fatores que reabrem uma ampla discussão sobre a masculinidade na área da saúde, assim comprovado recentemente pela instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008).

Acreditamos que estudos e debates aprofundados sobre essa temática são de extrema importância na compreensão de barreiras ainda existentes no imaginário que discerne a identidade masculina.

Assim, diante de uma melhor compreensão do “ser homem” nos remeteremos a partir de agora pela discussão teórica dos (des) caminhos que tem permeado a acessibilidade masculina ao exercício do cuidado à sua saúde.

2.3 ASPECTOS CONCEITUAIS E CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS SOBRE ACESSIBILIDADE AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988 reza que a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Não obstante, a garantia da atenção à saúde foi historicamente conquistada através de movimentos sociais, com seu auge na Reforma Sanitária no final da década de 1970, culminando na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, momento este de nascimento do Sistema Único de

Saúde, atualmente com vinte anos de existência, mas que ainda atravessa problemas cruciais para a sua plena efetivação, um deles é a acessibilidade.

Discutir sobre a acessibilidade ao sistema de saúde é de extrema relevância na tentativa de garantia da universalidade, integralidade e equidade da atenção. Seu estudo nos direciona a compreender a interrelação das características do sistema de prestação, da população a ser assistida, da utilização dos serviços de saúde e da satisfação das necessidades do usuário, os quais são imprescindíveis para a construção das políticas públicas de saúde (LORA, 2004).

Sendo atualmente considerada uma diretriz operacional do Sistema Único de Saúde, o conceito da acessibilidade não se restringe mais apenas a questões geográficas. Nos dias atuais permeia uma compreensão mais ampliada, onde abrange também aspectos organizacionais, econômicos e sócio-culturais.

O vínculo estabelecido entre trabalhadores de saúde e a população assistida, principalmente quando nos remetemos ao Programa de Saúde da Família, a qual hoje representa a “porta de entrada” do usuário ao SUS, constitui-se também como elemento primordial no estudo da acessibilidade aos serviços de saúde.

Quando falamos sobre acessibilidade, imediatamente existe uma rápida, e às vezes confusão com o substantivo acesso. Alguns autores utilizam estes termos de forma intercalada e/ou geralmente ambígua (STARFIELD, 2002).

Donabedian (1973), pesquisador norte-americano, precursor dos estudos sobre a acessibilidade aos serviços de saúde, prefere usar a terminologia acessibilidade.

Para tanto concebe a acessibilidade como a capacidade do sistema de saúde quanto à produção e oferta de serviços capazes de atrair, e ao mesmo tempo responder as necessidades de saúde de determinada população. Classifica a acessibilidade sob duas dimensões: a sócio-organizacional e a geográfica. A primeira engloba todos os fatores que facilitam ou dificultam o uso dos serviços de saúde pelos usuários para chegarem o atendimento, exceto os de ordem geográfica, os quais são identificados pela distância e o tempo necessário de locomoção para a utilização destes (DONABEDIAN, 1973).

Contribui também quando avança sobre o conceito do termo *acesso* para além do ato de ingresso e uso dos serviços no sistema de saúde. Para Donabedian (1973) não basta apenas o usuário adentrar e utilizar os recursos tecnológicos

ofertados, mas sim deve ocorrer um adequado equilíbrio de ajuste/desajuste destes com as necessidades de saúde que originaram a sua demanda.

Por outro lado, uma crítica direcionada ao referido autor quando na discussão dessa temática se restringe a não problematizar de maneira mais aprofundada as etapas relacionadas à percepção dos problemas/necessidades de saúde, assim como do processo de tomada de decisão dos usuários na busca e utilização dos serviços de saúde.

Nesse ponto e sob outra dimensão teórica, Aday e Andersen (1974) reconhecem no uso do termo *acesso* um indicador determinante para a organização e avaliação das políticas públicas de saúde. Assim, o acesso seria o resultado da congruência do sistema de saúde oferecido a população, de sua utilização e da satisfação em conseguir atender de forma resolutiva às suas necessidades de saúde.

Leva-se aqui também em conta a forma da entrada dos usuários no sistema de saúde, e da continuidade subsequente dos cuidados a serem dispensados. Nessa lógica, surgem os aspectos predisponentes, os capacitantes, e por fim, as necessidades de saúde como elementos propulsores da demanda da população a procura e uso dos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Penchansky e Thomas (1981) priorizam em suas colaborações o termo *acesso* para definir o grau de ajustamento dos usuários com o sistema de saúde, fazendo assim uma interpretação ampliada do escopo de Donabedian.

Tais autores, o *acesso* ao sistema de saúde englobaria dimensões relacionadas com a disponibilidade (tipo e volume), acessibilidade (aqui nesse caso tido apenas como uma dimensão do acesso geográfico), acolhimento (capacidade e organização do sistema em receber os usuários) e aceitabilidade (singularidade das pessoas e dos profissionais de saúde). Cada uma delas representaria características que facilitariam ou não o ingresso da população nos serviços de saúde (PENCHANSKY; THOMAS, 1981).

Colaborando com a discussão, Starfield (2002) define *acessibilidade* como uma característica que possibilita os usuários conseguirem chegar aos serviços de saúde. Chama também a atenção, acrescentando que a *acessibilidade* não é algo exclusivo apenas da atenção primária, mas sim a todos os níveis do sistema, visto que eles também devem estar *acessíveis*. Finaliza dizendo que a especificidade da

atenção primária, por ser a porta de entrada do sistema, o determina a ter requisitos diferenciados no contexto da discussão dessa diretriz operacional.

Fekete (1997, p.116) considera que

[...] numa compreensão mais ampliada, acessibilidade pode ser definida como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e da população, no processo de busca e obtenção de assistência a saúde. O estudo da acessibilidade deve considerar limites de espaço e tempo. Isto equivale a dizer que o conceito de acessibilidade restringe-se a determinada maneira de conceber e enfrentar a doença.

Para a autora o estudo da acessibilidade é primordial na tentativa de permitir a identificação dos aspectos que podem se tornar obstáculos, assim como dos que facilitam a busca pelo atendimento à saúde.

Sob outra perspectiva, Travassos e Martins (2004) nos direcionam a uma reflexão bastante interessante sobre a acessibilidade aos serviços de saúde quando dizem que o comportamento do usuário é geralmente responsável pelo primeiro contato, sendo dos profissionais de saúde, a responsabilidade pelos contatos subseqüentes. Dessa forma, o processo para a utilização dos serviços de saúde implicaria articular as necessidades do indivíduo pela conjunção e a (co) responsabilização dos profissionais de saúde, direcionando-o na perspectiva de atendimento integral.

Na tentativa de evitar interpretações ambíguas ao utilizar o termo acesso que em algumas situações apenas se restringe ao ato de ingressar no sistema de saúde, optamos nesse estudo em utilizar a terminologia acessibilidade que consiste no grau de ajustamento entre demanda e oferta dos serviços de saúde (FEKETE, 1997).

Nesse contexto, notamos que existe uma vasta rede de discussões a ser melhor dialogada quando abordamos a acessibilidade aos serviços de saúde, particularmente, a masculina e sua dinâmica ao PSF. Não fosse apenas a reduzida presença desse público à atenção primária, constatamos também que os mesmos quando a estes serviços procuram o fazem numa perspectiva de resolubilidade de “problemas de saúde”, e não de “necessidades de saúde”¹. Isso nos leva a pensar

¹Para Campos (2004, p.4) [...] nas propostas de Ação Programática em Saúde, da Vigilância a Saúde (constituição de SILOS – Sistemas Locais de Saúde, de Cidades Saudáveis) e do modelo Em Defesa da Vida (SILVA JR, 1998) [...] passaram eles a orientar o foco de atenção para as necessidades de saúde ao invés de problemas, buscando dar uma feição cada vez mais ampliada e consistente ao projeto que fundamentou a proposição do SUS, tornando-se então imprescindível a superação das ações mais imediatistas, reduzidas e focadas na expressão do desgaste, para que pudessem produzir impacto e resolubilidade diferenciadas, na perspectiva de atacar as raízes dos problemas de saúde.

que há raízes mais complexas da relação homem-cuidado à saúde a serem investigadas.

Considerando então, a acessibilidade como uma diretriz operacional resultante do ajuste das necessidades dos usuários aliada ao acolhimento pelos profissionais de saúde, notamos que existem alguns empecilhos que por vezes dificultam a obtenção da assistência integral à saúde.

Segundo Fekete (1997), esses obstáculos enfrentados pela população podem ser reconhecidos em quatro dimensões: geográfica, organizacional, sócio-cultural e, por fim, econômica.

A acessibilidade geográfica refere-se à distância entre o usuário e o serviço de saúde. Não se mede apenas pelo espaço físico, pois a existência de rios, morros, estradas, pode impedir um melhor acesso da população. Outrora, a proximidade com o serviço não garante por si a acessibilidade à saúde para o usuário, visto que aspectos como acolhimento, credibilidade dos profissionais, ambientação e recursos materiais podem influenciar a demanda pela assistência (FEKETE, 1997).

Outra dimensão apontada é a organizacional. Esse tipo de acessibilidade é definido a partir da maneira como os serviços de saúde estão organizados para atender as necessidades de saúde da população.

Os obstáculos podem estar na entrada ou no interior da Unidade de Saúde. Os primeiros são relativos aos aspectos que caracterizam o contato inicial com a Unidade, tais como demora para atender uma consulta, tipo de marcação de horário, turnos de funcionamento. Os segundos se referem às características que interferem com a assistência ao usuário dentro da Unidade como é o caso do tempo de espera para ser atendido pelo médico e para fazer exames laboratoriais. No que se refere ao domínio mais amplo da acessibilidade devem também ser considerados os obstáculos que surgem na continuidade da assistência, já ainda são incipientes os mecanismos de referência e contra-referência, bem como o grau de hierarquização da rede (FEKETE, 1997, p.116).

Percebemos então que não somente o estudo da acessibilidade dá-se na Unidade de Saúde, e se restringe à atenção básica, hoje representada oficialmente pelo PSF. Esta pode vir a estar comprometida a partir do momento que o usuário adentre à mesma, bem como, a percorrer nos demais níveis de atenção a depender de suas necessidades (sistema de referência e contra-referência).

É importante aqui salientar que mesmo o PSF tendo sido idealizado para ser um modelo alternativo de reorganização a partir dos pilares da lógica territorial, “porta de entrada” do sistema de saúde e da territorialização, visualizamos por

muitas vezes na prática outro contexto. Ainda persiste um considerável fluxo de pessoas, principalmente do sexo masculino, que adentram pelo sistema de saúde a partir de pronto-socorros e hospitais, por talvez considerarem estes serviços capazes de resolver de forma mais ágil e eficaz as suas demandas assistenciais.

Oliveira, Mattos e Souza (2009), no seu estudo *Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial*, fazem uma correlação crítica das dimensões geográfica e organizacional quando não se encontram devidamente acessíveis à população.

Sempre nos chamou a atenção o fato de tantos usuários deixarem os seus bairros com unidade de saúde mais próximas para se deslocarem até o centro da cidade em busca de assistência básica em um pronto-socorro. Esse fato assume maior destaque se considerarmos o maior esforço e o gasto financeiro envolvidos no deslocamento e principalmente o tumulto e a demanda aparentemente sempre excessiva que habitualmente caracteriza prontos-socorros e hospitais (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009, p. 1930).

Neste mesmo estudo, alguns usuários destacaram que problemas organizativos acabam por se constituir importantes barreiras cotidianas no que tange a sua acessibilidade aos serviços de atenção básica.

Vários pontos se destacaram como barreiras ao acesso, incluindo restrição quanto ao horário de funcionamento, restrição quanto ao número de vagas para consulta, indefinição dos critérios de urgência, sistema de agendamento de consultas inadequado à realidade do usuário, demora para obtenção do atendimento, desorganização do sistema “referência-contrareferência” e as filas de madrugada (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009, p. 1933).

Especificamente à saúde do homem, um ponto de cunho organizacional que tem sido bastante discutido em alguns estudos, refere-se a horários alternativos de atendimento de assistência a esta população. Teoriza-se que talvez fosse possível aumentar a demanda dos homens aos serviços de atenção básica se houvesse um horário de extensão noturna, por exemplo, das 17 às 22 horas, já que antes desse intervalo de tempo a maior parte dos homens, principalmente aqueles de baixa renda, estaria trabalhando e sendo assim impedidos, a priori, de freqüentar as unidades de saúde.

A acessibilidade sócio-cultural, por sua vez, é também uma importante dimensão a ser considerada nesta discussão. Segundo Fekete (1997, p.118) “refere-

se à apreciação dos fenômenos que determinam a busca da assistência à saúde tais como: percepção sobre o corpo e a doença, crenças, tolerância à dor e credibilidade nos serviços de saúde”. Aliado a esse conceito soma-se também o fato do “complexo encontro” estabelecido entre usuário e profissional de saúde.

Um exemplo clássico da acessibilidade sócio-cultural pode ser visualizado quando um homem é acometido por uma Doença Sexualmente Transmissível (DST). Nessa situação, na maioria das vezes, ele faz a opção de buscar auxílio numa farmácia através de uma “sugestão do balconista” por considerar algo mais objetivo e rápido do que numa Unidade Básica de Saúde (UBS). Esta atitude talvez seja explicada por este homem ter vergonha dos profissionais, principalmente se este for do sexo feminino, dificuldade de comunicação para resolver o seu “problema de saúde”, bem como a espera pelo atendimento, o que nesse caso, situa-se no âmbito organizacional, já aqui mencionado.

Desta maneira, torna-se imprescindível a cada dia mais discussões quanto a formação dos profissionais de saúde, principalmente a partir da (re) construção dos seus currículos que por muitas vezes encontram-se obsoletos e distantes da realidade sanitária da qual estão inseridos.

Atualmente, têm se discutido muito sobre a formação pedagógica através do currículo integrado, que para Santomé (1998) e Davini (1994) é um método didático capaz de articular teoria e prática de ensino com o serviço e comunidade, numa perspectiva fundamentada na integralidade, transversalidade e interdisciplinaridade frente a diversos contextos sociais a qual o estudante se defrontará.

A última dimensão da acessibilidade é a econômica. Para Fekete (1997, p.119), “partindo-se do pressuposto de que o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde é um princípio constitucional, não deveriam existir barreiras dessa ordem”.

A autora acrescenta que o SUS ainda apresenta oferta insuficiente para a grande demanda que possui. Fato este que corrobora para o elevado gasto com despesas relacionadas à saúde pela população brasileira. Busca de assistência pelo setor privado, prejuízos financeiros decorrentes de afastamento por doenças, despesas com medicamentos, são alguns dos exemplos que um grande número de usuários cotidianamente enfrentam para a garantia de resposta às suas necessidades de saúde.

Observamos então, que o estudo da acessibilidade é de extrema relevância para a compreensão das possíveis barreiras encontradas pelo homem quando assim busca utilizar os serviços de saúde.

O importante é termos uma compreensão dos múltiplos aspectos que interferem nessa dinâmica, a fim de minimizá-los, e assim ampliar a acessibilidade masculina numa perspectiva de cuidado integral tendo como “porta de entrada” preferencial o Programa de Saúde da Família.

2.4 DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA À POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM: BREVE TRAJETÓRIA E CONJUNTURA ATUAL

A Constituição Brasileira de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, e que tem como modelo a seguridade social (artigos 194 a 204), assegurou o direito à saúde, previdência e assistência social a sociedade brasileira (BRASIL, 1988).

Entretanto, somente a partir da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19/09/1990 houve a regulamentação do SUS o qual tem como princípios doutrinários a universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços de saúde destinada à população (BRASIL, 1990).

Desde então, um dos grandes desafios do SUS era o de romper com o modelo clínico flexneriano vigente de assistência médica curativa, cedendo gradativamente espaço à proposta da integralidade do atendimento ao usuário numa perspectiva de vigilância à saúde. Nesse contexto, eis então que surge o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 com o objetivo de servir como eixo estruturante de mudança do modelo assistencial de saúde no país.

O PSF se originou através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) instituído em 1991 pelo Ministério da Saúde (MS). O objetivo principal deste programa era o de contribuir na redução da morbimortalidade materno-infantil, principalmente nas Regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 1997).

A partir dessa exitosa experiência do PACS, o MS percebendo o impacto positivo deste programa, em especial ao grupo materno-infantil, e paralelo a isso elegendo a família como unidade de ação programática das ações de saúde, e não somente mais apenas o indivíduo, resolveu então incorporar novos profissionais,

culminando então para o surgimento do PSF. É importante aqui destacar o papel do profissional Enfermeiro como instrutor/supervisor dos Agentes Comunitários de Saúde no PACS, que devido o seu grande potencial e eficácia na condução desse programa, acabou por impulsionar a agregação de novos profissionais neste novo modelo de atenção básica à saúde (VIANNA; DAL POZ, 1998).

Modelo de assistência à saúde com foco na família, o PSF foi inspirado a partir da realidade sanitária de países como Cuba, Inglaterra, Canadá e Suécia. Apesar de ter nascido como um Programa, o PSF tem sido compreendido atualmente como uma *estratégia*, pois possibilita um trabalho dinâmico de diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de ações em saúde de uma equipe multidisciplinar a uma população adscrita em um território definido.

O objetivo geral do PSF é de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997, p. 11).

Chama-nos atenção, no entanto, que mesmo após quase quinze anos de existência deste programa, as ações da maioria das equipes de saúde ainda estejam voltadas à saúde da mulher e da criança, concepção talvez advinda dos primórdios do PACS. O esperado é que as ações pudessem contemplar a família em sua integralidade, respeitando sua dinâmica e particularidades no enfoque da vigilância à saúde.

O PSF não é uma estratégia desenvolvida para atenção exclusiva ao grupo mulher e criança, haja vista que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 1997, p. 8).

Nesse contexto, o homem aparece com frequência como um sujeito que foi deixado para um plano secundário durante todo esse processo de conformação e consolidação do PSF, mesmo sendo este presente nos indicadores de morbimortalidade que preocupam a saúde pública no país. Atualmente tem sido bastante discutido a captação de usuários do sexo masculino, inclusive através de campanhas publicitárias na TV e rádio promovida pelo MS, às unidades básicas de saúde, no intuito de minorar uma estatística desfavorável, neste momento, ao seu processo saúde-doença.

Durante a sua posse como Ministro da Saúde em março de 2007, o médico sanitário José Gomes Temporão anunciou dentre as suas 22 prioridades de gestão, a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Esta somente fora regulamentada recentemente através da portaria GM nº 1.844 de 27 de agosto de 2009.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação **ao acesso**, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. (BRASIL, 2009, p. 65, **grifo nosso**).

A princípio falar em Saúde do Homem parece ser novidade, contudo essa temática já se faz presente em algumas discussões desde a década de 1970, principalmente tratando-se de estudos norte-americanos. Alguns desses estudos já traziam a reflexão que a masculinidade tradicional poderia produzir déficit dos indicadores de saúde, não só para si, mas também para a saúde dos seus familiares (COURTENAY, 2000; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

O primeiro estudo que aponta a sobremortalidade masculina data de 1665, quando John Graunt em sua publicação “Natural and political observations made upon the bills of mortality”, apontou as causas dos óbitos na cidade de Londres entre homens e mulheres. Outro estudo relevante nesse contexto foi a publicação “Perfil Epidemiológico de la salud de la mujer em la región de las Américas” da Organização Panamericana de Saúde em 1990, a qual além de tecer algumas considerações das condições naturais biológicas entre homens e mulheres que predisponham ao aparecimento de algumas doenças, tratava também da relação de gênero como condição histórica da humanidade, a qual influencia os padrões de morbimortalidade diferenciadas entre os sexos masculino e feminino (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2005).

A partir da década de 1990 com o advento do neoliberalismo e de transformações sócio-culturais, a representação do homem “viril” e “forte” começou a ser questionada por vários segmentos da sociedade, e principalmente pelo próprio homem. Junto a isso, inicia uma importante discussão sobre qualidade de vida, o que impulsionou o debate do pouco cuidado que a maioria dos homens tem em relação a sua saúde.

As discussões acerca das relações entre cuidados de saúde e modelo hegemônico têm mostrado que, de modo paradoxal em relação a esse modelo em que homem é investido de poder, os homens, com frequência, assumem um papel dependente quanto à atenção de sua saúde – primeira por suas mães e, logo, por suas esposas e companheiras (KORIN, 2001, p. 72).

Colaborando com essa discussão, outros autores evidenciam essa década como um marco no estudo das masculinidades.

Os anos 90 consolidam as noções de poder, desigualdade e iniquidade de gênero na maioria dos estudos sobre homens e saúde, articulando-as as outras, tais como raça/cor, etnia, orientação sexual, classe, geração, religião etc., a fim de se entender os processos de saúde e doença dos diferentes segmentos de homens (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005, p. 9).

Tanta preocupação e discussão se justificam. É sabido que os homens adoecem mais e procuram menos os serviços de saúde quando comparado às mulheres. Ao mesmo tempo, a faixa etária de 25 a 59 anos, utilizada como parâmetro pelo MS na elaboração da PNAISH, corresponde a 41,3% da população masculina ou 20% do total da população no país. As principais causas de morte nesse grupo etário são decorrentes da violência ou causas externas, doenças do aparelho circulatório, tumores, doenças mal definidas, doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho respiratório (BRASIL, 2008).

Alguns autores são unânimes em afirmar que muitos desses óbitos poderiam ser evitados caso houvesse uma procura maior dos homens aos serviços de saúde. Segundo Gomes (2008), na literatura nacional e internacional, é frequentemente abordado o fato da pouca utilização masculina dos serviços de saúde públicos, principalmente em relação às mulheres. Fato este que pode prejudicá-los na detecção e tratamento precoce de doenças tratáveis ou controladas.

É indiscutível que a desvantagem masculina é resultado da ação de diferentes fatores de risco ligados ao biológico e outros tantos ligados ao gênero, isto é, comportamentais, culturais e sociais. [...] Assim, certos fatores comportamentais, mais do que biológicos, favorecem ou propiciam, do ponto de vista de gênero, a maior frequência de determinados agravos ou mesmo maior letalidade, em um sexo ou no outro (LAURENTI et al., 1998, p.23).

O relatório final “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil” da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS (FIOCRUZ, 2008) aponta que a mortalidade masculina é superior a feminina ao longo do ciclo vital, chegando a alguns casos, na faixa etária de 20-29 anos, ser quinze vezes

maior. As principais causas estão relacionadas a óbitos por causas externas (homicídios) ou violência.

Minayo e Souza (1999) no estudo “É possível prevenir a violência?” registram que o perfil dos óbitos por violência no Brasil segue a tendência mundial: adolescentes do sexo masculino. Homicídios e acidentes de trânsito constituem as principais causas dessas mortes, e juntas representam mais da metade dos óbitos por causas externas.

[...] Do ponto de vista sócio-demográfico, na grande maioria, as vítimas são adolescentes e adultos jovens, do sexo masculino, com características típicas das camadas menos favorecidas da população: residentes em áreas pobres e às vezes periféricas das grandes metrópoles; de cor negra ou descendentes desta etnia; com baixa escolaridade e pouca ou nenhuma qualificação profissional [...] (MINAYO; SOUZA, 1999, p. 14).

Assim, podemos dizer que o homem, neste caso representado aqui na fase da adolescência, acaba por tornar-se uma espécie de “fator de risco” à saúde pública. Para ser mais preciso, o relatório da CNDSS (2008) registra que em 2003 as causas externas mataram 89.580 homens, contra 11.467 mulheres. É um número assustador, e que revela que medidas de ordem pública devem ser urgentemente tomadas a fim de reverter esses dados.

A PNAISH, desde seu início foi idealizada a partir de algumas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. O objetivo principal dessa política é de promover ações que possam desencadear uma melhor compreensão do processo saúde-doença no universo masculino, no intuito de aumentar a expectativa de vida e de reduzir os elevados indicadores da morbimortalidade nessa população (BRASIL, 2008).

Nesta direção, a acessibilidade é considerada em alguns estudos como um dos fatores primordiais a serem superados nessa dinâmica, por vezes complexa, em se tratando do gênero masculino.

Banks (2004) aponta alguns fatores que podem influenciar essa reduzida procura dos homens aos serviços de saúde. São eles: a distância entre o trabalho desse homem ao serviço de atenção primária à saúde, os horários de funcionamentos desses serviços, a crença do homem ser “forte” e isso gerar um conflito quando este se encontra “doente”, e por fim, o estereótipo que os serviços de saúde, em sua maioria, são espaços para o público materno-infantil, e não para homens.

Em outro estudo Gomes, Nascimento e Araújo (2007), procuraram discutir a particular relação dos homens com os serviços de saúde. Para isso, dividiram em dois grupos: homens com pouca ou nenhuma escolaridade (Grupo 1), e homens com nível superior (Grupo 2). Ambos foram categóricos em confirmar que os homens procuram menos os serviços de saúde em comparação às mulheres.

Como já tratado neste estudo, os homens, em sua grande maioria, associam o cuidado à saúde como algo de natureza feminina. Assim, “o cuidado de si e dos outros e a preocupação com a saúde não são tidos como atribuições masculinas” (COSTA, 2003, p. 84).

Por tudo isso já mencionado, a PNAISH possui os seguintes eixos metodológicos:

- Integralidade da assistência, numa perspectiva da promoção da saúde e da qualidade de vida;
- Intersetorialidade de ações, visando a aproximar-se de todos os espaços do universo masculino (trabalho, lazer, educação, etc.);
- Alinhamento com a Política Nacional de Atenção Básica, em consonância com os princípios do SUS, reconhecendo e fortalecendo a Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 2008).

A partir desta perspectiva, acreditamos numa (re) construção das relações entre homens e serviços de saúde. Espera-se que haja uma devida compreensão dessa dinâmica que permeia essa temática, a fim de que o homem, aqui entendido como um ser protagonista do seu processo saúde-doença possa ser seu colaborador no cenário dos indicadores da saúde pública no país.

CAPÍTULO III

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

“Se os fatos não se encaixam na teoria, modifique os fatos”.

(Albert Einstein)

3.1 TIPO DE ESTUDO

Como já expressei, o objeto do nosso estudo define-se em analisar a dinâmica da acessibilidade masculina ao Programa de Saúde da Família. Assim, para compreender a complexidade da construção deste contexto, utilizamos a metodologia qualitativa.

A pesquisa qualitativa se preocupa com a compreensão profunda e abrangente de um universo de significados, crenças e valores que não podem ser quantificados através da operacionalização de variáveis (MINAYO, 2008).

Triviños (1994) aponta que o significado é a preocupação essencial na pesquisa qualitativa. Para este autor, um dos grandes postulados deste tipo de pesquisa é de servir como importante pressuposto para a vida das pessoas.

O enfoque qualitativo mostra o fenômeno tal qual ele é produzido/reproduzido no espaço social dos envolvidos no estudo, descrevendo as particularidades e subjetividades de um fenômeno. Por isto, vem sendo considerada o tipo de investigação mais apropriado às Ciências Humanas e Sociais (LEOPARDI, 2002).

3.2 CAMPO E CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida nas USF no município de Jequié no estado da Bahia, localizada a 365 km da capital Salvador. Possui uma área total de 3.035 km² com uma população estimada para 2009 de 150.541 habitantes (IBGE, 2007).

Município situado entre a faixa litorânea úmida (mata) e o sertão (caatinga), tem por isto um clima quente e úmido com temperaturas que variam de 12º (junho) e 40º (janeiro/fevereiro). Apresenta três tipos de vegetação: a mata, a caatinga e a chamada mata-de-cipó. Durante muito tempo, o cacau foi considerado a principal riqueza cultivada na região, representando dessa maneira um importante meio de subsistência para a sua economia (NASCIMENTO, 2003).

Segundo o Plano Diretor Regional – PDR², que define o processo de regionalização da saúde, o estado da Bahia foi dividido em oito (08) macrorregiões (BRASIL, 2002).

O município de Jequié está localizado na macrorregião sul, a qual é composta por 78 municípios. Esta região também abrange as cidades de Ilhéus e Itabuna. Jequié possui uma rede de serviços de assistência à saúde que incluem órgãos públicos e privados, pertencentes à Atenção Básica, à Atenção Hospitalar e ao apoio diagnóstico (média e alta complexidade). Em relação aos serviços hospitalares/clínicas, Jequié tem seis instituições: Hospital Geral Prado Valadares (público); Hospital Santa Helena (privado e convênios); Hospital São Vicente; Hospital Perpétuo Socorro; Hospital SERVIR e Clínica IORTE (estes últimos têm caráter privado, atende por convênio e SUS) (JEQUIÉ, 2008).

Quanto à rede municipal de assistência à saúde de média complexidade, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2010) é constituída de: Ambulatório de Saúde Mental; Central de Regulação de Leitos; Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST); Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação (NUPREJ); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Centro de Referência em Saúde Sexual; Centro de Apoio Psicossocial Guito Guigó (CAPS); Centro de Apoio Psicossocial AD (CAPS – álcool e drogas); Farmácia Popular; Tratamento Fora do Domicílio (TFD); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); Pronto Atendimento 24 horas; Laboratório Municipal.

Para oferta de assistência à saúde referente à Atenção Básica, o município dispõe de: quatro Unidades Básicas de Saúde (Centro de Saúde Jequié, Centro de Saúde Almerinda Lomanto, Centro de Saúde Júlia Magalhães, Centro de Saúde Sebastião Azevedo); 26 Postos de saúde distribuídos na zona urbana (em locais distantes que ainda não tem USF) e um na zona rural (Posto de Saúde Boa Vista, Posto de Saúde do Campo Largo, Posto de Saúde de Nova Esperança, Posto de Saúde de Itaibó, Posto de Saúde de Oriente Novo, Posto de Saúde de Monte Branco, Posto de Saúde de Santa Clara, Posto de Saúde de Boaçu, Posto de Saúde de Barragem de Pedras, Posto de Saúde da Fazenda Velha, Posto de Saúde do

² A NOAS no Capítulo I – da Regionalização vem instituir o **Plano Diretor de Regionalização - PDR** como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal (BRASIL, 2002).

Ouro, Posto de Saúde de Tamarindo, Posto de Saúde de Barra Avenida, Posto de Saúde do Baixão, Posto de Saúde do Emiliano, Posto de Saúde Humaitá, Posto de Saúde da Marcela, Posto de Saúde CAIC, Posto de Saúde Caixa D'água, Posto de Saúde de Santa Rita, Posto de Saúde de Limoeiro, Posto de saúde de Giboinha, Posto de Saúde de Castanhão, Posto de Saúde Sebastião Guedes, Posto de Saúde Vigilância Sanitária e Posto de Saúde Vila Vitória); uma Unidade de Saúde do Conjunto Penal de Jequié; uma Unidade Móvel/expresso de saúde e 26 equipes de Saúde da Família (Quadro 1) (JEQUIÉ, 2008).

QUADRO 1: Distribuição das USF, por ano de implantação e localização. Jequié-BA, 2010.

Nº	NOME DA UNIDADE	ANO DE IMPLANTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO	
01	USF Isabel Andrade	1998	Florestal	Zona rural
02	USF Waldomiro Borges Souza	1998	Itajuru	Zona rural
03	USF Antônio Carlos Martins	1999	São Judas Tadeu	Zona urbana
04	USF Isa Cléria Borges	1999	Km 3	Zona urbana
05	USF Milton Rabelo I	1999	Km 4	Zona urbana
06	USF Odorico Mota da Silveira	1999	Barro Preto	Zona urbana
07	USF Padre Hilário Terrosi I	1999	Inocoop	Zona urbana
08	USF Padre Hilário Terrosi II	1999	Inocoop	Zona urbana
09	USF Senhorinha F. de Araújo	1999	Curral Novo	Zona urbana
10	USF Tânia D. C. Leite de Brito	1999	Cansanção	Zona urbana
11	USF Rubens Xavier I	2001	Alto da Bela Vista	Zona urbana
12	USF Milton Rabelo II	2004	Km 4	Zona urbana
13	USF Aurélio Schiaretta I	2005	Itaigara	Zona urbana
14	USF Aurélio Schiarretta II	2005	Itaigara	Zona urbana
15	USF Gilson Pinheiro	2005	Alto da Boa vista	Zona urbana
16	USF Girselando Biondi I	2005	Pau Ferro	Zona urbana
17	USF Girselando Biondi II	2005	Pau Ferro	Zona urbana
18	USF Ildelfonso G. de Araújo	2005	Santa Luz	Zona urbana
19	USF Amando Ribeiro Borges I	2007	Água Branca	Zona urbana
20	USF Amando Ribeiro Borges II	2007	Água Branca	Zona urbana
21	USF José M. H. Sandoval I	2007	Urbis IV	Zona urbana
22	USF José M. H. Sandoval II	2007	Urbis IV	Zona urbana
23	USF Virgílio de Paula T. Neto I	2007	Cidade Nova	Zona urbana
24	USF Virgílio de Paula T. Neto II	2007	Cidade Nova	Zona urbana
25	USF João Caricchio Filho	2008	Amaralina	Zona urbana
26	USF Rubens Xavier II	2009	Alto da Bela Vista	Zona urbana

Fonte: Informações obtidas durante a coleta de dados junto à SMS, no período de mar/abr., 2010.

Entretanto, realizamos para este estudo a seleção das USF do município de Jequié/BA, a partir de alguns critérios. São eles:

- Unidades de Saúde da Família que tivesse apenas uma Equipe de Saúde da Família;
- Equipe mínima completa³, e cadastrada há no mínimo 6 meses⁴.

Assim, a partir dos critérios de seleção, apenas oito (08) USF foram selecionadas para este estudo, sendo seis (06) dessas situadas na zona urbana, e apenas duas (02) na zona rural.

De acordo com o Quadro 1, constatamos que quanto à implantação das unidades selecionadas, as primeiras foram fundadas no ano de 1998, perfazendo assim aproximadamente doze (12) anos de existência. Outrora, a USF mais recente desse grupo foi implantada a pouco menos de dois (02) anos.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Grande parte da fundamentação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) se estabeleceu mediante um recorte estratégico da população masculina, focando homens adultos.

Considerando que meninos e idosos são levados aos serviços de saúde, o recorte etário de homens na **faixa etária de 25 a 59 anos**, apesar de não configurar restrição da população alvo da política, foi uma estratégia metodológica necessária para a consideração da problemática a ser enfrentada na atenção especializada. Este grupo etário corresponde a 41,3% da população masculina ou a 20% do total da população no Brasil. Ele corresponde á parcela preponderante da força produtiva, e além do mais exerce um significativo papel sociocultural e político (BRASIL, 2008, p.8) **(grifo nosso)**.

³ A Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006 estabelece que a equipe básica do Programa de Saúde da Família deva ser composta por no mínimo: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.

⁴ Os profissionais que atuam no PSF devem estar cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Neste estudo os sujeitos da pesquisa foram os *Trabalhadores de Saúde*⁵ das USF selecionadas no município de Jequié/BA, assim como *Usuários* do sexo masculino na faixa etária de 25 a 59 anos adscritos a estes serviços.

Procedemos à seleção dos trabalhadores a serem entrevistados, a partir inicialmente da listagem nominal de todas as categorias envolvidas em cada unidade de saúde selecionada, seguindo de sorteio onde se definiu a ordem de participação dos sujeitos. Se por ventura, o trabalhador não quisesse participar do estudo, e/ou não estivesse presente na unidade, imediatamente nos reportávamos ao próximo trabalhador sorteado, e assim sucessivamente. É importante lembrar que utilizamos o critério de saturação, no momento em que percebemos que as falas se tornavam constantes sobre o objeto que estava sendo questionado.

Segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008), o critério de saturação é uma ferramenta bastante utilizada em pesquisas qualitativas, o qual estabelece ou fecha o tamanho da amostra do estudo, a partir da repetição ou redundância de dados, interrompendo assim o ingresso de novos componentes.

Assim, os sujeitos da população adscrita do sexo masculino foram selecionados a partir de alguns critérios, a seguir:

- Usuários que estivessem na faixa etária de 25-59 anos;
- Homens que procuraram a USF pelo menos uma vez no último ano.

É importante salientar que neste estudo contamos com a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das USF selecionadas, no papel de informantes-chave, que são pessoas que possuem um conhecimento especial sobre a população a ser estudada (WHO, 1994). Esses profissionais nos indicaram alguns usuários do sexo masculino, mediante os critérios de seleção pré-estabelecidos.

Por se tratar de um estudo qualitativo, a princípio não nos preocupamos em quantificar o número de pessoas a serem entrevistadas, mas sim, em discutir com profundidade a complexidade das suas falas direcionadas ao objeto em análise (MINAYO, 2008).

⁵ Trabalhadores de Saúde são todas aquelas pessoas que prestam algum tipo de serviço na Unidade de Saúde da Família. Nas USF selecionadas no município de Jequié/BA, constituíram nesse estudo como trabalhadores de saúde: Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde (ACS), Odontólogo, Atendente de Consultório Dentário (ACD), Técnico Administrativo, Auxiliar Administrativo, Auxiliar de Serviços Gerais e Vigilante.

Assim, a partir dessa perspectiva, associada ao critério de saturação dos depoimentos chegou-se a uma composição de 22 sujeitos, os quais foram agrupados:

Grupo I: composto por 12 usuários do sexo masculino com faixa etária de 25-59 anos, e que utilizaram pelo menos uma vez no último ano os serviços da USF adscrita no município de Jequié/BA, a partir de informações dos ACS.

Grupo II: composto por 10 trabalhadores de saúde das USF selecionadas para este estudo no município de Jequié/BA, mediante a listagem nominal de todas as categorias profissionais que desenvolvem atividades laborais nestes serviços.

Os vinte e dois sujeitos foram identificados por números em ordem crescente, levando-se em consideração o grupo a que faziam parte. Assim, o **Grupo I**, usuários (12) são identificados de 1 a 12, ou seja, Ent. 1, Ent. 2... Ent. 12. O **Grupo II**, trabalhadores de saúde (10) identificados de 13 a 22, ou seja, Ent. 13, Ent. 14... Ent. 22.

No Quadro 2 caracterizamos os usuários, sujeitos deste estudo, segundo idade, ocupação, regime de trabalho e escolaridade.

QUADRO 2: Caracterização dos Usuários do sexo masculino, participantes do estudo. Jequié-BA, 2010.

Identificação	Idade (anos)	Ocupação	Regime de Trabalho	Escolaridade
Ent. 1	30	Caminhoneiro	Integral	Médio Completo
Ent. 2	56	Serviços Gerais	Integral	Alfabetizado
Ent. 3	40	Pedreiro	Integral	Alfabetizado
Ent. 4	53	Lavrador	Integral	Alfabetizado
Ent. 5	55	Comerciante	Integral	Alfabetizado
Ent. 6	41	Serviços Gerais	Integral	Alfabetizado
Ent. 7	43	Comerciante	Integral	Fundamental Completo
Ent. 8	51	Vigilante	Noturno	Fundamental Incompleto
Ent. 9	50	Comerciante	Noturno	Fundamental Completo
Ent. 10	52	Vaqueiro	Integral	Analfabeto
Ent. 11	33	Lavrador	Integral	Fundamental Incompleto
Ent. 12	57	Vigilante	Integral	Alfabetizado

No Quadro 2 observamos que a idade dos usuários do sexo masculino possui faixa etária entre 30 e 57 anos; quanto a ocupação três (03) são comerciantes, dois (02) são vigilantes, dois (02) são lavradores, dois (02) são serviços gerais, um (01) caminhoneiro, um (01) pedreiro e um (01) vaqueiro; quanto ao regime de trabalho, dez (10) laboram em regime integral e dois (02) em regime noturno; à escolaridade, seis (06) se declararam alfabetizados, dois (2) têm o ensino fundamental completo, 02 (dois) possuem o ensino fundamental incompleto, um (01) com ensino médio completo e um (01) declarou-se analfabeto.

A caracterização dos Trabalhadores de Saúde, segundo sexo, idade, formação, tempo de formação, tempo de serviço na USF, existência de duplo vínculo e participação em treinamento introdutório, encontra-se apresentada no Quadro 3 a seguir:

QUADRO 3: Caracterização dos Trabalhadores de Saúde, participantes do estudo. Jequié-BA, 2010.

Identificação	Sexo	Idade (anos)	Formação	Tempo de Formação (anos)	Tempo de serviço na USF	Duplo Vínculo	Treinamento Introdutório
Ent. 13	M	30	Odontólogo	05	04 anos	Sim	Sim
Ent. 14	F	32	Enfermeira	04	01 ano	Não	Sim
Ent. 15	F	31	Aux. Enfermagem	12	08 meses	Não	Sim
Ent. 16	M	42	Vigilante	04	04 anos	Não	Não
Ent. 17	F	38	ACS	05	01 ano	Não	Sim
Ent. 18	M	29	Oficial Administrativo	08	08 anos	Não	Não
Ent. 19	F	42	ACS	14	09 anos	Não	Sim
Ent. 20	M	53	Médico	28	04 anos	Sim	Sim
Ent. 21	F	36	Enfermeira	02	01 ano	Não	Não
Ent. 22	F	38	Enfermeira	13	06 anos	Não	Sim

Observamos neste quadro 3 que do total de 10 trabalhadores de saúde, seis (06) são do sexo feminino, e quatro (04) do sexo masculino; com variação de idade entre 29 e 53 anos.

Três (03) desses sujeitos são enfermeiras, dois (02) ACS, um (01) odontólogo, um (01) auxiliar de enfermagem, um (01) vigilante, um (01) oficial

administrativo e um (01) médico. A variação de tempo profissional variou entre dois (02) e vinte e oito anos (28); sendo o tempo de serviço na USF variando entre oito (08) meses e nove (09) anos.

Apenas dois (02) dos trabalhadores referiram possuir duplo vínculo; e sete (07) fizeram treinamento introdutório.

3.4 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Utilizamos duas técnicas para a coleta de dados: a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática.

A entrevista semi-estruturada é uma fonte de expressão das idéias e dos valores dos sujeitos da pesquisa, sendo através da comunicação orientada que o pesquisador pode captar a subjetividade do entrevistado, bem como outras informações mais profundas do objeto a ser investigado. Ao mesmo tempo, concede voz ativa aos sujeitos para se expressarem sobre a temática em questão, oferecendo dessa maneira um significado particular à sua atividade, e, por conseguinte, produzindo um novo conhecimento de mundo (MINAYO, 2008).

As entrevistas foram realizadas nos meses de março e abril de 2010, a partir de um roteiro norteador dirigido aos usuários do sexo masculino de 25 a 59 anos, e aos trabalhadores de saúde das Unidades de Saúde da Família (APÊNDICES B e C). Os participantes foram devidamente esclarecidos sobre o sigilo e anonimato das informações dadas, bem como do seu direito de pedir a qualquer instante para deixar de fazer parte da pesquisa, sendo realizada inicialmente uma leitura cuidadosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguida após de sua assinatura (APÊNDICE A).

A segunda técnica de coleta de dados utilizada foi a observação sistemática (APÊNDICE D). Registramos no diário de campo todas as impressões percebidas, seja dos contatos com os trabalhadores de saúde e usuários, dos contextos das entrevistas, bem como das situações ocorridas *in loco*, as quais foram sendo construídas a medida dos acontecimentos, como também imediatamente após a saída do campo de estudo. Minayo (2008) diz que nesse instrumento devem ser

escritas impressões pessoais, assim como, observações de comportamentos contraditórios, no intuito de tornar mais verídica a pesquisa de campo.

Esta combinação de técnicas é comumente conhecida como *Triangulação de Dados*, pois amplia, compara, articula e complementa os dados coletados da pesquisa, além também de se constituir como uma alternativa para validação do objeto estudado (MINAYO, 2008; DENZIN; LINCOLN, 2006).

O encontro dessas duas técnicas de coleta de dados nos possibilitou o confronto entre as falas dos sujeitos envolvidos na pesquisa, com as observações realizadas nas USF selecionadas, visto que somente a utilização de uma técnica poderia deixar de lado aspectos importantes que foram percebidos pelo pesquisador sobre o objeto de estudo.

3.5 PROCEDIMENTOS ADOTADOS PARA A COLETA DE DADOS

Buscando atender à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 2000), que versa sobre pesquisas que envolvem seres humanos foram respeitados todos os preceitos ético-legais e garantido o anonimato dos sujeitos do estudo. A pesquisa ainda em forma de projeto foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Campus de Jequié, a fim de solicitar autorização para sua realização.

Após aprovado pelo CEP em 16 de outubro de 2009 sob o Protocolo nº 168/2009, foi encaminhado um ofício pela coordenação do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da UESB – Campus de Jequié, à Secretaria Municipal de Saúde de Jequié solicitando autorização para o acesso as unidades de saúde selecionadas, onde encontramos os sujeitos da pesquisa (homens na faixa etária de 25 a 59 anos e trabalhadores de saúde que atuam nestas unidades), solicitando destes a autorização para que os dados pudessem ser coletados e para que todos os princípios ético-legais que respaldam o pesquisador e a instituição pesquisada fossem preservados.

3.6 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, utilizamos como técnica, a análise de conteúdo na modalidade temática.

Minayo (2008) define a análise temática como uma técnica capaz de descobrir os núcleos de sentidos, objetivando estabelecer uma comunicação a qual signifique alguma coisa para o objetivo analítico a ser estudado.

Para fins operacionais, este método compreende três etapas: 1) A pré-análise; 2) Exploração do material; 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

1. Pré-análise: configurou-se como o primeiro contato com o material empírico coletado. Envolveu a transcrição das falas da forma como foram expressas nas gravações. Posteriormente, deu-se a leitura flutuante do material transcrito, com a subsequente organização das entrevistas e observações a partir da proposta analítica ao qual o estudo se pretende e pelos grupos que os compõe. Vejamos:

Grupo I – Usuários do sexo masculino com faixa etária de 25-59 anos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família;

Grupo II – Trabalhadores de saúde que atuam nas Unidades de Saúde da Família;

2. Exploração do material: consistiu na relação entre os dados empíricos, objetivos e pressupostos teóricos do estudo. Para isso, inicialmente, fizemos o recorte do texto nas denominadas unidades de registro.

Posteriormente, escolhemos as regras de contagem, ou separação dos recortes, considerando-se as convergências, divergências e o inusitado. Finalizando, realizamos a classificação e agregação dos dados.

Assim, após a exploração do material, emergiram inicialmente cinco núcleos do sentido:

1. “Ser homem” (identidade masculina sob a ótica da ética e da moralidade, o trabalho como representação social da masculinidade, o homem como responsável e provedor da família, vinculação de um padrão de masculinidade relacionado à força e virilidade);

2. Concepção de saúde (ações preventivas, saúde como ausência de doença, o cuidado à saúde inerente ao sexo feminino, o adoecimento como sinal de fraqueza);
3. Acessibilidade (geográfica, organizacional, sócio-cultural, econômica);
4. Acolhimento/vínculo (acolhimento sob uma ótica assistencialista, resolubilidade dos problemas de saúde);
5. Ações realizadas (ausência de ações específicas, estratégias para captação).

3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: Por último, procedemos à articulação dos núcleos relacionados com o objeto, aproximando e reaproximando com o material empírico, onde foram identificados três grandes temas, a saber:

Tema 1 - Masculinidades: de qual homem estamos falando?

Tema 2 - Saúde e masculinidades: entrelaçando concepções

Tema 3 - (Des) caminhos da acessibilidade masculina ao Programa de Saúde da Família:

CAPÍTULO IV

DIALOGANDO SABERES: COMPREENSÃO E ANÁLISE DO OBJETO DE ESTUDO

“Todos os pensamentos inteligentes já foram pensados; é preciso apenas tentar repensá-los”.

(Johann Goethe)

Apresentaremos nesse momento os resultados deste estudo a partir da análise das falas dos sujeitos da pesquisa (usuários do sexo masculino e trabalhadores do PSF), bem como das observações de suas práticas de cuidado à saúde voltada ao público masculino nas Unidades de Saúde da Família no município de Jequié/BA.

Para os dois primeiros temas buscamos por meio das falas dos participantes conhecer a concepção desses sujeitos sobre o “ser homem” e de seu entendimento sobre a palavra “saúde” pelos participantes da pesquisa.

Por fim, no terceiro tema ampliamos a análise do objeto de estudo na perspectiva da acessibilidade masculina para o cuidado emergindo as seguintes subtemas: a saúde sob a ótica das dimensões geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica. Encerramos solicitando aos participantes que indicassem possíveis sugestões, a fim de serem socializadas, discutidas e implementadas pelos gestores, trabalhadores de saúde e usuários, visando à busca pela efetivação de uma assistência integral à saúde masculina no contexto do Programa de Saúde da Família.

4.1 MASCULINIDADES: QUAL HOMEM ESTAMOS FALANDO?

Para podermos analisar a dinâmica da acessibilidade masculina ao PSF, faz-se antes necessário compreender o significado das múltiplas masculinidades existentes, e em seguida articular esse entendimento com o caminho percorrido pelo homem para satisfazer suas necessidades de saúde.

No início das entrevistas foi questionado aos sujeitos da pesquisa sobre a concepção quanto ao significado do “ser homem”. A maioria dos entrevistados (principalmente usuários) apresentou considerável dificuldade e demora em construir uma resposta para tal pergunta.

Muitos demonstraram fâcias de ansiedade em tentar elaborar uma idéia que pudesse definir um conceito mais aproximado do que viesse a ser homem. Houve também aqueles que repetiam por algumas vezes para si tal questionamento em tom baixo, denotando uma tentativa talvez de sistematizar algo que nunca tivessem parado para refletir.

Passado esse primeiro instante de reconhecimento, e por que não dizer “estranhamento” com esta proposição começou então a vir à tona algumas concepções. Uma idéia que surgiu inicialmente foi à associação da identidade masculina sob a ótica da moralidade.

Algumas expressões como “ser direito”, “ser honesto”, “honrar a palavra”, “cumprir com seus deveres” foram bastante citadas pelos usuários. Expressões as quais caracterizam a concepção dessas pessoas sobre o “ser homem” associada a padrões morais esperados pela sociedade.

Evidenciamos essas idéias sobre a identidade masculina na convergência das falas abaixo:

[...] Ser homem [...] ser homem [...] na minha opinião ser homem é **ser direito, honesto**, andar com as coisas tudo normal, não ser uma pessoa, tipo, quem usa drogas é do tipo de uma pessoa ruim, **o homem tem que ser direito, honesto**. Eu acho que minha opinião é essa (Ent. 2, Grupo I).

[...] O que é ser homem? Ser homem é ser uma **pessoa honesto**, trabalhador, pai de família, **honesto**, homem batalhador da vida (Ent. 4, Grupo I).

[...] Homem é uma pessoa masculina, o homem tá aqui na terra pra ser um bom cidadão, **ser honesto, cumprir com os seus deveres**, enfim, compartilhar com a sociedade, tudo isso (Ent. 7, Grupo I).

[...] **Primeiramente honestidade**, ser uma **pessoa honesta** [...] uma pessoa responsável, por tudo [...] enfim, é uma série de coisas a ser dita pra ser um homem de verdade [...] **assumir tudo que você faz** (Ent. 8, Grupo I)

As convergências percebidas entre essas falas apontam para um entendimento da masculinidade sob a lógica da honradez social. O caráter, a dignidade, a honestidade e outros termos similares seriam os atributos morais que melhor qualificariam a idéia da identidade do homem perante a sociedade.

Neste aspecto, há uma associação do “ser homem” com a palavra honestidade. Esse entendimento do “homem honesto” tornando-se então, uma premissa básica na visão esperada/desejada desses atores sociais.

Nessa perspectiva encontramos em Bordieu (2003, p. 61) a idéia de discutir a masculinidade sob a égide da honra, quando o autor afirma que “o senso de honra torna o homem verdadeiramente homem”. Assim, esse valor moral funcionaria para o homem como um mecanismo capaz de manter sua postura correta e digna aos seus próprios olhos, e, por conseguinte, a sociedade a qual está inserido.

A honra masculina no período aristocrático chegava a ser motivo de conflito entre cavaleiros a qual ocasionava por vezes duelos. Para Oliveira (2004, p.23),

entre os cavaleiros sempre esteve associado à honra masculina, bem como à coragem e ao sangue-frio para defendê-la. A honra era uma expressão do poder de sangue e da qualidade da estirpe aristocrática. Funcionava como um signo da dignidade e da reputação de um indivíduo pertencente a uma determinada linhagem.

Sobre essa vertente, Vale de Almeida (2000) traz o conceito de respeito para a compreensão da identidade masculina. Para o autor a autoridade moral do homem é conquistada, e também merecida, a partir do respeito mútuo a que se deve ter para com o seu semelhante em seu lócus social. Refere que a respeito vive em constante ameaça, e que isso decorre de uma posição de *status* que o homem possui em decorrência de virtudes que detêm como capacidade de evitar reagir provocações, controle de gastos, honestidade, provedor da família, dentre outras.

Diferente desse entendimento, outro contexto que emergiu a partir das falas dos entrevistados foi à vinculação do trabalho como representação social da masculinidade.

O homem se reconhece pelo fazer. Sempre é necessário ao homem estar realizando algo para sentir-se útil e respeitado, principalmente diante de outro homem. A expressão popular “o trabalho dignifica o homem” reitera a premissa do reconhecimento do homem enquanto ser social mediante a uma ocupação laboral que lhe traga o estabelecimento de suas relações sociais. Assim, o trabalho surge para o homem como eixo central e vital para sua identidade masculina.

O valor do trabalho se define dentro de uma lógica em que conta não apenas o cálculo econômico, mas o benefício moral que retiram dessa atividade. O trabalho vale não só por seu rendimento econômico, mas por seu rendimento moral, a afirmação, para o homem, de sua identidade masculina de homem forte para trabalhar (SARTI, 2004, p. 90).

Podemos visualizar o contexto do significado do trabalho para os homens a partir das falas a seguir:

[...] Rapaz, a pessoa pra ser homem tem que ter caráter, tem que **trabalhar**, correr atrás dos prejuízos dele pra **ser alguém na vida** (Ent. 1, Grupo I).

[...] É o caráter, **trabalhar, lutar na vida** (Ent. 3, Grupo I).

[...] Ser homem pra mim é uma coisa muito importante [...] é se cuidar tem que **ter força de vontade pra trabalhar**, pra se dedicar [...] eu acho muito importante a pessoa ser homem. (Ent. 9, Grupo I)

A convergência das falas deixa explícito que o trabalho para o homem vai além de um instrumento de sobrevivência de ordem material para uma espécie de arcabouço de preservação da sua identidade masculina. Nesse prisma, o homem só teria valor moral social na condição de trabalhador, e se de alguma maneira o mesmo fosse produtivo.

O Ent. 9 complementa a ideia da importância do vínculo homem-trabalho quando associa o trabalho na vida do homem como um elemento impeditivo ao aparecimento de doenças, assim como do envelhecimento precoce.

[...] Eu acho o trabalho muito importante na vida do homem [...] se o homem não tiver nada o que fazer, **desativado**, eu acho que ele acaba envelhecendo mais rápido, e principalmente a doença chega (Ent. 9, Grupo I).

Aqui cabe destacarmos que o trabalho assume também conotações especiais que vão desde um significado moral positivo até o imaginário de recolocação social.

Sarti (2004) fez um estudo com famílias pobres na periferia da cidade de São Paulo, onde pôde constatar que o valor do trabalho possui uma estreita e importante relação com a identidade masculina. Percebeu-se que para esses homens o trabalho certifica sua autoridade na família. A garantia do teto, de alimentos, roupas e remédios para os seus entes trariam uma elevada moralização do seu papel naquele ambiente.

Nessa perspectiva, outro ponto a se destacar associado tanto ao significado do trabalho, quanto à definição do ser homem está relacionado à compreensão do homem como responsável e provedor da família. Existiria dessa maneira uma referência natural ao gênero masculino como o “chefe da família”, aquele que sustenta a casa.

O modelo de família que os sujeitos da pesquisa se referem tem no seu imaginário social a família do tipo patriarcal. Este modelo de estrutura familiar a qual é considerada por muitos como algo ultrapassado, ainda possui forte influência nas diferentes famílias da sociedade contemporânea.

O patriarcalismo é uma das estruturas sobre as quais se assentam todas as sociedades contemporâneas. Caracteriza-se pela autoridade, imposta institucionalmente, do homem sobre mulher e filhos no âmbito familiar. Para que essa autoridade possa ser exercida, é necessário que o patriarcalismo permeie toda a organização da sociedade, da produção e do consumo à política, à legislação e à cultura (CASTELLS, 2000, p. 16).

Na família patriarcal o homem é tido como a referência do poder e autoridade máxima dentro de sua casa. Principalmente nas famílias de baixa renda, o homem é aquele que geralmente trabalha, e que mantém a casa e sua prole. Sendo assim, como recompensa lhe é outorgado a incumbência de dar a palavra final nos assuntos concernentes a sua família, em outras palavras, ser o líder de seu território.

Nessa perspectiva fica evidente nas falas a seguir a imagem masculina como principal provedor do sustento do lar e da família.

[...] Eu penso que ser homem é ter responsabilidade em tudo que se tenha.
 [...] **O “cabra” tem que ser homem por isso, arcar com a sua família.**
 (Ent. 10, Grupo I).

[...] Ser homem é ter honra [...] **cuidar dentro de casa**, cuidar sempre de sua saúde, e continuar sempre, conviver bem com a família [...] cuidar bem, **não deixar nada faltar**, eu acho muito importante é isso (Ent. 12, Grupo I).

Entretanto, Castells (2000) aponta que a partir dos anos 1990 vem acontecendo um enfraquecimento da família patriarcal baseada na autoridade paterna. Explica que as crises matrimoniais freqüentes, as incompatibilidades de conciliação entre casamento e trabalho, as crianças nascidas fora do casamento e sustentadas somente pela mãe, e a formação de relacionamentos sem casamentos e filhos, dentre outros, acabaram por constituir elementos de dissolução dos lares aos moldes patriarcais.

Para Nolasco (2001), o modelo de pai da família patriarcal, o qual perdurou por várias gerações e que tinha como característica principal a autoridade de sua casa, encontra-se em crise. Todavia, o autor ressalta que ao mesmo tempo vem surgindo um novo tipo de pai que por vezes está ausente, omissivo e distante afetivamente das relações cotidianas de seu contexto familiar.

O homem estaria então mais preocupado com a manutenção e sustento de sua prole, do que a participar de forma ativa e singular do núcleo familiar a qual está inserido. Dessa forma, o papel de condução e gerenciamento do lar sob uma ótica global ainda na maioria das vezes acaba sendo delegada a figura feminina, principalmente em famílias com baixa renda econômica.

A fala do profissional converge com o entendimento do homem como a autoridade da casa, contudo aqui, não associado à imagem do trabalho, mas sim, a um processo de hierarquização.

[...] Ser homem é ser um pai de família, **a pessoa que conduz o lar**, a autoridade da casa, **não sendo submisso a mulher**. Sempre ter o controle de casa (Ent. 13, Grupo II).

Esta fala leva-nos a pensar no processo de dominação e poder numa perspectiva de gênero, a qual se constitui como uma das dimensões do modelo hegemônico de masculinidade (CONNELL, 2005).

Há muito tempo o discurso da dominação masculina na sociedade tem sido objeto de vários estudos, principalmente relacionado às desigualdades de gênero. A identidade masculina, ou melhor, dizendo, a construção das múltiplas masculinidades vem sendo alicerçada, por vezes, em oposição ao universo feminino como algo dicotômico e paradigmático.

Outra interessante reflexão é a valorização da masculinidade a partir de um princípio de natureza religiosa.

Deus fizera o homem e a mulher diferentes na essência, quando, à *sua imagem e semelhança*, nasceu Adão e, da sua costela, Eva. **Para Adão**, Deus teria dito: "tu tirarás dela (da terra) o sustento com muitas fadigas todos os dias da tua vida..." **E à mulher**: "em dor parirás teus filhos, e estarás sob o poder do teu marido, e ele te dominará" (extraído do livro de Gênesis, adaptado por RAMOS, 2008, p. 2) (**grifo nosso**).

Neste caso, o homem seria tido como imagem e semelhança de Deus, surgindo desse contexto uma ordem social de dominação masculina como um reflexo de caráter mítico.

De modo geral, a "naturalidade" do modelo hegemônico tem sido também considerada como um paradigma sustentando pelos mais diversos interesses.

O modelo hegemônico, 'normal', de masculinidade é tão predominante que muitos crêem que as características e condutas associadas ao mesmo sejam "naturais". Na realidade, não existe uma única construção da masculinidade, existem masculinidades. A crença errônea de que a masculinidade é uma manifestação biológica válida estimula muita gente, em especial aos que têm mais interesse em conservar este paradigma. Ele leva-nos a tachar os homens cuja aparência física, inclinação sexual ou conduta não cumpram os requisitos estabelecidos como "biologicamente desencaminhados" (KORIN, 2001, p. 69).

Um dos atributos, por vezes associado a essa dimensão de poder, corresponde à vinculação de um padrão de masculinidade relacionado à força e virilidade. Nesse contexto haveria uma sobreposição biológica dos homens em relação às mulheres, o que traria conseqüentemente uma desigualdade entre os

gêneros e uma construção de modelos de masculinidades que acarretariam em prejuízos ao homem e a sociedade.

Citelli (2001) definiu como determinismo biológico a este conjunto de limites ou privilégios que o corpo masculino e feminino possui naturalmente. Para este autor, as diferenças referentes às habilidades e comportamentos entre homens e mulheres poderiam ser oriundos de fatores anatômicos e/ou fisiológicos, como por exemplo, o tamanho do cérebro, circulação de hormônios, força física, etc.

As falas que se seguem correspondem aos aspectos relacionados ao determinismo biológico como próprios da identidade masculina.

[...] Ser homem. O que tava falando nesse momento. Pra ser homem, ser homem mesmo. **Já nasceu pra ser homem** (Ent. 5, Grupo I).

[...] Ser homem é ser uma liderança, **liderança que predomina**. Tanto as mulheres na parte feminina, como também as crianças, a dominação do planeta Terra. No momento acho que é ainda **o homem que manda em casa**. (Ent. 11, Grupo I).

[...] O homem em si ele é mais duro, até com ele mesmo. É essa resistência deles mesmos. Eu acho que isso já vem até da própria **formação genética do homem**, entendeu? (Ent. 14, Grupo II).

[...] O homem é o gênero masculino, né? Tem o feminino e o masculino, então ser homem, pra mim é isso. É a masculinidade. E pra mim é isso. **A diferença é os órgãos**. (Ent. 16, Grupo II).

Nesse sentido, o homem passa a ser reconhecido historicamente como o “primeiro sexo” na ordem cronológica da criação, assumindo assim o status do ser principal. Restava, portanto à mulher o título de “segundo sexo”, ou seja, lhe sobrara um papel coadjuvante/secundário na sociedade.

Não obstante fica difícil de compreender um dos motivos que ao longo dos tempos a mulher tem sido alvo de inferioridade à figura masculina, principalmente sob a égide ocidental a qual possui uma forte identidade com o cristianismo.

A obra “O Segundo Sexo” de Simone de Beauvoir lançado em 1949, tornou-se um clássico do movimento feminista do século XX, ao refletir sobre as condições de vida das mulheres e a relação entre os sexos. Buscou também comprovar que a construção por vezes estereotipada da feminilidade advém de uma construção social inventada pelos homens, objetivando assim a auto-limitação pelas mulheres.

Ora, a mulher sempre foi, senão a escrava do homem, ao menos sua vassala; os dois sexos nunca partilharam o mundo em igualdade de condições; e ainda hoje, embora sua condição esteja evoluindo, a mulher arca com um pesado handicap. Em quase nenhum país, seu estatuto legal é idêntico ao do homem e muitas vezes este último a prejudica consideravelmente (BEAVOUIR, 2002, p. 14).

Outra dimensão associada pelos entrevistados à identidade masculina é a influência dos aspectos culturais na preservação do modelo hegemônico da masculinidade.

Para Connell (2005) a masculinidade hegemônica é um modelo idealizado culturalmente, onde a mulher é subordinada ao homem que ocupa uma posição de dominação decorrente de um contexto histórico, principalmente nas sociedades ocidentais, a qual foi estabelecida uma relação hierárquica entre os gêneros.

Atributos como agressividade, ambição, competitividade, austeridade, virilidade, dentre outros, fazem parte desse modelo que pode trazer essa dominação de forma implícita ou declarada, conforme as falas dos (as) entrevistados (as) a seguir:

[...] Ah! Pra ser homem. A maioria pensa que **ele pode tudo**. Que ele não pega nenhuma doença, que ele acha (Ent. 15, Grupo II).

[...] como trabalho nessa área de a saúde, eu percebo que os homens, eles são **mais resistentes** a qualquer tratamento, até as informações da gente, quando a gente faz a visita domiciliar. É bem mais difícil, sabe? (Ent. 17, Grupo II).

[...] Ser homem (pausa) eu sei que é um pouco complicado por eu ser mulher. Eu acho que homem tem a **cabeça mais fechada** que a mulher. O homem é incompreensível, o homem não tem aquela capacidade que a mulher tem (Ent. 19, Grupo II).

É sabido que muitos homens passam boa parte de sua vida em constante insegurança pelo simples fato de estarem provando a todo custo algum indício que o reporte ao modelo hegemônico de masculinidade.

Expressões citadas como “pode tudo”, “forte em tudo”, “conservador”, “independente”, “não adoecem” e “não sentem nada” denotam a tentativa masculina de exteriorizar um perfil que valoriza a virilidade, força corporal, racionalidade, dominação e coragem de se arriscar. Ou seja, muitos homens ainda buscam no seu cotidiano viver situações que o distanciem de qualquer que seja a imagem que a do modelo tradicional de masculinidade vigente.

Nessa perspectiva “olhar para o seu corpo”, “cuidar da saúde” e/ou “buscar atendimento médico” significaria o reconhecimento da própria vulnerabilidade, o que diverge da imagem viril esperada pela sociedade.

Assim, a procura de desafios que atestem o paradigma do “homem de verdade”, tem destaque a violência por diversas vezes, a qual vem sendo utilizada como a expressão/demonstração de onipotência e soberania, pois atenderia assim às necessidades de perpetuação do padrão tradicional de masculinidade.

Os homens têm uma expectativa de vida menor que as mulheres; respondem por cerca de 90% do contingente carcerário; morrem mais em acidentes de trânsito, ingestão de álcool e drogas; e cometem mais suicídios que as mulheres. Essas informações estão ao alcance de todos há muito tempo, então por que será que quando se fazem campanhas e definem-se ações elas não são levadas em conta? A violência não é um “ente”, **ela é macho** (NOLASCO, 2001, p. 13, **grifo nosso**).

Esse comportamento violento tem trazido números e indicadores de saúde nada satisfatórios à população masculina. Entre 1980 a 2005, na faixa etária de 15 a 59 anos, as causas externas configuraram-se em segundo lugar no *ranking* da mortalidade masculina, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. Outro dado que chama atenção é que os homens morrem numa proporção de 11,6 vezes mais por homicídios do que as mulheres (BRASIL, 2008).

Desde criança o menino se vê pressionado dentro de casa, na escola e também pelos meios de comunicação, e começa a ser socialmente educado a partir de premissas do modelo hegemônico de masculinidade. É comum escutarmos ainda nos dias de hoje expressões do tipo “Homem que é homem não chora”, “Menino não pode brincar de boneca”, “Rosa é cor de mulher”, dentre outras. Falas estas proferidas muitas vezes pelas próprias mulheres (mães e professoras), em razão da construção social de gênero a qual foi submetida por diversas vezes, reproduzindo esse modelo e sendo futuramente vítimas de comportamentos hostis e preconceituosos destes homens que ajudaram a educar.

As observações realizadas nas Unidades de Saúde da Família selecionadas para este estudo nos possibilitaram presenciar a ocorrência de situações singulares que reforçam a sobrevivência do modelo hegemônico de masculinidade.

A primeira situação que constatamos foi quando uma mãe impedia seu filho (com três anos de idade) de brincar com duas meninas da mesma faixa etária, alegando para o seu filho que menino não pode brincar com menina. Segundo a

mãe, meninos e meninas, tem que brincar separados e com brinquedos distintos: os meninos com carrinho e bola, as meninas de casinha e/ou boneca.

Já em outra USF nos chamou atenção quando uma criança do sexo masculino (com quatro anos de idade) ao entrar na sala de vacina apresentava fáceis de choro, provavelmente com medo da vacina que iria tomar em poucos instantes. Ao invés de acalmar seu filho, a mãe juntamente com a auxiliar de enfermagem proferiu uma série de adjetivos pejorativos diante à atitude expressa pela criança. Associaram o fato que ali estava ocorrendo um possível déficit de masculinidade. Contextualizaram também que esse comportamento era inadmissível para um homem, justificando a urgente necessidade de tomada de providências, a fim de não correr o risco de ter futuramente naquela criança um modelo de homem rejeitado pela sociedade.

Tais situações confirmam a existência de uma importante influência familiar, e, sobretudo dos pais na construção da identidade masculina.

La Rossa (2005) comenta que a mudança dramática no papel dos pais enquanto educadores de seus filhos e filhas na verdade nunca ocorreu a contento. Em pleno século XXI, meninos e meninas ainda crescem em sua grande maioria aprendendo que o mundo da mulher é a casa, portanto o espaço privado, e do homem o mundo, o espaço público.

Complementa que desde a infância meninos e meninas são educados pelos seus pais e professores para ter direitos e deveres distintos, e com isso começa a surgir um processo de dominação de um sexo em detrimento ao outro. Ao menino liberdade e exposição a riscos e a menina resta-lhe privação e proteção por vezes excessiva.

Assim criam-se dois mundos separados, onde a semelhança é negligenciada, e a diferença é maximizada entre os seres humanos.

Divergindo dessas falas que remetem ao modelo tradicional de masculinidade, encontramos em alguns relatos o entendimento da masculinidade sob um contexto de analogia a paridade entre os gêneros.

Assim, ser homem na visão dessas pessoas, não se restringe apenas a uma questão de ordem biológica, cultural ou qualquer outra parte fragmentada, mas sim, sob uma amplitude integral da interação entre os pares.

Este pensamento converge com algumas falas dos trabalhadores do PSF.

[...] Hoje, se você procurar biologicamente, existe diferença entre o homem e a mulher, agora no aspecto de convívio, pra mim **ser homem é você ser tão participativo como a mulher em todos os segmentos**, seja no lar, seja no trabalho, seja na comunidade que você convive (Ent. 20, Grupo II).

[...] Na concepção de ser humano [...] eu acho que **é uma dádiva assim como a mulher**, por que no estado de ser biológico, tem noções, adoece [...] igual a mulher (Ent. 21, Grupo II).

[...] Eu acho que o ser homem me bloqueou um pouco pra falar (risos) até por que eu sou mulher, (risos) mas **eu não consigo ter uma definição do ser homem com o ser mulher, eu consigo do ser humano, entendeu?** (Ent. 22, Grupo II).

Interessante aqui destacar que esta reflexão de uma nova masculinidade desprovida de indícios machistas somente se fez presente nas falas dos trabalhadores de saúde desta pesquisa. Em nenhum momento se percebe nas falas dos usuários a menção a esse imaginário, o que nos remete a considerar a possibilidade do modelo hegemônico de masculinidade perder sua força entre pessoas com maior grau de escolaridade e de mais alto poder aquisitivo. Provavelmente resulta do acesso a discussão, participação em cursos de atualização que aborda essa questão e a necessidade de um comportamento mais equitativo.

Santos (2007) realizou uma pesquisa com 17 homens jovens moradores de uma comunidade de baixa renda na cidade de João Pessoa, na Paraíba, na faixa etária de 15 a 19 anos. Seu objetivo era investigar qual era o(s) modelo(s) de masculinidades na percepção desse grupo. Constatou que ainda prevalece entre estes um modelo de masculinidade patriarcal vinculada à imagem do homem ao trabalho, e conseqüentemente ao provedor da família.

Por sua vez, Gomes; Nascimento e Araújo (2007) fizeram um estudo onde entrevistaram 28 homens, sendo 10 com baixa escolaridade (Grupo I) e 18 com nível superior (Grupo II), dentre os quais, 8 eram profissionais médicos. O principal objetivo desse estudo era procurar explicações quanto a pouca procura dos homens aos serviços de saúde. Averiguou-se que os entrevistados de maior grau de escolaridade tiveram opiniões mais críticas sobre a temática abordada, aproximando-se assim ao que se considera como posturas a serem esperadas/adotadas pela população masculina referentes ao cuidado com a sua saúde.

Percebemos a partir dos resultados dos estudos mencionados, a tendência de uma maior permanência do modelo tradicional de masculinidade em homens de menor nível de escolaridade e de baixa renda.

Não pretendemos aqui estabelecer diferenças entre concepções dos usuários em relação aos trabalhadores de saúde. Contudo se faz importante ressaltar alguns fatores que emponderam ou não aos homens quanto às práticas de cuidado sobre sua saúde. Neste caso, a baixa escolaridade e o menor poder aquisitivo podem influenciar decisivamente na adoção de hábitos pouco saudáveis pela população masculina.

Assim, diante de tudo que fora mencionado constatamos a pluralidade de concepções quando nos reportamos a pensar sobre masculinidades. Identificamos que ao mesmo tempo em que existem idéias que convergem entre os trabalhadores do PSF e usuários, há também alguns pontos de divergência e diferença entre os mesmos.

É importante destacar o entendimento do homem como ser em constante transformação, e que sendo assim, não deve ser formatado em um determinado modelo de masculinidade. É necessário haver uma contínua resignificação, a fim de que possamos compreendê-lo em sua essência integral como importante protagonista da sociedade a qual está inserido.

4.2 SAÚDE E MASCULINIDADES: ENTRELACANDO CONCEPÇÕES

Inspirado pela Hermenêutica Filosófica de Gadamer (1999) tentaremos aqui demonstrar que conceituar saúde está intimamente relacionado às experiências vividas do processo de saúde-doença de cada indivíduo em seu universo particular.

Assim, nessa categoria refletiremos de que forma os sujeitos entrevistados compreendem o que é saúde, fazendo por vezes entrecruzamentos com os modelos de masculinidades discutidos anteriormente. Em seguida, analisaremos de que forma essa concepção se articula com a dinâmica da acessibilidade masculina até a satisfação de suas necessidades.

O homem é produto do meio. Sendo assim, investigar a concepção de saúde dos entrevistados, ancorados com alguns preceitos relacionados ao estudo do

gênero nos permite talvez compreender o ‘fio condutor’ de uma relação complexa e na maioria das vezes conflituosa que tem trazido riscos em potenciais à saúde do homem.

Nessa perspectiva fora questionado aos sujeitos participantes da pesquisa qual era sua concepção sobre saúde. De uma maneira geral percebemos uma pluralidade de entendimentos tanto pela parte dos usuários, assim como pelos trabalhadores de saúde.

É sabido que conceituar saúde é um processo particular, no qual, cada pessoa constrói suas opiniões de forma singular a partir de seu contexto histórico, social e cultural, sejam elas advindas de experiências individuais e/ou coletivas do processo saúde-doença.

Do período que remonta da Antiguidade até o século XX a saúde era concebida como ausência de doença e/ou por outros termos correlatos, como enfermidade, deficiência, invalidez. Somente no início do século XX a concepção de saúde é relacionada ao bem-estar, e não mais apenas a mera ausência de um estado patológico (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Muitos entrevistados conceituaram o termo ‘saúde’ sob um contexto de bem-estar meramente fisiológico, não considerando dessa maneira, outros aspectos que estão diretamente associados a esta temática.

O termo ‘fisiológico’ deriva da palavra fisiologia, que é a ciência que estuda as funções mecânicas, físicas e bioquímicas dos seres vivos, isto é, estuda o funcionamento do organismo humano (BERNE; LEVY, 1998).

Trata-se assim de uma visão reducionista, dando importância apenas ao equilíbrio de fatores de natureza orgânica para se associar a discussão de uma questão tão ampla no que diz respeito ao processo saúde-doença.

As falas dos usuários exemplificam concretamente essa percepção.

[...] Saúde pra mim é cuidar bem da sua **matéria** (pausa) é fazer o que é certo no caso, a pessoa tem que correr atrás de sua saúde (Ent. 1, Grupo I).

[...] A saúde é uma coisa muito importante, tanto para o homem, como para a mulher, é o caso que nós está falando [...] **o homem é mais desligado na parte da saúde**, né? (Ent. 2, Grupo I).

[...] Saúde é a pessoa cuidar do **patrimônio dele**, do **seu corpo**, né? É não deixar encostar doenças, né? (Ent. 3, Grupo I).

Convergem com essas opiniões os depoimentos dos trabalhadores de saúde ao dizerem que:

[...] Saúde é [...] é a pessoa que realmente vem procurar, né? **Fazer exames periodicamente**, né? Correto. Ter uma **alimentação**, procurar o médico, né? Tá fazendo o **preventivo**, procurando o médico (Ent. 16, Grupo II).

[...] Então, por exemplo, a gente deve ter uma **boa alimentação**, é [...] fazer atividade física, quem gosta de jogar bola [...] **praticar um esporte**, quem gosta de academia, entendeu? (Ent. 18, Grupo II).

Notamos que os depoimentos dos usuários exaltam subjetivamente a estrutura física, através das expressões ‘matéria’ e da designação do ‘corpo como patrimônio’ do ser humano. Entrelaçando essa simbologia à reflexão numa lógica de gênero percebemos o quanto o ‘corpo’ representa um templo de significados no mundo masculino.

Talvez a situação mais clássica concernente da tríade homem-corpo-saúde, e que tem sido objeto de algumas representações machistas seja a dificuldade em realizar o exame de toque retal utilizado como diagnóstico preventivo do Câncer de Próstata.

A resistência do homem em submeter-se a um exame que comprovadamente ajuda a reduzir os altos índices de mortalidade pode estar relacionada à representação simbólica que o homem tem do seu corpo.

O corpo do homem e sua subjetividade são construídos para o domínio de si e do outro, para a constituição de uma relação de oposição com o mundo, com as pessoas e até mesmo com amigas/os, parceiros/as, amorosos/as. Isso demonstra que tecnologias corporais são, portanto, tecnologias de gênero, pois conformam as pessoas a formas sociais compreendidas como masculinas e femininas (MISKOLCI, 2006, p. 688).

Nessa lógica o corpo masculino estabelecerá sua relação para com o mundo através de padrões de masculinidade. O corpo teria assim zonas proibidas, isto é, regiões que devem ser evitadas ao risco de expressar desvios de comportamento sexual.

Damatta (1997) cita a brincadeira entre jovens chamada “Tem pente aí?” para exemplificar com mais precisão este paradigma. Tal brincadeira consiste no toque da passagem das mãos nas nádegas de um nos outros, verificando ou não, a presença de um pente no bolso da parte traseira da calça. Objetiva-se nesse jogo

descobrir aquele considerado como “homem de verdade” pelo fato deste dar um salto e não deixar acontecer o toque em suas nádegas.

Percebemos aí que para muitos homens as nádegas podem vir a representar uma zona proibida de seu corpo, e com isso qualquer prelúdio nessa área, como o exame de toque retal, venha talvez a pôr em risco o padrão de masculinidade exigido pela sociedade.

Outro ponto que merece destaque é a afirmativa dos Ent. 2 e Ent. 9 quando remetem que as mulheres cuidam mais da saúde do que os homens.

Expressões como “o homem é mais desligado da parte da saúde” e “o homem não cuida da saúde do jeito que a mulher” parece transparecer que existiria na visão desses entrevistados uma naturalização do cuidado à saúde relacionado ao sexo feminino. Seria algo imutável, posto pela natureza, e sendo assim, ao homem não caberia primordialmente essa postura do cuidar.

Na opinião de outros sujeitos da pesquisa conceituar ‘saúde’ vai além meramente de um bem-estar fisiológico. Saúde para essas pessoas seria então compreendido como um “completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença”, conceito este aprendido na formação e que constitui o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1947, p. 01).

Avançada para a época, mas talvez irreal para os padrões atuais, este conceito tem sido alvo de algumas críticas por idealizar um estado de saúde utópico relacionado à perfeição.

Não se deseja, enfocar o subjetivismo que tanto a expressão “perfeição”, como “bem-estar” trazem em seu bojo. Mas, ainda que se recorra a conceitos “externos” de avaliação (é assim que se trabalha em Saúde Coletiva), a “perfeição” não é definível. Se trabalhar com um referencial “objetivista”, isto é, com uma avaliação do grau de perfeição, bem-estar ou felicidade de um sujeito externa a ele próprio, estar-se-á automaticamente elevando os termos perfeição, bem-estar ou felicidade a categorias que existem por si mesmas e não estão sujeitas a uma descrição dentro de um contexto que lhes empreste sentido, a partir da linguagem e da experiência íntima do sujeito. Só poder-se-ia, assim falar de bem-estar, felicidade ou perfeição para um sujeito que, dentro de suas crenças e valores, desse sentido de tal uso semântico e, portanto, o legitimasse (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 539).

Moura (1989) corrobora com essa discussão quando comenta que considerar à saúde como um estado de “nirvana” seria uma noção subjetiva, utópica. Algo que dificilmente pudesse ser alcançado/vivido, e desta maneira estaríamos sob uma égide de negação ao invés de aceitação.

Esta definição da OMS teria sido proposta na época para servir de referência para a criação de políticas públicas de saúde, visto que até então essa pauta era tratada quase que exclusivamente a assuntos de natureza bacteriológica (NOAK, 1987).

Todavia, mesmo diante de uma definição que ainda não contemple a dinâmica entre a harmonia do sujeito com a sua realidade, faz-se necessário ressaltar que já houvera um significativo avanço do conceito de saúde ao longo do tempo.

No depoimento de alguns entrevistados, na sua maioria profissionais de saúde e pessoas com treinamento para orientar ações de saúde, é percebida uma assunção ao conceito da OMS (1947). A expressão “bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” está expresso com clareza nas suas falas:

[...] Saúde é a pessoa tá com o corpo bem, né? Eu acho que tem a ver com isso [...] o homem tá com o corpo **físico e mental também** (Ent. 7, Grupo I).
 [...] Saúde é um conjunto, né? (Ent. 13, Grupo II).

[...] Saúde é um bem **estar biopsicossocial e não a ausência de doença**. Isso é o que a gente entende, mas pra eles não é assim não (Ent. 14, Grupo II).

[...] Saúde pra mim hoje não é somente a ausência de doença. Por isso que eu falo assim, e sinto muita necessidade [...] por que a saúde **está como um todo** (Ent. 21, Grupo II).

Há um entendimento por parte desses trabalhadores que saúde é um “bem-estar biopsicossocial”; complementado pelo usuário como o “corpo físico e mental bem”, vinculando a concepção de saúde a um estado harmonioso entre corpo, mente e espírito.

A princípio, o entendimento da expressão “bem-estar” pode significar sentir-se plenamente bem, ou então apenas, não se sentir mal, não apresentar queixa(s), o que é meramente impossível.

Vivemos sob um mundo repleto de estresses contínuos, com doenças psicossomáticas como ansiedade, depressão, distúrbios do padrão do sono e alimentares, dentre outras, afetando a cada dia mais pessoas. Tais aspectos dificultam cada vez mais o alcance de um estado pleno de bem-estar no contexto atual.

Diferentemente do significado dado pela OMS, outros depoimentos estabelecem uma relação do conceito de saúde como ausência de doença. Para essas pessoas pensar em 'saúde' parece denotar uma visão de viés biológico, orgânico, característico do imaginário do século XIX. Nesse sentido vale relembrar que, durante muito tempo o modelo sanitário brasileiro baseava-se em práticas assistenciais centradas em âmbito hospitalar, onde o acesso estava restrito na maioria das vezes aos contribuintes da Previdência Social.

Tal herança tem origem no pensamento médico ocidental do século XVIII, assim como na influência da Escola Norte-Americana – concepção flexneriana – a qual estava fundamentada na medicina especializada direcionada ao indivíduo. Somente através do Movimento da Reforma Sanitária, o qual culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, foi possível a elaboração, e posterior aprovação de novos princípios e diretrizes na Constituição de 1988 que demarcariam a partir daquele instante o nascimento de um novo modelo de atenção à saúde (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

O contexto de caráter flexneriano está presente nas falas dos usuários a seguir:

[...] Saúde é a pessoa ter a saúde pública. **Não ser uma pessoa doente**, ser uma pessoa saudio. (Ent. 4, Grupo I).

[...] Saúde? Saúde é [...] **é a pessoa doente**, né? A pessoa doente e se não procurar, se não procurar o médico pra ele tomar um remédio certinho. O médico passar pra ele tomar aí ele vai melhorar, se ele não tomar o remédio com tempo ele morre. (Ent. 5, Grupo I).

[...] **Saúde é ir ao posto de vez em quando, quando tiver precisão**, e certamente de vez em quando eu vou no posto [...] a minha pressão é alta, aí eu tomo medicamento, e sempre cuidar da saúde, certo?. (Ent. 12, Grupo I).

Convergem nesta mesma concepção as falas dos trabalhadores de saúde

[...] é o bem-estar da pessoa. Saudável, **não ter doença nenhuma** (Ent. 15, Grupo II).

[...] **Geralmente só venho aqui quando tem uma gripe, um resfriado** que [...] mais ou menos assim, quando tem **uma dor de cabeça**, passo pra ver o que é e o que tá causando aquela dor de cabeça. (Ent. 16, Grupo II).

Percebemos uma posição dúbia na fala do trabalhador [Ent. 4] quando ele ao mesmo tempo em que refere 'geralmente procurar o serviço de saúde quando está

doente', logo em seguida menciona como 'ignorância' não ter atitudes preventivas do cuidado ao seu corpo.

Muitos trabalhadores do PSF se encontram insuficientemente preparados em atender as demandas da população, pois não possuem uma adequada compreensão do processo saúde-doença. Somado a este aspecto, em algumas ocasiões acabam impondo suas opiniões pessoais, dificultando assim a expressão das necessidades de saúde dos usuários (NERY, 2006).

O descompasso entre o discurso e a prática dos trabalhadores de saúde nos remete a conhecida expressão popular "faça o que digo, mas não faça o que eu faço". Estresse, noites mal dormidas, sedentarismo, obesidade, tabagismo e alcoolismo são alguns dos exemplos que trazem prejuízos à saúde humana, e que vem atingido a cada dia mais um grande número de profissionais de saúde.

A dialética entre a teoria e os fatos observados em muitas ocasiões daqueles que se esperariam um comportamento mais aproximado de um estilo de vida saudável, nos remete a pensar o quanto é complexo a dinâmica do processo saúde-doença.

Nesse aspecto é conveniente então pensar que a adoção ou não de práticas positivas para um bem-estar perpassa por fatores biopsicossociais, indo mais além de modo a reconhecer a necessidade de se pensar na ampliação das de ações de saúde sob uma perspectiva da integralidade.

Para Mattos (2001, p.48-9),

[...] não podemos aceitar que um médico responda apenas ao sofrimento manifesto do paciente. [...] A atitude do médico que diante de um encontro com o paciente motivado por algum sofrimento, aproveita o encontro para apreciar fatores de risco de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente, e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento, ilustra um dos sentidos de integralidade.

Em relação à integralidade o autor complementa ser esta uma expressão de significado polissêmico, com múltiplos sentidos que convergem em oposição ao reducionismo, a fragmentação e a objetivação dos sujeitos.

Nascimento (2002) complementa afirmando ser necessário olhar o ser humano sob uma visão de inteireza. Para tanto, as relações entre trabalhador/usuário/família devem estar pautadas no lidar permanente das subjetividades emergentes a partir desse encontro.

A compreensão da saúde sob uma lógica que vislumbra a integralidade é percebida nas falas dos trabalhadores de saúde abaixo:

[...] Eu acho que saúde reuniria todo um conjunto [...] em primeiro lugar é um conceito que deve ser adquirido **desde a infância**, e a **nível doméstico**, pra depois ele ter uma conotação, digamos assim, mais abrangente ainda de comunidade (Ent. 20, Grupo II).

[...] Eu atendo às vezes pacientes aqui que vem sem queixas de doença nenhuma, mas vem com problema emocional, por que surgiu alguma advertência [...] **uma intercorrência na família** [...] vem fazer um diálogo [...] vem pedir uma orientação...hoje as mulheres fazem isso [...] os homens não vêm...a gente não tem o público pra isso. (Ent. 21, Grupo II).

[...] Saúde pra mim eu vejo como uma **qualidade de vida** [...] e pra você ter essa qualidade de vida, você precisa estar em sintonia física, psíquica, convivendo com as fragilidades, convivendo com as nossas patologias, mas vivendo de uma forma **harmoniosa** (Ent. 22, Grupo II).

Podemos verificar a recomendação de um entrevistado em se pensar a saúde através da educação doméstica. Nessa abordagem, os pais em seu dia-a-dia possuem a árdua responsabilidade de educar sua prole visando um adequado convívio social, pois, a depender de como esses filhos são criados poderemos ter ou não complicações da saúde e que podem vir a comprometer não só a si, mas a todo um coletivo.

Vale lembrar que, a maneira como os homens cuidam de sua saúde está intimamente relacionada à construção social de sua identidade masculina.

A construção social da qual tanto o homem quanto a mulher está submetida desde a infância, define comportamentos e condutas diferenciadas para ambos. Desde cedo, a menina é incentivada a olhar para o seu corpo, a cuidar de si, e do outro mediante brincadeiras de boneca, casinha e outras comuns ao universo feminino. Ao menino cabe se aventurar a brincadeiras, como, por exemplo, armas ou jogos de guerra, que de alguma maneira o aproximam ao modelo hegemônico de masculinidade, o qual lhe expõe a vários riscos, principalmente a sua saúde, sob o argumento de que “isso é para ele aprender a ser homem”.

O menino é condicionado a não chorar, pois quando isso acontece indica fragilidade e imediatamente escuta de alguém a ele próximo “homem não chora”. Inicia-se então uma espécie de “aprisionamento” onde o simples fato de expressar suas emoções pode ser interpretado como sinônimo de fraqueza perante a sua família e amigos. Dessa maneira, desde pequeno o homem aprende a não

manifestar a dor, e nem pedir ajuda quando se faz necessário, camuflando sua vulnerabilidade.

Em uma sociedade que equipara sucesso, poder e força como características especificamente masculinas, os homens ficam confusos entre duas categorias mutuamente excludentes: papéis masculinos e papéis femininos tradicionais. Se decidem realizar seu papel masculino prescrito, comportando-se de forma inexpressiva e competitiva, então suas necessidades psicológicas básicas ficam insatisfeitas. Com frequência, isto resulta em condutas compensadoras, disfuncionais, agressivas e de risco, que predispõem os homens a doenças, lesões e morte, inclusive propiciando lesões graves nas pessoas que os rodeiam. Se forem satisfeitas as necessidades básicas, mas não as expectativas da sociedade, o homem pode terminar sendo considerado “pouco homem” pelos outros ou, inclusive, por si mesmo (KORIN, 2001, p. 71).

Esse particular comportamento masculino advindo de um modelo de invulnerabilidade ora por vezes popularmente intitulado como “Síndrome do Super-homem” (alguém forte e destemido), tem sido alvo de bastantes críticas e discussões, pois acaba por ocasionar déficits no cuidado à saúde da população masculina, e conseqüentemente também deixando seqüelas em seu convívio social e familiar.

Para Nitschke (1999, p. 41), “falar em família é mergulhar em águas de diferentes e variados significados para as pessoas, dependendo do local onde vivem de sua cultura e, também, de sua orientação religiosa e filosófica”.

Faz-se necessário pensar sobre a complexa, sobretudo importante relação estabelecida do processo saúde-doença sob a égide da dinâmica familiar. Basta que aconteça alguma situação que traga prejuízos à saúde de determinada pessoa, para que se dê início a um estado de desequilíbrio do núcleo familiar a qual esta pertencer.

Wright e Leahey (2002) referem à família como um sistema, ao mesmo tempo em que a compara com um móbile.

Visualize um móbile, com quatro ou cinco peças, suspenso no teto, movimentando-se delicadamente no ar. O todo está em equilíbrio, embora se movimente de maneira uniforme. Algumas peças se movem rapidamente; outras estão quase estacionárias. Algumas são mais pesadas e parecem suportar mais peso na direção final do movimento do móbile; outras parecem mover-se para frente em um passeio. Uma brisa que toca apenas um seguimento do móbile influencia imediatamente o movimento de cada peça, algumas mais do que de outras, e o ritmo envolve algumas peças não equilibradas e as movimenta de modo caótico por algum tempo. De maneira gradual, **o todo exerce sua influência na(s) parte(s) errante(s) e o equilíbrio é restabelecido, mas não antes de ocorrer uma decidida alteração em direção ao todo.** (WRIGHT; LEAHEY, 2002, p. 38, grifos nosso).

De uma forma geral, os usuários em sua maioria definem saúde sob uma lógica biologicista advinda de situações do seu dia-a-dia, de fatos concretos que observam e/ou até que já vivenciam. Os trabalhadores do Programa de Saúde da Família parecem concordar de forma aproximada à definição de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde (1947).

Outro ponto abordado através nos depoimentos foi à associação do conceito da saúde como qualidade de vida, onde ter qualidade de vida perpassa pela harmonia de diversos fatores, como estabilidade financeira, adequada alimentação, saneamento básico, estrutura familiar, dentre outros.

A Organização Mundial da Saúde define a expressão 'qualidade de vida' como "a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHO, 1998, p. 27).

Colabora com a discussão Nahas (2003, p. 14), quando define a qualidade de vida como "condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e sócio-ambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive".

Constituem-se exemplos de parâmetros sócio-ambientais a moradia, transporte, segurança, assistência médica condições de trabalho e remuneração, educação, opções de lazer e meio ambiente. Como parâmetros individuais tem destaque a hereditariedade, estilo de vida, hábitos alimentares, atividade física habitual e comportamento preventivo (NAHAS, 2003).

Percebemos que alguns desses parâmetros como a prática de atividades físicas e a adoção de melhores hábitos alimentares são passíveis de mudanças, e, por conseguinte, tornam-se aspectos que influenciam numa melhor qualidade de vida no tocante ao seu bem-estar, e colaborando na redução de alguns indicadores de morbimortalidade.

Além desses, alguns parâmetros são de natureza macropolítica, como a educação, lazer, saneamento básico e geração de renda que perfazem um conjunto de aspectos transversais ao campo da saúde, e que necessitam de uma efetiva administração, buscando melhores prognósticos no que se refere à política sanitária brasileira.

Nessa perspectiva, um dos (das) entrevistados (as) já mostra preocupação como déficit gerencial do Estado em relação à saúde.

[...] Tá faltando muita coisa, também deveria ser melhor. **O governo, acho que devia trabalhar melhor em cima da saúde.** Assim mesmo, tá faltando muita coisa pra saúde (Ent. 19, Grupo II).

Essa fala converge com o depoimento do usuário do serviço quando chama a atenção da responsabilidade do Estado quanto às políticas de saúde sob uma ótica intersetorial a serem ofertadas para a população.

[...] eu vejo que isso é uma ação que envolve não só a família, como também o próprio **Estado**. Só pra exemplificar, hoje a gente vê muito as pessoas se preocupando com atividade física, a gente sabe que uma boa parte das patologias se faz necessário você ter uma atividade, uma boa atividade física para você se prevenir de algumas patologias (Ent. 20, Grupo II).

No início do século XVIII inicia-se em alguns países um processo de interferência do Estado como instituição implementadora e reguladora das políticas públicas de saúde. No Brasil, este mesmo movimento estatal começa no final do século XIX a gerenciar através do poder Executivo, normas e saberes assistenciais de suas unidades federativas, resultando assim no domínio da gestão sanitária nacional (PINHEIRO; CAMARGO JR, 2000).

Desde a época da República Velha (1889-1930) com as Campanhas Sanitárias voltadas ao controle das grandes epidemias, passando pelo modelo médico-assistencial privatista direcionado à medicina previdenciária, pela criação dos programas especiais diante à crise na saúde na década de 70, e até recentemente por alguns modelos de vigilância à saúde (sanitária e epidemiológica), o Estado vem interferindo de forma pontual e particular na organização e oferta dos serviços de saúde no país através de modelos assistenciais (PAIM, 1999).

Pinheiro e Camargo Jr. (2000) observam que historicamente as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde têm sido predominantemente caracterizados pela formulação de programas direcionados a assistir a um perfil de adoecimento da população em um determinado tempo e espaço geográfico, fazendo surgir grupos de demandas assistenciais: clientela já adoecida e outra com risco de adoecimento.

O primeiro grupo estaria orientado no atendimento de patologias específicas com maior prevalência numa determinada população, como no caso da diabetes e da hipertensão, onde os profissionais de saúde são responsáveis, fazem o controle dos seus sintomas e da terapia medicamentosa.

Nesse tipo de programas a lógica é a seguinte: o paciente é submetido a critérios classificatórios estabelecidos a priori para caracterizar uma doença. Esses critérios estão relacionados à existência de uma determinada quantidade de sinais e sintomas, acompanhada de um diagnóstico e uma terapêutica específica. Diagnóstico e Terapêutica estão estruturados hierarquicamente em níveis de acordo com o grau de gravidade (leve, moderado ou grave) atribuído à doença no que diz respeito às suas manifestações. Assim, ao integrar o programa o paciente assume a identidade da doença de que é portador (hipertenso, diabético), com diagnóstica e terapêutica previamente estabelecida, portanto com registro e controle (PINHEIRO; CAMARGO JR., 2000, p. 106).

O outro grupo está associado ao acompanhamento de segmentos populacionais considerados em risco através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF).

Como já citado anteriormente na introdução deste estudo, o modelo tecno-assistencial sanitário no Brasil é compreendido tradicionalmente sob a forma de uma pirâmide, onde deve haver um fluxo vertical, seja ascendente ou descendente dos usuários a depender de suas necessidades. A base desta estrutura é a Atenção Primária, hoje representada pelo Programa de Saúde da Família, passando pela Atenção Secundária (hospitais e ambulatórios de média complexidade), até então chegar a Atenção Terciária, onde estariam os hospitais e serviços de alta complexidade (ápice da pirâmide).

Esse modelo assistencial tem recebido muitas críticas, pois acaba fomentando o imaginário de que a UBS seja a única “porta de entrada” do sistema de saúde. Fato este que talvez venha desprovendo de maiores responsabilidades os demais níveis de atenção de possuir um perfil mais acolhedor baseado no princípio da integralidade do cuidado.

Consoante a isto tem sido a percepção da pouca eficiência da Atenção Primária à Saúde em diversas demandas, o que vem resultando em um fluxo assustador de usuários aos serviços de pronto atendimento, o qual nestes prevalece à assistência médica curativista com pouca ênfase na prevenção e promoção da saúde (CECÍLIO, 1997).

Mas se esse modelo de saúde não tem surtido efeito esperado através dos indicadores de saúde, pergunta-se, por que então continuar? Por que não mudar?

Pinheiro e Camargo Jr. (2000, p. 7) consideram que existem pelo menos duas importantes explicações para a permanência desse modelo. Segundo os autores “o primeiro seria à racionalidade do planejamento dos serviços de saúde e o segundo diz respeito à forma de organização da tecnoburocracia estatal em saúde”.

No que tange à discussão sobre o planejamento das ações nos serviços de saúde, Silva (2006) em seu estudo 'Planejamento em Saúde no Programa de Saúde da Família em Jequié-BA: a dialética entre a teoria e a prática' percebeu que não vem existindo uma prática de planejamento em saúde a partir do diagnóstico local da comunidade, seja pelas equipes do PSF e/ou pelas instâncias governamentais.

Foi possível notar que em apenas duas ESF do município de Jequié existe o Conselho Local de Saúde, em que representantes da comunidade têm a possibilidade de participação enquanto co-responsáveis pela elaboração de um planejamento em saúde. Contudo estes conselhos funcionam de forma precária sem um acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde e com a participação de sujeitos sociais que não tiveram condições de participar de uma capacitação que lhes facilitasse o conhecimento teórico-prático da organização, do funcionamento e da estruturação de um PSF. Nesse caso podemos considerar que no município de Jequié, não existe uma prática de planejamento em saúde que seja elaborada em consonância com a comunidade local. Os limites do planejamento nessas equipes se reduzem à participação da comunidade em alguns grupos de convivência tais como grupo de Hipertensos, grupo de Diabéticos, grupo de Gestantes, dentre outros (SILVA, 2006, p. 207).

Parece-nos que está havendo um crescente movimento dialético entre a teoria e prática no campo da saúde, no qual o homem, protagonista desse estudo se encontra num emaranhado de significados que só o distanciam de satisfazer as suas necessidades de saúde.

O interessante é abstrairmos de todo esse contexto a necessidade de repensarmos de que forma está sendo compreendido o processo saúde-doença, e, por conseguinte, a maneira pela qual estão sendo desenvolvidas às ações de saúde voltadas ao público masculino no Programa de Saúde da Família.

4.3 (DES) CAMINHOS DA ACESSIBILIDADE MASCULINA AO PSF: UMA ESTREITA "PORTA DE ENTRADA"

Nas duas categorias anteriores entrelaçamos as múltiplas concepções sobre 'masculinidades' e 'saúde' a partir do entendimento dos participantes da pesquisa e das observações realizadas nas USF selecionadas para este estudo. Paralelo a isso, tentamos compreender de que maneira estas identidades encontram-se socialmente estruturadas, e de que modo as mesmas se refletem no campo da saúde.

Emponderados desse contexto será possível contextualizar com melhor clareza as especificidades da relação que vem sendo estabelecida entre o homem e o cuidado à sua saúde. Nesse tocante, o estudo da acessibilidade ganha destaque, pois além de ser um direito constitucional, configura-se também como um dos pilares da proposta do Programa de Saúde da Família.

Todos os sujeitos deste estudo, inclusive os do sexo masculino, através de suas falas mostraram-se sensíveis a importância da discussão do cuidado à saúde do homem. Paradoxalmente, durante as visitas que fizemos nas USF selecionadas pudemos constatar a reduzida procura dos homens a estes serviços, principalmente se compararmos com a significativa demanda existente do público feminino.

Faz-se necessário também o registro da pluralidade de justificativas dos entrevistados a respeito da pouca presença masculina no PSF. Observamos, contudo, que essas distintas explicações convergem em algum instante a um único eixo estruturante que está relacionado à construção da identidade masculina associada à desvalorização do auto-cuidado, e a preocupação incipiente com a saúde vinculada aos múltiplos significados do “ser homem”.

Nesta perspectiva, o principal objetivo de nossa pesquisa é analisar a dinâmica da acessibilidade masculina ao PSF no município de Jequié/BA. Para isso fundamentamos a análise dos dados coletados a partir da classificação operacional proposta por Fekete (1997) sob a ótica das dimensões geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica.

4.3.1 Acessibilidade Geográfica

Historicamente o conceito de acessibilidade geográfica permaneceu por muito tempo vinculado à discussão apenas de duas variáveis: número de usuários e distância do serviço (LORA, 2004).

Através do conceito da “Territorialização em Saúde” proposto por Unglert (1990) foi possível ampliar este significado a partir da análise do confronto das necessidades de saúde da população com os recursos existentes no território reconhecido pela mesma.

Fekete (1997, p. 117) define a acessibilidade geográfica como “a distância média entre a população e os recursos”. Todavia, a autora ressalta que essa dimensão não deve ser restrita a apenas a distância territorial, mas que deve ser medida pelo tempo e meios de transporte que os usuários utilizam para a obtenção da assistência à saúde.

Assim, como já citado anteriormente neste estudo, foram selecionadas oito unidades de saúde da Família no município de Jequié/BA, sendo seis dessas situadas na zona urbana e duas na zona rural.

Pudemos constatar a partir das falas dos sujeitos da pesquisa, bem como através das observações realizadas nestas unidades de saúde, a (in) visibilidade de barreiras geográficas como componente impeditivo para a obtenção de assistência à saúde pelo público masculino.

Entendem-se barreiras geográficas como obstáculos naturais ou resultantes da implantação urbana que organizam os fluxos de circulação. Dessa forma, estes acabariam por criar distâncias relativas, as quais podem variar desde o nível local até o regional (UNGLEART, 1987).

Parece-nos a princípio que no município de Jequié as possíveis “distâncias relativas” não constituem empecilhos de acessibilidade masculina ao PSF, visto não terem sido mencionadas e/ou observadas pelos sujeitos da pesquisa.

É sabido que nem sempre um serviço geograficamente próximo ao domicílio de um usuário será considerado de adequada acessibilidade para o mesmo. Alguns aspectos como, horário de funcionamento, credibilidade no atendimento, e até mesmo a empatia e vínculo estabelecido com alguns profissionais acabam se tornando elementos que influenciam a acessibilidade dos usuários a determinado serviço.

Desta maneira concordamos com Fekete (1997, p. 117) quando diz que “a existência de alta acessibilidade geográfica necessariamente não garante a possibilidade de utilização dos recursos por parte da população”. Isto é, a dimensão geográfica analisada de forma isolada não dá conta de explicar a dinâmica de acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde.

Esse pensamento converge com a nossa observação quando em nossas visitas presenciarmos poucos homens nas USF, seja naqueles serviços localizados na zona urbana, assim como naqueles situados na zona rural.

Desse modo, percebemos que a distância geográfica não tem sido a princípio um aspecto decisivo na procura pelo cuidado à saúde do usuário do sexo masculino ao PSF no município de Jequié/BA. Se assim o fosse, os serviços mais próximos às residências desses usuários teriam uma maior demanda quando comparados às unidades de saúde geograficamente mais distantes, o que neste caso, não se observou.

4.3.2 Acessibilidade Organizacional

A forma como os serviços de saúde estão organizados podem influenciar e/ou dificultar a acessibilidade masculina no que tange à satisfação de suas necessidades de saúde.

As oito USF selecionadas neste estudo apresentam em comum a característica de representarem a “porta de entrada” preferencial do sistema de saúde do município de Jequié/BA. Entretanto, são distintas se analisarmos seus particulares processos de trabalho, bem como a pluralidade da conformação ideológica de suas equipes de saúde.

Através da análise das falas dos sujeitos participantes da pesquisa e das observações realizadas nestas unidades selecionadas começamos a buscar razões que pudesse justificar a pouca presença masculina no contexto do PSF.

A primeira explicação latente foi de perceber a forma como os homens geralmente vinham sendo recebidos nestes espaços.

Figueiredo (2005) afirma que os homens sentem mais dificuldades em comparecerem nestes serviços, seja pelo tempo de espera para serem atendidos e/ou por considerarem estes espaços como eminentemente feminino. Somado a isso está o fato que a equipe multiprofissional do PSF, em sua maioria, é composta por mulheres, situação a qual provoca em algumas ocasiões certo constrangimento masculino ao precisar expor suas necessidades de saúde.

Todavia não encontramos a partir das falas dos entrevistados algo que pudesse dialogar com tal assertiva. Pelo contrário, parece existir um estado de “nirvana”, representado por uma aparente harmonia de acolhimento e vínculo entre

os usuários do sexo masculino e os trabalhadores do PSF no município de Jequié/BA.

Para Mehry et al. (1997), acolhimento e vínculo são dois dispositivos que possibilitam a produção do trabalho em saúde. Daí constituem-se como importantes ferramentas para se redefinir a lógica de atendimento do processo de trabalho, e conseqüentemente, a satisfação das necessidades de saúde dos usuários.

Para alguns usuários o acolhimento é sinônimo de um atendimento cordial perceptível nas falas a seguir:

[...] Olha, eu mesmo pra mim não tenho nada a falar do posto de saúde e dos profissionais. Sou muito **bem atendido** (Ent. 2, Grupo I).

[...] **O tratamento lá pra mim é ótimo**. Não tenho o que falar mal de lá. Pra mim, toda vez que preciso sou bem atendido, não tenho o que falar mal (Ent. 3, Grupo I)

[...] O pouco que venho aqui o pessoal me trata bem, as funcionárias me trata bem. Achei pra mim não tenho que reclamar, **não tenho que reclamar de ninguém** (Ent. 4, Grupo I).

[...] Eu, o que eu posso dizer? Pra mim eu vou no posto ali, **eu sou bem atendido, eles nunca fez cara feia pra me atender**. (Ent. 11, Grupo I).

Outros usuários complementam que além do atendimento cortês, o profissional de saúde deva ser resolutivo perante suas demandas.

Identificamos esse sentimento presente nas falas a seguir:

[...] Pra mim é ótimo. Toda vez que eu venho aqui, eu **resolvo meus problemas**, e sou bem tratado (Ent. 1, Grupo I).

[...] É, foi cumprido o dever. Fui bem atendido, e foi **resolvido** o que fui procurar (Ent. 6, Grupo I).

[...] Atendimento nota dez. Eu tô sendo bem tratado, faço os meus exames de laboratório, de três em três meses eu faço a triagem, **tem problema nenhum não** (Ent. 8, Grupo I).

As convergências dessas falas sugerem uma definição de acolhimento que ultrapassa o conceito da cordialidade do atendimento dos trabalhadores de saúde, e alcance a resolutividade dos problemas e/ou necessidades de saúde trazidas pelos usuários.

Nesse sentido, Solla (2005, p. 495) mostra a abrangência do significado do acolhimento ao dizer que este

significa a humanização do atendimento, o que pressupõe **a garantia de acesso a todas as pessoas**. Diz respeito, ainda, a **escuta de problemas de saúde do usuário**, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e **responsabilizando-se pela resolução do seu problema**. Por consequência, o Acolhimento deve garantir a **resolubilidade** que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário. A responsabilidade para com o problema da saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao **vínculo** necessário entre o serviço e a população usuária (**grifos nossos**).

Para Campos (1997), o vínculo também constitui importante dispositivo na relação entre profissional/usuário, ao ser capaz de produzir autonomia e cidadania, fazendo assim com que o usuário participe de tomada de decisão no que concerne ao seu processo saúde-doença.

A seguir, nas falas dos usuários o vínculo aparece através de expressões como “amizade” ou então pela descrição de já ser uma “pessoa conhecida” pelo profissional que o está atendendo naquele instante.

[...] Pra mim a relação que eu tenho com eles é de **amizade**, por que eles me tratam bem, daí eu fiz amizade com todos eles (Ent. 1, Grupo I).

[...] Quando eu chego lá, atende a gente no horário certo. Chega, é bem atendido. **Se eu preciso ir lá agora, ”preciso falar com fulano”, aí dá um tempozinho aqui que já atendo** (Ent. 5, Grupo I).

Não abstraímos a partir das falas dos sujeitos da pesquisa aparentes tensões relacionadas ao acolhimento e vínculo dos usuários do sexo masculino no PSF do município de Jequié/BA.

Entretanto, Fekete (1997) nos chama a atenção quando diz que os obstáculos enfrentados pelos usuários podem também estar localizados na entrada dos serviços de saúde. Aspectos como a demora em se conseguir uma consulta, tipo de marcação de horário, e até mesmo, turnos de funcionamento caracterizariam “barreiras organizacionais invisíveis” ao se estabelecer um primeiro contato com o serviço de saúde.

Nessa perspectiva pudemos observar a partir das visitas que fizemos nas unidades de saúde selecionadas que alguns empecilhos condizentes a acessibilidade masculina estão relacionados ao modo de ingresso dos usuários a estes serviços.

Ainda predomina o sistema de “disputa” de fichas para a obtenção de consultas médicas. Geralmente existe um dia na semana para tal fim, onde a ordem

de chegada, por muitas vezes, torna-se o critério mais importante de acesso ao atendimento naquele momento. Esta situação se articula com o pensamento de Denti (2001) quando afirma que agindo desta forma o PSF mantém um sistema excludente de atendimento, onde a prioridade de atendimento é de quem chegar primeiro. Complementa que a conseqüência disso são as longas filas desumanas que começam a se formar desde cedo em busca de atendimento nestas unidades.

Outra forma de se estabelecer a acessibilidade dos usuários às consultas é a existência de febre ou dor. Escutamos por duas vezes em unidades distintas a auxiliar de enfermagem do PSF dizer a todos os que estavam ali presentes na sala de espera “que só tinha vaga para quem estivesse com febre ou com dor”. Trabalhadora essa que por muitas vezes assume a complexa tarefa de decidir isoladamente quem será atendido naquele dia, pois os outros profissionais (médico e enfermeiro) geralmente não participam dessa triagem.

Azevedo (2007, p. 111) traz a discussão sobre aspectos que “estão diretamente relacionado à questão do atendimento à demanda espontânea (intercorrências), que, por não serem valorizados no PSF, tampouco conseguem fazer parte de seus processos cotidianos de trabalho”.

Os usuários que procuram o serviço de saúde em situação de sofrimento e angústia, e quando a unidade básica não responde de forma satisfatória às suas necessidades, para eles impreteríveis, acabam desembocando nos serviços de Pronto Atendimento, Prontos-socorros e Farmácias (FRANCO; MEHRY, 2003).

Nestes serviços encontramos uma maior prevalência de homens, pelo menos quando comparados às USF. Explicar-se-ia essa maior demanda masculina a tais espaços assistenciais pelas razões que acabaram de ser mencionadas, associadas ao imaginário do alcance de respostas mais rápidas e objetivas frente às suas demandas de saúde (PINHEIRO et al., 2002).

Podemos evidenciar a dinâmica masculina a esses serviços na fala de um trabalhador:

[...] Porque é mais fácil eu chegar na farmácia, falar com farmacêutico e ele te indica um medicamento, você toma aquele medicamento e acha que sarou. Porque lá o remédio é mais fácil. Pegou, pagou, comprou e foi embora não tem que dar satisfação a ninguém. E aí no posto não, **ele dá satisfação ao médico**, tem que contar tudo como aconteceu, por que tá com isso, por que tá com aquilo e lá eles não precisam contar nada. **Ele quer um remédio pra tal coisa, acabou!** (Ent. 19, Grupo II).

Foi fácil confirmar a ambientação das USF como espaços eminentemente femininos. Tanto nas áreas de atendimento individual (consultórios médico e de enfermagem), coletivo (salas de espera e reunião) e/ou de livre circulação (corredores e recepção) visualizamos a todo instante diversos cartazes produzidos pelo Ministério da Saúde (puericultura, incentivo ao aleitamento materno, preventivo do câncer de mama e do colo do útero, e outros), a qual simbolizavam através da figura da mulher, uma idealizada representação do cuidado à saúde.

Associado a isso constatamos também que alguns profissionais (especialmente as enfermeiras) “reforçam” à feminilização dos ambientes através de cores (rosa, lilás) no seu jaleco e instrumentos de trabalho (caneta, lápis, estojos) e através de símbolos (personagens de desenho animado nas paredes e nas capas dos livros-atas utilizados para o cadastramento e acompanhamento das ações programáticas) que tradicionalmente são vinculados ao universo feminino.

Observamos também que daqueles poucos homens que procuravam o PSF, a grande maioria estava ali pra ser atendido pelo (a) enfermeiro (a) no programa Hiperdia ou então por motivos agudos (principalmente dor e febre), os quais eram encaminhados à consulta médica através da “avaliação” realizada na maioria dos casos pela auxiliar de enfermagem.

Assim, no geral os enfermeiros tem tido pouco contato com os homens, especialmente na faixa etária preconizada pela PNAISH (25 a 59 anos), visto que na maioria das vezes atendem esses usuários ora quando crianças (Programa Saúde da Criança), ou então quando idosos (Programa Hiperdia).

Há uma convergência aqui com o estudo de Couto e outros (2010) quando foi constatado que os homens participam menos de consultas de enfermagem, quando comparado às consultas médica e odontológica. Foi também observado que a maior demanda de homens adultos que procuram os enfermeiros são aqueles acompanhados pelo Programa de Diabetes e Hipertensão.

Schmith e Lima (2004) associam tal ocorrência as múltiplas e importantes funções desempenhadas por este profissional, prioritariamente com as atividades administrativas do que assistenciais. Em contraposição ao que é esperado, o enfermeiro não tem sido referência para os auxiliares de enfermagem (profissionais da equipe de enfermagem a ele subordinados), mas sim, o médico. Encerra dizendo que o potencial do enfermeiro não tem sido plenamente utilizado neste serviço de saúde.

Pudemos observar durante nossas visitas e também através de conversas com os trabalhadores de saúde, que um setor bastante freqüentado pelos homens na USF é a farmácia. A busca de preservativos, principalmente nos finais dos turnos de atendimento, caracteriza como uma das principais demandas deste público.

Pareceu-nos em alguns instantes que os usuários sentiam uma espécie de “vergonha” em adotar atitudes preventivas às DST e HIV/AIDS, bem como a de participarem de palestras sobre Planejamento Familiar, visto que nesta atividade educativa não visualizamos a presença de usuários do sexo masculino.

Sobre isso é necessário dizer que confere ao homem o privilégio de receber pela Farmácia esse método contraceptivo sem ao menos a apresentação de qualquer registro que comprove sua assiduidade no Programa de Planejamento Familiar. Paradoxalmente existe ao público feminino uma espécie de “burocratização” à obtenção deste mesmo método, visto que este só é dispensado após a usuária ter passado pela consulta de enfermagem.

Este mesmo raciocínio justificaria a tímida participação masculina nas consultas do Pré-natal. Essa tímida participação poderia indicar um processo de “estranhamento” em assumir papéis que historicamente são vinculados prioritariamente às mulheres. Em contrapartida, os profissionais de saúde, mostraram-se ainda insensíveis de convidar, ao mesmo tempo em que na maioria das vezes parece não valorizar a participação dos homens nas consultas em companhia de suas parceiras.

Comportamentos estes que só reforçam a idéia da (des) responsabilização do homem quanto a sua participação nas consultas de Planejamento Familiar e Pré-natal. Paradoxalmente acaba “impondo” à mulher o imaginário que essas situações são de responsabilidades quase que exclusivamente feminina (PAIM, 1998).

Constatamos uma maior demanda de usuários do sexo masculino numa USF localizada da zona rural, quando comparado às demais. Situação esta talvez explicada pelo fato de boa parte dos trabalhadores deste serviço serem do sexo masculino (enfermeiro, médico, dentista, auxiliar e técnico administrativo), que os deixaria mais a vontade, com mais abertura para falar, e ser melhor compreendidos pelos profissionais, e sendo assim, se constituir como um elemento positivo para a acessibilidade masculina neste serviço de saúde.

Outra explicação presente além dessa inferência nas falas dos sujeitos da pesquisa está relacionada à incipiente oferta de ações e serviços voltados ao público masculino pelas ESF no município de Jequié/BA, expressos a seguir:

[...] Tô trabalhando aqui há 4 anos, faz 4 anos que eu estou aqui no PSF, e **nunca teve uma palestra específica para o homem** (Ent. 13, Grupo II).

[...] **Especificamente assim não.** A gente trabalha com a questão dos grupos educativos, então nesses grupos educativos tem homens e mulheres. **No município não existe, e aqui na unidade também a gente não cogitou ainda.** (Ent. 14, Grupo II).

[...] Não. **Pra o homem não** [...] que eu lembre não. Temos reunião assim de hipertenso, que tem o homem, reunião da gestante, pra mulher. (Ent. 19, Grupo II).

[...] Não, não, não, não [...] especificamente não. A gente sempre que faz essa abordagem, por exemplo, quando a gente faz alguma palestra, ou alguma orientação, ou algum esclarecimento **a nível de algumas patologias como diabetes, hipertensão**, de um modo geral, pra ambos os sexos. (Ent. 20, Grupo II).

Os entrevistados, de uma forma geral, associam o déficit de ações voltadas aos homens nesses espaços por diversas justificativas, a saber: ingerência da gestão municipal, priorização de ações destinadas às mulheres, crianças e idosos pelas ESF, assim como também pela própria resistência natural masculina em participar de atividades educativas, as quais na maioria das vezes estão vinculadas ao programa Hiperdia.

Alguns estudos, como o de Kalckmann e outros (2005) e Schraiber (2005) indicam que os homens não se reconhecem como alvo das ações nos programas de saúde, e identificam que, na maioria das vezes as ações preventivas são direcionadas quase que exclusivamente ao público feminino.

Para Courtenay (2000), os serviços de saúde têm destinado menos tempo de seus profissionais aos homens, com poucas orientações quanto a fatores de risco para doenças e agravos aos homens, principalmente quando comparado com as mulheres. Reforçando a sobrevivência de modelos hegemônicos de masculinidade, que em muitos casos, são prejudiciais a saúde do homem.

Como medida para corrigir esse vazio na atenção a saúde masculina, já existem algumas iniciativas que começam a dar visibilidade aos homens no contexto do PSF, como a reunião de pais, discussões da saúde do homem no Conselho Local de Saúde e captação de usuários do sexo masculino através de suas esposas têm

sido algumas das estratégias utilizadas por algumas ESF para o aumento da demanda masculina no PSF.

As falas dos trabalhadores a seguir mostram essa iniciativa:

[...] Nós fizemos uma reunião de **encontro dos pais** o ano passado, e o público foram os homens. Mas o pouco que veio, a gente abordou um tema que é do sexo masculino que é o **exame de próstata**, o cuidado, o que é a próstata, que muitos não tinham conhecimento (Ent. 21, Grupo II).

[...] a nível de sensibilização, a gente já passou isso ao **Conselho local**, e estamos trabalhando na **sala de espera também** (Ent. 22, Grupo II).

Por outro lado, identificou-se que existe uma aparente limitação de entendimento à oferta de ações à saúde do homem no contexto da saúde da família, ao tempo que dissocia essa discussão numa égide fragmentada do cuidado a determinados grupos específicos conforme expresso nessa fala:

[...] a gente tem que ter um momento extra, tem que ter um momento coletivo, certo? Então esses projetos estão sendo implantados, agora mesmo a gente vai estar **implantando o primeiro projeto de gestante, posteriormente o de idosos**, que vai também está contemplando o público masculino, **e a gente também tem interesse de fazer um projeto só pra mulheres, e outro só para homens em qualquer faixa etária**. (Ent. 21, Grupo II).

Mais uma vez fica claro na fala de um profissional do PSF a intencionalidade de priorizar o atendimento a grupos específicos em detrimento dos demais. O planejamento de atividades das ESF, também conhecida como “semana típica”, acaba por representar uma lógica de assistência linear, onde existe o dia de atendimento do pré-natal, outro do planejamento familiar, outro do portador de diabetes e hipertensão, e assim sucessivamente.

Ocorre assim o “engessamento” das agendas dos profissionais de saúde, a qual exclui o homem, o portador de transtorno psíquico, o idoso, e até mesmo as pessoas que aparecem pela demanda espontânea.

A lógica de atendimento, ao invés de ser planejada a partir de um diagnóstico situacional da realidade da população adscrita, passa a ser uma espécie de “receita de bolo” que acaba por muitas vezes servindo como um modelo a ser seguidas pelas mais distintas conformações das Equipes de Saúde da Família, e resulta numa crescente tendência de fragmentação do cuidado integral à família numa perspectiva de compartimentalização assistencial dos seus componentes.

A fala a seguir demonstra essa preocupação:

[...] Eu vejo que é como várias coisas, como a gente diria, **tá preconizado uma coisa, muito bonito no papel, mas na prática a gente sabe que isso não é a realidade**. Hoje, por exemplo, eu já consigo em alguns casos já desmanchar algumas “**caixinhas**”, associar alguns atendimentos: CD com Planejamento, Hiperdia com quem vai trazer o pai da mesma família, mas é difícil. Então, esse **Programa de Saúde do Homem é mais uma nova ‘caixinha’ que não deveria existir**. Deveria estruturar o serviço que está pro atendimento da família, e enfatizar o atendimento da família você vai atender homem, criança, mulher (Ent. 22, Grupo II).

Em síntese, consideramos que a acessibilidade masculina sob o ponto de vista organizacional encontra-se comprometida, apresentando déficits no acolhimento, dificuldade na marcação de consultas médicas, ambientes excessivamente femininos, (in) visibilidade masculina nos programas de saúde e oferta incipiente de ações voltadas ao público masculino constituem alguns desafios a serem enfrentados pela gestão municipal, ESF e usuários no município de Jequié/BA.

4.3.3 Acessibilidade Sócio-cultural

A pouca demanda dos homens aos serviços de atenção primária à saúde encontra-se intimamente relacionada à construção da identidade masculina e o seu processo de socialização (FIGUEIREDO, 2005).

É sabido também que enquanto a maioria das mulheres procura os serviços de saúde para a realização de exames de prevenção e rotina, os homens buscam atendimento só quando se encontram doentes (PINHEIRO et al., 2002)

Uma primeira justificativa desta dimensão percebida através das falas dos sujeitos da pesquisa foi à associação do cuidado como atributo natural do universo feminino.

As falas dos depoentes convergem para um entendimento dos diferentes papéis de gênero relacionados à naturalização do cuidado, o qual seria próprio do universo feminino. Então vejamos:

[...] No momento que ela tá grávida mesmo, tem que fazer o acompanhamento pré-natal, né? Não sei se é de dois em dois meses, ou se é de mês em mês pra cuidar da criança, né? Pra criança nascer sadia, **tudo é com ela...** a mulher sempre é mais...**nós que é homem tem que olhar que isso é normal** (Ent. 2, Grupo I).

[...] É porque a mulher se cuida mais, né? **Acho que é natural o cuidado mais da mulher**, todo mês elas tá fazendo exame (Ent. 3, Grupo I).

[...] Eu acho que isso já é um **hábito desde sempre** mulheres procurar mais saúde do que os homens (Ent. 18, Grupo II).

Expressões utilizadas pelo Ent. 2 “nós que é homem tem que olhar que isso é normal” e pelo Ent. 3 “acho que é natural, o cuidado mais da mulher” apontam o significado do cuidado à saúde a partir da construção das identidades de gênero.

O depoimento de um trabalhador de saúde cita a educação doméstica como principal responsável do paradigma do cuidado como algo eminentemente feminino.

[...] Eu acho que isso aí já vem de muito tempo, e **o homem ele não foi preparado**, voltando aí a aquela **educação doméstica**, ele não foi preparado dentro de casa de que ele tem que cuidar da saúde (Ent. 20, Grupo II)

Gomes (2010) acredita que o maior interesse do cuidado à saúde não se constitui como uma característica de natureza feminina, já que segundo este autor, desde criança a mulher é incentivada não somente a cuidar de si, mas como também de cuidar dos demais entes da família. Em contrapartida, os homens não teriam sido educados para o ato de cuidar, mas sim de serem cuidados. Quando crianças são cuidados pelas mães, e, mais tarde, quando adultos, esse cuidado passaria a ficar sob responsabilidade de outras figuras femininas próximas do seu convívio social, como irmãs, amigas, namoradas, esposas e sogras.

Lyra da Fonseca e outros (2003) explicam que a socialização feminina tem sido advinda de um modelo estruturado para a reprodução humana e consolidação de papéis que as vincula como principais protagonistas pelas relações sociais de cuidado.

Em contrapartida, a construção da identidade masculina foi sendo culturalmente estruturada a partir de características de invulnerabilidade, força e virilidade (GOMES, 2008).

As falas dos usuários que se seguem refletem o imaginário social masculino associado a comportamentos de invulnerabilidade.

[...] O homem só deixa pra fazer exame na **última hora** mesmo. Quando tá lá, caído (Ent. 3, Grupo I).

[...] por causa, assim **se der um problema**, um problema que eu mesmo não **der jeito aqui dentro de casa**, aí eu vou procurar um médico (Ent. 5, Grupo I).

[...] Eu demoro de ir lá, só vou quando tenho sentindo alguma coisa. Quando eu sinto alguma coisa assim, aí eu vou. **Quando eu não tô sentindo nada**, também eu não vou lá não (Ent. 8, Grupo I).

Reafirmando esse pensamento estão os depoimentos dos trabalhadores de saúde:

[...] O homem não. **O homem só vai no médico quando ele tá sentindo alguma coisa**, por exemplo, quando ele tá acima dos quarenta e cinco que ele vai fazer o exame médico, vai lá e ele pede o PSA (Ent. 18, Grupo II).

[...] Eu acredito que existe uma **questão cultural** do homem, a questão do **machismo**, da **resistência** de se buscar uma orientação, uma ajuda. (Ent. 21, Grupo II).

[...] A questão cultural de que **o homem não adocece**, de que **o homem é forte**. Então, isso já é embutido mesmo que o homem não vai ao médico por que não precisa [...] que fisicamente ele não precisa, que ele sempre está bem (Ent. 22, Grupo II).

A análise dessas falas nos indica que muitos homens sentem-se alheios aos cuidados preventivos com sua saúde por se considerarem invulneráveis, presentes nas expressões “eles se acham fortes”, “eles não tem nada”, “homem não adocece”, “se expõe muito mais”.

Para Connell (1995), em muitas ocasiões os homens vêm assumindo comportamentos pouco saudáveis advindos do modelo hegemônico de masculinidade idealizado a partir de noções de invulnerabilidade e de comportamento de risco.

Gomes (2008) colabora com esta discussão quando diz que existe uma contradição entre os dados epidemiológicos e o senso comum. Enquanto o primeiro apresenta indicadores de saúde que apontam a maior vulnerabilidade do homem quando comparado às mulheres, o pensamento empírico constrói (e por diversas vezes reforça) o ideário da invulnerabilidade masculina.

Associado a isto está o fato da dificuldade do homem em verbalizar suas necessidades de saúde, visto que falar sobre tais assuntos pode denotar sinais de fraqueza e insegurança, características essas culturalmente associadas à condição feminina (FIGUEIREDO, 2005).

Esse pensamento talvez explique o porquê dos homens adiarem por algum tempo a iniciativa de buscar ajuda diante de suas necessidades nos serviços de saúde e, na maioria das vezes quando procura já se encontra num estágio bem avançado de comprometimento de sua saúde. Situações essas que poderiam ser evitadas, caso o homem não apresentasse tamanha resistência quanto ao cuidado de sua saúde, que poderá se reverter mediante a promoção de ações preventivas direcionadas a este público.

Contudo, diferente desse contexto encontra-se o depoimento de um trabalhador, que aponta a invisibilidade masculina nos serviços de saúde como resultante da ausência de condicionantes de natureza biológica, os quais desestimulariam uma maior assiduidade dos homens nesses espaços.

[...] O homem até os vinte anos, se você procurar dele o que é a próstata, ele não sabe o que é. Por que não existe patologia da próstata nessa faixa etária. Talvez se ela não tivesse nem câncer de útero, nem câncer de mama na juventude, talvez ela fosse igual aos homens, só fosse procurar o serviço médico bem mais tarde quando tivesse complicado (Ent. 20, Grupo II).

Apesar de admitirmos que esta seja uma explicação diferenciada concernente ao estudo da dinâmica da acessibilidade masculina ao PSF, percebemos a necessidade de tecer alguns comentários a respeito deste depoimento.

No momento em que o entrevistado diz que “o homem até os vinte anos, se procurar dele o que é a próstata, ele não sabe o que é, por que não existe patologia da próstata nessa faixa etária”, percebemos a princípio a tentativa de valorização do conceito de saúde como ausência de doença.

Em seguida observamos que a fala limita-se a trazer a discussão da saúde do homem ao cuidado com a próstata, podendo assim reforçar a criação de novos estereótipos ao desconsiderar a adolescência sob um ponto de vista polissêmico, dotado de múltiplas particularidades que vão muito além das transformações físicas.

Outro motivo citado pelos entrevistados dos dois grupos para explicar a pouca presença masculina no PSF seria o medo que os homens sentem em descobrir que algo na saúde deles está mal, o que fica evidente nos depoimentos dos usuários, os quais convergem com as falas dos trabalhadores de saúde:

[...] O medo é do próprio homem. Não acho que é as pessoas que faz esse temor. Acho que é ele mesmo (Ent. 7, Grupo I).

[...] Eles não procuram mesmo não. Só vem quando estão sentindo alguma coisa, quando tá incomodando eles. E eu acho que é justamente por essa questão que eu falei anteriormente, **é medo do homem**. (Ent. 14, Grupo II).

[...] Imagino que por causa **do medo que tem** [...] principalmente quando se fala do exame de próstata. O homem é mais fechado. A Mulher procura se prevenir mais do que o homem (Ent. 16, Grupo II).

A sensação do medo é uma proteção do ser humano, ou seja, tanto o homem quanto a mulher são possuidores desse sentimento.

Para o homem, entretanto, a expressão do medo pode traduzir um sentimento de inferioridade, já que nesse instante admite-se uma concreta fragilidade humana. Dessa forma, os homens tendem a evitar a freqüentarem os serviços de saúde, visto que podem tornar-se seres vulneráveis causando-lhe intenso conflito quando confrontada com a sua identidade masculina advinda de um modelo tradicional.

Por fim, alguns dos sujeitos da pesquisa associaram a situação de vergonha do homem em ficar exposto diante de outro homem ou de uma mulher como uma barreira sócio-cultural da acessibilidade masculina ao PSF.

Rohden (2001) observou que ao contrário das mulheres, o homem de forma paradoxal não tem o hábito de se expor aos profissionais de saúde. Registra que com o advento da ginecologia, a mulher teve seu corpo medicalizado em diferentes etapas de sua vida, e por isso, tivera maior exposição.

Coaduna nessa perspectiva Costa (2003) quando chama a atenção que a possível naturalidade de exposição do corpo feminino deve-se ao fato desta ter assumido a preocupação com a reprodução biológica tendo a gravidez, o parto e o aleitamento materno como representantes da mais natural simbologia do corpo feminino.

Por outro lado, o corpo para o homem representaria uma constituição da relação de oposição ao mundo, uma vez que sejam construídas tecnologias sociais de diferenças entre os gêneros, conforme cita Miskolci (2006, p.688) que,

o corpo do homem e sua subjetividade são construídos para o domínio de si e do outro, para a constituição de uma relação de oposição com o mundo, com as pessoas e até mesmo com amigas/os, parceiros/as, amorosos/as. Isso demonstra que tecnologias corporais são, portanto, tecnologias de gênero, pois conformam as pessoas a formas sociais compreendidas como masculinas e femininas.

Esse entendimento fica evidente no depoimento de um trabalhador de saúde

Porque ele tem vergonha de ir ao médico contar o que realmente ele tem, porque eu acompanho uma pessoa, no momento não está morando aqui na área, mas ele estava com doença venérea. Ele veio aqui e não contou para a doutora. Quando a gente veio descobrir já estava bem avançada. Ai eu falei pra ele: por que você não passou isso pra médica? 'Eu fiquei com **vergonha** porque era uma **médica**'. Disse: por que você não procurou um **médico**? "Porque eu teria **vergonha** de contar pra ele **também**" (Ent. 19, Grupo II).

Em suma, comprovamos empiricamente que a pouca procura ao PSF pelo público masculino quando explicada sob a ótica da acessibilidade sociocultural é, na maioria das vezes, resultante do modelo hegemônico de masculinidade.

Parece-nos que ainda persiste uma tentativa de "fuga" de muitos homens relacionada ao surgimento de novos modelos de masculinidade, os quais induzem a reflexão de que o modelo tradicional do "ser homem" tem trazido consigo prejuízos imensuráveis à saúde individual e coletiva.

4.3.4 Acessibilidade Econômica

Segundo os depoimentos de alguns entrevistados (usuários) há momentos em que aspectos de ordem econômica se tornam barreiras da acessibilidade masculina ao PSF.

Para Fekete (1997), prejuízos por perda de dias de trabalho, possíveis perda decorrentes de afastamento por motivos de doenças e custo elevado do tratamento, são alguns dos elementos que perfazem o arcabouço desta dimensão.

Uma explicação latente presente nas falas de alguns sujeitos da pesquisa foi a associação da pouca presença masculina no PSF às questões relacionadas ao trabalho.

Para alguns entrevistados o homem não é mais assíduo a estes serviços de saúde pela justificativa de sua ocupação laboral. Essa afirmativa está implícita nas falas abaixo:

[...] Bom, hoje **eu não tenho tempo pra freqüentar sempre**, mas sempre que posso eu freqüento, porque o trabalho não dá (Ent. 1, Grupo I).

[...] Bom, eu concordo, em uns pontos por que o homem cuida menos da saúde, **vai ao posto menos modo do tempo**, entendeu? Então a mulher, tem umas que tem mais tempo do que os homens. Aí elas cuidam mais dela, do que os homens cuidam deles (Ent. 12, Grupo I).

A partir destas falas constatamos que o tempo relacionado às atividades laborativas têm impedido alguns homens de procurarem com maior freqüência os serviços de saúde.

Complementando esse pensamento está o depoimento do trabalhador de saúde quando traz à tona a “lentidão” do sistema de saúde como empecilho à busca pela assistência de alguns usuários do sexo masculino.

[...] Tenho observado, e eu sempre questiono os homens por que essa displicência com a saúde. A gente tem observado que é mais em relação ao **tempo**. A gente sabe que hoje pra você ter acesso a saúde, ela, por mais que o município ofereça, requer um pouquinho de tempo entre a **marcação dos exames**, a **realização dos exames**, o **resultado**, e a **marcação de retorno** (Ent. 18, Grupo II).

Esse entendimento converge com a afirmação de Fekete (1997) quando diz que a oferta insuficiente de ações e serviços de saúde pode vir a acarretar um maior dispêndio de tempo, energia e recursos financeiros na busca e obtenção de assistência à saúde.

Dessa maneira, além do escasso tempo que o homem teria de ir a uma unidade de saúde, somar-se-ia entraves relacionados ao complexo fluxo, que por diversas vezes burocratiza o alcance de alguns serviços, como por exemplo, a marcação e realização de exames, e seu posterior agendamento para entrega dos mesmos.

Diferente desta justificativa, outros entrevistados associam que muitos homens priorizam o trabalho em detrimento às questões relacionadas ao cuidado à saúde. Nesse sentido o trabalho faria parte do imaginário social que atribuiria ao homem à titulação de alguns papéis hegemônicos (status social, provedor da família). Vejamos nas falas dos usuários [Ent. 4, Ent. 7 e Ent. 11] estas questões:

[...] Ah!! Exatamente. Porque muitos homens às vezes fica. Outros que trabalha na roça **se invoca com o trabalho**, não vem pra cidade pra cuidar da saúde e quando vem o caso já ta grave e não tem mais jeito (Ent. 4, Grupo I).

[...] Bem no meu caso, quando eu tô precisando mesmo eu vou. **Mas aí a gente vai achando que é coisa mínima e vai deixando pra lá**. É mais quando a gente tem precisão mesmo (Ent. 7, Grupo I).

[...] O motivo é o **trabalho** e também a **necessidade de trabalhar**, é que faz essa diferença. Impede por que as oportunidades que eu tenho assim é de ano em ano. Muito por falta de condição financeira pra deixar o trabalho pra ter um dia pra cuidar de sua saúde aí é **por isso que a cada dia mais ele vai se distanciando do posto de saúde**, e da saúde (Ent. 11, Grupo I).

Todas estas falas convergem para o entendimento que o cuidado à saúde pelo homem tem sido em algumas vezes posto em segundo plano por causa dos diferentes significados que o trabalho tem para si.

A análise dos depoimentos acima nos aponta a associação do trabalho vinculado à manutenção do *status* social. Neste caso a existência de sua atividade laboral representaria o atestado de “produtividade”, já que, sua não realização tende a gerar conflitos não somente a nível econômico, mas também de identidade (HARDY; JIMENEZ, 2000).

Outro significado atribuído ao homem através do trabalho diz respeito a ser considerado como principal provedor de sua família. Para o Ent. 11 ir ao posto “traz perda de segurança”, visto que pode “perder os dias de trabalho” e como consequência “complicar a situação financeira do sustento familiar”. Nessa perspectiva a ausência no trabalho, mesmo quando justificada para cuidar de sua saúde, representaria um risco tanto para o equilíbrio financeiro doméstico, assim como da preservação de sua autoridade familiar.

Nesse sentido, Oliveira (2005) nos chama atenção que a função de provedor da família é tão significativa no imaginário masculino, que mesmo em famílias onde a mulher é co-participante da provisão familiar, esse fato parece não se tornar socialmente visível.

Observamos essa máxima quando o usuário diz que “o homem se ocupa mais no trabalho, se ocupa mais no trabalho do que a mulher”. Essa verbalização nos induz a acreditar da existência do temor masculino quanto à perda, ou até mesmo divisão, do papel de provedor da família. Talvez esse fato possa também explicar o aparente estado de incômodo e tensão apresentado por alguns homens quando suas esposas vislumbram trabalhar fora de casa.

Complementando ainda o contexto da (in) visibilidade masculina nos serviços de saúde vinculada ao trabalho, outra explicação advinda da fala de um dos trabalhadores de saúde entrevistados está relacionada à incompatibilidade dos horários das atividades laborais dos homens com o expediente de funcionamento do PSF.

[...] a questão que a maioria do nosso serviço de saúde público, ele funciona no **horário comercial**. É um empecilho para que o homem venha. A gente sabe que principalmente na comunidade carente, se tem alguém que trabalha na casa, geralmente esse alguém é o **homem** então já tem aí um **empecilho**. (Ent. 22, Grupo II).

Por este depoimento entendemos que os horários de funcionamento das instituições públicas de saúde (inclui-se aqui o PSF) podem estar interferindo na acessibilidade masculina, pois coincidem com o horário em que estes se encontram no mercado de trabalho formal e/ou informal.

Couto e outros (2010) afirmam que é necessário que os serviços promovam esse tipo de discussão, na tentativa de oferecer horários alternativos de atendimento, os quais sejam capazes de captar um maior número de usuários e usuárias, visto que ambos já encontram-se em semelhantes situações de atividades laborativas.

Nessa abordagem, Fekete (1997, p. 119) complementa que

[...] o indicador mais utilizado para medir a acessibilidade econômica é a taxa (nível) de emprego. Isto porque vários estudos têm demonstrado que quanto maiores os níveis de emprego, maior a utilização dos serviços de saúde. No caso dos serviços públicos de saúde, esse indicador tem um significado relativo, já que em geral, estes serviços são utilizados pela população de mais baixa renda, à exceção dos serviços de atenção hospitalar. Assim sendo o estudo da acessibilidade econômica deve estar estreitamente vinculado às outras dimensões da acessibilidade.

Nessa perspectiva, e diante de todo contexto já realizado neste estudo, acreditamos que a dimensão econômica está intimamente relacionada à dimensão sócio-cultural, visto a importância da simbologia que o trabalho exerce na sustentação do modelo hegemônico de masculinidade.

Por último, acreditamos que a análise da dinâmica da acessibilidade masculina ao PSF deve estar alicerçada a partir da interlocução de todas as dimensões aqui discutidas. A partir dessa premissa teremos uma melhor compreensão das nuances que envolvem essa temática, e conseqüentemente, estaremos melhor subsidiados quanto a proposição de estratégias que disparem um (re) ajuste entre as necessidades de saúde e oferta de serviços voltadas ao público masculino no seu contexto social e familiar.

CAPÍTULO V

SINTETIZANDO ALGUMAS REFLEXÕES

"Nenhum cientista pensa com fórmulas".

(Albert Einstein)

Buscamos através deste estudo analisar a dinâmica da acessibilidade masculina ao Programa de Saúde da Família no município de Jequié/BA; identificar a existência de fatores que interferem e/ou facilitam essa dinâmica; e por fim, averiguar se existe influência das Equipes de Saúde da Família nesta acessibilidade.

Os resultados desta pesquisa apontam que os aspectos organizacionais e sócio-culturais constituem-se como principais determinantes da pouca presença de usuários do sexo masculino nas Unidades de Saúde da Família, *lôcus* deste estudo.

Essa assertiva converge com outros estudos que associam a (in) visibilidade masculina nos serviços de atenção primária à saúde decorrentes do seu processo de socialização, assim como, pelo despreparo organizacional destas unidades em atender efetivamente às necessidades de saúde dos homens (FIGUEIREDO, 2005; GOMES, 2008).

O primeiro obstáculo organizacional encontrado pelos usuários do sexo masculino está no “acolhimento”, na entrada do serviço. Na atualidade predomina o sistema de agendamento de consultas mediante a ordem de chegada, excluindo desta forma a lógica de atendimento vinculado a escuta qualificada priorizando as necessidades de saúde.

Paradoxalmente, não observamos tensões quanto a situação apresentada. Pareceu-nos haver um desconhecimento e/ou estado de conformação de égide cultural da população quanto a esse fluxo assistencial. Ao contrário, quando questionado aos sujeitos sobre como eram acolhidos nesses serviços, várias vezes presenciemos confusões quando esses compreendiam o termo “acolhimento” como sinônimo de cordialidade, de serem “bem tratados” pelos trabalhadores de saúde dessas unidades.

Outro aspecto que explica a pouca demanda masculina ao PSF de Jequié está relacionada à feminilização do ambiente desses serviços, trazendo a sensação para o homem de não pertencimento àquele espaço.

A princípio parece haver uma série de “coincidências” que impedem um maior fluxo do público masculino a essas unidades. Vejamos: a maioria dos cartazes que estão nas salas de atendimento individual/coletivo ou nos ambientes de livre circulação exibe a mulher como principal responsável pelo cuidado a saúde, seja a nível individual ou familiar; alguns profissionais (especialmente da equipe de enfermagem) utilizam jalecos das mais diversas cores alusivas culturalmente ao

universo feminino, e ainda “arrumam” seus locais de atendimento com adereços e símbolos que realçam expressões tradicionalmente femininas.

Aliado a este contexto está o fato que a grande maioria dos trabalhadores dessas USF é do sexo feminino. Nesse sentido, os homens podem sentir-se envergonhados em freqüentar de forma assídua estes serviços, seja pelo fato de terem receio de mostrarem seu corpo, ou então de serem considerados como pessoas frágeis e inseguras. Situação esta considerada divergente ao modelo hegemônico de masculinidade construído socialmente (CONNELL, 2005).

Em relação à dimensão organizacional confirma a (in) visibilidade masculina nas ações de saúde da equipe mínima do PSF do município de Jequié. O homem que está na faixa etária de 25-59 anos geralmente vai ao médico pela demanda espontânea quando está acometido cronicamente por alguma enfermidade, e/ou na consulta de enfermagem se estiver cadastrado no Programa Hiperdia. Fora essas duas situações, parece não haver outros motivos e/ou ofertas de serviços destinados a este público nestas Unidades de Saúde da Família.

Constatamos que na maioria das USF não há discussões e/ou promoção de atividades específicas voltadas ao público masculino. Isso nos remete a refletir sobre dois pontos: a fragmentação do papel do homem relacionada à dinâmica do cuidado à saúde da família, e segundo, quanto ao planejamento das práticas de saúde desvinculadas do conhecimento epidemiológico, o qual aponta os homens como principais protagonistas da maioria dos indicadores de morbimortalidade no país (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2005).

Por sua vez, o eixo estrutural da dimensão sócio-cultural relacionada à acessibilidade masculina ao PSF se vincula a construção da identidade masculina tendo como referência o modelo hegemônico de masculinidade.

Observamos que o reflexo da construção sócio-cultural de invulnerabilidade masculina se faz presente nas falas dos sujeitos da pesquisa, o que justifica a pouca procura dos homens às USF. Além desse, a negativa da dor, do medo e de outros sentimentos como insegurança, dentre outros, foi unânime na maioria dos depoimentos. Resultado disso é a procura por atendimento em situações tardias, as quais poderiam ser na maioria das vezes evitadas nessas unidades de atenção primária a saúde.

Aliado a isso, foi possível confirmar que o cuidado à saúde continua sendo direcionado, e é entendido como uma característica natural e convergente ao

universo feminino. Sendo assim, torna-se um elemento pouco atrativo por aqueles homens que sustentam sua masculinidade baseada em modelos tradicionais.

Esse padrão hegemônico de masculinidade não é nocivo apenas para o homem, mas também para o seu contexto familiar e social. Paradoxalmente, a principal vítima do comportamento hostil (re) produzido por este modelo é a mulher. De modo geral, a mulher é na maioria das vezes protagonista da preservação deste estereótipo masculino resultante da educação doméstica e/ou escolar construído sócio-culturalmente ao longo da vida (KORIN, 2001).

O tempo associado ao trabalho apareceu neste estudo como justificativa do pouco comparecimento masculino às USF do município de Jequié/BA. Essa explicação pertencente à dimensão econômica nos faz refletir sobre duas possibilidades: a primeira como uma “desculpa”, visto que as mulheres freqüentam de forma assídua o PSF, e mesmo assim, trabalham atualmente sob uma mesma proporção masculina ou mais, assumindo uma dupla ou tripla jornada de trabalho. Neste caso, a ida a USF estaria comprometida com o possível risco de perda financeira no trabalho, o que tiraria, ou até mesmo dividiria, junto ao homem o título de principal “provedor” da família.

Outra explicação seria de que forma estaria caracterizada no seu ambiente de trabalho essa ausência para ir à unidade de saúde. Nesse instante pode surgir um contexto de que esse homem estaria “doente”, e assim a sua imagem antes tida como “ser saudável” estaria a partir desse momento comprometida.

Além desses, a ausência de menções e/ou observações de barreiras geográficas podem se constituir como elementos positivos na acessibilidade masculina ao PSF no município de Jequié/BA.

Associado a isto, e mesmo discordando do conceito de acolhimento entendido como um atendimento cortês citado por alguns sujeitos participantes deste estudo percebemos que existe um bom convívio entre trabalhadores de saúde e usuários do sexo masculino. Esta relação harmoniosa deve ser potencializada, a fim de se pensar estratégias, mecanismos e tecnologias no processo de trabalho que permitam uma adequada acessibilidade do público masculino, tornando visível no dia a dia seu envolvimento nestes serviços.

Não obstante, também através deste estudo pudemos (re) significar o nosso papel enquanto homem e enfermeiro do PSF na perspectiva da adoção e promoção de hábitos saudáveis para a vida.

Em síntese, por tudo que fora mencionado pudemos compreender com maior profundidade os aspectos que facilitam ou obstaculizam a acessibilidade masculina ao Programa de Saúde da Família no município de Jequié/BA.

A identificação desses aspectos torna-se ponto relevante nesta pesquisa, pois oferece à possibilidade de subsidiar novas discussões referentes a esta temática. Além disso, constitui-se como importante ferramenta a ser utilizada na construção coletiva de estratégias que gradativamente eliminem e/ou potencialize os elementos envolvidos na acessibilidade do público masculino a estes serviços de saúde.

Nessa perspectiva, acreditamos que seja imprescindível a realização de uma ampla discussão sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) entre gestores, trabalhadores de saúde e usuários do município de Jequié/BA.

Debate este que deve prioritariamente objetivar a elaboração de fluxos assistenciais, os quais propiciem um atendimento integral articulado às distintas necessidades de saúde do público masculino compreendidas sob um particular contexto sociocultural e familiar.

REFERÊNCIAS

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Serv Res**, v.9, n.3, p. 208-20, 1974.

ALMEIDA, M. S. **Assistência de enfermagem à mulher no período puerperal:** uma análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero. Tese de Doutorado (Programa Interunidades) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2005.

ARILHA, M.; UNBEHAUM, S.; MEDRADO, B. (orgs.). **Homens e masculinidades:** outras palavras. São Paulo: ECOS/Editora 34, 2001.

ASSIS, M. M. A. et al. Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. **Sitientibus:** Revista da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, n. 18, p. 64, jan./jul., 1998.

_____, **Método de análise em pesquisa qualitativa em saúde.** Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, 2003. 14p. Digitado.

AZEVEDO, A. M. A. **Acesso à atenção à saúde no SUS:** o PSF como (estreita) porta de entrada. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Recife. 2007.

BANKS, I. New models for providing men with health care. Editorial. **Journal of Men's Health and Gender**, v.2-3, n.1, p.155-158, 2004.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**, v. 1, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

BERNE, R. M.; LEVY, M. M. **Physiology 4th Edition.** St. Louis: Mosby, 1998.

BERTALANFFY, L. **Teoria geral dos sistemas.** Petrópolis: Vozes, 1973. 351p.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF: Senado Federal. Centro Gráfico, 1988.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para Pesquisa envolvendo Seres Humanos: (Resolução CNS 196/96 e outros)**. Brasília: MS, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS**. Brasília-DF, 2002.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/Gm de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html> Acesso em: 20 jun.2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008, 46p.

_____. Portaria nº 1.944 de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n.165, p.61, 27 ago. 2009, Seção 1.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES, 2010. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equip.es.asp>. Acesso em: 03 mar. 2010.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reformadas pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 29-87.

CAMPOS, C. M. S. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)**. 2004. 189f. Tese (Doutorado) – Escolas de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto/São Paulo, 2004.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. Trad. Álvaro Cabral. Título original: The Turning Point. São Paulo: Cultrix, 1982.

CASTELLS, M. **O poder da identidade**. Trad. Klauss Brandini Gerhardt. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. 530p.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais: pirâmide ao círculo uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 469-478, 1997.

CITELLI, M. T. Fazendo diferenças: teorias sobre gênero, corpo e comportamento. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v.9, n.1, p. 131-145, 2001.

CONNELL, R. W. Políticas da Masculinidade. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v. 20, n. 2, p.185-206, 1995.

_____. **Masculinities**. 2. ed. Berkeley: University of California, 2005.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Social Science & Medicine**, v.50, n.10, p.1385-1401, 2000.

_____. A global perspective on the field of men's health: an editorial. **International Journal of Men's Health**. v.2, n.1, p. 1-30, 2002.

COUTO, E. Estética corporal e protecionismo técnico nas culturas higienista e desportiva. In: GRANDO, J.C. (Org.). **A (des)construção do corpo**. Blumenau: Edifurb, 2001, p.35-59.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.33, p.257-70, abr./jun. 2010.

COSTA, R. G. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 20, n. 1, p. 79-92, 2003.

DAMATTA, R. Tem pente aí? In: D. Caldas (Org.). **Homens**. São Paulo: Senac, 1997. p.31-49.

DAVINI, M. C. Currículo integrado. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor** - área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

DAVIS, C. Men behaving badly. **Nurs Stand**, v.6, n.21, p.18-20, 2007.

DEMO, P. **Cidadania tutelada e cidadania assistida**. Campinas, SP: Autores Associados, 1995.

DENTI, I. A. **Serviços de saúde: reestruturação**. Erechim: EdiAPES; 2001

DENZIN, N. K., LINCOLN, Y. S. Introduction: the discipline and practice of qualitative research. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S., Editors. Handbook of qualitative research. London: Sage; 2006.

DONABEDIAN A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

FEKETE, M. C. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 1997.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.105-9, 2005.

_____. **Masculinidades e Cuidado**: diversidade e necessidade de saúde dos homens na atenção primária. 2008. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, 2008.

FIOCRUZ. **Relatório “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”**. Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2009.

FONTANELLA, B. J. B., RICAS, J., TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FREUD, S. **A feminilidade**. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

GADAMER, H. G. **Verdade e Método**. Petrópolis: Vozes, 1999.

GARCIA, M. A. Em busca de 1968. In: GARCIA, Marco Aurélio; VIEIRA, Maria Alice (orgs.) **Rebeldes e contestadores: 1968 – Brasil, França e Alemanha**. São Paulo: Perseu Abramo, 1999.

GOLDENBERG, M. **Ser homem, ser mulher: dentro e fora do casamento**. Estudos antropológicos. Rio de Janeiro: Revan, 1991.

_____. O macho em crise: um tema em debate dentro e fora da academia, In: Goldenberg, M. **Os novos desejos: das academias de musculação às agências de encontros**. Rio de Janeiro: Record, 2000, p.13-39.

GOMARIZ, E. Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas: Periodización y perspectivas. In Fin de Siglo. **Género y Cambio Civilizatorio** Santiago de Chile: Isis Internacional, Ediciones de las Mujeres, n. 17, p.15-21, 1992.

GOMES, R. As questões de gênero e o exercício da paternidade. In: SILVEIRA, P. (Org.). **Exercício da paternidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p.175-182.

_____. **Sexualidade Masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, 184p.

_____. **A saúde do homem em foco.** São Paulo: Editora UNESP, 2010, 92p.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p. 901-911, mai., 2006.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 3, p. 565-574, mar., 2007.

GROSSI, M. P. **Masculinidades:** Uma Revisão Teórica. In: Antropologia em primeira mão / Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC / Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, 2004.

HARDY, E.; JIMÉNEZ, A.L. Masculinidad y género. In: BRICEÑO-LEÓN, R.; MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. Editors. **Salud y equidad:** una mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.349-59.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2007.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>> Acesso em: 21 set. 2010.

JEQUIÉ. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2007.** Jequié, 2008.

KALCKMANN, S.; BATISTA, L. E.; SOUZA, L. C. F. Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual. In: ADORNO, R.; ALVARENGA, A.; VASCONCELOS, M. P. (Orgs). **Jovens, trajetória, masculinidades e direitos.** São Paulo: Edusp, p. 199-217, 2005.

KAUFMAN, M. Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. In: ARANGO, A. et al. **Gênero e identidade:** ensayos sobre lo femenino y lo masculino. Bogotá: T.M. /UNIANDES/UM, 1995.

KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: CÁCERES, C.F.; CUETO, M.; RAMOS, M.; VALLAS, S. (editors). **La salud como derecho ciudadano:** perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. p. 137-52.

KIMMEL, M. S. *Manhood in America*. **The Free Press**, New York, 1996.

KORIN, D. Nuevas perspectivas de género en salud. **Adolescencia Latinoamericana**, n.2, v.2, p. 67-69, 2001.

LAQUEUR, T. **Inventando o Sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LA ROSSA, E. Fatherhood and Social Change. **Men's Studies Review**, 2005, p.457.

LAURENTI, R. et al. **Perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas**: uma contribuição para o enfoque de gênero. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, São Paulo, 1998.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p. 35-46, 2005.

LAURETIS, T. A tecnologia do gênero. In: HOLLANDA, B. H. **Tendências e impasses**: o feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

LORA, A. P. **Acessibilidade aos serviços de saúde**: estudo sobre o tema no enfoque da saúde da família no Município de Pedreira. Dissertação [Mestrado]. Campinas/ SP: [s.n.], 2004.

LYRA-DA-FONSECA, J. L. C.; LEÃO, L. S.; LIMA, D.C.; TARGINO, P.; CRISÓSTOMO, A.; SANTOS, B. Homens e cuidado: uma outra família? In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. (orgs.). **Família**: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, p. 79-91, 2003.

LOWY, M. **Ideologia e Ciência Social**: elementos para uma análise marxista. 9. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

MARTINS, A. P. V. **Visões do Feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, p.39-64, 2001.

MEHRY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p. 7-23, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

MISKOLCI, R. Corpos elétricos: do assujeitamento do sujeito à estética da existência. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 14, n.3, p. 681-693, 2006.

MOURA, D. **Saúde não se dá: conquista-se**. São Paulo: Hucitec, 1989.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**. Londrina: Midiograf, 2003.

NASCIMENTO, M. A. A. do. **Humanização e trabalho: razão e sentido da Enfermagem**. Feira de Santana/BA: UEFS, 2002. Digitado.

NASCIMENTO, M. S. **Prática da enfermeira no programa de saúde da família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2003.

NERY, A. A. **As necessidades e expectativas das famílias em relação à Saúde da Família no município de Jequié-BA: em busca de uma tradução**. 151f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

NITSCHKE, R. G. **Mundo imaginal de ser família saudável**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Pelotas, 1999.

NOACK, H. Concepts of health and health promotion. In T. ABELIN, T.; BRZEZINSKI, Z. J; CARSTAIRS, D. L. (Eds.). **Measurement in health promotion and protection**. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1987.

NOLASCO, S. **O mito da masculinidade**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

_____. Um "homem de verdade". In: CALDAS, D. (Org.). **Homens**. São Paulo: Senac, 1997. p.13-29.

_____. **De Tarzan a Homer Simpson**: banalização e violência masculina em sociedades contemporâneas ocidentais. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000.

OLIVEIRA, S. L. de. **Tratado de Metodologia Científica**: Projetos de Pesquisas, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses. São Paulo: Pioneira, 2004.

OLIVEIRA, Z. A provisão da família: redefinição ou manutenção de papéis? In: ARAUJO, Clara; SCALON, Celi (orgs.). **Gênero, Família e Trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 2005.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, Dec. 2009.

PAIM, H. H. S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.31-48, 1998.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde, pp. 489-503. In: ROUQUAIROL & ALMEIDA. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

PENCHANSKY, D. B. A.; THOMAS, J. W. The concept of Access – definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, v.19, n.2, p.127-40, 1981.

PINHEIRO, R.; CAMARGO JR., K. R. Modelos de atenção à saúde: demanda inventada ou oferta renovada? Algumas considerações sobre modelos de intervenção social em saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, 2000.

PINHEIRO, R.S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.687-7070, 2002.

RAMOS, M. B. O mito de Adão e Eva revisitado: acerca do masculino e do feminino na cultura da nação. **Esboços - Revista do Programa de Pós-Graduação em História da UFSC**, América do Norte, 9, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.journal.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/560/9834>>. Acesso em: 27 Mai. 2010.

RAMOS, M. S. Um olhar sobre o masculino: reflexões sobre os papéis e representações sociais do homem na atualidade. In: GOLDENBERG, M. (org.). **Os novos desejos: das academias de musculação às agências de encontros**. Rio de Janeiro: Record, p. 41-59, 2000.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

SANTOMÉ, J. **Globalização e Interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SANTOS, W. T. M. **Modelos de masculinidade na percepção de homens jovens de baixa renda**. Barbarói. Santa Cruz do Sul, n. 27, jul./dez. 2007.

SARTI, C. A. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. São Paulo: Cortez, 2004.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhniananas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.53-66, 2005.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1487-1494, nov./dez., 2004.

SCHRAIBER, L. B.; COUTO, M. T. **Homens, violência e saúde**: uma contribuição para o campo de pesquisa e intervenção em gênero, violência doméstica e saúde. Relatório final de pesquisa (Processo nº 02/00413-9). São Paulo: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, 2004.

SCHRAIBER, L. B. Eqüidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, W.; Monteiro S, organizadores. **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. São Paulo: ABRASCO – UNFPA, 2005.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens na pauta da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.7-17, 2005.

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil para análise histórica. Recife: Publicações SOS Corpo, 1991.

SEGAL, L. "Sexualities". In: WOODWARD, K. (ed.) **Identity and Difference**. Londres: Sage, 1997.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, n.31, p. 538-542, 1997.

SILVA, J. M. **Planejamento em saúde no programa saúde da família em Jequié – BA: a dialética entre a teoria e a prática**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2006.

SILVA JR., A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998. 143p.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 4, 2005 .

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

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 190-198, 2004.

TRIVINOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1994. 175p.

UNGLERT, C. V. de S. et al. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de Geografia em Saúde Pública. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.21 n.5, p. 439-446, 1987.

UNGLERT, C. V. de S. O enfoque da Acessibilidade no Planejamento da Localização e Dimensão dos Serviços de Saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.24, n.6, p. 445-452, 1990.

VALE de ALMEIDA, M. **Senhores de si**: uma interpretação antropológica da masculinidade. 2. ed. Lisboa: Fim de Século, 2000.

VASCONCELLOS, M. J. E. **Pensamento sistêmico**: o novo paradigma da ciência. 4. ed. Campinas, SP: Papirus, 2002.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ. M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.11-48, 1998.

WELZER-LANG D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Revista Estudos Feministas**, São Paulo, v.9, n.2, p.460-82, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. "Constitution of the WHO". **Chronicle of the WHO**, v. 1, n.3, p.1-5, 1947.

_____. **Qualitative research for health programmes**. Division of Mental Health, Geneva, 1994.

_____. **Health Promotion Glossary**. World Health Organization, Geneva, 1998.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conforme Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

PESQUISA: DINÂMICA DA ACESSIBILIDADE MASCULINA À ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA
 FAMÍLIA

OBJETIVOS:

➤ **Geral:**

- Analisar a dinâmica da acessibilidade masculina à Estratégia da Saúde da Família no município de Jequié/BA

➤ **Específicos:**

- Identificar a existência ou não de fatores que interferem na dinâmica desta acessibilidade;
- Averiguar se existe influência dessa estratégia de saúde na acessibilidade masculina.

PARTICIPAÇÃO: A integração a pesquisa será de modo voluntário ficando a critério do profissional de saúde e usuários autorizar a utilização das informações audiogravadas, não havendo nenhuma penalidade caso recuse a tal ou desista de prosseguir na pesquisa. O participante não terá nenhuma despesa pela sua participação nem receberá pagamento ou gratificação.

RISCOS: Em momento nenhum o informante estará exposto a riscos devido a sua participação nesta pesquisa, pois os dados serão manipulados com extremo sigilo garantindo o anonimato, não sendo disponibilizado para terceiros. Os dados obtidos serão manipulados apenas pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo, não sendo identificados os informantes.

BENEFÍCIOS: A participação nessa pesquisa poderá fornecer informações importantes para a adoção de estratégias que venham a contribuir com a acessibilidade dos homens aos serviços de atenção primária, em especial a saúde da família, que é uma porta de entrada ao sistema de saúde, com vistas a prevenção e a promoção da saúde deste indivíduo.

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO

Eu, _____, concordo em participar do estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido devido a minha participação. Tenho o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou a minha família. A minha participação é voluntária, e não implicará em custos ou prejuízos adicionais, sejam esses custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação. Concedo autorização para que sejam utilizados os resultados do estudo para publicação de artigos em revistas e outros meios de comunicação, e divulgação em eventos técnicos-científicos nacionais e internacionais.

Assinatura: _____



COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Garantimos estar disponíveis para atender quaisquer dúvidas e/ou solicitação para esclarecimento de dados que ficaram obscuros no decorrer desta pesquisa. Poderemos ser encontrados no endereço abaixo:

_____ Jequié, / / .
Pesquisador responsável

_____ Jequié, / / .
Pesquisador colaborador

ADRIANA ALVES NERY

Tel: (73)3528-9623 (Departamento de Saúde) / 3528-9607 (Lab. de Saúde Coletiva)

e-mail:adnery@uesb.br

End: Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho/Jequié-BA - CEP: 45206-190

FABRÍCIO ALMEIDA DOS SANTOS

Tel: (73)3525-8940 (Departamento de Saúde) / 3528-9607 (Lab. de Saúde Coletiva)

e-mail:fadsantos@uol.com.br

End: Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho/Jequié-BA - CEP: 45206-190

APÊNDICE B: Roteiro para entrevista semi-estruturada com os usuários



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA



ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS USUÁRIOS

1 Caracterização do (a) entrevistado (a)

Entrevista nº: _____ Início: _____ Término: _____

- Idade: _____ Profissão/ocupação: _____
- Local de trabalho: _____
- Horário de trabalho: _____
- Escolaridade: _____

2 Questões disparadoras:

2.1 Comente sobre sua concepção do “Ser homem”

2.2 Discorra sobre o seu conceito de “Saúde”

2.3. Fale sobre a idéia de que “os homens procuram o serviço de saúde menos do que as mulheres”.

2.4 A relação entre os usuários do sexo masculino e a equipe de saúde da família.

APÊNDICE C: Roteiro para entrevista semi-estruturada com os profissionais



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA



ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS PROFISSIONAIS

1 Caracterização do (a) entrevistado (a)

Entrevista nº: _____ Início: _____ Término: _____

1.1 Dados sócio-demográficos

- Idade: _____ Sexo: _____ Profissão/ocupação: _____
- Tempo de atuação profissional: _____
- Tempo de trabalho na ESF (ano/ mês): _____
- Regime de trabalho: _____ Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): _____

1.2 Dados educacionais

- Participou do treinamento introdutório (Saúde da Família): () Sim () Não;
 - Participou de algum curso de atualização? () Não () Sim
- Qual(is): _____
- Formação: () Nível Médio () Graduação () Especialização () Mestrado
- Qual(is): _____
- Qual: _____
- Outro: _____

2 Questões disparadoras:

2.1 Comente sobre sua concepção do “Ser homem”

2.2 Discorra sobre o seu conceito de “Saúde”

2.3. Fale sobre a idéia de que “os homens procuram o serviço de saúde menos do que as mulheres”.

2.4 A relação entre os usuários do sexo masculino e a equipe de saúde da família.

(acesso, relacionamento interpessoal – acolhimento, vínculo)

2.5. Cuidado à saúde do homem **(atividades desenvolvidas, finalidade, instrumentos, humanização, integralidade).**

APÊNDICE D: Roteiro de observação sistemática



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA



ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

Aspectos a serem identificados na observação:

- Estrutura física da USF;
- Serviços oferecidos e os horários;
- Quantidade de homens na USF;
- Recepção dos usuários na USF;
- Atendimento ao público masculino e feminino pelos trabalhadores da ESF;
- Atividades voltadas para os usuários do sexo masculino (individuais e coletivas);
- Necessidades de saúde expressas pelos homens;
- Resolutividade aos problemas/necessidades de saúde dos homens;
- Relação entre os usuários do sexo masculino e a equipe de saúde da família.

ANEXOS

ANEXO A: Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 16 de outubro de 2009

Of. CEP/UESB 324/2009

Ilmo. Sr.

Fabício Almeida dos Santos

Mestrado em Enfermagem e Saúde – PPGES/UESB

Prezado Senhor,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **168/2009**

Projeto: **A DINÂMICA DA ACESSIBILIDADE MASCULINA À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Pesquisadores: **Fabício Almeida dos Santos (mestrando)**
Profa. Adriana Alves Nery (orientadora)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,


Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

ANEXO B: Ofício encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Jequié-BA



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



GOVERNO DA

Bahia

TERRA DE TODOS NÓS

Of. PPGES nº 18/2010

Jequié, 02 de Março de 2010

Ilma Srª Stella Santos Souza

Secretária Municipal de Saúde do Município de Jequié-Ba

Prezada Secretária

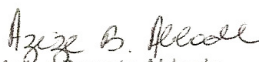
Apresentamos a V.Sª **Fabício Almeida dos Santos**, mestrando do Programa de Pós-Graduação *Strictu Senso* (Nível de Mestrado) em Enfermagem e Saúde da UESB (PPGES / UESB) para a realização da coleta de dados do projeto de dissertação de mestrado “A dinâmica da acessibilidade masculina à Estratégia de Saúde da Família”, **protocolo 168/2009, aprovado pelo CEP/UESB.**

Na oportunidade, salientamos que se encontram em anexo a esta carta de apresentação cópia do ofício CEP/UESB 324/2009 referente à aprovação do projeto 168/2009 e do parecer consubstanciado do referido projeto, emitidos pelo CEP/UESB.

Desde já agradecemos à colaboração!

Atenciosamente,


Profª. Drª. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery
 Coordenadora


Azize Barreto Abbade
 Assistente Administrativo do Gabinete
 Secretaria Municipal de Saúde - PMSJ
 03.03.2010
 (73) 3526-8963