



“Ele só chega nas últimas, quando não tem mais jeito”.

Atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dos homens nos discursos de profissionais do Programa Saúde da Família em Recife



Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Fernanda Cristina Nunes Simião

ELE SÓ CHEGA NAS ÚLTIMAS, QUANDO NÃO TEM MAIS JEITO:

**Atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dos homens nos discursos de
profissionais do Programa Saúde da Família em Recife**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fátima Maria Leite Cruz

RECIFE

2010

Simião, Fernanda Cristina Nunes

Ele só chega nas últimas, quando não tem mais jeito : atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dos homens nos discursos de profissionais do Programa Saúde da Família em Recife / Fernanda Cristina Nunes Simião. – Recife: O Autor, 2010.

151 folhas: il., fig., quadros.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Psicologia, 2010.

Inclui: bibliografia e anexos.

1. Psicologia social. 2. Serviços de saúde. 3. Homens – Saúde reprodutiva. 4. Sexualidade. 5. Profissionais de saúde. 6. Programa Saúde da Família. I. Título.

**159.9
150**

**CDU (2. ed.)
CDD (22. ed.)**

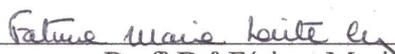
**UFPE
BCFCH2010/49**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

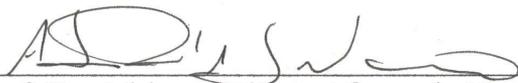
ELE SÓ CHEGA NAS ÚLTIMAS, QUANDO NÃO TEM MAIS JEITO:

**Atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dos homens nos discursos de
profissionais do Programa Saúde da Família em Recife**

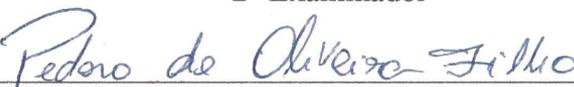
Comissão Examinadora:



Prof.^a Dr.^a Fátima Maria Leite Cruz
1º Examinador/Presidente



Prof. Dr. Adriano Roberto Afonso do Nascimento
2º Examinador



Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho
3º Examinador

Recife, 18 de fevereiro de 2010



Por todo o incentivo, por toda ajuda recebida, pelo incessante apoio em todos os momentos desse mestrado, por tornarem minha estadia em Recife mais divertida e menos solitária, por terem dividido comigo momentos de alegrias... tristezas... vitórias... aprendizados... enfim, pelas possibilidades de troca, pelo acolhimento e pela oportunidade de crescimento como pesquisadora e pessoa...

*Sou grata a cada um/a que está presente na minha
Mandala de Gratidão!*

*Não aceiteis o que é hábito como coisa natural,
pois em tempo de desordem sangrenta,
de confusão organizada,
de arbitrariedade consciente,
de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural,
nada deve parecer impossível de mudar.*

Bertolt Brecht

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Representação da relação entre as explicações de ordem psico-sócio-cultural, de ordem socioeconômica e de ordem biológica.....	110
Mapa 1 – Regiões Político-Administrativas de Recife.....	74
Mapa 2 – Unidades de Saúde Especializadas da Rede Municipal de Recife.....	78
Mapa 3 – Unidades Básicas de Saúde da Rede Municipal de Recife.....	79
Quadro 1 – Reivindicações ontológicas e epistemológicas do construcionismo social.....	51
Quadro 2 – Participantes da pesquisa.....	71
Quadro 3 – Profissionais de Saúde da USF A.....	72
Quadro 4 – Profissionais de Saúde da USF B.....	72
Quadro 5 – Unidades de Saúde.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População residente por grupos etários e população ignorada, segundo RPA – Recife, 2000.....	75
Tabela 2 – População residente por sexo, segundo RPA – Recife, 2000.....	75
Tabela 3 – Relação das áreas pobres por bairro, RPA II – Norte – Recife, 2000.....	76
Tabela 4 – População residente em favelas, segundo IBGE, por RPA e bairro – Recife – RPA II, 1996.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDB – Indicadores e Dados Básicos

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não-governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

RPA – Região Político-Administrativa

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

EPÍGRAFE

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO.....13

CAPÍTULO I

Atenção integral aos homens no campo da saúde.....25

1.1 Os sentidos de saúde produzidos ao longo do tempo: uma breve retrospectiva histórica.....25

1.2 O que tem se falado sobre atenção integral aos homens no campo da saúde?.....32

1.3 Inserindo os homens nas discussões do campo da saúde: da masculinidade hegemônica ao conceito de masculinidades múltiplas.....37

1.4 Cenários de pesquisa e debate sobre masculinidades e saúde.....38

1.5 Porque os homens morrem mais cedo do que as mulheres? Sentidos produzidos sobre o processo do adoecer em homens.....40

1.6 Configurações da utilização dos serviços de saúde por parte dos homens.....43

1.7 Homens e serviços de saúde: que sentidos estão em jogo nessa relação?.....44

1.8 Outros sentidos em relação à atenção à saúde por parte dos homens.....46

CAPÍTULO II

Psicologia Social Discursiva: uma abordagem do discurso em seu contexto de interação.....49

2.1 O que é Psicologia Social Discursiva?.....49

2.2 Pressupostos do construcionismo social.....50

2.3 Fundamentos da Psicologia Social Discursiva.....55

2.4 Principais conceitos da Psicologia Social Discursiva.....	57
2.5 Noções de discurso e análise do discurso.....	60
2.6 Análise do discurso a partir de uma perspectiva construcionista.....	62

CAPÍTULO III

O desenrolar da pesquisa e seu processo de construção.....	67
3.1 Como se chegou à pesquisa? Mapeamento do campo de estudos sobre o tema.....	68
3.2 Profissionais de saúde participantes da pesquisa.....	71
3.3 Caracterização da Região Político- Administrativa II de Recife.....	73
3.4 Ferramentas utilizadas para compreender o fenômeno.....	80
3.5 Como a pesquisa foi desenvolvida?.....	83
3.6 Aspectos metodológicos da análise do discurso.....	84
3.7 Analisando as produções discursivas.....	86

CAPÍTULO IV

Representando a atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dos homens: que repertórios interpretativos são utilizados nas produções discursivas dos profissionais de saúde?.....	89
4.1 Explicações de ordem psico-sócio-cultural.....	96
4.2 Explicações de ordem socioeconômica.....	106
4.3 Explicações de ordem biológica.....	107
4.4 Reflexões acerca das explicações construídas.....	110
4.5 Ações realizadas/idealizadas pelos profissionais de saúde.....	111

CONSIDERAÇÕES.....	132
---------------------------	------------

REFERÊNCIAS.....	136
-------------------------	------------

ANEXOS

ANEXO 1 – Carta de Anuência

ANEXO 2 – Roteiro semi-estruturado de entrevista com profissionais de saúde da equipe de atenção básica

ANEXO 3 – Roteiro do grupo focal

ANEXO 4 – Composição do Distrito Sanitário II

RESUMO

Essa pesquisa teve como objetivo compreender o que os profissionais de saúde do Programa Saúde da Família (PSF) de Recife dizem acerca da atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dos homens, a partir da análise do processo de construção de argumentos e das suas funções. Identificamos nos discursos das profissionais de saúde: como elas descrevem os homens em relação à atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva; quais as explicações dadas por elas a esse comportamento masculino; e quais ações são realizadas/idealizadas a partir dessas descrições e explicações. Consideramos como base da relação entre os homens e os serviços de saúde o modelo de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), que propõe ações de prevenção e promoção à saúde, por meio das estratégias PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), cujos propósitos permitem uma maior aproximação entre os profissionais de saúde e a população. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada nos pressupostos do construcionismo social e na abordagem teórico-metodológica da Psicologia Social Discursiva, representada por autores como Jonathan Potter e Margareth Wetherell (1987) e Michael Billig (2008). O material analisado foi construído em um estudo de uma organização não-governamental (ONG), que contou com a participação de sete profissionais de saúde de nível superior (três enfermeiras, duas dentistas, uma médica e um enfermeiro) e dezoito agentes comunitários de saúde (ACS) de duas Unidades Saúde da Família (USF) da Região Político-Administrativa II (RPA II) da cidade de Recife. Os instrumentos utilizados foram sete entrevistas semi-estruturadas, realizadas com as profissionais de saúde de nível superior, e dois grupos focais, realizados com as ACS. Todo o material foi audiogravado e transcrito minuciosamente. Não encontramos diferenças significativas nos discursos dos dois grupos de participantes nem entre os dois tipos de procedimentos metodológicos. A partir da análise desse material, pudemos compreender que os argumentos construídos pelas profissionais de saúde, tanto as de nível superior, quanto as ACS, associam a mulher ao cuidado e o homem à despreocupação/desleixo com a saúde. Essas profissionais de saúde reproduzem em seus discursos o modelo de masculinidade tradicional e o utilizam para explicar porque os homens frequentam menos os serviços de saúde: *não gostam de se expor, não cuidam de si, são os provedores da família*, entre outras explicações. Assim, justificam as diferenças entre homens e mulheres por meio de explicações de ordem psico-sócio-cultural: *o homem é mais “fechado” e a mulher é mais “aberta”, o homem é o provedor e a mulher é a responsável pelo lar*; explicações de ordem socioeconômica: *o homem não tem tempo porque precisa trabalhar e a mulher tem mais tempo disponível porque fica em casa cuidando dos filhos*; e explicações de ordem biológica: *as mulheres adoecem mais*. Os argumentos construídos pelas profissionais de saúde evidenciam dois pólos, homem–mulher, fortemente caracterizados pelas diferenças de gênero, com a naturalização dos comportamentos e posturas, como também expressam as implicações da cultura e das demandas do mundo do trabalho nos sujeitos sociais. No que se refere às ações em saúde, compreendemos que as ações desenvolvidas por essas profissionais caracterizam-se pelo foco na doença, o que contrasta com a proposta do modelo assistencial da atenção básica, que prioriza as ações de prevenção e promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: sexualidade e saúde reprodutiva; homens; profissionais de saúde; programa saúde da família; psicologia social discursiva.

ABSTRACT

This research aimed to understand what the health professionals of the Family Health Program (PSF) from Recife say about the attention to sexuality and reproductive health of men, from the analysis of the construction of arguments and their functions. We identified in the discourses of health professionals: how they describe men concerning the attention to sexuality and reproductive health; which explanations given by them about this male behavior, and what actions are taken / idealized from these descriptions and explanations. The base of the relationship between men and health care is the model of primary care in the National Health System (SUS), which offers prevention and health promotion, through strategies PSF and Program Community Health Agents (PACS), whose purposes allow a closer relationship between health professionals and the public. This is a qualitative study, based on the assumptions of social constructionism and the theoretical-methodological approach Discursive Social Psychology, represented by authors like Jonathan Potter and Margaret Wetherell (1987) and Michael Billig (2008). Data was built on a study of a non-governmental organization (ONG), which interviewed seven health professionals at tertiary level (three nurses, two dentists, a doctor and a male nurse) and eighteen community health agents (ACS) from two Units Family Health (USF) of Political-Administrative Region II (RPA II) of the Recife city. The instruments used were seven semi-structured interviews with health professionals at tertiary level, and two focus groups with the ACS. All the material was recorded and transcribed in detail. From the analysis of this material, we understand that the arguments constructed by health professionals, both at tertiary level, as the ACS, associate women to care and men to disregard/neglect with health. There were not significant differences in the discourses of two groups of participants or between the two types of methodological procedures. These health professionals reproduce in their discourses the traditional model of masculinity and use it to explain why men go less to health services: *do not like to expose themselves, do not take care of themselves, are the providers of the family*, among other explanations. Thus, they justify the differences between men and women through psycho-socio-cultural explanations: *man is more "closed" and woman is more "open", man is the provider and woman is responsible for the home*; socioeconomic explanations: *man do not have time because he needs to work and woman has more time available because stay home taking care of children*; and biological explanations: *women get sick more*. The arguments constructed by health professionals show two poles, men–women, strongly characterized by gender differences, with the naturalization of behaviors and attitudes, also express the implications of culture and the demands of the world of work in social subjects. With respect to health actions, we understand that the actions developed by these professionals are characterized by a focus on disease, which contrasts with the proposed care model of primary care, which focus on actions of prevention and health promotion.

KEY WORDS: sexuality and reproductive health, men, health professionals, family health program; discursive social psychology.



INTRODUÇÃO

Essa pesquisa se insere no campo de estudos de Gênero, Sexualidade e Saúde Pública, tem por tema a atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dos homens e integra a linha de pesquisa Processos Sociointerativos e Desenvolvimento Humano do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco.

O interesse em pesquisar a temática da atenção integral aos homens na saúde partiu de uma experiência da autora como bolsista de iniciação científica, na qual se investigou um grupo de pessoas com doenças reumáticas. Nesse estudo, analisaram-se os aspectos psicossociais das histórias de vida dessas pessoas, identificados a partir das suas narrativas, tanto nas entrevistas, como durante os encontros do grupo de apoio psicossocial, realizados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas (SIMIÃO; RIBEIRO; VITAL, 2005).

Algumas mudanças significativas foram identificadas ao longo da realização dessa pesquisa. Dentre elas, observou-se uma crescente participação dos homens no grupo de apoio, sendo esta de forma ativa e sistematizada, identificada pela presença e assiduidade aos encontros mensais, pela expressão de seus posicionamentos e pelo aumento da recorrência de suas falas durante as atividades do grupo. Esse fenômeno nos chamou a atenção e nos fez interrogar: houve uma mudança nos cuidados com a saúde por parte destes homens? E, além desse aspecto, notou-se também a formação de um subgrupo entre os homens participantes, que conversavam entre si, levando-nos a questionar: será que essa rede de amizades contribuiu para as mudanças observadas anteriormente?

Ao buscar a ampliação da nossa compreensão acerca desse fenômeno, passamos a considerar a perspectiva de gênero e questionamos: como os homens têm lidado com suas doenças? Como as têm enfrentado? Quais são os fatores que contribuem/não contribuem para os cuidados com a saúde? Essas indagações levaram a autora à realização de uma pesquisa intitulada “Diálogos e produção de sentidos sobre os cuidados com a saúde de homens com Artrite Reumatóide” (SIMIÃO, 2007), referente à monografia de graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Alagoas.

Como uma forma de dar continuidade às pesquisas que já foram desenvolvidas, nesse trabalho, pretendemos aprofundar o estudo sobre essa temática, investigando o que os profissionais de saúde do PSF dizem acerca da atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dos homens. Buscamos, assim, possibilitar o desenvolvimento de ações direcionadas à melhoria das condições de saúde dos homens, por meio da discussão desse tema.

Na relação que se estabelece entre os homens e os serviços de saúde, consideramos o modelo de atenção básica, juntamente com as políticas públicas de saúde integrantes do SUS, que têm procurado desenvolver suas ações direcionando-as para a atenção primária, envolvendo ações de prevenção e promoção à saúde. Dentre as estratégias presentes nesse modelo, encontramos o PSF, cujo propósito é possibilitar uma maior aproximação entre os profissionais de saúde e a população que é por eles atendida. Por esse motivo, entendemos que esse espaço é próprio para a investigação da relação entre os serviços de saúde e os homens.

Para uma melhor compreensão de como o tema da saúde do homem vem sendo discutido em Recife, entramos em contato com instituições que foram representadas por pessoas que estudaram ou estavam trabalhando com essa temática, objetivando mapear as pesquisas que foram ou estavam sendo desenvolvidas sobre esse tema.

Num contato inicial, identificamos quem eram os atores e as organizações – que nos foram indicados por informantes privilegiados – que estão envolvidos nas discussões sobre atenção integral ao homem no campo da saúde, sendo eles: alguns profissionais de serviços públicos de saúde, profissionais da ONG Instituto PAPAI e o representante do grupo de pesquisa e ação Universos Masculinos. A partir desse levantamento, pudemos compreender a gama de possibilidades de pesquisa que poderiam ser desenvolvidas sobre esse tema:

poderíamos nos focar nos profissionais dos serviços de saúde; nos homens usuários desses serviços; na saúde de uma forma geral; e/ou na saúde sexual e reprodutiva de uma forma particular.

Dentre os estudos identificados, temos a pesquisa desenvolvida pela ONG Instituto PAPAI “Homens nos serviços públicos de saúde: rompendo barreiras culturais, institucionais e individuais”, que discutiu a atenção ao homem na saúde, tendo como foco a sexualidade e a saúde reprodutiva dos homens jovens. No período de 2007 a 2008, realizaram entrevistas com profissionais de nível superior de duas USF da RPA II da cidade de Recife e grupos focais com ACS e homens jovens desse mesmo território.

Tivemos conhecimento também da pesquisa que resultou na tese de doutorado de Jorge Lyra (2008), intitulada “Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006)”, que teve como foco de análise o processo de formulação das políticas públicas nacionais voltadas aos direitos reprodutivos dos homens.

Outro estudo que foi desenvolvido recentemente foi uma pesquisa multicêntrica, envolvendo Espírito Santo, Brasília, Pernambuco¹, Minas Gerais e Santa Catarina, intitulada “Masculinidades: representações e práticas de saúde”, coordenada pela pesquisadora Profa. Dra. Zeidi Araújo Trindade, que aborda questões que se referem à maneira como os homens estão cuidando de sua saúde e se relacionando com os serviços de saúde.

No âmbito federal, tivemos conhecimento de que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de responsabilidade da equipe técnica da Área de Saúde do Homem do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde (MS), estava em processo de consulta pública e que seria lançada em 2009, o que ocorreu no dia vinte e sete de agosto do ano passado.

Foi a partir desse mapeamento que pudemos construir o objeto investigado nesse estudo, por meio do diálogo com esses atores sociais, tanto os que atuam em órgãos públicos, quanto os que atuam em ONG, bem como pelo acesso aos documentos indicados e/ou fornecidos por estes. Diante dessas informações obtidas, decidimos investigar sobre a atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dos homens, a partir da análise do discurso dos

¹ A autora do presente trabalho fez parte da equipe de pesquisa de Pernambuco e aplicou questionários em homens residentes na cidade de Recife.

profissionais de saúde do PSF, com a intenção de contribuir para as produções em gênero, saúde e no investimento de políticas públicas voltadas à saúde masculina.

Dada a relação que se estabeleceu entre a autora do presente trabalho e a ONG Instituto PAPAI, durante o processo de mapeamento, foi lançada a proposta de analisarmos o material que foi construído numa pesquisa realizada por eles, citada anteriormente, em que participaram sete profissionais de saúde de nível superior, sendo três enfermeiras, duas dentistas, uma médica e um enfermeiro, e dezoito ACS que fazem parte da equipe de atenção básica de duas USF da RPA II da cidade de Recife. Aceitamos essa proposta levando em consideração que o interesse da pesquisadora, para esse momento de sua formação acadêmica, se centrava numa aprendizagem mais elaborada da etapa de análise do material produzido em uma pesquisa. Somado a isso, consideramos a experiência anterior da pesquisadora como bolsista de iniciação científica, como também o tempo de duração do mestrado (dois anos).

No que se refere aos serviços de saúde, Lyra (2008) argumenta que estes não estão preparados para identificar e responder às demandas dos homens que buscam exercer seus direitos sexuais e reprodutivos, visto que muitos profissionais de saúde têm admitido encontrar dificuldades em mobilizar empatia e cumplicidade com os homens que frequentam os serviços públicos de saúde. Essas dificuldades geram empecilhos no conhecimento das necessidades específicas dos homens em relação à saúde, o que impede a definição de melhores estratégias para acolhê-los nesses serviços.

Essa preocupação está vinculada à necessidade de se voltar a atenção aos homens antes que haja o agravamento de problemas de saúde, como também se evidencia a importância de ações que se voltem mais para a promoção da saúde do que para uma assistência mais complexa, haja vista que, na maior parte das vezes, é nesse tipo de assistência (média e alta complexidade) que encontramos essa parcela da população (BRAZ, 2005).

Dessa forma, ressaltamos que o diálogo com os profissionais que atuam nos serviços de saúde constitui uma das recomendações do SUS, o qual preconiza que uma parcela significativa das demandas de cuidado pode ser atendida no âmbito da atenção básica, contando, para sua implementação e efetivação, com dois pilares: o PSF e o PACS. Além disso, acreditamos que a compreensão da relação entre os homens e os serviços de saúde

poderá subsidiar práticas que fortaleçam o processo de referência e contra-referência necessário para que os homens, ao se sentirem acolhidos na atenção básica, possam ser estimulados a acessar os outros níveis de complexidade do SUS.

Vale situar nesta relação que as pesquisas em ciências humanas e sociais e as ações políticas em saúde têm relacionado o conceito de homem à generalização da categoria ser humano e o conceito de gênero às temáticas referentes às mulheres. Com tal referência, autores como Benedito Medrado, Jorge Lyra, Karla Galvão e Pedro Nascimento (2000) destacam que pouco se reflete sobre como o modelo machista em nossa sociedade expõe também os homens – além das mulheres – a situações de vulnerabilidade. Ao serem vistos na condição de “seres humanos”, raramente são percebidos em sua especificidade de gênero, como sujeitos inseridos em uma ordem que lhes impõe poderes, mas, também, regras e restrições.

Esses autores destacam que foi a partir dos anos 1980 que a literatura científica sobre a intervenção em saúde e direitos reprodutivos passou a levar em consideração a participação dos homens na esfera privada. Enfatizam a falta de informações sobre os homens, as masculinidades e a paternidade, como também os impactos positivos de políticas públicas que incorporam populações masculinas em suas ações. Assim, Medrado e outros (2000) defendem que o conhecimento sobre práticas sociais masculinas e o envolvimento dos homens no contexto da saúde reprodutiva e da saúde integral podem contribuir para a ampliação dos impactos de programas voltados à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, ao controle da violência de gênero, ao planejamento familiar, à saúde das crianças, das mulheres e, principalmente, dos próprios homens.

Com tal repertório de possibilidades, começou-se a discutir a respeito do porquê os homens não participam da vida doméstica, além de questões relacionadas ao aprendizado dos cuidados com o próprio corpo e com a saúde por parte dos homens. Passa-se a levar em consideração que esse fenômeno pode ser explicado a partir da compreensão das condições criadas pela sociedade para facilitar/dificultar o envolvimento dos homens nessa vida doméstica, como também no cuidado de si e dos outros (LYRA, 1997).

No contexto político, observamos as mudanças que ocorreram em relação às preocupações do Estado, que passou a investir não só na atenção às mulheres, como também dirigiu seu interesse para os homens. Por muito tempo, a atenção à mulher foi

exclusividade do Estado, devido à preocupação em “cuidar da cuidadora”, ou seja, em assegurar a preservação da família, pretendendo-se garantir as novas gerações. Contudo, nessa preocupação do Estado com a família, estavam presentes também os interesses relacionados ao trabalho e às forças produtivas. Assim, passou-se a considerar a importância de se dar atenção também à saúde do homem, porque isso significaria menos custos e menos investimento público no tratamento de doenças (SPINK; MATTA, 2007).

Em relação à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos sexuais e reprodutivos, ressaltamos o documento “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo” (BRASIL, 2005), no qual constam as diretrizes do Estado para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos/as e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, com enfoque principal no planejamento familiar. Sobre este último, em 12 de janeiro de 1996 foi sancionada a Lei nº 9.263, que o regulamenta e o define como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que possibilite a garantia de direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole, seja pela mulher, seja pelo homem, seja pelo casal.

No referido documento, destacamos o que a Constituição Federal versa em relação à responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar: estando essa fundamentada nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, ressalta que o planejamento familiar deve ser uma decisão livre do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito.

Um dos marcos importantes em relação à discussão desse tema foi a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), dirigida pela Organização das Nações Unidas (ONU) e realizada no Cairo, em 1994, que salientou o papel primordial da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos para o desenvolvimento humano. O documento resultante desse evento, a Plataforma de Ação do Cairo, define os direitos reprodutivos como fundamentados no reconhecimento: do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento de tempo e a oportunidade de ter filhos; do direito de ter acesso à informação e aos meios de assim o fazer; além do direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2005).

Essa discussão em relação à definição dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais como direitos humanos avançou durante a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995, na qual os direitos sexuais foram definidos de maneira mais autônoma em relação aos direitos reprodutivos.

As plataformas de ação resultantes dessas duas conferências enfatizam a necessidade de promoção da igualdade entre homens e mulheres, como requisito essencial para a conquista de melhores condições de saúde e de qualidade de vida, além da promoção do efetivo envolvimento e co-responsabilidade dos homens nas questões relativas à saúde sexual e reprodutiva.

No Brasil, dentre as propostas e diretrizes do MS para o período de 2005 a 2007 constou a capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para a assistência em planejamento familiar. Uma das prioridades dessas capacitações foi o incentivo à implementação de atividades educativas voltadas aos/às usuários/as da rede de saúde do SUS que tenham como foco: a questão dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva, informações sobre meios e métodos disponíveis para a regulação da fecundidade e a importância da dupla proteção (BRASIL, 2005).

Somado a isso, destacamos a pesquisa realizada por Romeu Gomes, Eliane Nascimento e Fábio Araújo (2007), a qual questionou por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres, levando-se em consideração as explicações dadas por homens com baixa escolaridade e com ensino superior.

Nesse estudo, constataram que a presença dos homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres e associaram esse fato ao próprio processo de socialização dos homens, no qual os cuidados com a saúde não são vistos como uma prática masculina. Ressaltam, ainda, que, embora haja uma ampla discussão na literatura sobre masculinidade na área da saúde em geral, há uma insuficiência de estudos sobre o empenho masculino voltado ao estilo de vida saudável e à promoção da saúde.

Em pesquisa anterior (SIMIÃO, 2007), argumentamos que os cuidados de si não são suficientes para a recuperação da saúde, haja vista que os homens participantes da pesquisa procuraram vários médicos e hospitais, os quais tiveram dificuldades para diagnosticar a doença (Artrite Reumatóide) e indicar o tratamento correto. Ressaltou-se, assim, a

necessidade de uma assistência à saúde de qualidade, para que se possa atender mais eficientemente à demanda de saúde da população. Além disso, sugeriu-se um modelo de cuidado compartilhado, que leve em consideração todas as partes dessa teia de relações: a população, os serviços de saúde e os vínculos estabelecidos entre eles.

Nesse sentido, enfatiza-se a importância da implementação de programas e estratégias de assistência integral ao homem na saúde, que precisam estar de acordo com as características locais, históricas e culturais de cada contexto, como também com as condições disponíveis e a equipe profissional que se tem para a realização dessas propostas. Nessa perspectiva, os homens poderão desenvolver uma autonomia em relação aos cuidados com sua saúde e, para isso, terão o suporte dos serviços.

A esse respeito, o atual ministro de estado da saúde, José Gomes Temporão, apresentou, na sua definição política, um conjunto de propostas que inclui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Dentre as prioridades, o ministro destacou o fortalecimento dos serviços de atenção básica de saúde, a instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – para combater câncer de próstata, alcoolismo, tabagismo e obesidade –, como também o fortalecimento da política de humanização, objetivando melhorar a qualidade do atendimento prestado pelo SUS (SIMÕES, 2007).

Analisando o quadro geral da saúde dos homens e os índices de morbi-mortalidade masculina, tem-se como referência o documento “Indicadores e Dados Básicos para a Saúde – IDB 2006 Brasil”, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o MS, que apresentou nessa edição o tema “Saúde do Homem”. Essa publicação apresenta os principais indicadores de morbi-mortalidade masculina agregados por região, faixa etária, renda, dentre outros critérios, além de revelar que os homens jovens são aqueles que apresentam maiores índices de internamento e morte por causas externas – homicídio, violência e uso abusivo de drogas (BRASIL, 2007). Estes últimos apresentam-se diretamente relacionadas aos processos de socialização que, em geral, estimulam comportamentos de risco em detrimento do cuidado de si e dos outros.

A cidade de Recife aparece como uma das capitais mais violentas do Brasil, apresentando taxas elevadas, principalmente, de homicídios por arma de fogo. Em 2003, as mortes por homicídios representaram 74,48% do total dos óbitos por violência, o que fez com que a Secretaria Municipal de Saúde a declarasse uma questão de saúde pública. Entre

os sexos, a diferença do risco de morte é bastante acentuada. No ano de 2003, 88,59% dos óbitos por causas externas ocorreram no sexo masculino, sendo que o risco de morte por homicídios foi cerca de 20 vezes maior no homem do que na mulher (RECIFE, 2005).

Quanto à faixa etária, o risco de morte por homicídio eleva-se significativamente a partir da adolescência (10 a 19 anos), com maior prevalência entre adultos na faixa de 20 a 39 anos (op. cit., 2005). Tais dados nos levam a discutir sobre a falta de atenção à saúde e à qualidade de vida dos homens, de uma forma geral, e dos homens jovens, de um modo particular, apontando para a necessidade e importância da implementação de políticas públicas que revertam esse panorama.

Em contrapartida, dados mais recentes demonstram que houve uma redução nos índices de violência tanto em Recife, quanto em Pernambuco. No âmbito do estado, houve uma queda de 19,54% no número de crimes violentos letais intencionais no mês de novembro de 2009, quando comparado ao mesmo período de 2008 (PERNAMBUCO, 2009a). Na capital, os crimes violentos letais – homicídio doloso, latrocínio, lesão corporal seguida de morte – entre adolescentes do Recife caíram 16% no período de 2008 a 2009. No que se refere a esse tipo de violência entre os adultos jovens, registrou-se uma queda de 14%. No total, até meados de novembro de 2009, a queda nas taxas destes tipos de crimes foi 19% (PERNAMBUCO, 2009b). Esses resultados são repercussões de ações vinculadas ao Pacto Pela Vida, estratégia adotada pelo Governo do Estado para combater a violência.

Somado a isso, identificamos em Pernambuco avanços na área da saúde do homem, como demonstram as notícias acessadas no site da Secretaria Estadual de Saúde (SES) (PERNAMBUCO, 2007a). Exemplo disso é a realização do seminário “Projeto Promoção da Saúde dos Homens na Perspectiva da Educação Popular em Saúde”, que contou com a participação da SES, bem como de outras instituições públicas e privadas². Esse evento teve como objetivo discutir e estruturar, em Pernambuco, uma rede inédita de atendimento e prevenção da saúde direcionada às pessoas do sexo masculino, como também divulgar os

² Participaram das discussões: o gerente da Saúde do Homem da Secretaria Estadual de Saúde, Oswaldo Negrão, que falou sobre a política de Estado para os homens; Benedito Medrado, representando a ONG Instituto PAPAI, que discutiu sobre epidemiologia, gênero, masculinidade e participação popular; Carlos Silvan, do Universos Masculinos – Grupo de Pesquisa e Ação do Núcleo de Saúde Pública (NUSP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), que abordou o tema da “Sociedade e participação popular nas construções das políticas públicas de saúde”, com enfoque na educação popular; e Itamar Lages, da Universidade de Pernambuco (UPE), que analisou a questão da epidemiologia social e a realidade dos agravos à saúde dos homens em Pernambuco (PERNAMBUCO, 2007b).

avanços da estruturação da Política Estadual de Saúde dos Homens, com o fortalecimento de parcerias e a participação da sociedade civil nos projetos. Nesse seminário, foi ressaltado que, até aquele momento, já tinham sido realizados dois encontros estaduais e criados quatro grupos de trabalho, com o objetivo de cobrir áreas importantes da saúde, para ofertar, em um futuro próximo, serviços essenciais para os homens.

No caso específico de Recife, no Plano Municipal de Saúde 2006-2009, dentre as proposições e metas voltadas para a atenção especializada à saúde, está a proposta de implantação da Política de Atenção à Saúde do Homem, que visa:

1. Sensibilizar os usuários e profissionais para prevenção DST/HIV/HTLV e neoplasias (próstata e pênis) através de ações educativas;
 2. Criar ações de promoção e prevenção à saúde do homem;
 3. Promover campanhas de sensibilização voltadas à adesão dos homens às unidades de saúde;
 4. Implementar o atendimento e a terapêutica da disfunção erétil.
- (RECIFE, 2005, p. 60).

Diante de tudo o que foi exposto anteriormente, acreditamos que novas pesquisas sobre a atenção ao homem nos serviços de saúde podem aprofundar as discussões acerca dessa relação entre masculinidades e saúde (GOMES; NASCIMENTO, 2006). Assim, pretendemos, nessa pesquisa, compreender como estas discussões se inserem no PSF, como também contribuir para as produções em gênero, saúde e no investimento de políticas públicas voltadas à saúde masculina. Por fim, almejamos dar visibilidade a essas questões e gerar novas possibilidades de ação nesse contexto.

No que se refere ao embasamento epistemológico, teórico e metodológico dessa pesquisa, compreendemos nosso objeto de estudo a partir dos pressupostos construcionistas e da Psicologia Social Discursiva (POTTER; WETHERELL, 1987), que entendem a realidade como socialmente construída e privilegiam a linguagem e o discurso como objetos de estudo, estes entendidos como ações que se produzem e se constroem nas relações cotidianas.

Assim, em nossas análises, fomos identificando nos discursos dos profissionais de saúde: como eles descrevem os homens em relação à atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva; quais as explicações dadas por eles a esse comportamento masculino; e quais ações são realizadas/idealizadas a partir dessas descrições e explicações.

O presente trabalho foi desenvolvido em quatro capítulos. No primeiro capítulo, abordaremos o tema da *Atenção integral aos homens no campo da saúde*. Para tal, discutiremos as transformações do campo da saúde, os modelos de atenção à saúde, os conceitos de masculinidade hegemônica e masculinidades múltiplas e as relações que se estabelecem entre os homens e os serviços de saúde.

No segundo capítulo, *Psicologia Social Discursiva: uma abordagem do discurso em seu contexto de interação*, apresentaremos a abordagem teórico-metodológica que fundamenta essa pesquisa, discutindo os pressupostos do construcionismo social, os fundamentos e principais conceitos da Psicologia Social Discursiva e algumas noções de discurso e análise do discurso.

A seguir, no terceiro capítulo, discutiremos *O desenrolar da pesquisa e seu processo de construção*, no qual explicaremos o processo de mapeamento do campo de estudos sobre o tema, os participantes da pesquisa, os procedimentos realizados, bem como o processo de análise.

No quarto capítulo, intitulado *Representando a atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dos homens: que repertórios interpretativos são utilizados nas produções discursivas dos profissionais de saúde?*, apresentaremos nossas análises, fazendo articulações entre o material produzido, a literatura sobre o tema e os conceitos da abordagem teórico-metodológica adotada nessa pesquisa.

Finalizaremos esse trabalho com nossas considerações, nas quais nos posicionaremos em relação ao conhecimento construído nesse estudo, bem como proporemos possíveis caminhos de pesquisa que possam dar continuidade às investigações em relação à atenção integral ao homem na saúde.

CAPÍTULO I



H

O

M

SAÚDE

τ

M

E

INTEGRAL

ç

Ã

O



CAPÍTULO I

Atenção integral aos homens no campo da saúde

Para discutirmos sobre a atenção que vem sendo dada aos homens na área saúde, abordaremos as transformações pelas quais passou esse campo, levando-se em consideração os momentos de transição dos paradigmas que norteiam a Saúde Pública no Brasil (SANTOS; WESTPHAL, 1999). Em seguida, dialogaremos com alguns autores que discutem sobre masculinidades e saúde, dando visibilidade aos seus posicionamentos diante dessa temática.

1.1 Os sentidos de saúde produzidos ao longo do tempo: uma breve retrospectiva histórica

Para se falar sobre as mudanças ocorridas no campo da saúde, dialogaremos com Jair Santos e Márcia Westphal (1999), autores estes que confrontam os diferentes paradigmas que vêm orientando as práticas de Saúde Pública no Brasil nos últimos dois séculos. Esses autores definem as concepções de saúde que caracterizaram cada época e ressaltam a concepção em vigência: a de que *saúde se produz socialmente*. Além deles, dialogaremos também com Mary Jane Spink e Gustavo Matta (2007), autores que também discutem o histórico da Saúde Pública brasileira e afirmam que, para propor novas formas de atuação compatíveis com os princípios do SUS, é necessário, primeiramente, romper com as concepções que foram construídas historicamente.

Santos e Westphal (1999) definem *prática sanitária* como a forma pela qual a sociedade estrutura e organiza as respostas aos problemas de saúde. Nesse contexto,

ressaltam que essa prática é configurada e direcionada pelo paradigma e contexto vigentes, ou seja, a mudança de paradigma nas ciências da saúde gera mudanças na prática sanitária.

Eles esclarecem melhor dizendo que:

Desde há alguns anos a nossa visão da saúde passou da mera ausência da doença para a noção de bem-estar físico e mental, e daí para conceito mais amplo que inclui uma adequação de vida social. Ocorre claramente uma mudança de paradigma, inclusive com ruptura semântica entre o conceito atual de saúde e o anterior. Modifica-se a prática sanitária, passando-se da antiga – curativista – para a atual – a vigilância da saúde e a promoção da saúde (SANTOS; WESTPHAL, 1999, p. 72).

De acordo com Spink e Matta (2007), no Brasil, a atenção à saúde na rede pública demorou a se estruturar. Durante muitos anos, tal atenção foi relegada às Santas Casas de Misericórdia ou aos serviços voluntários de várias naturezas. Somente em 1923 é que foi instituída a primeira organização estatal de serviços de saúde, a qual se responsabilizou pela seguridade social de trabalhadores dos setores organizados.

No século XIX, a situação da morbi-mortalidade em todo o mundo era caracterizada pela predominância de doenças infecciosas sobre as demais. Nessa época, tomou corpo a idéia da natureza biológica da doença, deslocando o pensamento causal em saúde do ambiente físico e social para patógenos concretos. Com isso, acreditava-se que a doença teria uma só causa, na qual um germe originava uma etiologia. Nesse sentido, conceituava-se saúde como ausência da doença, ou seja, ausência de um agravo causado por um germe (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Para Santos e Westphal (1999), os principais elementos desse referencial são: o curativismo, o mecanicismo, o biologicismo e o individualismo. O *curativismo* é o elemento primordial, pois, como a saúde é a ausência de doença no indivíduo, o diagnóstico e a terapêutica ganham toda a relevância no processo. Assim, a prática sanitária passa a ser a busca da cura dos indivíduos que manifestaram alguma doença.

A noção do *mecanicismo* assemelha-se à da mecânica clássica, ressaltando-se a unicausalidade, na qual se identifica a relação: uma só causa atuando em um corpo, sempre produz um efeito. Nesse período, a ênfase recai no *biologicismo*, pois se acreditava que as doenças e suas curas sempre ocorriam no nível biológico; além do *individualismo* característico da época, no qual o único e principal objeto das ações em saúde era o

indivíduo, que seria tratado por outro indivíduo, excluindo-se completamente dessa ação os contextos ambiental, social e histórico.

Segundo Spink e Matta (2007), o final do século XIX e início do século XX foram marcados por mudanças nos direitos e deveres em relação à saúde, as quais foram caracterizadas pelo esvaziamento da responsabilidade estatal e pela crescente responsabilização de cada cidadão pelo seu próprio estado de bem-estar.

Em meados do século XX, dá-se início a denominada *era terapêutica* que, após a Segunda Guerra Mundial, foi reforçada pelo desenvolvimento moderno e pelo aumento dos recursos públicos no setor da saúde. No processo de expansão do movimento curativista, as grandes esperanças de recuperação da saúde estavam depositadas na assistência clínica, especialmente, dentro dos hospitais (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Esses autores pontuam ainda que a Saúde Pública do início do século e as Escolas de Saúde Pública – conhecidas como escolas de higiene –, voltaram seu interesse para os métodos sociais e ambientais, tendo como objetivos a remodelação e o saneamento das cidades, além da transmissão de normas higiênicas, resultando numa dicotomia prevenção/cura. Desse modo, o higienismo – assim como o movimento sanitarista do final do século – tinha caráter paternalista e vertical, sendo caracterizado pelo pouco desenvolvimento e/ou ausência de mecanismos democráticos nas sociedades que o empregaram.

Em contrapartida, o desenvolvimento dos estudos em epidemiologia e imunologia, apontados por Santos e Westphal (1999), gerou crises nos elementos do paradigma curativista mencionados anteriormente. Houve uma crise no mecanicismo com o surgimento das noções de risco, exposição e suscetibilidade. Com isso, passou-se a entender que uma causa atuando sobre um corpo nem sempre vem a produzir o efeito esperado.

A segunda crise gerada foi em relação aos elementos do biologicismo e da unicausalidade, vinculada a três fatores: extensão das noções próprias da epidemiologia das doenças transmissíveis para as não-transmissíveis; surgimento da idéia de multicausalidade; e conceituação de fator de risco nas doenças degenerativas, estando esse quase sempre associado ao meio físico e/ou social. Segundo esses autores, o deslocamento da ênfase curativa para uma lógica pautada na prevenção foi a consequência mais imediata desse

processo de crise. Surge, então, a medicina preventiva, que mesmo dando origem ao novo paradigma, parece não ter conseguido romper com as noções vinculadas ao antigo paradigma flexeneriano curativista.

No Brasil, em 1966, a atenção médica foi unificada no modelo do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual herdou uma estrutura de atenção à saúde muito incipiente, fazendo-se necessária a criação de convênios com empresas e instituições de saúde. A partir desses convênios, surgiram os planos de saúde e o pagamento de serviços terceirizados, que geraram uma segmentação na atenção à saúde entre a assistência pública e a assistência conveniada (SPINK; MATTA, 2007).

Em relação à organização dos serviços de saúde, esses autores afirmam que a década de 1970 foi caracterizada pela expansão e consolidação da assistência médica individualizada. Além disso, observou-se uma recuperação da Saúde Pública, a qual incluiu, no seu campo de práticas, medidas de atenção individualizada médico-sanitárias, o que gerou uma revitalização do MS e das SES.

Em 1975, durante o período militar, foi instituído o Sistema Nacional de Saúde, que estabelecia de forma sistemática o campo de ações na área de saúde nos setores públicos e privados, buscando o desenvolvimento de atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse documento reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde (POLIGNANO, 2001).

No entanto, o governo federal destinou poucos recursos ao MS, que, por esse motivo, foi incapaz de desenvolver as ações de saúde pública propostas. Na prática, isso significou uma preferência pela medicina curativa, apesar de ser mais dispendiosa financeiramente, a qual era mantida pelos recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o INPS.

Nessa época, o modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise, fazendo com que a população com baixos salários passasse a conviver com o desemprego e as suas graves consequências sociais: aumento da marginalidade, das favelas e da mortalidade infantil. Assim, não foi possível atender a demanda da população cada vez

maior de marginalizados, que, por não ter carteira assinada e não contribuir para a previdência, se via excluída do sistema (POLIGNANO, 2001).

Em 1976 foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), o qual organizava publicações e realizava eventos que reuniam as discussões sobre os possíveis modelos de saúde que pudessem responder às questões sanitárias do país. E em 1979, foi criada a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a qual reuniu o debate acadêmico das críticas ao modelo assistencial e propôs meios de construção do SUS (SPINK; MATTA, 2007).

No campo das transformações econômicas mundiais, caracterizadas pela mudança do capitalismo clássico para o neoliberalismo, observam-se transformações na forma como se via a saúde, a qual passou a ser vista como onerosa, principalmente no que se refere à recuperação após a doença. Com isso, o sanitarismo do final do século XIX e começo do século XX, que enfatizava a higiene, passou a ser reconfigurado para um modelo preventivo.

Nesse contexto, Spink e Matta (2007) afirmam que a economia da saúde neoliberal contemporânea foi marcada pela minimização dos custos com a recuperação da saúde por meio da promoção à saúde e prevenção do surgimento de doenças. Assim, esses autores argumentam que a forma como o Estado se posiciona frente à saúde se caracteriza pela transformação da *biopolítica* em *bioeconomia*; ou seja, há uma preocupação maior com os custos gerados pelas doenças, os dias perdidos de trabalho ou o aumento das contribuições previdenciárias, do que com as consequências das condições precárias de saúde da população.

Em seguida, houve a propagação da noção de atenção integral à saúde, caracterizada pela ampliação do conceito de educação sanitária – deixando-se de lado a abordagem higienista –, o que contribuiu para o desenvolvimento de um dos elementos mais importantes desse novo paradigma, a saber: a promoção da saúde (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

De acordo com Spink e Matta (2007), quando o debate sobre saúde se dirigiu à promoção, expandiram-se os componentes de saúde: além dos aspectos biológicos, incluiu-se o ambiente físico, psicológico e social como, também, o estilo de vida; estando esses

componentes presentes no adoecimento e nas ações voltadas à prevenção, cura e recuperação.

Em 1983, período marcado pelo movimento de transição democrática do país, foi criado o AIS (Ações Integradas de Saúde), um projeto de articulação entre os Ministérios da Previdência, da Saúde e da Educação, que visava um novo modelo assistencial, caracterizado pela integração de ações curativas, preventivas e educativas (POLIGNANO, 2001).

Consoante a essas mudanças está o capítulo que se refere à saúde da Constituição Federal Brasileira de 1988, o qual, inspirado na Conferência Nacional de Saúde de 1986, institui o SUS e se apresentou marcado pelo paradigma da produção social da saúde. Nesse documento, saúde foi definida como um direito universal, resultante das condições de vida e de trabalho, como também garantida por meio de políticas públicas sociais e econômicas. Estas últimas visam à redução do risco de doença e outros agravos, além de oferecerem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Ainda sobre essa Constituição, Spink e Matta (2007) afirmam que ela propôs a perspectiva de organização descentralizada, possibilitando aos diversos municípios que elaborassem políticas pertinentes à realidade local; além disso, referendou os princípios básicos do SUS, a saber: universalidade, gratuidade, integralidade e organização descentralizada. Desse modo, a ênfase na promoção de saúde e prevenção da doença amplia a compreensão dos fenômenos saúde e doença, os quais passam a ser pautados pelos determinantes e condicionantes sociais da doença. De acordo com esses autores, “o social se faz presente não apenas na explicação do processo saúde-doença, como também na esfera do comportamento, trazendo para a discussão a reflexão sobre a cultura de classe e significados do adoecimento” (p. 40).

Partindo desse novo conceito de saúde, Santos e Westphal (1999) concluem que ser saudável não está necessariamente atrelado ao fato de não estar doente. Esse novo conceito impulsiona a possibilidade de atuar e de produzir a própria saúde, seja por meio dos cuidados tradicionalmente conhecidos ou por ações que influenciem o meio em que se vive; deixando-se de lado todo o individualismo do paradigma anterior.

O movimento da nova saúde pública, baseado nesse referencial, busca métodos adequados à realidade política vigente, objetivando atingir uma maior eficiência nas ações sociais e ambientais, relacionadas à saúde e à qualidade de vida. Com isso, abandona-se, em tese, o enfoque vertical e paternalista herdado do passado, caracterizado pelas práticas prescritivas dos profissionais de saúde, os quais atuavam apoiados nos princípios do biologicismo e do mecanicismo. Assim, Spink e Matta (2007) pontuam que os discursos a respeito da promoção à saúde oriunda dos fóruns e documentos – tanto nacionais quanto internacionais – apontam para uma reorientação da assistência, com ênfase cada vez maior nos serviços básicos de saúde, endossados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Uma estratégia de ação apontada por Santos e Westphal (1999), coerente com a perspectiva da produção social da saúde, como também da criação de ambientes saudáveis é a Estratégia Saúde da Família (ESF)³. Ela funciona como um centro de saúde formado por uma equipe de saúde da família, a qual apresenta uma delimitação territorial de abrangência e desenvolve ações focalizadas na promoção da saúde.

Nesse sentido, essa estratégia caracteriza-se por ser uma atuação contínua, personalizada, reconhecedora da importância do relacionamento humano, além de estimuladora das ações intersetoriais. Os autores ressaltam que os resultados dessa estratégia têm demonstrado sua alta resolubilidade – incluindo os aspectos curativos –, seus baixos custos diretos e indiretos e seus excelentes efeitos na articulação com outros setores que lidam com o campo da saúde.

Diante do panorama exposto, ressaltamos que as possibilidades de pesquisa e ação de caráter psicossocial no campo da saúde se ampliam, como nos falam Spink e Matta (2007), as quais podem abarcar os mais variados conceitos que estão circulando atualmente: risco, vulnerabilidade, co-construção de sentidos, entre outros.

Todos esses processos descritos anteriormente somam-se às atuais políticas públicas de saúde, que têm procurado desenvolver suas ações direcionando-as para a atenção primária: ações de prevenção e promoção da saúde. Desse modo, a participação dos/as psicólogos/as nessas ações tem exigido uma maior produção de conhecimento neste campo.

³ Dada a eficácia do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente este passou a ser nomeado Estratégia Saúde da Família (ESF), pois, mais que um programa, constituiu-se em uma ferramenta útil para a atenção básica visando o alcance de melhorias nos índices de saúde da população.

A Psicologia tem estado cada vez mais presente no campo da saúde, sendo a sua colaboração requisitada tanto pelos profissionais de saúde como pelos usuários do serviço. O ponto fundamental para essa inserção é a mudança do paradigma dualista, no qual o corpo e a mente estão dissociados, para o monista, no qual o ser humano é encarado como um todo único biopsicossocial.

1.2 O que tem se falado sobre atenção integral aos homens no campo da saúde?

Para se discutir sobre a atenção que vem sendo dada aos homens no campo da saúde, faz-se necessário considerar os estudos sobre masculinidades, os quais consideram a diversidade e a multiplicidade de formas de se vivenciar a masculinidade, em contraposição ao modelo hegemônico construído socialmente.

Dentre os/as estudiosos/as da temática de gênero com os/as quais dialogaremos encontra-se a filósofa francesa e feminista Elisabeth Badinter (1993). Essa autora expõe em suas obras a luta pela igualdade de direitos e oportunidades entre os sexos e uma preocupação com o papel masculino na sociedade. Defende o ideal de igualdade social, principalmente no que se refere à relação homem-mulher, a qual por muitos anos tem se caracterizado por uma batalha de poderes.

Ela contesta veementemente o mito do “sexo forte” e a concepção da superioridade masculina, argumentando que:

Desde o surgimento do patriarcado, o homem sempre se definiu como ser humano privilegiado, dotado de alguma coisa *a mais*, ignorada pelas mulheres. Ele se julga *mais* forte, *mais* inteligente, *mais* corajoso, *mais* responsável, *mais* criativo ou *mais* racional. E este *mais* justifica sua relação hierárquica com as mulheres, ou pelo menos com a sua (BADINTER, 1993, p. 6, grifo da autora).

Segundo essa autora, antigamente, a mulher era o lado obscuro da humanidade e ninguém pensava em questionar o homem. Isso ocorria porque a masculinidade parecia ser algo evidente, claro, natural, contrário à feminilidade. Porém, nas três últimas décadas, essas evidências milenares explodiram e, ao procurar se redefinir, as mulheres acabaram coagindo os homens a fazer o mesmo. Assim, afirma que esse processo de redefinição das

mulheres – revolução feminina – provocou uma revolução na construção da identidade masculina.

Para Badinter (1993), o processo de tornar-se um homem exige esforço e trabalho, diferentemente do processo de torna-se uma mulher. Nesse sentido, ela fala de uma “conquista da masculinidade”, na qual o homem precisa provar sua virilidade, sendo essa construída ao longo do tempo. Nesse sentido, ela argumenta que o processo de tornar-se um homem vai muito além da formação cromossômica XY, pois envolve fatores psicológicos, sociais e culturais.

Ela discute sobre as mudanças que vêm ocorrendo na identidade masculina, as quais dão visibilidade ao “esforço” que os homens fazem para se tornarem homens, de acordo com o que é exigido deles: autodomínio, vontade de se superar, gosto pelo risco e o desafio e resistência à opressão.

De acordo com a autora, a maior razão da vulnerabilidade física dos homens se deve a uma maior vulnerabilidade psíquica, a qual é resultado do esforço deste para constituir-se um homem como tal. Assim, o macho nasce de uma fêmea e busca, durante toda sua vida, se diferenciar dela. Em outras palavras, ela explica que o menino se afirma negativamente à sua mãe. Para afirmar sua identidade masculina, ele deve tanto se convencer quanto convencer aos demais de que não é uma mulher, não é um bebê e não é um homossexual.

Nessa perspectiva, Badinter (1993) ressalta que a masculinidade é adquirida secundariamente e, levando-se em consideração as dificuldades encontradas no processo de constituição da identidade masculina, a autora afirma que o homem “é definido como o sexo fraco, portador e numerosas fragilidades, físicas e psíquicas” (p. 35).

No que se refere à definição do que é “ser homem”, a autora ressalta que as negativas predominam: não ser feminino, homossexual, dócil, dependente, submisso, efeminado, impotente, entre outras. Discute sobre o ideal masculino e o quanto este é inalcançável para a maioria dos homens. Entre as características desse homem, ela discorre sobre a dificuldade na expressão de sentimentos, a supervalorização do pênis e a violência.

Badinter (1993) argumenta que há suspeitas de que o modelo tradicional de masculinidade seja fatal para o próprio homem, o que é indicado pela expectativa de vida de homens e mulheres, como também pelos altos índices de mortalidade masculina. Aliado a

isso, a autora destaca que os homens têm as mesmas necessidades psicológicas que as mulheres – amar/ser amado, comunicar emoções e sentimentos, ser ativo e passivo –, necessidades estas proibidas pelo ideal masculino.

Em relação aos perigos físicos relacionados ao modelo tradicional de masculinidade, apontados pela autora, encontram-se: assumir riscos; fumar/beber excessivamente; e uso de motocicletas/automóveis como símbolos de virilidade. A competição e o estresse caracterizam a vida profissional. Além disso, os esforços exigidos dos homens para se adequarem ao ideal masculino provocam angústia, dificuldades afetivas, medo do fracasso e comportamentos compensatórios potencialmente perigosos.

Sobre esse último ponto, Badinter (1993) cita Kimmel e Levine que, ao falarem sobre os homens e a Aids, mostraram como o modelo viril tradicional, o qual privilegia a aventura e o risco, se opõe à prevenção. Por esse motivo, eles alertam que todas as campanhas de prevenção da Aids devem empenhar-se em convencer que virilidade não está necessariamente ligada ao risco de morte, sendo também compatível com a prudência.

A autora afirma que em meados dos anos 1970 foi que se começou a questionar a identidade masculina e o papel masculino ideal. Nessa época, surgiram os primeiros trabalhos científicos sobre masculinidade. A partir desses estudos, Badinter (1993) aponta que foram os anglo-americanos que começaram a falar em “masculinidades”, pois argumentavam que os fatores como classe, idade, raça e preferência sexual engendraram uma diversidade masculina.

Somado a isso, encontrava-se o feminismo dos anos 1960, o qual desestabilizou as diferenças nos papéis masculino e feminino. A mulher passou a assumir o “lugar” do homem, diminuindo, de certa forma, a superioridade deste em relação a ela. O patriarcado, no qual o homem é privilegiado, começa a entrar em ruínas e, a partir dos *men's studies*, países como Inglaterra, Estados Unidos, Austrália e os nórdicos começaram a repensar a masculinidade.

Em seguida, durante os séculos XIX e XX, a Europa e os Estados Unidos assistiram ao movimento de emancipação das mulheres, o que gerou forte hostilidade por parte dos homens – devido ao sentimento de ameaça –, além da misoginia e do anti-feminismo. Nessa época, é travado o conflito entre virilidade e feminilidade, gerando mudanças na economia,

que acarretaram transformações nas estruturas familiares. Com isso, a mulher passou a trabalhar “fora” e a reclamar seus direitos, enquanto que o homem iniciou uma busca por estratégias para manter-se viril.

Badinter (1993) defende que as virtudes masculinas e femininas são indissociáveis e estão presentes em todos os seres humanos. Segundo essa autora, as virtudes femininas conservam o mundo, enquanto que as virtudes masculinas fazem recuar os limites. Porém, considera que:

Longe de serem incompatíveis, elas são indissociáveis, para que se pretenda o título de humano. Embora uma tradição milenar as tenha colocado em oposição, atribuindo-as a um ou a outro sexo, tomamos pouco a pouco consciência de que uma sem as outras acabariam se tornando um pesadelo: o autodomínio pode tornar-se neurose, o gosto pelo risco pode tender ao suicídio, a resistência pode transformar-se em agressão. Inversamente, as virtudes femininas, tão celebradas nos dias de hoje, podem, se não forem temperadas pelas virtudes masculinas, conduzir à passividade e à subordinação (BADINTER, 1993, p. 188-189).

Autores como Medrado e outros (2000) ressaltam a construção social das masculinidades, argumentando que a masculinidade hegemônica é um modelo cultural ideal e que, por esse motivo, não é possível de ser atingida por nenhum homem. Nesta perspectiva, salientam que os homens estão inseridos numa cultura que se caracteriza por relações sociais hierárquicas, por relações desiguais de poder e por relações de gênero. Destacam, assim, o interesse por entender como os homens se posicionam no contexto das relações de gênero e que alternativas discursivas sua cultura lhes oferece; ou seja, a relevância de se analisar como os homens atualizam, em seu cotidiano, o modelo hegemônico de masculinidade, considerando as matrizes culturais e históricas em que interagem e se desenvolvem socialmente.

Nesse sentido, de uma forma geral, os homens são educados, desde cedo, para responder às expectativas sociais de modo proativo, em que o risco não é algo a ser evitado, mas superado cotidianamente. A noção de autocuidado dá lugar a um estilo de vida autodestrutivo, a uma vida, em diversos sentidos, vulnerável. Com isso, muitos homens em condições sociais diversas também enfrentam, cotidianamente, a impossibilidade e obrigação de responder ao modelo hegemônico de masculinidade, colocando-se em posições hierárquicas desfavoráveis (MEDRADO *et al*, 2000).

De acordo com Daniel Korin (2001), um muro de silêncio e invisibilidade impediu que se enxergassem as consequências da masculinidade tradicional, como também se deixou de lado o mal-estar e o sofrimento dos homens, inclusive no que se refere à saúde destes. Entretanto, esse autor revela que “diversos grupos de homens nas Américas, Europa, Austrália e Nova Zelândia estão trabalhando, há algum tempo, na tarefa de romper este silêncio e dirigirem-se a um exercício saudável da masculinidade” (p. 68).

Korin (2001) diferencia os termos “sexo” e “gênero”, conceituando-os da seguinte forma: “sexo” refere-se à distinção biológica entre homem e mulher; enquanto que “gênero” compreende uma série de significados culturais atribuídos a essas diferenças biológicas. Com isso, o conceito de gênero abrange os atributos, as funções e as relações que transcendem o biológico/reprodutivo e que são construídos social e culturalmente. Desse modo, ele assinala que o gênero possui três dimensões: *espacial*, varia de uma cultura a outra; *temporal*, em uma mesma cultura há diferentes tempos históricos; e *longitudinal*, varia ao longo da vida de um indivíduo.

Nesse contexto, esse autor aponta a dificuldade que os homens enfrentam ao ter que sucumbir ao modelo hegemônico de masculinidade e afirma que “as consequências de não chegarem a ser o modelo ideal são tão aterrorizantes que os homens pagam com má saúde e, inclusive, com a morte para demonstrar sua ‘macheza’” (p. 69). Dessa forma, o desejo e a capacidade de cuidar de si e do outro desaparecem durante sua socialização, além de ele ter que prezar pelo poder, pela autonomia, pela força, pela racionalidade e pela repressão das emoções. Como uma possível solução para isso, Korin (2001) diz que

é importante encontrar outros homens que estejam enfrentando essas mudanças, para que juntos resistam às pressões para que se adaptem a uma masculinidade dominante e rígida, e para que se apoiem mutuamente no desenvolvimento de novas formas de ser homem, a fim de criar uma cultura de masculinidade mais sadia (p. 76).

Para isso, esse autor aponta que é necessário adotar novos paradigmas de prestação de serviços, posto que os em vigência buscam apenas satisfazer o aspecto técnico-racional do indivíduo. Nesse sentido, ele propõe que os serviços sejam ampliados para abarcar as dimensões socioculturais, como também as estruturas de desigualdade, além da importância de se capacitar os prestadores de serviço em todos os níveis.

1.3 Inserindo os homens nas discussões do campo da saúde: da masculinidade hegemônica ao conceito de masculinidades múltiplas

Karen Giffin (2005) comenta o atual interesse em estudar os homens e argumenta que está ocorrendo uma *modernização da masculinidade hegemônica*, gerando transformações nas relações pessoais desses homens. Com isso, essa autora ressalta uma perspectiva histórica sobre a masculinidade, sendo esta constantemente construída dentro da história de uma estrutura social em evolução.

Estela Aquino (2005) aponta que, durante muito tempo, as diferenças entre os sexos no adoecimento e na morte foram consideradas naturais e as explicações, quando buscadas, apoiavam-se na biologia – ciência considerada neutra e objetiva. Nesse contexto, a produção de conhecimentos e as intervenções no campo da saúde ocupacional voltavam-se aos homens, enquanto que às mulheres, consideradas sempre potencialmente grávidas, estavam reservados os cuidados com o feto.

Nos últimos tempos, em relação ao campo da saúde, tem-se buscado demonstrar, cada vez mais, como a masculinidade hegemônica gera comportamentos danosos à saúde do homem. Nessa perspectiva, essa autora nos diz que

os estudos sobre homens e masculinidades têm trazido contribuições importantes ao problematizar aspectos cruciais para reflexão sobre a dominação masculina e as relações de gênero. Ao partir da noção de masculinidade hegemônica, a produção teórica e empírica neste campo tem permitido o reconhecimento de masculinidades múltiplas (AQUINO, 2005, p. 20).

Sobre esse último aspecto, Badinter (1993) discute o conceito de plasticidade humana para rejeitar a idéia de uma masculinidade única, como defendido pelos especialistas dos *men's studies*. Esses especialistas contestam o papel principal da biologia e concluem – com base nos trabalhos da antropologia social e cultural e das pesquisas históricas e sociológicas sobre masculinidade e feminilidade – que “não existe um modelo masculino universal” (BADINTER, 1993, p. 27). Nesse sentido, a autora aponta para a multiplicidade de masculinidades, que são ensinadas e construídas nas interações sociais.

Em suas pesquisas, Aquino (2005) afirma que na base de dados *Medline* – principal base de referências bibliográficas sobre saúde – a expressão “saúde do homem”, no singular,

não foi encontrada e o termo *men's health* não integrava os descritores, diferentemente do termo *women's health*, que foi incorporado a essa base em 1991.

De acordo com essa autora, em meados de 1996, *men's health* intitulava um editorial do *British Medical Journal*, no qual tinham destaque os variados condicionantes da saúde dos homens. Acreditava-se que eles, comparando-se às mulheres, teriam menor capacidade de reconhecer seus problemas físicos e emocionais, como também de procurar ajuda. Diante desse contexto, pontua que:

Na organização da atenção à saúde, enfatizar as especificidades pode reiterar o essencialismo, mas incorporar a perspectiva de gênero pode contribuir para adequar os serviços às necessidades de homens e mulheres e superar mecanismos e atitudes de discriminação. Isso pode envolver ações e estratégias voltadas a grupos de homens ou de mulheres em particular, sem a segmentação de espaços e novas especialidades (AQUINO, 2005, p. 22).

1.4 Cenários de pesquisa e debate sobre masculinidades e saúde

Autoras como Rosele Paschoalick, Maria Lacerda e Maria de Lourdes Centa (2006) afirmam que, para se compreender a relação existente entre o comportamento dos homens e sua saúde, é necessário evidenciar como se deu a construção da masculinidade, sendo esta caracterizada por um conjunto de elementos culturais. Segundo elas, os pesquisadores e formuladores de políticas públicas de saúde têm desconsiderado o processo de socialização como um fator que pode aumentar a vulnerabilidade dos homens.

Como uma possível solução, essas autoras destacam que, recentemente, estudos estão sendo conduzidos com enfoque na identificação das consequências que o comportamento masculino tem trazido para a saúde dos homens e para a saúde daqueles com os quais ele se relaciona. Exemplos disso é que, no Brasil, várias ONG (Instituto PROMUNDO, ECOS – Comunicação em Sexualidade, Instituto PAPAI e Instituto NOOS) têm se dedicado a estudar o comportamento dos homens, visando não apenas a melhoria da sua saúde e bem-estar, mas também da saúde de seus pares, por acreditarem que existe uma relação de influência mútua entre esses dois fatores – saúde de homem e saúde de seus pares.

Além disso, Paschoalick, Lacerda e Centa (2006) pontuam que, na década de 1990 do século XX, ocorreram dois importantes fóruns mundiais: a Conferência Internacional sobre

População e Desenvolvimento (1994), ocorrida no Cairo; e a IV Conferência Mundial da Mulher (1995), ocorrida em Pequim. Esses eventos trouxeram os homens, juntamente com as mulheres, para o centro das discussões relacionadas à: saúde sexual e reprodutiva; disseminação da AIDS e demais doenças transmitidas pelo contato sexual; violência doméstica; criação dos filhos; entre outros temas geradores de agravos à saúde.

Essas autoras, ao reverem as políticas públicas de assistência à saúde no Brasil, elaboradas até 2006, observaram a ausência de propostas de atendimento integral à saúde dos homens, que levassem em consideração os aspectos da masculinidade construídos culturalmente. Como solução para essa problemática, elas trazem as seguintes reflexões:

Acreditamos que para modificar o atual cenário, estratégias de ação dos profissionais de saúde devem ser revistas de maneira a ampliar a participação do homem nos serviços de saúde e no cuidado de si. Ajudá-lo a reconhecer suas necessidades, a falar e a cuidar de si, a refletir acerca de seu comportamento, das transgressões que faz e a respeito da masculinidade estereotipada que o coloca em riscos desnecessários, são ações que os profissionais de saúde e governantes devem contemplar em suas propostas de intervenção à população masculina, em especial os jovens (PASCHOALICK; LACERDA; CENTA, 2006, p. 85).

Em contrapartida, no dia 27 de agosto de 2009 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, justificada devido às peculiaridades do homem, em relação às mulheres, nos quesitos mortalidade, morbidade e aspectos socioculturais. O texto da política aponta que os homens vivem, em média, 7,6 anos a menos do que as mulheres, sendo as causas externas uma das principais causas de mortalidade da população masculina (BRASIL, 2009).

Quanto aos aspectos socioculturais, a política destaca os seguintes: os homens têm medo de descobrir que estão doentes; acham que nunca vão adoecer e, por esse motivo, não se cuidam; não procuram os serviços de saúde; não seguem os tratamentos recomendados; estão mais expostos aos acidentes de trânsito e de trabalho; utilizam álcool e outras drogas em maior quantidade; estão envolvidos na maioria das situações de violência; e não praticam atividade física com regularidade.

Ao questionamento *Por que os homens não se cuidam e não procuram os serviços de saúde?*, encontramos, no texto da política, justificativas que listam barreiras socioculturais e institucionais. Dentre as barreiras socioculturais, temos: os estereótipos de gênero; o papel

de provedor atribuído socialmente ao homem; e o papel de cuidadora atribuído socialmente à mulher.

Em relação às barreiras institucionais, é apontado que as estratégias de comunicação não privilegiam os homens e que os serviços de saúde não atendem à demanda dessa população devido ao horário de atendimento e às dificuldades de acesso.

1.5 Porque os homens morrem mais cedo do que as mulheres? Sentidos produzidos sobre o processo do adoecer em homens

No texto elaborado por Ruy Laurenti, Maria Helena Mello Jorge e Sabina Gotlieb (2005) sobre o perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina, tem-se que a mortalidade masculina é maior em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas, além de as esperanças de vida ao nascer, como também em outras idades, são sempre menores entre os homens. Além disso, esses autores destacam que, apesar dos altos índices de mortalidade masculina, os indicadores de morbidade, medidos pela demanda aos serviços e por inquéritos populacionais, demonstram que, de uma maneira geral, as mulheres frequentam mais os serviços de saúde do que os homens.

Esse último ponto também foi foco de outras pesquisas, que apontam para o fato de ser a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde menor do que a das mulheres. Nesse sentido, há autores que associam esse fenômeno ao próprio processo de socialização dos homens, no qual os cuidados com a saúde não são vistos como uma prática masculina (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Assim, as pesquisas mostram que, em geral, os homens interatuam com o sistema de saúde de forma episódica porque se sentem incomodados com a situação passiva e dependente de estar doente, fazendo com que eles ignorem os sinais de alarme das doenças (KORIN, 2001). Com isso, Gomes, Nascimento e Araújo (2007) apontam que

[...] à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança; portanto, poderia aproximá-lo das representações do universo feminino, o que implicaria possivelmente desconfianças acerca dessa masculinidade socialmente instituída (p. 571).

Laurenti, Mello-Jorge e Gotlieb (2005) alertam que, para que se possa analisar a atenção que vem sendo dada aos homens no campo da saúde, é preciso levar em consideração as mudanças ocorridas nas esferas demográficas e epidemiológicas, resultantes do envelhecimento populacional e das alterações no panorama das doenças de uma forma geral. Dão ênfase também ao fato de que

Várias doenças acometem mais os homens, traduzindo-se por maior mortalidade desse sexo. Essa é uma questão que precisa ser levada em conta quando se pensa em saúde da família e, por extensão, em uma comunidade saudável. De fato, em geral, há programas de saúde que contemplam a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, não existindo, porém, com exceção dos programas de saúde do trabalhador, aqueles voltados especificamente para o homem adulto. Não que seja desejável existir um programa somente dirigido a ele, mas no programa de saúde da família ou do sub-programa de saúde do adulto, devem ser levantadas algumas questões específicas para o homem, como, por exemplo, ações educativas em relação às violências e aos cânceres de próstata e de pulmão (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2005, p. 38).

Segundo esses autores, a constatação do alto índice de mortalidade masculina não necessariamente pode ser justificada como estando relacionada ao sexo (variável biológica), podendo ser melhor explicada pela associação aos fatores sociais e comportamentais (variável gênero). Assim, Laurenti, Mello-Jorge e Gotlieb (2005) se posicionam dizendo que a estratégia de prevenção e promoção à saúde tem de levar em conta essas mudanças comportamentais, ocorridas em toda a população, em relação aos mais variados hábitos, tendo sempre em mente as diferenças de gênero.

Wilza Villela (2005), em suas reflexões sobre gênero, saúde dos homens e masculinidades, fala que a identidade dos homens é marcada pela não contenção e pela exacerbação, sendo estas entendidas como sinais de poder. Outro aspecto levantado por essa autora diz respeito às relações existentes entre masculinidades e machismo. Segundo ela, o machismo seria uma atitude particular que homens e mulheres podem ter em relação a homens e mulheres, enquanto que as masculinidades estão relacionadas aos modelos de constituição de identidade dos homens.

Nesse sentido, embora existam conexões entre o machismo e as masculinidades, o comportamento machista não decorre necessariamente destas, embora seja uma das possibilidades de vivência do masculino. Este é um ponto importante a ser levantado, visto

que o machismo pode estar relacionado à percepção de fragilidade ou insuficiência de cumprimento dos ideais de masculinidade. Decorrência desta situação são os agravos à saúde identificados em homens, nos quais se encontram mais traços do machismo do que de masculinidades.

Diante disso, Villela (2005) nos diz que “o modo como os homens constroem e vivenciam as suas masculinidades está relacionado aos seus modos particulares de adoecer e morrer” (p. 32). Contudo, devem-se levar em consideração as múltiplas e variadas possibilidades de se construir e vivenciar a masculinidade, além dos possíveis entrelaçamentos destas com o processo saúde-doença.

Ao falar sobre homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva, Lília Schraiber, Romeu Gomes e Márcia Couto (2005) afirmam que, ao longo das duas últimas décadas, pesquisadores de diferentes campos disciplinares buscaram entender os riscos diferenciados de adoecimento e morte em homens e mulheres. Nesse sentido, do ponto de vista histórico, eles ressaltam duas contribuições das ciências sociais: de uma maneira geral, o próprio caráter social do adoecimento; e a perspectiva de gênero como forma particular da relação saúde-sociedade. Além disso, os autores colocam que, ao se incluir os homens no debate sobre as questões da prevenção e da promoção à saúde, geram-se não só melhorias na saúde destes, como também repercutem em questões da saúde feminina, haja vista a existência de temáticas que só avançam na medida em que se consegue a participação masculina em seu enfrentamento.

Somado a isso, Schraiber, Gomes e Couto (2005) afirmam ser comum que homens casados dependam de suas mulheres em relação aos cuidados com a saúde, ou seja, para eles o casamento é tido como um fator de proteção no que se refere aos processos de adoecimento. Além disso, apontam que o trabalho – tão importante na constituição da identidade masculina –, o desemprego e a não-ocupação geram repercussões nos cuidados com a saúde e no processo de adoecimento dos homens, pois a falta de trabalho e a impossibilidade de prover materialmente a família são aspectos a serem levados em consideração ao se analisar os riscos de saúde destes.

1.6 Configurações da utilização dos serviços de saúde por parte dos homens

Cláudia Travassos, Francisco Viacava, Rejane Pinheiro e Alexandre Brito (2002), em estudo pioneiro que objetivou investigar o perfil de utilização de serviços de saúde por homens e mulheres no Brasil, identificaram que o uso desses serviços dependeu do poder aquisitivo das famílias e das características sociais do próprio indivíduo, o que foi relacionado a um perfil de desigualdades sociais.

Segundo esses autores, levando-se em consideração o ponto de vista comportamental, “a procura por serviços de saúde tem sido explicada pelas diferenças na forma como homens e mulheres expressam a doença, o que por sua vez, estaria associado aos diferentes papéis sociais que assumem em cada sociedade” (p. 366). Ampliam essa explicação considerando que homens e mulheres com doenças crônicas e com papéis sociais semelhantes, diferem pouco no comportamento de procura por serviços de saúde. Levando em consideração os resultados dessa pesquisa, eles sugerem que a formulação de políticas voltadas para a redução das desigualdades sociais no consumo de serviços de saúde deve levar em consideração as diferenças no padrão de uso dos serviços de saúde por homens e mulheres.

Outra autora que discute sobre a construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem é Marlene Braz (2005). Ela denuncia que a temática relacionada à saúde do homem, em contraposição à saúde da mulher, tem sido pouco abordada e discutida, tanto nas políticas públicas quanto nas mais variadas investigações. Ela cita Pinheiro e outros (2002) que, embasados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998, afirmam que as consultas de mulheres e crianças são mais abundantes. Confirmando esses dados, Silva e Alves (2003), citados por Braz (2005), apontam que “nos países ocidentais, as mulheres procuram consultas médicas mais do que os homens. Elas declaram mais suas doenças, consomem mais medicamentos e se submetem a mais exames, como também avaliam pior o seu estado de saúde” (p. 99).

Além disso, essa autora, citando Pinheiro e outros (2002), nos chama a atenção para o fato de que há um maior número de homens internados em situação grave, como também à procura de serviços de emergência. Esses indicadores nos fazem refletir sobre a necessidade de criar novas propostas de atendimento voltadas à parcela masculina da população.

Braz (2005), ao discutir sobre o ideal de homem construído socialmente, afirma que manter esse ideal é um grande fator de risco para os homens, pois ocorre um “silenciamento” de seus sentimentos e emoções para poderem sustentar esse ideal heróico. Esse comportamento de silenciamento tem repercussões nas relações dos homens com os serviços de saúde, visto que os homens apresentam dificuldade em procurar ajuda e/ou cuidados médicos. Isso significa que eles têm dificuldade de serem assistidos, posto que, contrariamente, foram “criados” para assistir e prover.

Nesse sentido, Pinheiro e outros (2002), citados por Braz (2005), concluem que “ao homem caberia, então, ser forte – o que pode resultar em descuido com o próprio corpo. Pedir ajuda quando não suporta mais os desaba diante da doença, especialmente quando a situação socioeconômica é desfavorável” (p. 101).

Outro fator impeditivo da procura dos homens pelos serviços de saúde, apontado por Braz (2005), refere-se à dificuldade de se encontrar postos de saúde ou ambulatórios abertos após as dezessete horas, inviabilizando a procura dos homens por atendimento médico precoce. Com o obstáculo da falta de tempo livre, restam a eles os serviços de urgência e emergência, visto que estes funcionam vinte e quatro horas.

Além disso, essa autora alerta para a existência de um preconceito sexual, que se reflete na sociedade como um todo, seja nas formulações das políticas públicas, seja nas relações com profissionais de saúde, chefes, patrões, colegas de trabalho e parceiras, os quais estranham quando um homem procura de forma preventiva algum serviço de saúde. De acordo com ela, no caso das mulheres, esse preconceito nem sempre aparece como uma discriminação sexual visível; contudo, aparece de forma clara em relação aos homens, na medida em que determinadas condutas podem ser vistas como “coisas de mulher”.

1.7 Homens e serviços de saúde: que sentidos estão em jogo nessa relação?

Gostaríamos de deixar claro que não estamos em busca de culpados para o fenômeno discutido ao longo desse capítulo: a escassa presença masculina nos serviços de saúde. Ao invés disso, propomos compreender essa questão inserido-a no contexto de uma complexa teia de relações, que envolvem três dimensões relacionadas entre si: os homens, os serviços de saúde e os vínculos estabelecidos entre eles.

No que concerne às relações estabelecidas nos serviços de saúde, Pedro Nascimento (2005) denuncia o enfoque marcadamente materno-infantil da atenção básica, afirmando que isso faz com que esses serviços, que muitas vezes são deficitários para identificar as especificidades das mulheres, sequer reconheçam os homens como sujeitos de sua atenção. Segundo ele, a cristalização de oposições construídas socialmente, como se fossem dados da natureza, “desestimula os homens a procurarem os serviços de saúde e enxerga as mulheres como essencialmente cuidadoras e as únicas responsáveis pela esfera da saúde” (p. 27).

Considerando a assistência à saúde dos homens como um desafio para os serviços de atenção primária, Wagner Figueiredo (2005) se posiciona dizendo que é bastante disseminada a idéia de que as UBS são serviços destinados, quase que exclusivamente, às mulheres, às crianças e aos idosos. Nesse contexto, referente à escassa presença masculina nesses serviços, ele pontua quatro possíveis justificativas.

A primeira delas refere-se à associação da ausência dos homens, ou sua invisibilidade nesses serviços, a uma característica da identidade masculina relacionada ao seu processo de socialização. Nesse caso, essa identidade estaria associada à *desvalorização do autocuidado* e à *preocupação incipiente com a saúde*.

Na segunda justificativa, o autor diz que os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, mais de pronto-atendimento, como farmácias e prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas demandas. Nesses lugares, eles são atendidos mais rapidamente e conseguem expor seus problemas com uma maior facilidade.

Na terceira justificativa, reconhecem-se as UBS como sendo elas próprias a causa da dificuldade do acesso dos homens ao serviço. Isso se deve porque os homens sentem dificuldade de serem atendidos nesses lugares, seja pelo tempo perdido na espera da assistência, seja por considerarem essas unidades como um espaço feminilizado, haja vista ser frequentado em sua maioria por mulheres, além de grande parte das profissionais que lá atuam também ser mulher. Nesse contexto, eles não se sentem pertencentes a esse lugar.

A quarta e última justificativa levantada por Figueiredo (2005) está relacionada ao fato de que os homens não procuram as UBS porque elas não disponibilizam programas ou atividades direcionadas especificamente para eles.

Nessa perspectiva, esse autor aponta para a necessidade de identificação das necessidades de saúde dos homens como um primeiro passo para que os serviços de saúde ampliem seu foco de atenção também para a população masculina. Além disso, ele ressalta que é preciso levar em consideração os contextos nos quais as UBS estão inseridas, como também a importância desses serviços contemplarem em suas estratégias assistenciais as diferentes necessidades de saúde dos homens, as quais serão programadas de acordo com cada região/localidade.

1.8 Outros sentidos em relação à atenção à saúde por parte dos homens

Daniela Knauth e Paula Machado (2005), ao comentarem o texto produzido por Schraiber, Gomes e Couto (2005), dizem que esses autores, ao discutirem a inserção dos homens na pauta da saúde coletiva como uma novidade, estão dando visibilidade a uma concepção específica do masculino, visto que esse tema já vinha sendo abordado tanto nos estudos científicos, quanto na atenção à saúde, porém num enfoque mais relacionado à manutenção da força de trabalho.

Essas autoras denunciam que a grande maioria dos trabalhos na área da saúde coletiva ainda é embasada na perspectiva da masculinidade hegemônica, não levando em consideração a existência de diferentes formas de se vivenciar a masculinidade. Além disso, elas afirmam que apenas incluir os homens nos estudos e na formulação de políticas públicas não mudará esse panorama. Desse modo, propõem uma mudança na forma de abordar as questões de saúde e de prevenção. Sobre esse aspecto, Knauth e Machado (2005) argumentam que “esta perspectiva impõe uma abordagem centrada no caráter relacional e, portanto, não basta incluir os homens, mas a própria forma de trabalhar com as mulheres deve ser repensada” (p. 19).

Segundo essas autoras, as concepções de saúde e de cuidados de si ainda estão fortemente embasadas no modelo biomédico. Este modelo não contempla outras possibilidades de se pensar os cuidados de si e do outro para além das formas tradicionais. Nessa perspectiva, os homens são percebidos como não-socializados para os cuidados e a valorização da saúde. Contudo, a partir da reflexão das questões de gênero, os cuidados de si e do outro adquiriram também outros sentidos. Exemplos disso são as estratégias

utilizadas pelos homens em relação a determinadas situações: como as relações sexuais com as “mulheres de rua” ou “perigosas” e todos os esforços despendidos à manutenção da própria masculinidade. Nesses casos, pode-se questionar se essas atitudes não estariam relacionadas ao cuidado de si e do outro (KNAUTH; MACHADO, 2005). Com isso, essas autoras se posicionam da seguinte forma:

Assim, antes de excluir os homens das categorias de cuidado e saúde faz-se necessário pensar nas significações que estas categorias adquirem no universo masculino. E, neste sentido, a perspectiva de gênero pode contribuir para o questionamento das categorias e práticas tradicionais da área da saúde, permitindo, com isso, conhecer outras formas de se relacionar com a mesma que escapam às suas prescrições. Incluir os homens nos estudos deve propiciar uma mudança de perspectiva e não apenas de universo de investigação (op. cit., 2005, p. 19).

Sérgio Carrara (2005), ao comentar sobre as mudanças ocorridas nos últimos dois séculos, afirma que os homens de diferentes camadas sociais estão tendo um tipo de atitude/cuidado com seus corpos que antes era considerado mais apropriado às mulheres. Nesse sentido, eles estão mais atentos ao próprio corpo e estão consumindo mais os serviços profissionais e os produtos que prometem manter seus corpos mais saudáveis, sensíveis, potentes, jovens, produtivos, flexíveis; de acordo com as exigências da cultura de massa da passagem do século.

Nessa perspectiva, segundo esse autor, está ocorrendo um desaparecimento acelerado dos antigos pudores, tendo em vista as épocas anteriores, nas quais a atenção sobre si ou sobre o próprio corpo era tida como um sinal de feminilidade, o que mantinha os homens distantes dos cuidados médicos.

CAPÍTULO II



P
SOCIAL
I
DISCURSIVA
O
L
CONTEXTO
G
I
INTERAÇÃO



CAPÍTULO II

Psicologia Social Discursiva:

uma abordagem do discurso no seu contexto de interação

Nesse capítulo, apresentaremos a abordagem teórico-metodológica adotada nesse trabalho, a Psicologia Social Discursiva, focalizando seus fundamentos epistemológicos e metodológicos, os quais subsidiaram nossas análises. Para isso, dialogaremos com autores como Jonathan Potter e Margaret Wetherell (1987), Michael Billig (2008), Lupicínio Iñiguez (2002, 2004), Rosalind Gill (2002), dentre outros, destacando seus argumentos em relação ao discurso em interação.

De início, abordaremos brevemente a Psicologia Social Discursiva; em seguida, apresentaremos os principais pressupostos do construcionismo social adotados por essa perspectiva teórica; posteriormente, explicitaremos os fundamentos e principais conceitos dessa abordagem teórico-metodológica; e, por fim, dialogaremos sobre as noções de discurso e análise do discurso disseminadas por ela.

2.1 O que é Psicologia Social Discursiva?

Essa abordagem teórico-metodológica é compreendida como um tipo particular de análise do discurso, que foi desenvolvido por pesquisadores como Jonathan Potter, Margareth Wetherell, Derek Edwards e Michael Billig, que se interessam, em suas pesquisas: pela natureza retórica do discurso, buscando compreender como as pessoas argumentam sobre os eventos e os fenômenos; pela função do discurso, sendo este direcionado para a

ação, que gera consequências; e pela variabilidade do discurso, considerado inconsistente, ambíguo e contraditório.

Além disso, a Psicologia Social Discursiva pode ser definida como a aplicação de idéias da análise do discurso no estudo de tópicos de interesse da Psicologia Social. Assim, é uma abordagem da Psicologia que toma como fundamental as características do discurso como orientado à ação e construtor de realidades.

O marco do surgimento dessa abordagem foi o seu desenvolvimento a partir de uma forma particular de análise de discurso, elaborada por Potter e Wetherell, que foi divulgada a partir da publicação do livro *Discourse and social psychology: beyond attitudes and behavior* (1987) por esses autores.

Há que se destacar a complexidade da descendência teórica dessa abordagem, que é fundamentada tanto em idéias provenientes da retórica quanto da sociologia da ciência, da análise de conversação e do pós-estruturalismo.

2.2 Pressupostos do construcionismo social

Para falarmos sobre os principais pressupostos do movimento construcionista, dialogaremos com autores como Gustavo Castañon (2004), Kenneth Gergen (1985), Maria Auxiliadora Ribeiro (2003), Mary Jane Spink e Benedito Medrado (1999), Lupicínio Iñiguez (2002) e Thomás Ibáñez (1994).

Castañon (2004), em seu artigo *Construcionismo social: uma crítica epistemológica*, traça um breve histórico desse movimento e discute sobre seus conceitos básicos. Segundo esse autor, trata-se de um movimento de crítica à Psicologia Social moderna e tem como principal representante Kenneth Gergen.

Desse modo, o movimento construcionista propõe modificações estruturais na esfera de alcance e nos métodos da Psicologia Social, sendo elas:

- a revalorização e ênfase da pesquisa aplicada em oposição e detrimento à pesquisa pura;
- o abandono das metas de predição e controle para a adoção de uma postura relativista;

- a pesquisa dentro de um “contínuo de durabilidade histórica”, que vai daqueles fenômenos mais suscetíveis à influência histórica num extremo, até os mais estáveis no outro; e
- a conclamação pela integração entre o estudo histórico e o psicológico.

Dentre os movimentos intelectuais que influenciaram o processo de constituição do movimento construcionista, Castañon (2004) destaca: a etnometodologia; a sociologia da ciência (construtivismo social); o feminismo; o pós-estruturalismo; a filosofia da ciência pós-fundacionalista e pós-positivista; as teses filosóficas desconstrucionistas de Jaques Derrida; o relativismo linguístico de Ludwig Wittgenstein; e o neo-pragmatismo de Richard Rorty.

De acordo com Castañon (2004), os principais representantes desse movimento, além de Kenneth Gergen, são Rom Harré, Jonathan Potter e John Shotter. Apesar de existirem algumas divergências nas posturas adotadas pelos autores que se consideram construcionistas, o autor argumenta que há um pressuposto comum a todos eles: *o conhecimento é socialmente construído*.

Ao falar sobre os pressupostos do construcionismo social, Castañon (2004) lista as principais reivindicações ontológicas e epistemológicas desse movimento, sendo elas: o construtivismo social, o anti-realismo, o pessimismo epistemológico, o anti-fundacionismo, a irregularidade do objeto, o anti-representacionismo, a fragmentação, a não-neutralidade, a retroalimentação teórica, o anti-metodologismo e o pragmatismo. Explicaremos brevemente essas onze reivindicações no quadro a seguir.

Quadro 1 – Reivindicações ontológicas e epistemológicas do construcionismo social

1.	Construtivismo social	Acredita que o ser humano, ao invés de descobrir uma realidade objetiva e independente, constrói o conhecimento através de suas interações sociais.
2.	Anti-realismo	O sujeito do conhecimento constrói esse conhecimento através da linguagem, não existindo realidade para além desta, e, mesmo que ela existisse, seria inacessível.
3.	Pessimismo epistemológico	Se o mundo conhecido é o mundo construído socialmente através da linguagem, nós não podemos transcender nossas próprias construções e conhecer a realidade diretamente.

4.	Anti-fundacionismo	Os conteúdos do conhecimento e nossas normas epistêmicas são meras construções sociais. Assim, não temos uma fundação epistemológica segura sobre a qual o conhecimento possa ser construído.
5.	Irregularidade do objeto	Devido ao caráter dinâmico da realidade, as regras sociais nunca serão causas do comportamento humano, as quais poderão determinar somente o que estará em jogo no momento de realização de uma ação de certo tipo ou de outro.
6.	Anti-representacionismo	Ao defender que a linguagem é um convencionalismo, condena a doutrina representacionista, que afirma existir ou poder existir uma relação estável entre as palavras e o mundo que elas representam.
7.	Fragmentação	O real é uma fragmentada e desunida acumulação de elementos e eventos desconexos que estão em um processo de contínua mudança.
8.	Não-neutralidade	Ao se pressupor que o conhecimento é uma construção humana, acredita-se, então, que os valores e as motivações são componentes necessários de sua constituição. Desse modo, a distinção entre valores e fatos não se sustentaria.
9.	Retroalimentação Teórica	O conhecimento gera consequências sociais, visto que, por meio da disseminação de teorias, ocorrem mudanças nos comportamentos dos indivíduos, as quais estão relacionadas ao conteúdo destas teorias.
10.	Anti-metodologismo	Se não há uma fundação epistêmica segura em cima da qual o conhecimento possa ser construído, então o método seria um mero truque retórico, que teria por único objetivo legitimar os resultados de pesquisas.
11.	Pragmatismo	Rejeita-se o princípio da correspondência como critério de verdade. Assim, o que importa numa sentença não é se seu conteúdo semântico corresponde ao real, mas se ela conduz com sucesso as ações humanas para seus propósitos pragmáticos.

Fonte: Elaborado pela própria autora a partir do texto de Castañon (2004).

Queremos esclarecer que não concordamos com alguns dos posicionamentos de Castañon (2004) quanto aos pressupostos do construcionismo social, pois, por ser um crítico ferrenho desse movimento, o autor faz uso de termos que poderíamos considerar depreciativos, tais como pessimismo epistemológico, para se referir à inacessibilidade à realidade, e anti-metodologismo, em que diz ser o método um mero truque retórico.

De um modo geral, o construcionismo social privilegia a linguagem e o discurso como objetos de estudo, sendo estes entendidos como ações que se produzem e se constroem nas

relações sociais cotidianas. Segundo Kenneth Gergen (1985), essa perspectiva se preocupa com a explicitação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam e/ou compreendem o mundo em que vivem, incluindo elas próprias.

Em outras palavras, os estudos fundamentados na perspectiva construcionista têm em comum, de acordo com John Shotter (1993), citado por Maria Auxiliadora Ribeiro (2003), buscar compreender como constituímos e reconstituímos o senso comum, como também o modo como nos fazemos ou nos refazemos nesse processo.

Mary Jane Spink e Benedito Medrado (1999) explicam que, nessa perspectiva, o foco não é o estudo das estruturas sociais nem dos processos mentais, mas sim a compreensão das ações e práticas sociais e dos sistemas de significação que dão sentido ao mundo. Assim, de acordo com Spink (2000), o construcionismo social é uma corrente que se opõe às epistemologias objetivistas, contrapondo-se, também, às posturas essencialistas.

Outro aspecto importante discutido nessa perspectiva, no que se refere à construção do conhecimento, é o debate sobre a relação entre a compreensão científica e a do senso comum nas ciências humanas e sociais, que discute as bases da autoridade científica e contesta a crença da superioridade do conhecimento científico. Além disso, há uma explícita oposição à visão representacionista do conhecimento, que toma a mente como o espelho do mundo (RIBEIRO, 2003; SPINK, 2004).

Para Jonathan Potter (1998), essa discussão da dicotomia ciência e senso comum é de extrema importância, pois ele destaca que, epistemologicamente, não haveria diferenças entre as produções científicas e aquelas produzidas nos contextos cotidianos da vida em sociedade. Nesse sentido, o autor argumenta que o conhecimento científico, assim como o conhecimento produzido pelo senso comum, passa por processos de negociação e discussão durante sua elaboração, não sendo, desse modo, neutro e isolado dos valores e das necessidades e interesses daqueles que o produzem.

Com isso, a perspectiva construcionista caracteriza-se por um posicionamento crítico diante das verdades universais e considera a especificidade histórica e social do conhecimento, ou seja, todo conhecimento é resultado de um processo histórico particular, produzido por uma cultura ou grupo cultural particular. Os posicionamentos construcionistas

são utilizados como recursos para a compreensão, a análise e a produção de conhecimentos (ÍÑIGUEZ, 2002).

Nesse sentido, de acordo com Ribeiro (2003), a maneira de produzir qualquer conhecimento depende principalmente das práticas discursivas, tendo a linguagem uma função primordial para a realização dessas práticas. Aquilo que é conhecido é, portanto, sempre co-construído e a maneira de sua constituição depende das relações discursivas.

Segundo Tomás Ibáñez, citado por Spink (1999, 2004), são necessárias várias desconstruções de modo a adotar uma postura construcionista plena. A primeira desconstrução necessária é da dicotomia sujeito-objeto, visto que tanto sujeito quanto objeto são tomados como construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas e desfamiliarizadas; o que só poderá ser alcançado através da possibilidade de ruptura com o habitual e do estranhamento, para que se possa dar visibilidade aos sentidos.

A segunda desconstrução é a da retórica da verdade, baseando-se na crítica da concepção de verdade como conhecimento absoluto. Para o construcionismo, a verdade é a verdade de nossas concepções, de nossas instituições, de nossas relações, de nossos acordos sociais. Desse modo, os critérios de verdade são estabelecidos socialmente.

Com isso, Ibáñez (1994) sugere que as verdades são sempre específicas e construídas a partir de convenções pautadas por critérios de coerência, utilidade, inteligibilidade, moralidade, como também de adequação às finalidades que designamos coletivamente como relevantes. Nesse sentido, o que a postura construcionista reivindica é a necessidade de remeter a verdade à esfera da ética, pontuando sua importância não como verdade em si, mas como relativa a nós mesmos (SPINK, 1999, 2004).

A terceira desconstrução está relacionada à concepção do cérebro como a instância produtora do conhecimento. Ibáñez (1994) procura mostrar que, embora o cérebro constitua uma condição de possibilidade para o pensamento, essa não é a única condição. Desse modo, ressalta que o conhecimento é contingente às ferramentas disponíveis, as quais são produções sociais.

No que se refere à produção de sentidos, Spink (2000) afirma que dar sentidos ao mundo é o mais poderoso motor da ação humana. Segundo ela, a produção de sentidos encontra-se relacionada ao uso da linguagem, sendo a linguagem em uso um fenômeno da

ordem da interação. Desse modo, a produção de sentidos é um fenômeno sócio-linguístico, no qual estes são construídos quando uma ou mais vozes se confrontam e quando a voz de um ouvinte responde à voz de um falante.

Com isso, Spink e Medrado (1999) argumentam que a produção de sentidos não é uma atividade cognitiva, intra-individual, nem uma reprodução de modelos predeterminados. Para eles, ela é uma prática social, dialógica, que busca compreender as práticas discursivas presentes no cotidiano – narrativas, argumentações e conversas –, bem como os repertórios que são utilizados nessas produções discursivas. Assim, o sentido decorrerá do uso que fazemos dos repertórios interpretativos de que dispomos.

Esses autores explicam que repertórios interpretativos são unidades de construção das práticas discursivas, que demarcam o rol de possibilidades de construções discursivas, tendo como parâmetro o contexto de produção dessas práticas. Citam Potter e Wetherell (1987), que definem repertórios interpretativos como dispositivos linguísticos que utilizamos para construir versões das ações, eventos e outros fenômenos que estão a nossa volta. Esses repertórios estão presentes numa variedade de produções linguísticas e atuam como substrato para uma argumentação, sendo por meio deles que podemos entender a estabilidade, a dinâmica e a variabilidade das produções linguísticas humanas.

Spink e Medrado (1999) ressaltam a importância de se levar em consideração, nas análises de discursos, os momentos de ressignificações, rupturas e produção de sentidos, além dos momentos ativos do uso da linguagem e as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam nas relações sociais cotidianas. Desse modo, eles reafirmam o pressuposto de que a linguagem é ação e que, por esse motivo, produz consequências; além de defenderem que quando falamos estamos produzindo um jogo de posicionamentos com nossos interlocutores.

2.3 Fundamentos da Psicologia Social Discursiva

Potter e Wetherell (1987) apresentam três correntes teóricas como sendo as bases da Psicologia Social Discursiva: a teoria dos atos de fala, a etnometodologia e a semiologia.

A teoria geral dos atos de fala, proposta pelo filósofo britânico John Austin (1911-1960), é apontada por Potter e Wetherell (1987) como uma teoria que não distingue

sentenças performativas – que fazem coisas – de sentenças constativas –que dizem coisas. O princípio fundamental de sua teoria é que todos os discursos afirmam coisas, fazem coisas e têm um significado e uma força particular.

Com isso, Austin afirma que com qualquer discurso o locutor está simultaneamente fazendo três tipos de coisas: primeiro, ele está pronunciando uma sentença com um sentido específico; segundo, a sentença é pronunciada com uma força particular, sendo esta um elemento da pronúncia que está dissociado de seu significado, apesar de ser frequentemente indicado pelo uso de certos verbos (prometer, ordenar, afirmar); e terceiro, são os efeitos/consequências dos dois primeiros, sendo essa terceira característica muito menos determinante do que as duas primeiras. Além disso, Austin reconhece a linguagem como uma prática humana e destaca sua presença nas relações cotidianas, ao ser utilizada como uma ferramenta para se fazer coisas.

No que se refere à etnometodologia, a qual tem como figura central o sociólogo Harold Garfinkel (nascido em 1917), Potter e Wetherell (1987) explicam que ela é o estudo da forma como as pessoas comuns produzem e dão sentido na vida social cotidiana. Desse modo, ressaltam que tanto as pessoas comuns quanto os cientistas estão constantemente tentando entender o que está acontecendo em alguma situação e usando esse entendimento para produzir um comportamento apropriado para si mesmo.

A reflexividade, um dos conceitos fundamentais dessa teoria, coloca em destaque o caráter multiformulativo e multiconsequencial do discurso. Nesse sentido, o discurso não se refere meramente às ações, eventos e situações, pois ele é também uma parte potente e constitutiva destes.

Somado a isso, a etnometodologia dá ênfase também ao conceito de indexicalidade, o qual, em linhas gerais, chama a atenção para a mudança no significado das expressões de acordo com seus contextos de uso. Dessa forma, os etnometodologistas sugerem que, durante as conversas, as pessoas estão a todo o momento executando um trabalho interpretativo para compreender o significado das falas e, para ajudá-las nessa tarefa, fazem uso dos seus conhecimentos do contexto de interação.

Em relação à semiologia (também conhecida como ciência dos signos), proposta pelo linguista suíço Ferdinand Saussure (1857-1913), Potter e Wetherell (1987) explicam que ela

tem como princípio norteador a arbitrariedade do signo. Nesse princípio, preconiza-se a distinção entre um conceito – o significado – e seu som de fala associado – o significante; sendo a combinação dos dois chamada por ele de signo linguístico.

Com a expressão “arbitrariedade do signo”, Saussure quer argumentar que a natureza do significante, do significado e a relação estabelecida entre eles não é fixa ou determinada. Desse modo, não há nada que determine a natureza do significante ou a natureza do significado, não existindo relação natural ou intrínseca entre eles.

O que há de mais controverso nessa teoria é a idéia de que os significados são por si só arbitrários. Ressalta-se que o significado é arbitrário ao próprio referente, como também que a cultura dá significado ao mundo de forma arbitrária. Nesse contexto, salienta-se que o uso da linguagem não pode ser visto como um processo de nomeação que utiliza uma lista de palavras, na qual cada uma delas corresponde a uma coisa que ela dá nome. Assim, destacam que o uso da linguagem é sempre dependente e está associado a um sistema de relações.

2.4 Principais conceitos da Psicologia Social Discursiva

Os elementos fundamentais da Psicologia Social Discursiva são: a função, a construção, a variabilidade e a retórica (POTTER; WETHERELL, 1987; OLIVEIRA FILHO, 2003). Esses quatro elementos aparecem em vários momentos ao longo desse capítulo, contudo serão retomados nessa seção de forma mais direta, haja vista sua importância para essa abordagem.

No que diz respeito ao primeiro elemento, a função, está relacionado à concepção de que utilizamos a linguagem para fazer coisas, e não somente para descrever os objetos do mundo, como discutido anteriormente, principalmente quando abordamos a teoria dos atos de fala de Austin. Desse modo, quando construímos versões sobre o mundo, argumentamos, descrevemos e narramos, estamos realizando ações.

Nesse sentido, o interesse maior dessa psicologia social discursivamente orientada é pelo estudo da natureza das ações que o discurso realiza. Assim, o foco de análise se concentra nas funções dos discursos e suas consequências, tendo por base o pressuposto

defendido por Potter e Wetherell (1987) de que a linguagem é utilizada para uma variedade de funções e que seu uso tem uma variedade de consequências.

O segundo elemento, a construção, pode ser explicado a partir de três “momentos” diretamente associados ao processo das produções discursivas. O primeiro momento diz respeito ao fato de que nossos discursos são “manufaturados” de recursos linguísticos já existentes. O segundo momento enfatiza que a produção de nossos discursos envolve escolhas, dada a existência de uma variedade de recursos linguísticos disponíveis, o que possibilita que um mesmo fenômeno possa ser descrito de diferentes maneiras. E o terceiro momento está relacionado ao fato de que temos acesso ao mundo por meio de produções discursivas (POTTER; WETHERELL, 1987; OLIVEIRA FILHO, 2003).

É a partir da definição desses dois elementos, a função e a construção, que podemos entender o terceiro elemento, a variabilidade. Esses autores argumentam que, com a possibilidade de construir diferentes versões sobre um mesmo aspecto da realidade, e devido ao fato do discurso realizar diferentes funções, temos como resultante desses dois processos a variabilidade nos discursos, que é caracterizada por inconsistências e contradições nas produções discursivas das pessoas.

O quarto elemento fundamental é a retórica. De acordo com esses autores, para essa abordagem, o modo como uma descrição é colocada em uma fala ou texto e/ou a maneira como essa descrição é construída faz parte de seu caráter argumentativo. Nesse sentido, a pesquisa em Psicologia Social Discursiva considerará o modo como os discursos são utilizados em sequências de interação, como eles se orientam para ambientes institucionais e identidades e como eles são postos juntos retoricamente.

Michael Billig é o autor que mais se destaca em relação ao interesse pela abordagem retórica e por ter enfatizado a importância desta para a Psicologia. No seu livro *Argumentando e pensando: uma abordagem retórica à psicologia social* (2008), esse autor celebra o espírito argumentativo e elogia o desacordo como sendo a raiz do pensamento. Nele, o autor chama a atenção dos psicólogos sociais modernos para a antiga tradição da retórica, argumentando que muitas questões psicológicas podem ser esclarecidas a partir da análise das dimensões argumentativas da vida social.

Nesse sentido, o autor ressalta que: pensar é uma forma de argumento interno, modelada no diálogo dirigido ao mundo externo; as atitudes são posturas retóricas tomadas diante de questões polêmicas; e a justificação e a crença são atividades retóricas essenciais. Mais especificamente em relação às atitudes, quando se toma uma posição em uma questão polêmica, o autor salienta que o significado da posição se origina tanto daquilo que está sendo sustentado quanto daquilo que está sendo rejeitado/combatido, ou seja, um argumento a favor de uma questão polêmica também é um argumento em oposição aos contra-argumentos.

Billig (2008) se posiciona contrariamente às teorias cognitivas do pensamento, que tendem a concebê-lo como um processo interno e silencioso de informação, além de presumirem que as atitudes são estruturas internas de significado, ao invés de posições em controvérsias públicas. Esse autor discute também sobre a distinção convencional entre o conteúdo do discurso e sua forma, chamando a atenção para as contradições e conflitos existente entre eles – conteúdo e forma do discurso –; o que ocorre, por exemplo, quando um argumento faz uso de uma forma que entra em conflito com seu próprio conteúdo. Nesse sentido, ele destaca a importância de se analisar a forma, pois considera que esta também faz parte da construção do argumento.

Ele defende que a meta da comunicação não é o acordo – como se todas as vozes devessem procurar a similaridade para, no fim, serem felizes no silêncio. Muito pelo contrário, dá ênfase à conversa e à discussão e sugere que, se algum acordo for alcançado, deverá ser rompido para que se possa dar continuidade a uma discussão sem restrições.

Nessa perspectiva, torna-se clara a afinidade que existe entre as propostas da Psicologia Social Discursiva e da abordagem retórica, visto que as duas fazem críticas semelhantes à psicologia cognitiva ortodoxa e dão ênfase à importância da linguagem e da conversação na constituição de fenômenos como atitudes e memórias, sendo estes considerados tópicos tradicionais da Psicologia Social. Além disso, a abordagem retórica salienta que as dimensões argumentativas não estão limitadas a momentos de conflito discursivo, caracterizados pela ameaça da interação; enfocando também a importância que a justificação e a crítica exercem na conversação e no desenvolvimento das habilidades conversacionais.

2.5 Noções de discurso e análise do discurso

Potter e Wetherell, no livro *Discourse and social psychology: beyond attitudes and behavior* (1987), ressaltam que o termo discurso é marcadamente polissêmico. Assim, alguns pesquisadores usam discurso significando todas as formas de fala e escrita; outros fazem uso do termo para ressaltar o modo como a fala é encadeada por sentenças na argumentação, tanto no discurso falado, quanto no escrito; enquanto que alguns analistas de discurso continentais, como Foucault, usam discurso para se referir a práticas linguísticas muito mais amplas, que são desenvolvidas historicamente.

Esses autores utilizam o termo discurso no seu sentido mais amplo, abrangendo todas as formas de interação falada – formal e informal – e todos os tipos de textos escritos. Desse modo, eles se interessam pela análise dos mais variados tipos de texto: registros de conversas, histórias de jornais, romances, novelas, transcrições de entrevistas gravadas etc.; pois consideram que os textos são complexos produtos culturais e psicológicos, que são construídos de forma particular para fazer as coisas acontecerem. Além disso, os autores demonstram como podemos observar um texto de uma perspectiva diferente, quando focamos em sua natureza de texto social.

Nessa perspectiva, Potter e Wetherell (1987) analisam o modo como um texto constrói uma realidade específica e focalizam, principalmente, a existência de múltiplas possibilidades de descrições e de categorizações alternativas, envolvidas nesse processo de construção, caracterizado por escolhas que geram efeitos no mundo social. Somado a isso, os autores discutem também sobre a estreita interdependência que existe entre a linguagem descritiva e a linguagem avaliativa.

Além disso, eles argumentam que os textos sociais não refletem objetos, eventos ou categorias pré-existentes no mundo social e natural; pelo contrário, afirmam que os textos sociais constroem ativamente uma versão dessas coisas. Isso quer dizer que estes não descrevem simplesmente coisas, eles constroem coisas; e, por serem ativos, possuem implicações políticas e sociais. Desse modo, podemos afirmar que diferentes versões de eventos podem ser construídas para justificar ou condenar esses próprios eventos.

Quanto às variedades de análise do discurso, Rosalind Gill (2002) aponta que existem, no mínimo, cinquenta e sete perspectivas diferentes que podem ser categorizadas em três

tradições teóricas amplas. A primeira é composta por uma variedade de posições conhecidas como linguística crítica, semiótica social ou crítica e estudos de linguagem, na qual a idéia semiológica central é a de que o sentido de um termo provém do sistema de oposições em que ele está inserido, além de enfatizarem as maneiras como formas linguísticas específicas podem gerar efeitos dramáticos sobre o modo como um acontecimento ou fenômeno é compreendido.

A segunda tradição teórica é influenciada pela teoria dos atos de fala, pela etnometodologia, pela análise da conversação e pela análise retórica. Essas perspectivas ressaltam a orientação funcional presente no discurso, interessam-se pelos objetivos que as narrações pretendem alcançar e investigam em detalhe a organização da interação social. E a terceira é associada ao pós-estruturalismo, o qual rompeu com as visões realistas da linguagem e rejeitou a noção de sujeito unificado coerente. Dentre os seus representantes está Michel Foucault, conhecido por caracterizar suas genealogias da disciplina e da sexualidade como sendo análises do discurso (GILL, 2002).

Potter e Wetherell (1987) argumentam que há muitos sentidos associados ao termo análise do discurso, devido ao seu desenvolvimento concomitante nas mais variadas disciplinas, tais como: Psicologia, Sociologia, Linguística, Antropologia, Estudos Literários, Filosofia, Mídia e Comunicação; as quais fazem uso de uma variedade de perspectivas teóricas. Nesse sentido, afirmam que o livro publicado por eles em 1987 foi a primeira introdução sistemática e compreensível para a teoria e aplicação da análise do discurso dentro do campo da Psicologia Social.

Levando-se em consideração as inúmeras definições de análise do discurso, esses autores afirmam que o rótulo análise do discurso tem sido utilizado de várias maneiras: como um termo genérico para se referir a toda pesquisa relacionada à linguagem e seu contexto social e cognitivo; como uma descrição para estudos focando somente as unidades linguísticas acima do nível da sentença; como o termo correto para pesquisas interessadas na coesão e conectividade entre as sentenças e turnos de fala; dentre outras formas de uso.

Há também pesquisadores que fazem um contraste entre análise do discurso e análise da conversação, com base em diferentes estratégias teóricas e metodológicas; enquanto outros diferenciam análise do discurso de análise de texto, com o objetivo de separar o estudo das estruturas teóricas fundamentais do estudo da performance linguística.

Na Psicologia Social Discursiva, segundo Potter e Wetherell (1987), a análise do discurso é utilizada para compreender as formas sutis em que a linguagem ordena a percepção e faz as coisas acontecerem, além de buscar uma melhor compreensão da vida social e das interações sociais. Com isso, esses autores salientam que a linguagem é ativa, carrega em si implicações e significados sociais e políticos e é também utilizada para a construção e criação de interações e mundos sociais diversos.

2.6 Análise do discurso a partir de uma perspectiva construcionista

Teun A. van Dijk, no prefácio do livro *Manual de análise do discurso em ciências sociais* (2004), discute sobre o atual e crescente interesse no estudo das formas do uso da linguagem, de conversações e de textos, principalmente no que se refere aos discursos utilizados pelas pessoas nas interações sociais cotidianas.

Ele nos conta que foi a partir da metade da década de 1980 que a Psicologia Social desenvolvida na Universidade de Loughborough, por estudiosos como Michael Billig, Jonathan Potter, Margaret Wetherell, Derek Edwards e, posteriormente, por Charles Antaki, ofereceu uma alternativa radical ao concentrar suas análises no texto e, mais especificamente, na conversação.

Dentre os principais posicionamentos adotados por esses estudiosos temos:

- se posicionaram contra o tipo de experimentalismo limitado ao laboratório, propondo o estudo da linguagem a partir das situações sociais cotidianas;
- argumentaram contra o mentalismo da psicologia cognitiva, propondo o estudo dos usos de termos psicológicos nas conversas cotidianas; e
- se posicionaram contra o empirismo e o realismo, oferecendo uma perspectiva construcionista mais ou menos radical, a qual postula que a realidade para as pessoas é aquilo que elas constroem como sendo real.

Além disso, esses autores sugerem que, como não temos acesso direto à mente das pessoas, mas somente a seus discursos, é melhor que nos concentremos nesses discursos, os quais são considerados formas de interação social.

Em relação à importância do estudo da linguagem, Lupicinio Iñiguez (2004) afirma que, inicialmente, o papel que a linguagem teve nas ciências sociais foi basicamente de apoio metodológico, por meio do oferecimento de ferramentas e instrumentos de análise para a investigação de processos sociais. Contudo, paulatinamente, a linguagem foi ocupando um lugar central em correntes sociológicas e psicossociais até chegar à constituição discursiva de algumas correntes e perspectivas.

Assim, nos últimos anos, após um movimento intenso de mudanças nas ciências sociais e humanas ocorreram transformações no campo da metodologia e da teoria, que passaram a dar visibilidade a novas perspectivas teóricas com ênfase na linguagem. Desse modo, estas foram chamadas, posteriormente, de análise do discurso, rótulo que foi utilizado para definir uma grande quantidade de métodos empíricos voltados ao estudo de uma enorme variedade de temas. A partir daí, a análise do discurso ficou conhecida como uma perspectiva teórica por meio da qual poderíamos analisar os processos sociais.

Ao falar sobre os fundamentos da análise do discurso, Iñiguez (2004) identifica cinco perspectivas principais que destacam a importância da linguagem, sendo elas: o giro linguístico, caracterizado pela consideração da ação científica como prática social; a teoria dos atos de fala, que considera a fala como ação; a linguística pragmática, a qual analisa a linguagem em seu uso; a etnometodologia, que considera o ser humano capaz não só de atuar no seu contexto como também de descrever, falar e construir a realidade; e certos aspectos da obra de Michel Foucault, os quais nos permitem compreender a conexão entre as práticas discursivas e a construção e manutenção da estrutura social.

Ao explicar a prática da análise do discurso, Iñiguez (2004) destaca o conceito de repertórios interpretativos e argumenta que um tema de conversação pode variar em função das demandas locais da situação de interação. Assim, ele salienta que a utilidade desses repertórios é que eles permitem identificar como os falantes confrontam as conversações e como definem planos por meio da colocação estratégica de temas.

Segundo Gill (2002), a análise do discurso é uma rejeição à noção realista de que a linguagem é simplesmente um meio neutro de refletir e descrever o mundo, ressaltando, assim, a importância central do discurso na construção da vida social. Essa autora apresenta também o contexto intelectual do qual emerge a análise do discurso, que teve início com a

“virada linguística” – também conhecida como giro linguístico – ocorrida nas artes, nas humanidades e nas ciências sociais.

Assim, esse tipo de análise se caracterizou por uma crítica à ciência social tradicional, tendo como base epistemológica o construcionismo social, o qual se distinguiu bastante das metodologias já existentes. Retomando as características-chave da perspectiva construcionista, discutidas anteriormente nesse capítulo, Gill (2002) nos aponta as seguintes:

- a postura crítica em relação ao conhecimento dado;
- um ceticismo com relação à visão de que nossas observações do mundo nos revelam sua natureza autêntica (anti-realismo);
- o reconhecimento de que nossa compreensão do mundo é histórica e culturalmente específica e relativa (relativismo);
- a convicção de que o conhecimento é socialmente construído; e
- o compromisso de investigar o modo como os conhecimentos estão ligados às ações e às práticas.

Essa autora argumenta também que a análise do discurso pode ser pensada como tendo quatro temas principais: uma preocupação com o discurso em si mesmo; uma visão da linguagem como construtiva e construída; uma ênfase no discurso como um modo de ação; e uma convicção na organização retórica do discurso.

Em relação ao primeiro tema, uma preocupação com o discurso em si mesmo, Gill (2002) ressalta que os analistas do discurso não vêem este como um caminho para outra realidade, muito pelo contrário, eles estão interessados no conteúdo e na organização dos textos.

No que se refere ao segundo tema, que concebe a linguagem como construtiva e construída, a autora cita a “metáfora da construção” utilizada por Potter e Wetherell (1987) e desdobra três reflexões a partir dessa metáfora: primeiro, que o discurso é manufaturado a partir de recursos linguísticos preexistentes; segundo, que a “montagem” de um conjunto implica em escolha de um número diferente de possibilidades, podendo-se descrever o mais

simples fenômeno em uma multiplicidade de maneiras; e terceiro, que nós lidamos com o mundo em termos de construções e não de uma maneira direta ou imediata.

O terceiro tema, que se preocupa com a orientação do discurso para a ação, considera este como uma prática social, sendo utilizado para fazer coisas e que, por esse motivo, não pode ser considerado como ocorrendo num vácuo social. Assim, há uma ênfase na importância do contexto interpretativo em que nos encontramos e construímos nossos discursos para que se possa compreendê-los; como discutido anteriormente ao se abordar o conceito de indexicalidade.

Nesse sentido, os analistas do discurso argumentam que todo discurso é circunstancial e, em suas análises, precisam analisar não só o discurso como também seu contexto interpretativo, que envolve tanto os amplos parâmetros de uma interação quanto as características mais sutis desta.

Nesse ponto, Gill (2002) ressalta que um dos objetivos da análise do discurso é identificar as funções das falas e dos textos – considerados como práticas sociais – e explorar como eles são construídos. Esse é o objetivo principal desse trabalho: identificar as funções dos discursos dos profissionais do PSF quanto às descrições, explicações e interpretações desses em relação à atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dos homens.

O quarto tema da análise do discurso apresentado por essa autora considera a fala e os textos como organizados retoricamente e ressalta que a vida social é caracterizada por conflitos de vários tipos. Desse modo, ela salienta que grande parte do discurso está implicada em estabelecer uma versão do mundo diante da diversidade de versões competitivas que circulam no cotidiano. Ao enfatizar a natureza retórica dos textos, os analistas do discurso se interessam pelo modo como o discurso é organizado a fim de se tornar persuasivo, factível e legítimo, ponto esse que também será levado em consideração em nossas análises.

CAPÍTULO III



M
É P
Z E
PROCESSO
D Q
O U
I
CONSTRUÇÃO
A



CAPÍTULO III

O desenrolar da pesquisa e seu processo de construção

O método dessa pesquisa caracteriza-se como qualitativo. Esse tipo de método pretende compreender e propor novas formas de intervenção nas diversas áreas do conhecimento. Especificamente na área da saúde, permite abordar as interpretações culturais de saúde e enfermidade, como também conhecer os comportamentos, as crenças, as atitudes e os pontos de vista dos problemas de saúde de uma maneira mais adequada e completa, que não são identificados pelos métodos quantitativos (ULIN; ROBINSON; TOLLEY, 2006).

Maria Cecília Minayo (1998) argumenta que quando se trata de apreender sistemas de valores, de normas e de compreender relações, a metodologia e técnicas quantitativas se revelam insuficientes. Assim, ela ressalta a importância da pesquisa qualitativa em três pontos: primeiro, ela possibilita a compreensão dos valores culturais e das representações de determinado grupo sobre temas específicos; segundo, permite a compreensão das relações que se estabelecem entre os atores sociais, tanto no âmbito das instituições, quanto nos movimentos sociais; e terceiro, ela propicia uma avaliação das políticas públicas e sociais, no que se refere às suas formulações e aplicações técnicas, além dos usuários a quem se destina.

3.1 Como se chegou à pesquisa? Mapeamento do campo de estudos sobre o tema

Considerando que a pesquisadora é de Maceió-AL, e para uma melhor compreensão de como o tema da saúde do homem vem sendo discutido em Recife, entramos em contato com instituições que foram representadas por pessoas que estudaram ou estavam trabalhando com essa temática, objetivando mapear as pesquisas que foram ou estavam sendo desenvolvidas sobre esse tema.

Num contato inicial, identificamos quem eram os atores e as organizações – que nos foram indicados por informantes privilegiados – que estão envolvidos nas discussões sobre atenção integral ao homem no campo da saúde, sendo eles: alguns profissionais de serviços públicos de saúde, profissionais da ONG Instituto PAPAI e o representante do grupo de pesquisa e ação Universos Masculinos. A partir desse levantamento, pudemos compreender a gama de possibilidades de pesquisa que poderiam ser desenvolvidas sobre esse tema: poderíamos nos focar nos profissionais dos serviços de saúde; nos homens usuários desses serviços; na saúde de uma forma geral; e/ou na saúde sexual e reprodutiva de uma forma particular.

Segundo um dos relatos, oriundo de um profissional do serviço de saúde, a questão de como a equipe está recebendo os homens que utilizam os serviços de saúde já está sendo inserida nas discussões realizadas com os profissionais do PSF. Esse profissional enfatizou também que os ambientes dos serviços de saúde estão muito feminilizados – com flores, cartazes dirigidos às mulheres –, o que não o torna um espaço atrativo para os homens e que pode estar gerando o afastamento destes. Além disso, outro fator que possivelmente inibe a ida dos homens aos serviços de saúde é a presença, em sua maioria, de mulheres profissionais de saúde.

Outro ponto relevante ressaltado por esse profissional é que o PSF, atualmente, dispõe de muitos programas de saúde para pôr em prática. Nesse caso, acrescentar um programa voltado à saúde do homem seria adicionar mais um aos muitos que a equipe profissional já tem a cumprir. Com isso, a sugestão dele é que se reformulassem os muitos programas de saúde que já existem para melhor se adequarem à demanda de saúde do homem.

Como exemplo, citou o Programa contra a Sífilis, em que a mulher é tratada, porém é necessário que o parceiro desta também se trate, haja vista o caráter relacional do tratamento. Nesse ponto, a inserção de atividades voltadas aos homens nas atividades que já são desenvolvidas com as mulheres estará de acordo com o princípio da integralidade do SUS, o que possibilitará uma ampliação dos impactos das ações em gênero, saúde, sexualidade e reprodução.

No que se refere aos trabalhos desenvolvidos pela ONG Instituto PAPAI, tivemos conhecimento da pesquisa “Homens nos serviços públicos de saúde: rompendo barreiras culturais, institucionais e individuais”, que discutiu a atenção ao homem na saúde, focalizando a saúde sexual e reprodutiva de homens jovens. No período de 2007 a 2008, realizaram entrevistas com profissionais de nível superior de duas USF da RPA II da cidade de Recife e grupos focais com ACS e com homens jovens desse mesmo território.

Além disso, tivemos conhecimento também da pesquisa que resultou na tese de doutorado de Jorge Lyra (2008), intitulada “Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006)”, que teve como foco de análise o processo de formulação das políticas públicas nacionais voltadas aos direitos reprodutivos dos homens.

Outro estudo que foi desenvolvido recentemente foi uma pesquisa multicêntrica, envolvendo Espírito Santo, Brasília, Pernambuco⁴, Minas Gerais e Santa Catarina, intitulada “Masculinidades: representações e práticas de saúde”, coordenada pela pesquisadora Profa. Dra. Zeidi Araújo Trindade, que aborda questões que se referem à maneira como os homens estão cuidando de sua saúde e se relacionando com os serviços de saúde.

No contato que tivemos com o representante do grupo de pesquisa e ação Universos Masculinos, pudemos acessar materiais organizados por ele – um livro sobre masculinidades que, na época, estava em fase de elaboração e spots de rádio – e tirar algumas dúvidas em relação às atividades desenvolvidas por esse grupo.

No âmbito das políticas públicas de saúde, acessamos o gerente estadual de saúde do homem, que assumiu, em março de 2007, a Gerência de Saúde Bucal e a Gerência de Saúde do Homem. Ele nos explicou o sentido participativo da construção da Política Estadual de

⁴ A autora do presente trabalho fez parte da equipe de pesquisa de Pernambuco e aplicou questionários em homens residentes na cidade de Recife.

Saúde do Homem, bem como da elaboração de capacitações para os profissionais. Nessa construção, ele nos contou que foram realizadas reuniões semanais com a sociedade civil – ONG, movimentos sociais e demais pessoas que trabalham com esse tema – nas quais discutiam sobre a atenção integral à saúde dos homens.

O gerente ressaltou que os índices de morbi-mortalidade de mulheres e homens, em relação a algumas doenças, não diferem tanto, a não ser pelo fato de que as mulheres se tratam mais do que os homens. Como exemplo, citou que, nos programas de saúde, como o Hiperdia, o número de cadastros de mulheres é o dobro do número de cadastros de homens. Acrescentou ainda que, na atual proposta de trabalho dessa gerência, ele pretende desenvolver ações em relação à violência e, para isso, buscar-se-á, segundo o gerente, a intersectorialidade com os outros órgãos responsáveis, como o da defesa pública e o dos direitos humanos.

No âmbito federal, tivemos conhecimento de que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de responsabilidade da equipe técnica da Área de Saúde do Homem do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do MS, estava em processo de consulta pública e que seria lançada em 2009, o que ocorreu no dia vinte e sete de agosto do ano passado.

O processo de discussão para a elaboração dessa política foi realizado em parceria com sociedades científicas, pesquisadores de universidades, ONG, gestores do SUS e órgãos ligados ao MS envolvidos com ações de saúde voltadas a essa parcela da população.

Foi a partir desse mapeamento que pudemos construir o objeto investigado nesse estudo, por meio do diálogo com esses atores sociais, tanto os que atuam em órgãos públicos, quanto os que atuam em ONG, bem como pelo acesso aos documentos indicados e/ou fornecidos por estes. Diante dessas informações obtidas, decidimos investigar sobre a atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dos homens, a partir da análise do discurso dos profissionais de saúde do PSF.

Dada a relação que se estabeleceu entre a autora do presente trabalho e a ONG Instituto PAPAI, durante o processo de mapeamento, foi lançada a proposta de analisarmos o material que foi construído numa pesquisa realizada por eles, citada anteriormente, em que participaram sete profissionais de saúde de nível superior, sendo três enfermeiras, duas

dentistas, uma médica e um enfermeiro, e dezoito ACS que fazem parte da equipe de atenção básica de duas USF da RPA II da cidade de Recife.

3.2 Profissionais de saúde participantes da pesquisa

O material analisado nessa pesquisa foi construído num estudo realizado pela ONG Instituto PAPAI, no período de março a dezembro de 2007, intitulado “Homens nos serviços públicos de saúde: rompendo barreiras culturais, institucionais e individuais”. A equipe responsável pela execução dessa pesquisa foi composta por duas mulheres e um homem.

Por ser uma pesquisa que lidou com seres humanos, esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CEP/CISAM, que foi escolhido por situar-se na RPA pesquisada. Por se tratar de um projeto com apoio internacional, foi também encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Nacional.

Participaram dessa pesquisa sete profissionais de saúde de nível superior e dezoito ACS da equipe de atenção básica de duas USF pertencentes à RPA II da cidade de Recife. No total, foram vinte e cinco profissionais de saúde, sendo: doze profissionais de saúde da USF A⁵, uma médica, uma enfermeira, um enfermeiro, uma dentista e oito ACS; e treze profissionais de saúde da USF B, duas enfermeiras, uma dentista e dez ACS; como descrito no quadro a seguir:

Quadro 2 – Participantes da pesquisa

Profissionais de Saúde	USF A	USF B
Médica	1	–
Enfermeira	1	2
Enfermeiro	1	–
Dentista	1	1
Agente Comunitária de Saúde	8	10
TOTAL	12	13

Fonte: Elaborado pela própria autora.

⁵ Por questões éticas, preservaremos a identidade das USF onde a pesquisa foi realizada, como também o nome das pessoas participantes da pesquisa, que receberão nomes fictícios.

A seguir, explicitaremos o perfil das⁶ participantes da pesquisa (Quadro 3 e Quadro 4).

Quadro 3 – Profissionais de Saúde da USF A

Nº	Nome fictício	Profissão
1.	Solange	44 anos, formada no curso de Medicina há vinte anos e pós-graduada em Saúde da Família.
2.	Valéria	46 anos, formada em Enfermagem há seis anos.
3.	Rafael	34 anos, formado em Enfermagem há doze anos. Fez residência em Enfermagem de Método Cirúrgico, Especialização em Saúde Coletiva, Especialização em Saúde da Família, Especialização em Psicodrama e Especialização em Psicodrama Didático.
4.	Márcia	Sem registro de idade, formada em Odontologia há dezoito anos.
5.	Iara	41 anos, Agente Comunitária de Saúde.
6.	Bárbara	42 anos, Agente Comunitária de Saúde.
7.	Carol	30 anos, Agente Comunitária de Saúde.
8.	Daniela	37 anos, Agente Comunitária de Saúde.
9.	Érika	33 anos, Agente Comunitária de Saúde.
10.	Flávia	45 anos, Agente Comunitária de Saúde.
11.	Isabel	52 anos, Agente Comunitária de Saúde.
12.	Joice	38 anos, Agente Comunitária de Saúde.

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Quadro 4 – Profissionais de Saúde da USF B

Nº	Nome fictício	Profissão
1.	Gabriela	Sem registro de idade, formada em Enfermagem há oito anos.
2.	Patrícia	29 anos, formada em Enfermagem há cinco anos. Fez Especialização em Saúde da Família.
3.	Tereza	51 anos, formada em Odontologia há trinta anos.
4.	Kátia	35 anos, Agente Comunitária de Saúde.
5.	Lígia	41 anos, Agente Comunitária de Saúde.
6.	Natália	38 anos, Agente Comunitária de Saúde.
7.	Olívia	38 anos, Agente Comunitária de Saúde.
8.	Quitéria	30 anos, Agente Comunitária de Saúde.
9.	Heloísa	46 anos, Agente Comunitária de Saúde.
10.	Valquíria	42 anos, Agente Comunitária de Saúde.
11.	Zélia	24 anos, Agente Comunitária de Saúde.
12.	Renata	30 anos, Agente Comunitária de Saúde.
13.	Paula	38 anos, Agente Comunitária de Saúde.

Fonte: Elaborado pela própria autora.

⁶ Considerando que dos vinte e cinco participantes dessa pesquisa, vinte e quatro são mulheres, quando formos nos referir aos participantes de uma forma geral, utilizaremos o genérico feminino.

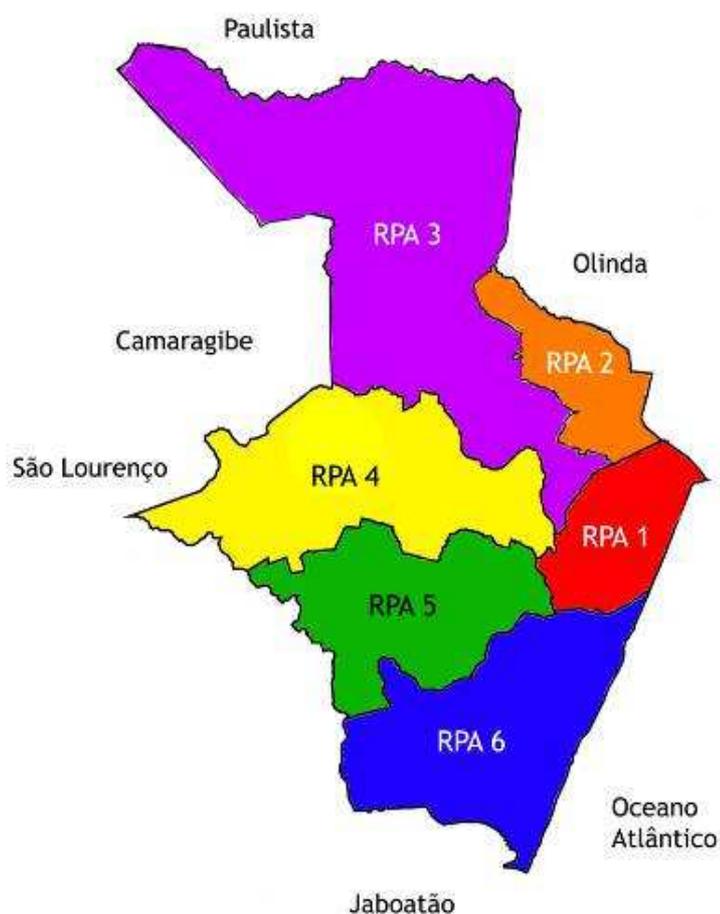
3.3 Caracterização da Região Político-Administrativa II de Recife

Desde 1988, o território do Recife é subdividido em noventa e quatro bairros. Para efeitos de planejamento e gestão, a cidade é dividida espacialmente em seis Regiões Político-Administrativas (RPA), sendo cada uma destas subdivididas em três Microrregiões, que agregam bairros com maiores semelhanças territoriais. Na área da saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (RECIFE, 2005).

De acordo com o Censo Demográfico de 2000 do IBGE, o registro da população residente do Recife foi de 1.422.905 pessoas, distribuídas num espaço totalmente urbano, sendo 661.690 (46,5%) do sexo masculino e 761.215 (53,5%) do sexo feminino. Em relação à pirâmide etária populacional do Recife, há uma predominância das faixas etárias mais jovens. As faixas etárias de 10 a 29 anos apresentam as maiores concentrações, ultrapassando 38% do total, enquanto a população com idade acima de 60 anos representa 9,4% dos habitantes (op. cit., 2005).

A RPA II, localizada na Região Norte da cidade, situa-se no limite entre Recife e Olinda (como demonstra o mapa a seguir). Essa região é composta por dezoito bairros e apresenta uma população de 201.002 habitantes, que ocupa uma área de 1.430ha, distribuídos por 45.307 domicílios (RECIFE, 2001).

Mapa 1 – Regiões Político-Administrativas de Recife



	RPA I – Centro – 11 Bairros
	RPA II – Norte – 18 Bairros
	RPA III – Noroeste – 29 Bairros
	RPA IV – Oeste – 12 Bairros
	RPA V – Sudoeste – 16 Bairros
	RPA VI – Sul – 08 Bairros

De acordo com o Censo Demográfico de 2000 do IBGE, no que se refere à distribuição por faixa etária, a RPA II é a que apresenta o maior percentual de população na faixa de 0 à 14 (27,26%) (RECIFE, 2001).

Tabela 1 – População residente por grupos etários e população ignorada, segundo RPA – Recife, 2000

REGIÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA	0 a 14 anos		15 a 64 anos		64 anos e mais	
	Abs.	(%)	Abs.	(%)	Abs.	(%)
CIDADE DO RECIFE	372.240	26,16	958.039	67,33	92.626	6,51
RPA I - CENTRO	20.769	26,59	51.088	65,42	6.241	7,99
RPA II - NORTE	56.148	27,26	135.997	66,02	13.841	6,72
RPA III - NOROESTE	74.772	26,37	189.837	66,96	18.916	6,67
RPA IV - OESTE	66.209	26,17	171.870	67,93	14.936	5,90
RPA V - SUDOESTE	65.194	26,24	167.367	67,36	15.922	6,41
RPA VI - SUL	89.148	25,20	241.880	68,37	22.770	6,44

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000

Em relação à distribuição por sexo, evidencia-se que a participação do sexo feminino na composição da população do Recife é mais significativa que a do sexo masculino em todas as suas regiões, conforme mostra a tabela a seguir (RECIFE, 2001).

Tabela 2 – População residente por sexo, segundo RPA – Recife, 2000

REGIÕES POLÍTICO-ADMINISTRATIVAS	POPULAÇÃO RESIDENTE					
	Total		Homens		Mulheres	
	Abs.	(%)	Abs.	(%)	Abs.	(%)
CIDADE DO RECIFE	1.422.905	100,00	661.690	46,50	761.215	53,50
RPA I - CENTRO	78.098	5,49	35.639	45,63	42.459	54,37
RPA II - NORTE	205.986	14,48	95.876	46,54	110.110	53,46
RPA III - NOROESTE	283.525	19,93	132.227	46,64	151.298	53,36
RPA IV - OESTE	253.015	17,78	117.249	46,34	135.766	53,66
RPA V - SUDOESTE	248.483	17,46	116.529	46,90	131.954	53,10
RPA VI - SUL	353.798	24,86	164.170	46,40	189.628	53,60

Fonte: PIBGE, Censo Demográfico 2000

Quanto aos assentamentos populares, de acordo com levantamento feito pela URB-Recife, a Região Norte apresenta 65 áreas pobres (RECIFE, 2001), como descrito na tabela a seguir.

Tabela 3 – Relação das áreas pobres por bairro, RPA II – Norte – Recife, 2000

RPA E BAIRRO	NOME DA ÁREA	TOTAL DE ÁREAS
RPA II - NORTE		65
Campina do Barreto	Chão de Estrela / Mercado Velho / Vila do DNOS / Vila Redenção	4
Campo Grande	Canal do Arruda / Canal Campo Grande / Ilha do Chié / Ilha do Joaneiro / Saramandaia / Sítio da Viuva / Vila Capilé / Vila da Prata	8
Água Fria	Alto Belo Horizonte / Alto do Bonito / Alto do Guilhermino / Alto do Pascoal I / Alto do Pascoal II / Alto do Pereirinha / Córrego do Bombeirensense / Córrego da Calma / Córrego do Cotó / Córrego do Deodato / Córrego da Padaria / Córrego Pastor B. de Souza / Córrego São Sebastião / Córrego São José / Fundão de Dentro / Fundão de Fora	16
Alto Stª Terezinha	Córrego do Tiro III	1
Bomba do Hemetério	Córrego São Francisco	1
Cajueiro	Favela do Cajueiro / Pingüim / Vila da Paz / Vila Miguel Arraes	4
Fundão	Alto do Bejamim, Alto do Céu / Alto do Miramar / Córrego João Carvoeiro	4
Dois Unidos	Alto do Capitão / Alto Chagas Ferreira / Alto do Rosário Alto do Maracanã I / Alto do Maracanã II / Coronel Pilar / Córrego Chagas Ferreira / Córrego do Curió / Córrego Morcego / Córrego do Morcego / Córrego São José Dois Unidos I / Espinheiro / Jardim Maracanã / Jardim do Comar / Córrego da Camila / Sítio do Rosário I	16
Linha do Tiro	Alto da Serrinha / Alto do Tiro / Córrego da Jaqueira / Córrego do Sargento / Córrego do Tiro I / Córrego do Tiro II / Córrego do Abdias	7
Beberibe	Altos dos Coqueiros / Arranca Toco / Campos Novos / Cidade Operária	4

Fonte: URB Recife

Contudo, o IBGE considera como favelas⁷ apenas 7 desses 65 assentamentos, que são os que apresentam uma população de 14.025 habitantes, distribuídos nos bairros de Arruda, Campina do Barreto, Campo Grande, Dois Unidos e Peixinhos.

⁷ Para o IBGE, favela é o “conjunto constituído por mais de 50 unidades habitacionais, ocupando ou tendo ocupado, até período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou particular), dispostas em geral, de forma desordenada e densa; e carentes, em sua maioria, em serviços públicos essenciais” (RECIFE, 2001, p. 34).

Tabela 4 – População residente em favelas, segundo IBGE, por RPA e bairro – Recife – RPA II, 1996

MUNICÍPIO, RPA E BAIRRO	NOME DA FAVELA	POPULAÇÃO RESIDENTE	
		Abs.	%
CIDADE DO RECIFE		124.064	100,00
RPA II - NORTE		14.025	11,30
Dois Unidos	Dois Unidos	4.494	3,62
Arruda	Canal do Arruda	1.732	1,40
Campina do Barreto	Matadouro de Peixinhos Mercado Público do Fundão	2.460	1,98
Campo Grande	Canal de Campo Grande Cabo Gato	3.671	2,96
Peixinhos	Redenção	1668	1,34

Fonte: IBGE, Contagem da População de 1996

No que se refere ao setor saúde, o Distrito Sanitário II é composto por uma variedade de unidades de saúde, que se distribuem da seguinte forma:

Quadro 5 – Unidades de Saúde⁸

Tipo	Quantidade
Policlínica	1
Unidade Especializada em Reabilitação – UER	1
Unidade de Saúde Tradicional	2
Centro de Apoio Psicossocial – CAPS	3*
Residência Terapêutica Feminina	1
Residência Terapêutica Masculina	1
Unidade Saúde da Família – USF	17
Casa do meio do caminho	1
Centro Especializado de Odontologia	1

* Sendo 1 CAPSad – Álcool e drogas.

Fonte: Elaborado pela própria autora.

No mapa a seguir, podemos identificar a localização das unidades de saúde especializadas da Rede Municipal de Recife.

⁸ A listagem detalhada dessas unidades de saúde encontra-se no ANEXO 4.

Mapa 2 – Unidades de Saúde Especializadas da Rede Municipal de Recife



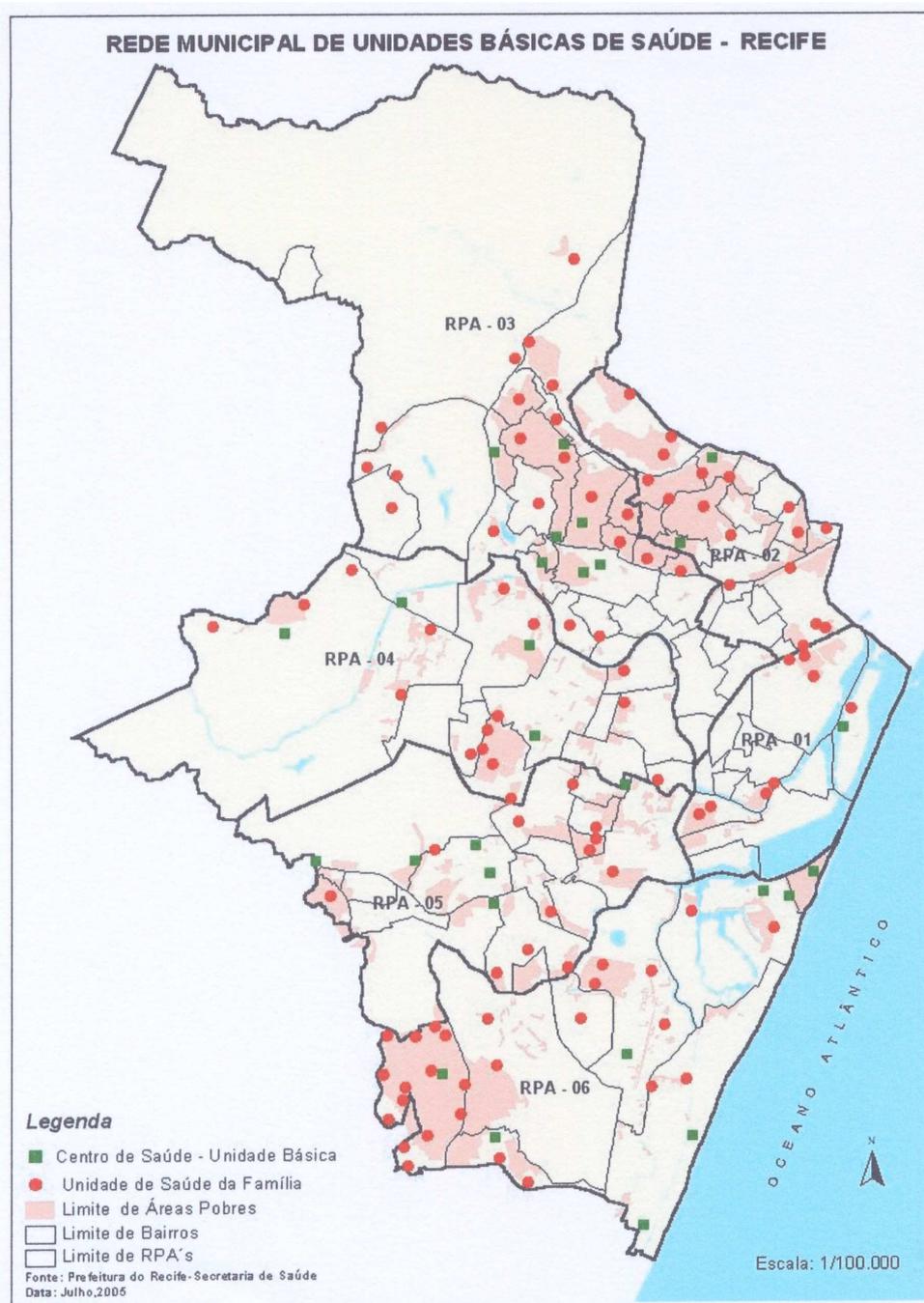
Fonte: Recife (2005)

As áreas de maior pobreza da cidade são consideradas prioritárias para a implantação de programas como PSF, PACS e Agentes de Saúde Ambiental – ASA, que se caracterizam por ter uma cobertura mais universal e por levarem em consideração o princípio da equidade, o que resulta em ações intensificadas nas áreas de maior risco. Estes programas são estratégias adotadas para ampliar o acesso à atenção básica, mas que

também permitem uma reorganização de todo o sistema municipal de saúde, tendo como meta a garantia de uma atenção integral (RECIFE, 2005).

O mapa abaixo mostra a localização das Unidades Básicas de Saúde da Rede Municipal de Recife, em que se percebe um maior número de Unidades de Saúde da Família nas áreas de maior pobreza.

Mapa 3 – Unidades Básicas de Saúde da Rede Municipal de Recife



Fonte: Recife (2005)

No que se refere ao PSF⁹, a Secretaria de Saúde do Recife utilizou essa estratégia para reorganizar a atenção básica à saúde. A lógica é a de que, através desse programa, a família passa a ser assistida por uma equipe de saúde que é composta pelos seguintes profissionais: médico/a generalista, enfermeiro/a, auxiliar de enfermagem, dentista, técnico/a de higiene dental, auxiliar de consultório dentário e agentes comunitários/as de saúde.

Em Recife, desde 2001, esse programa vem sendo expandido gradualmente, substituindo o antigo modelo de postos de saúde, caracterizado por uma assistência meramente curativa. Assim, até o final de 2008, foram contabilizadas 240 Equipes de Saúde da Família e 113 Equipes de Saúde Bucal, distribuídas por 112 unidades do programa. Esses números representam uma cobertura de 54% da população, o que significa cerca de 840 mil pessoas.

3.4 Ferramentas utilizadas para compreender o fenômeno

Os instrumentos utilizados na pesquisa realizada pela ONG Instituto PAPAI foram entrevistas semi-estruturadas e grupos focais. Segundo George Gaskell (2007), a entrevista qualitativa é um método de coleta de dados amplamente utilizado nas ciências sociais empíricas. Nestas, o pressuposto primeiro é o de que o mundo social não é um dado natural, pois ele é ativamente construído por pessoas em suas vidas cotidianas.

Gaskell (2007) argumenta que a entrevista qualitativa é utilizada para mapear e compreender o mundo da vida dos respondentes, que é estudado pelo cientista social, visando introduzir esquemas interpretativos para compreender as narrativas dos atores em termos conceituais e abstratos. O objetivo final é a compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações das pessoas em seus contextos sociais específicos.

O primeiro passo para a realização de uma entrevista qualitativa é a construção do roteiro. Minayo (1998) afirma que o roteiro de entrevista tem por propósito apreender o ponto de vista dos atores sociais acerca da temática prevista nos objetivos da pesquisa. Nesse sentido, é um instrumento que serve para orientar uma “conversa com finalidade”,

⁹ Disponível em: http://www.recife.pe.gov.br/2007/07/04/programa_de_saude_da_familia_144855.php. Acesso em: 21.12.08.

que é o que caracteriza a entrevista. Assim, pretende facilitar a abertura, a ampliação e o aprofundamento da comunicação. Desse modo, o roteiro de entrevista não cerceará a comunicação, contribuindo para a explicitação das visões, juízos e relevâncias dos interlocutores em relação à temática pesquisada.

A autora aponta que a entrevista semi-estruturada caracteriza-se por combinar perguntas estruturadas e abertas, sem respostas ou condições prefixadas pelo/a pesquisador/a. A pessoa entrevistada tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. Sobre esse aspecto, Gaskell (2007) nos fala que, no decorrer da entrevista, a narrativa da pessoa entrevistada está em construção, pois alguns dos elementos falados são lembranças de conversações passadas. Contudo, alguns detalhes e interpretações falados podem surpreender até mesmo o/a próprio/a entrevistado/a.

Nessa perspectiva, segundo Minayo (1998), o que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, ter a “magia” de transmitir, por meio da pessoa entrevistada, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Desse modo, essa autora argumenta que, ao mesmo tempo em que os modelos culturais interiorizados pelos indivíduos são revelados numa entrevista, eles refletem o caráter histórico e específico das relações sociais. Nesse sentido, os depoimentos precisam ser colocados num contexto de pertencimento a uma geração, a um sexo, a filiações diferenciadas, dentre outros aspectos. Por esse motivo, cada ator social informa sobre uma “subcultura” que lhe é específica, além de experimentar e conhecer o fato social de forma peculiar.

Potter e Wetherell (1987), ao discutirem sobre as entrevistas, argumentam que, para o analista de discurso, a consistência das respostas dos participantes é importante somente até onde o pesquisador deseja identificar padrões regulares do uso da linguagem. Assim, devido à primazia teórica da fala e o foco no modo como o discurso é construído e o que isso acarreta, a consistência é menos útil e desejada para a análise do que a variação nas entrevistas.

Os autores salientam que uma análise que identifica somente as respostas consistentes são algumas vezes “desinformantes”, pois não nos mostra sobre a total variação das fontes utilizadas pelas pessoas para construir o significado de seu mundo social e não revelam claramente a função das construções dos participantes. Eles ressaltam também que as transcrições verbais de qualquer entrevista revelam um grau de variação de respostas, que é normalmente reprimida por algum tipo de pré-codificação ou categorizações menos elaboradas.

Nesse sentido, para eles, a entrevista é considerada uma conversação e, por esse motivo, as questões do/a pesquisador/a se tornam um tópico de análise tanto quanto as respostas do/a entrevistado/a, porque elas colocam algum contexto funcional às respostas. Dessa forma, os autores salientam que as nuances linguísticas das questões são tão importantes quanto as nuances linguísticas das respostas. Assim, sugerem que a entrevista seja transcrita em sua totalidade e não apenas a parte do/a entrevistado/a, pois consideram que as questões do/a pesquisador/a são ativas e construtivas e não passivas e neutras.

Em relação ao grupo focal, Minayo (1998) afirma que a característica específica de um grupo de discussão, é possibilitar a emergência das opiniões, relevâncias e valores das pessoas entrevistadas. Do ponto de vista operacional, a discussão de grupo se faz em reuniões com um pequeno número de informantes, selecionados a partir dos critérios definidos pelo/a pesquisador/a, cujas idéias e opiniões são do interesse da pesquisa.

De acordo com Gaskell (2007), no grupo focal, o/a entrevistador/a assume o papel de catalisador/a da interação social/comunicação entre os/as participantes. O objetivo deste é estimular os participantes a falar e a reagir àquilo que outras pessoas do grupo dizem. Essa interação social caracteriza-se por ser mais espontânea do que a entrevista, pois é um exemplo da unidade social mínima em operação, em que os sentidos ou representações que emergem são mais influenciados pela natureza social da interação do grupo. Além disso, o grupo focal é um ambiente em que os participantes levam em consideração os pontos de vista dos outros na formulação de suas respostas, comentando também suas próprias experiências e as dos outros.

Minayo (1998) pontua que essa estratégia de acesso aos dados é geralmente utilizada para três finalidades: primeira, focalizar a pesquisa e formular questões mais precisas; segunda, complementar informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo

no que se referem a crenças, atitudes e percepções; e terceira, desenvolver hipóteses de pesquisa para estudos complementares. Nesse sentido, a autora afirma que o grupo focal consiste numa técnica indicada para quando se pretende abordar questões da saúde numa perspectiva social, pois estuda as representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho, como também da população.

3.5 Como a pesquisa foi desenvolvida?

Na pesquisa desenvolvida pela ONG Instituto PAPAI, no período de março a dezembro de 2007, foram realizadas sete entrevistas com profissionais de saúde de nível superior, tendo como guia um roteiro semi-estruturado (ANEXO 2). Essas entrevistas foram agendadas previamente por telefone e realizadas nas próprias unidades de saúde. Duraram entre vinte e cinco a quarenta e cinco minutos e foram audiogravadas com a permissão dos participantes e transcritas pela equipe da ONG Instituto PAPAI.

Cada unidade de saúde conta com um total de doze ACS. Essas são as principais responsáveis pela aproximação dos usuários ao serviço de saúde, considerando que sua principal atividade são as visitas domiciliares, nas quais cada agente é responsável por um território específico. Por esse motivo, a equipe da ONG Instituto PAPAI optou pela metodologia do grupo focal para a construção de dados com essas profissionais. Esse instrumento visa à ampliação dos resultados, a partir da geração de um espaço de debate que possibilite o surgimento de consensos e contradições.

Foram realizados dois grupos focais (o roteiro consta no ANEXO 3), um em cada unidade de saúde pesquisada. O grupo focal da USF A contou com a participação de oito ACS e foi realizado na própria unidade de saúde. Já o grupo focal da USF B contou com a participação de dez ACS e foi realizado num anexo da associação de moradores, próximo à unidade. Os dois grupos focais duraram cerca cinquenta e cinco minutos e foram audiogravados com a permissão das participantes e transcritos pela equipe da ONG Instituto PAPAI.

A pesquisadora teve acesso aos áudios e às transcrições das entrevistas e dos grupos focais e fez uma revisão desse material antes de iniciar as análises. Essa revisão objetivou uma maior familiaridade com o material produzido, bem como torná-lo o mais literal

possível, haja vista ser a transcrição minuciosa um passo importante para esse tipo de análise.

3.6 Aspectos metodológicos da análise do discurso

No que se refere à prática da análise do discurso, Gill (2002) fornece alguns passos que podem auxiliar no processo analítico. O primeiro deles é fazer perguntas diferentes ao texto, exemplificado por ela na troca do “por que” pelo “como”. O segundo, refere-se à transcrição minuciosa do discurso a ser analisado, o qual pode ser acompanhado pela produção de notas analíticas realizadas durante a transcrição.

No terceiro passo, aconselha-se fazer uma leitura cética do texto. Para isso, orienta-se a suspensão da crença naquilo que é tido como algo dado, ou seja, é preciso tornar o familiar estranho, o que implica em mudar a forma como a linguagem é vista, para que se possa focar a construção, a organização e as funções do discurso.

Sobre esse último aspecto, Gill (2002) menciona Potter e Wetherell (1987) afirmando que o analista do discurso está interessado nos detalhes das passagens do discurso, que compreende as nuances, as contradições e as áreas de imprecisão, analisando o que é realmente dito ou escrito, não se preocupando com alguma idéia geral que parece ser pretendida.

A codificação é o quarto passo da análise. Primeiramente, sugere-se que o analista “mergulhe” no material a ser analisado e, para isso, ele precisa ler e reler as transcrições até se familiarizar com elas. A partir daí, determinam-se as categorias que serão utilizadas na codificação. Nas fases iniciais, a codificação deverá ser feita da maneira mais abrangente possível, considerando todas as instâncias limítrofes. Gill (2002) aponta que existem várias estratégias para codificar e o objetivo principal dessa etapa é organizar as categorias, de acordo com as questões de interesse.

Após o processo de codificação, inicia-se o quinto passo, que é a análise do discurso propriamente dita, a qual pode ser dividida em dois momentos, segundo as orientações de Potter e Wetherell (1987) explicitadas por Gill (2002): no primeiro, há uma procura por um padrão nos dados, no qual se identificam as variabilidades (caracterizada pelas diferenças entre as narrações), as consistências e as diferentes estratégias e formatos retóricos; e no

segundo, há uma preocupação com a função, criam-se hipóteses tentativas em relação às funções de características específicas do discurso e, posteriormente, elas são testadas frente aos dados.

Gill (2002) pontua que os analistas de discurso devem ser sensíveis àquilo que não é dito, como é o caso dos silêncios, que só podem ser compreendidos a partir de uma consciência aprimorada das tendências e contextos sociais, políticos e culturais aos quais os textos se referem; ou seja, faz-se necessário uma compreensão contextual mais ampla.

Um ponto chave apresentado por essa autora, também defendido pelos analistas do discurso, é que a descrição e a avaliação não são atividades separadas; pois, na maioria dos discursos, podemos encontrar descrições que contêm avaliações.

Além disso, Gill (2002) faz uma avaliação da análise do discurso, ressaltando alguns pontos importantes. Primeiro, ela argumenta que esse tipo de análise não procura identificar processos universais, muito pelo contrário, ele preconiza que o discurso é circunstancial, construído a partir de recursos interpretativos particulares e, por esse motivo, foca-se nos contextos específicos.

Em relação à representatividade, a autora se posiciona dizendo que os analistas do discurso estão pouco interessados nesse tema, pois se concentram particularmente no conteúdo, na organização e nas funções dos textos. Além disso, eles priorizam o uso de métodos que assegurem a fidedignidade e a validade de suas análises, empenhando-se na produção de novos e adequados métodos que assegurem esses aspectos.

Por fim, Gill (2002) constrói uma definição geral da análise do discurso, afirmando ser esta uma leitura cuidadosa, próxima, a qual caminha entre o texto e o contexto, tendo como foco de análise o conteúdo, a organização e as funções do discurso. Desse modo, ela é uma interpretação, fundamentada numa argumentação detalhada e numa atenção cuidadosa ao material que está sendo analisado.

No artigo de Pedro de Oliveira Filho (2005), *Miscigenação versus bipolaridade racial: contradições e consequências opressivas do discurso nacional sobre raças*, encontramos um exemplo de como se faz uma análise do discurso, de acordo com a abordagem teórico-metodológica que enfatiza a natureza retórica do discurso, sua função, efeitos e variabilidade.

A partir desse trabalho, podemos destacar alguns dos objetivos da análise do discurso, sendo o primeiro deles a identificação das estratégias argumentativas utilizadas pelos locutores quando estão se posicionando contra ou a favor de um determinado tema ou categoria. Para isso, esses locutores fazem uso de recursos interpretativos tirados dos mais variados discursos.

Outro objetivo da análise do discurso é a identificação das contradições, inconsistências e ambiguidades presentes no discurso, considerando que ele é caracterizado pela variabilidade tanto dentro de um mesmo grupo social quanto nas diferentes intervenções discursivas de um mesmo indivíduo. Nesse sentido, Oliveira Filho (2005) destaca que a linguagem é usada para uma variedade de funções e ressalta, citando Potter e Wetherell (1987), que “os nossos discursos são flexíveis e constroem as mais variadas versões da realidade, não são simplesmente reflexos da realidade, são versões da realidade que procuram atingir determinados objetivos” (p. 250).

Ainda falando sobre a variabilidade nos discursos, o autor afirma que as pessoas, quando argumentam, estão reproduzindo em seus discursos as diversas concepções que estão em conflito no interior da sociedade, ou seja, no senso comum. Nesse sentido, a variabilidade é consequência da própria natureza do senso comum e dos seus temas em conflito.

Desse modo, as inconsistências identificadas nos discursos podem ser consideradas como atualizações desse conflito social num nível subjetivo. Além disso, Oliveira Filho (2005) ressalta que o analista do discurso precisa estar atento às diferentes direções argumentativas que um termo pode indicar, pois este pode ser usado para os mais diversos fins.

3.7 Analisando as produções discursivas

Analisamos os discursos das participantes de acordo com as recomendações de Potter e Wetherell (1987) e Gill (2002), descritas anteriormente.

Após a revisão das transcrições, a pesquisadora fez várias leituras atentas e cuidadosas do material produzido, objetivando uma maior familiaridade com os temas discutidos, com as estratégias discursivas e com os argumentos utilizados pelas participantes

para justificarem seus posicionamentos. O próprio processo de revisão possibilitou essa familiaridade com o material a ser analisado.

Em seguida, iniciou-se o processo de codificação, que não objetivou encontrar resultados, funcionando apenas como uma preliminar para a análise. As categorias criadas nesse momento foram tão inclusivas quanto possível e não houve uma preocupação com seus limites (POTTER; WETHERELL, 1987).

Com isso, três categorias emergiram dos dados a partir da questão de pesquisa: “O que os profissionais de saúde dizem acerca da atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dos homens?”:

- **Primeira** – Como os profissionais de saúde **descrevem** os homens em relação à atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva destes?
- **Segunda** – Quais as **explicações** dadas aos comportamentos desses homens, a partir dessas descrições? (explicações de ordem psico-sócio-cultural, socioeconômica e biológica)?
- **Terceira** – Que **ações** são **realizadas/idealizadas** pelos profissionais de saúde em relação à atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dos homens diante dessas descrições e explicações?

Segundo Potter e Wetherell (1987), as habilidades analíticas são desenvolvidas no próprio processo de análise do discurso. Com isso, após a identificação dessas categorias temáticas, iniciou-se a análise propriamente dita das estratégias discursivas e dos argumentos – identificados no momento anterior – utilizados pelas participantes para justificar seus posicionamentos e realizar ações.

Assim, fomos analisando as funções dos discursos e identificando as estratégias utilizadas pelas participantes para construir um argumento que parecesse legítimo e factível ao ouvinte, seja pela repetição de palavras ou expressões, seja pela utilização do discurso direto etc. Para isso, selecionamos extratos de fala do material produzido para dar visibilidade a essas análises.

CAPÍTULO IV



A R G FUNÇÃO M E N ESTRATÉGIAS A Ç Ã O

R E REPRESENTAÇÃO E I D O S

R E N

Ó R

O S

PRETA

PRODUÇÃO

Ã O



CAPÍTULO IV

Representando a atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dos homens: que repertórios interpretativos são utilizados nas produções discursivas dos profissionais de saúde?

Apresentaremos a seguir as análises das entrevistas e dos grupos focais, exemplificando-as com extratos de fala retirados desse material. Não encontramos diferenças significativas nos discursos dos dois grupos de participantes, profissionais de nível superior e ACS, nem entre os dois tipos de procedimentos metodológicos, entrevista e grupo focal.

O aspecto que foi mais enfatizado nos discursos das profissionais de saúde foi a *resistência dos homens em relação aos cuidados com a saúde*. Relatam que *os homens só buscam o serviço de saúde quando seu agravo já está avançado*. É o que nos contam a dentista Márcia e o enfermeiro Rafael:

Márcia – [...] a procura do homem é quase nenhuma. Tem dia que você fecha num atendimento dez pessoas, um homem. Tem dia que num tem homem nenhum.

[...]

Entrevistadora – E como é que foi esse atendimento? Qual foi o motivo, geralmente, de eles estarem procurando...

Márcia – Normalmente, veja só (*risos*), eu observo que... quando tá nas últimas, já chegando aqui:

– *Doutora, não tem mais jeito, meu dente quebrou todo, tem que tirar.*

Entendeu? Nunca é com prevenção. Normalmente mulher chega:

– Ó doutora, num tenho nada, mas queria que a senhora fizesse uma revisão e tal.

Homem, nunca. Homem só chega pra mim, geralmente, nas últimas mesmo, quando não tem mais jeito. Eu noto isso, que a mulher tem uma preocupação maior. Acho que é porque enquanto mãe, num sei. No caso do homem não, ele me procura, geralmente, quando tá sentindo dor, quando não tem mais jeito. Enquanto ele puder ir empurrando, ele vai empurrando. Não gosta, talvez, né?, da... do fato de ter que vir pra cá. Ele só chega nas últimas, quando não tem mais jeito.

Rafael – Só vem pela dor, tá doendo, aí vem. **[Entrevistadora – (incompreensível)]** É, só vem pela dor. A experiência com eles é dolorosa, então eles vêm. Ah, tá doendo e tal, aí o... o... eles usam da dor pra justificar a situação lá [no trabalho] e... e traz a declaração, levar o atestado, tem que ter, o... a declaração, não, o atestado.

Tanto a dentista Márcia quanto o enfermeiro Rafael repetem em seus discursos expressões como “quando tá nas últimas”, “quando não tem mais jeito” e “só vem pela dor” para se referirem ao momento em que os homens vão à busca do serviço de saúde para serem atendidos. Essa repetição nos remete à necessidade de enfatizar que os homens não procuram o serviço de saúde de forma preventiva, que é resumido por Márcia ao dizer: “Nunca é com prevenção”.

Um ponto de destaque, muito frequente tanto nas entrevistas quanto nos grupos focais, é o *uso do discurso direto*, estratégia retórica em que há uma reprodução literal do que foi dito por outra pessoa. Esse recurso é utilizado para dar legitimidade ao discurso, para que ele pareça verdadeiro e convincente ao ouvinte/leitor (POTTER; WETHERELL, 1987). De fato, o discurso direto dá mais veracidade àquilo que se conta, pois é como se o próprio sujeito estivesse falando, tornando o relato mais realista.

Nos extratos de fala citados anteriormente, chama-nos a atenção a relação estabelecida entre a resistência dos homens em relação aos cuidados com a saúde e a busca pelos serviços de saúde quando não suporta mais a dor. Assim, entendemos que essa relação “resistência” ↔ “suportar a dor” está fundamentada no ideal de masculinidade construído socialmente, que preconiza que o homem tem que ser forte, viril, invulnerável, conter suas emoções, superar riscos, dentre outros aspectos (BADINTER, 1993; MEDRADO *et al*, 2000; KORIN, 2001; BRAZ, 2005; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

No que se refere à fala de Rafael, destacamos que, quando o homem vai ao serviço de saúde, o atendimento não tem como foco o cuidado com a saúde, e sim a possibilidade de ter o atestado, que justifica formalmente a ausência ao trabalho em caso de doença.

Nos discursos produzidos no grupo focal da USF A, as ACS responderam de diferentes formas à pergunta: “O que os homens em geral fazem quando estão com algum problema de saúde?”. Vejamos algumas delas:

Iara – Eles mandam a gente marcar médico pra eles.

Bárbara – Só quando eles tão morrendo é que eles manda.

Carol – É, quando tão nas últimas né. Ele vem na emergência, aí toma uma injeção, passa a dor, pronto. Mas dificilmente vem diretamente aqui.

Bárbara – [...] a maioria é a mulher né, que fica insistindo:

- *Vai, você vai hoje.*

Num vai, eu marco, num vem. Aí a mulher de novo, fica insistindo, aí chega um momento que ele vem.

Iara – Mas os da minha área tem uns que não só vem quando tá morrendo não, uns vem pra fazer *check-up*, diz que quer fazer *check-up*, é.

[...]

Na minha concepção eu vejo assim, quando vê que é alguma coisa muito grave, a não ser isso, vão pra farmácia, geralmente eles mesmos são os médicos, eles gostam de medicar eles mesmos, vai pra farmácia.

Uma das características predominantes de um grupo focal é a possibilidade dos/as participantes poderem construir e reconstruir seus discursos no momento da interação, processo esse que se caracteriza por concordâncias e confrontos entre esses discursos (PUCHTA; POTTER, 2004).

Assim, percebemos que a fala de Iara contrasta com as de Bárbara e Carol, em que essas duas últimas concordam que o homem só pede para elas marcarem consulta quando “estão morrendo”, enquanto que Iara defende que alguns homens de sua área, diferentemente, vão ao posto de saúde fazer *check-up*.

Em contrapartida, a resposta dada por Iara trás a alternativa da automedicação, em que, segundo ela, os homens, quando estão com alguma doença, não procuram os serviços de saúde, contudo vão à busca de serviços de fácil acesso, como as farmácias, por exemplo, argumentando que “eles mesmos são os médicos, eles gostam de medicar eles mesmos”.

Sobre esse ponto, Figueiredo (2005) argumenta que os homens preferem utilizar farmácias ou prontos-socorros, pois estes serviços respondem mais objetivamente às suas demandas. Segundo o autor, nestes locais, os homens são atendidos mais rapidamente e conseguem expor seus problemas com uma maior facilidade.

Quanto ao grupo focal realizado com as ACS da USF B, encontramos outra variedade de respostas para a mesma questão:

Moderadora – O que os homens fazem quando estão com algum problema de saúde?

Kátia – Esconde.

Lígia – Geralmente se automedica.

Natália – Procura uma farmácia.

Olívia – Procura colegas, pra ver se tem... se tem algum problema, como ele. Procura para poder se tratar, aí vai, se trata por conta própria, por causa de amigos que já teve o mesmo problema.

Quitéria – Amigos e vizinhos né.

Heloísa – A maioria fica sem dizer até chegar a um ponto de não aguentar mais (*risos*) aí resolve falar, assim, pra alguém. Não é muito, assim, de... Alguns, assim, né, não são todos não, mas alguns ainda têm uma resistência ainda de... de se cuidar.

Valquíria – Procura a ACS. Muitas vezes vai na casa do ACS, particularmente, sem que a família fique a par do assunto. Procura o ACS e conversa particular. Então a gente conversa com os profissionais e... diz o assunto, marca a consulta e vai pro consultório.

Zélia – Na minha área, a maioria dos homens procura pra marcar consulta.

Olívia – Procura, pra marcar consulta, às vezes quer que marque na hora... Eles são assim: tá doente, quer tudo na hora, quer que a gente marque logo. É. Não quer esperar. Mas eles procuram.

Renata – O homem procura o serviço, então quando ele procura, ele quer na hora mesmo.

Paula – Por esse motivo é que eles têm mais privilégio, a gente marca logo na hora.

Nesses discursos, está presente uma variabilidade de respostas, que vão desde a não procura do homem pelos serviços de saúde até a solicitação de uma marcação de consulta por parte deste. Apesar de trabalharem em comunidades próximas, as ACS deixam claro, durante as discussões no grupo, que a área de cada uma tem suas peculiaridades, que estão

estritamente relacionadas às outras variáveis do contexto, tais como os índices de violência e tráfico de drogas.

Chama-nos a atenção a resposta dada por Olívia, complementada por Quitéria, em que, segundo elas, os homens, quando estão com algum problema de saúde, procuram por colegas, amigos e/ou vizinhos. Assim, buscam “se tratar por conta própria” através da ajuda dos pares que já tiveram o mesmo problema.

As profissionais de saúde relataram também a dificuldade que encontram para convencer os homens da comunidade a frequentarem o serviço de saúde e fazerem os exames preventivos periodicamente. Além da resistência ao cuidado e da resistência à prevenção, os argumentos construídos por essas profissionais *associam a mulher ao cuidado e o homem à despreocupação/desleixo com a saúde*. Justificam afirmando que os homens se recusam a ir ao posto de saúde e que, quando vão, geralmente são acompanhados por uma mulher, a qual, muitas vezes, assume o papel de “porta-voz” destes. É o que nos contam as ACS Isabel e Joice:

Isabel – Eu acho assim, é a mulher que é porta-voz do homem né, a porta-voz né:

- *Ó, mulher, tô com uma dor.*

Quando a gente chega na casa diz:

- *Ó, meu marido tá com tal coisa.*

Entendesse? Ela que é porta-voz dele, que pra ele se abrir com a gente, assim, realmente ele não se abrem não. É a mulher, através da mulher.

[...]

Joice – Tem outras mesmo assim:

- *Ó, fulano, Joice tá aqui.*

- *Tu quer marcar médico.*

- *Vai Joice, marca médico pra ele.*

- *Tu num tava com uma dor num sei aonde, tu num disseste menino, que tava com uma dor.*

- *Vai Raquel, marca.*

Ele:

- *Ó, depois e vou, agora não.*

Nesse sentido, Laurenti, Mello-Jorge e Gotlieb (2005) chamam nossa atenção para o fato de que, apesar dos altos índices de mortalidade masculina, os indicadores de morbidade demonstram que, de uma maneira geral, as mulheres frequentam mais os serviços de saúde do que os homens. Somado a isso, Schraiber, Gomes e Couto (2005) discutem sobre o casamento/relação estável como um “fator de proteção”, pois afirmam ser comum que homens casados dependam de suas mulheres em relação aos cuidados com a saúde.

Sobre isso, a enfermeira Valéria nos conta (abaixo) que geralmente é a mulher quem vai ao posto de saúde avisar que o marido está doente e que, é a partir dessa notificação, que os profissionais de saúde vão visitá-lo, orientá-lo e incentivá-lo a ir ao posto de saúde para que possam investigar melhor sobre sua doença. Ela inicia sua fala argumentando que:

Valéria – Os homens eles não gostam muito de... de fazer um *check-up* geral, a prevenção de um modo geral, entendeu? E isso aí a gente busca muito neles, sabe.

- *Não, eu não tenho nada, não tô sentindo nada.*

- *Mas vamos fazer.*

- *Olha, doutora...*

- *Vamos fazer um exame. Vamos fazer um hemograma. Vamos fazer uma glicose.*

E depois que a gente detecta... o paciente às vezes tem dor de cabeça, mas acha que é besteira, que não é nada. Isso acontece muito. Quando as mulheres chegam aqui dizem assim:

- *Ó, meu marido, ele tá sentindo dor de cabeça, mas ele diz que não tem nada doutora, ele tá assim...*

Começa a comentar alguma coisa que ele sente, que não quer vir, aí a gente vai, faz a visita, vai lá falar com ele, pra orientar ele, como a gente sobe também [visita domiciliar], orientar ele pra vir aqui pro posto, manda procurar a gente, e a gente vai investigar, né.

Nessa mesma direção, a enfermeira Gabriela afirma:

Gabriela – [...] Esse negócio que as mulheres fazem:

- *Ah! Quero um check-up pro meu marido.*

Aqui ele nunca vem espontâneo né, ele nunca vem:

- *Ah! Eu tô com esse exame.*

- *Quero dar uma olhadinha no meu corpo.*

- *Quero ver como é que eu tô.*

Não, ele só vem quando tá doente mesmo.

[...]

Gabriela – [...] aqui... as marcações aqui pra o homem, geralmente, tem alguma doença associada [**Entrevistadora 2 – Certo.**], que é diferente da mulher. A mulher vem (*pausa*) basta a prevenção né, na unidade, e o homem não, ele tá mais pra cura mesmo [**Entrevistadora 2 – Sei.**], muito pra cura. Agora eu percebo a demanda espontânea muito grande de saúde bucal desse homem [**Entrevistadora 1 – Hum hum.**] [**Entrevistadora 2 – Hum hum.**]. A espera pra ir pra... do homem, pra ir pra dentista tá bem grande mesmo. Ele se preocupa demais com a boca [**Entrevistadora 1 – Hum hum.**] né, assim, com a imagem. Os homens daqui, apesar de serem de uma classe menos favorecida, mas eles são vaidosos, eles gostam de tá com o cabelo bem cortado, bem penteado, sabe [**Entrevistadora 1 – Hum hum.**]. Eles não são muito relaxados com eles não, com a aparência não.

Entrevistadora 1 – E a saúde bucal tá ligada à aparência.

Gabriela – Está ligada a aparência. É.

Entrevistadora 1 – Entendi.

Gabriela – Aí, assim, pé descalço andam, mas o cabelo tá sempre arrumadinho (*risos das entrevistadoras*), a boca. Eles tão procurando muito isso.

Gabriela ressalta, em seu discurso, uma ambiguidade presente no comportamento masculino: os homens só procuram os serviços de saúde quando estão doentes – o que não se vê/inaparente –, e, em contrapartida, preocupam-se com sua saúde no que se refere aos aspectos estéticos, em que a saúde bucal aparece vinculada à preocupação com a aparência – o que se vê/aparente.

Aliadas as formas como os homens são descritos por essas profissionais, estão as explicações para esses comportamentos masculinos. Identificamos três grandes categorias de explicações: *de ordem psico-sócio-cultural*, *de ordem socioeconômica* e *de ordem biológica*, que estão estreitamente interligadas entre si e, muitas vezes, aparecem de forma encadeada nos discursos dessas profissionais. A seguir, discutiremos cada uma dessas explicações. Por questões didáticas, abordaremos cada uma delas em seções separadas. Entretanto, como em algumas falas essas explicações aparecem relacionadas, iremos identificá-las e discuti-las independentemente da seção em que apareçam.

4.1 Explicações de ordem psico-sócio-cultural

Na grande maioria das vezes, as profissionais de saúde fazem uso de *explicações de ordem psico-sócio-cultural* para justificar porque os homens frequentam menos os serviços de saúde: porque *eles são medrosos, são mais “fechados”, são os provedores da família*. Esse tipo de explicação está presente nas falas da dentista Márcia e da enfermeira Valéria:

Márcia – Normalmente [os homens] são medrosos, no caso do dentista. A gente observa isso. Mulher é mais raçuda do que homem (*risos*). Geralmente são meio assim, chegam muito (*pausa*) sem tá à vontade, chegam muito nervosos, com medo do que vai acontecer, mas depois a gente vai... no decorrer da consulta eles vão relaxando.

Valéria – O homem tem uma visão muito fechada, com relação à doença, morre de medo (*risos*) de ficar doente, porque aí ele vai, né... é o único, né... que trabalha na casa, que sustenta a família. A partir do momento que diz que ele tá doente de alguma coisa ele se apavora.

Nesse último extrato de fala, a entrevistada argumenta que o medo que o homem sente de ficar doente está associado ao medo de ter que parar de trabalhar, o que acarretaria prejuízos financeiros não só ao homem como também à sua família. Entendemos que há, também, o medo de expor sua fragilidade, já que a ele foi destinado um lugar hierárquico de poder, dentro de nossa sociedade, cujo sentido simbólico se expressa pela situação de prover, a qual, historicamente, tem sido a função social masculina (MEDRADO *et al*, 2000). Assim, entendemos que Valéria categoriza dois tipos de medo: um vinculado ao aspecto profissional e o outro à posição de poder.

Outra justificativa que foi relatada pelas profissionais de saúde é a de que *os homens sentem vergonha e dificuldade de falar o que estão sentindo*. Esse argumento é utilizado pela enfermeira Valéria ao explicar:

Valéria – Porque o homem é muito difícil de dizer as coisas pra você, o que sente. A mulher, às vezes, quando traz ele aqui no atendimento, na... quando eu faço prevenção ou quando eu pego o resultado da prevenção e dá alterado, né, as DST, eu trago os dois pra tratar, né, que como (*incompreensível*) mínima tem que tratar os dois e eles:

Ela: - *Vá! Diga! Diga o que tá sentindo! Fale! Fale!*

Ele não fala não, ele fica rindo, ou então fica calado, né. Vergonha, entendeu? Tem essa questão de vergonha.

Nesse discurso, nos chama a atenção o modo como a mulher, retratada por Valéria, trata o marido, parecendo estar falando com seu filho, coagindo-o a falar o que está sentindo por meio do uso de imperativos. Assim, entendemos que esse discurso reforça a associação que se faz entre a mulher e a função social que lhe é atribuída de reproduzir e cuidar dos filhos. Essa associação também está presente na maioria das entrevistas e dos grupos focais, circulando nos discursos produzidos nas relações cotidianas, além de ser evidenciada pela literatura (NASCIMENTO, 2005; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; LYRA, 2008; BRASIL, 2009).

Nesse sentido, a dentista Tereza explica que as mulheres procuram mais os serviços de sexualidade e saúde reprodutiva “por causa da própria educação que se teve”. Assim, ela argumenta que o homem não procura esses serviços “porque ele acha que programa de... de natalidade e de reprodução não é dele, é da mulher”.

As enfermeiras Gabriela e Patrícia acreditam que essa busca mais frequente das mulheres pelos serviços de saúde “é uma questão cultural”. Assim, elas argumentam:

Gabriela – [...]O homem ele foi educado a ficar mais na... na escondida, de não procurar essa informação, ou muitas vezes até ele acha que sabe mais. E a mulher, não, a mulher, qualquer coisa, qualquer sintoma, qualquer dúvida ela procura a unidade, ela procura a gente. Então eu acho que é a partir daí, ela tem mais liberdade, ela se sente mais à vontade do que esse homem a vir né, assim, de um modo geral, qualquer unidade. Acho que ela procura mais.

Patrícia – [...] Agora eu acredito que pela cultura, pela... acho que isso vêm de décadas, anos mesmo, ele não tem essa procura né, e eu posso dizer até que o serviço não tem tanta procura pelo homem.

Nessa mesma direção, a médica Solange explica que:

Solange – [...] culturalmente, os homens, apesar de tanta evolução, a gente sabe que, na realidade, muitos homens ainda se acham que não adoecem, acham que não adoecem, e que quem adocece é a mulher **[S – Certo.]**, quem adocece é criança, e que homem não adocece. Pra que ele vai para posto se ele não tá doente? **[S – Ham ham.]** Entendeu?

[...]

Então ele, muitas vezes, eles não lidam com as emoções como a mulher lida **[S – Hum hum.]**. Ele não foi trabalhado pra sentir as emoções, pra chorar, pra se expressar, porque homem hoje já chora, mas pouco **[S – Hum hum.]** né, não chora como a mulher (*risos*) **[S – Hum hum.]**. Eu tô falando isso de

uma forma assim, entre aspas [**S – Sim.**]. Então, de alguma forma, culturalmente, a gente não tá ainda nesse avanço todo que se pensa tá não [**S – Sim.**], não tá. Se você for ver na realidade, pertinho, o dia a dia, eles sempre ficam mais é... reservados em se expor. Qualquer coisa na área sexual e reprodutiva eles já vêm armados, tipo assim:

- *Será que vão mexer?*

- *Será que eu vou sair menos homem do que eu entrei?*

Em relação às repercussões do modelo tradicional de masculinidade, caracterizado pelo machismo, que foi culturalmente construído e difundido em nossa sociedade, o enfermeiro Rafael nos fala o seguinte:

Rafael – Eu acho que a cultura e a mídia são muito fortes em cima da gente [dos homens]. É... existe um machismo muito forte e esse machismo contribui pra que transem sem usar o preservativo. Se bem que hoje a coisa tá... a procura por preservativo é bem mais forte, agora, é muito complicado o homem de quarenta e cinco ou quarenta anos, trinta e cinco a... os homens mais [**Entrevistadora – Mais velhos.**] mais velhos, é meio complicado convencê-los a usar o preservativo, sabe. E a gente tem muito alcoolista que usa... que não usa preservativo, a gente tem muita... muito... muito jovem, dos seus vinte e poucos anos, que se drogam e depois de drogado eles...

Chama-nos a atenção, no extrato de fala acima, que o enfermeiro Rafael, ao discutir sobre a influência que a mídia exerce sobre os homens, inclui-se nesse discurso, pois quando ele diz “Eu acho que a cultura e a mídia são muito fortes em cima da gente”, referindo-se aos homens, ele está se posicionando enquanto homem. Além disso, ele destaca as consequências geradas por essa influência – manutenção de uma ordem machista – que, por conseguinte, geram práticas de não cuidado, como o não uso do preservativo.

Pesquisas realizadas recentemente explicam que a menor procura dos homens pelos serviços de atenção primária à saúde é devido ao processo de socialização ao qual foram submetidos, em que os cuidados com a saúde não eram vistos como uma prática masculina (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007). Assim, esses autores argumentam que:

[...] à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança; portanto, poderia aproximá-lo das representações do universo feminino, o que implicaria possivelmente desconfiar acerca dessa masculinidade socialmente instituída (p. 571).

Braz (2005), ao discutir sobre o ideal de homem construído socialmente, afirma que manter esse ideal é um grande fator de risco para os homens, pois ocorre um “silenciamento” de seus sentimentos e emoções para poderem sustentar esse ideal heróico. Esse comportamento de silenciamento tem repercussões nas relações dos homens com os serviços de saúde, visto que os homens apresentam dificuldade em procurar ajuda e/ou cuidados médicos. Isso significa que eles têm dificuldade de serem assistidos, posto que, contrariamente, foram “criados” para assistir e prover.

Um aspecto importante a ser discutido, que está fortemente relacionado a essa explicação de ordem psico-sócio-cultural, é a questão do tempo do mundo privado e do tempo do mundo público/do trabalho. No que se refere à mulher, temos que, historicamente, a ela eram destinadas as atividades do lar, fazendo com que pudesse se aproximar mais do cuidado com o corpo, levando-se em consideração, também, a exigência de autocuidado que lhe é feita por conta da maternidade. Quanto ao homem, temos que, ao entrar no mundo do trabalho, ele vai ocupando todas as suas horas disponíveis com as atividades laborais.

Atualmente, homens e mulheres estão inseridos no mundo do trabalho, fato esse que tem gerado um aumento nos índices de morbi-mortalidade das mulheres. Somado a isso, temos a emergência da categoria “velocidade”, discutida por Zygmund Bauman em seu livro *Vida Líquida* (2007), no qual ele ressalta o quanto nosso contexto atual é fomentador de doenças e de como essa velocidade faz com que tenhamos cada vez menos tempo para cuidar da saúde. Embora o discurso atual seja voltado para o cuidado com a saúde, em que há uma pressão social muito forte nesse sentido, principalmente por parte do Estado, falta tempo para que essa prática se efetive, sobretudo para as camadas populares que empreendem muito tempo em deslocamentos e horas adicionais de trabalho para garantir a sobrevivência.

Nesse sentido, Schraiber, Gomes e Couto (2005) pontuam que o trabalho é considerado como um obstáculo para o acesso aos serviços de saúde e/ou para a continuidade dos tratamentos médicos. Os homens justificam que não procuram os serviços de saúde porque não podem deixar as atividades laborais. Contudo, esses autores argumentam que, somado a isso, há também um medo não revelado de descobrir algum problema de saúde; além do temor de que a necessidade de se ausentar do trabalho, para

realização de algum tratamento médico, possa prejudicá-los, o que poderia resultar na perda de seu posto de trabalho.

Em relação a esse último aspecto, a possibilidade de perder o emprego por questões de saúde, a dentista Tereza argumenta da seguinte forma:

Tereza – Porque hoje, com a lei trabalhista do jeito que tá, com ninguém querendo dar emprego a ninguém, porque não pode dar. Tem gente que precisa de dar trabalho, mas não dá trabalho porque não tem como bancar uma Justiça do Trabalho [Entrevistadora 1 – Hum hum.], não é? Com três meses o sujeito bota na justiça e acabou-se e acontece. Então, quando um homem desse arruma um emprego, ele não vai sair de jeito nenhum, porque ele não tá doido! [Entrevistadora 1 – Hum hum.] [Entrevistadora 2 – Hum hum.]. Não é verdade? Então emprego tá (*pausa*) complicado, né? Então, se pelo menos a Justiça do Trabalho fosse justiça, justiça, mas não é, né? Aí complica muito, muito, muito, muito o tempo da mobilidade deles. Não é nem que o empregador não queira, não é nem que... não é nada não. É porque quando a criatura arruma um emprego, a função dele é de três [Entrevistadora 1 – Hum hum.]. É assim, infelizmente...

No discurso de Tereza, há um fortalecimento do argumento de que *os homens não têm tempo de frequentar os serviços de saúde por conta do trabalho* ao enfatizar a “crise do trabalho”, caracterizada pela dificuldade de se conseguir um emprego: “quando um homem desse arruma um emprego, ele não vai sair de jeito nenhum, porque ele não tá doido!”, “emprego tá (*pausa*) complicado”; e pelo acúmulo de cargos: “quando a criatura arruma um emprego, a função dele é de três”.

Na pesquisa realizada por Gomes, Nascimento e Araújo (2007), que investigou “por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres?”, o foco da análise foi as explicações dadas por homens com baixa escolaridade e com ensino superior. Dentre os achados dessa pesquisa, os autores compreenderam que: para os homens com ensino superior, as atividades laborativas vêm em primeiro lugar e a busca pelos serviços de saúde fica em segundo plano; e no caso dos homens com baixa escolaridade, há uma preocupação maior com o trabalho, relacionado ao sustento da casa e da família, do que com questões concernentes aos cuidados com a saúde. Desse modo, estes últimos reforçam o papel atribuído historicamente aos homens de provedor da família (BRASIL, 2009).

Somado a isso, Schraiber, Gomes e Couto (2005) argumentam que o trabalho – tão importante para a constituição da identidade masculina – o desemprego e a não-ocupação

geram repercussões nos cuidados com a saúde e no processo de adoecimento dos homens. Desse modo, os autores defendem que a falta de trabalho e a impossibilidade de prover materialmente a família são aspectos a serem levados em consideração ao se analisar os riscos de saúde da população masculina.

Em relação ao desemprego masculino, as ACS da USF A falam o seguinte:

Moderadora – [...] quando vocês vão na casa, quem é que vocês acham mais na casa? Os homens ou as mulheres? Quem é que vocês têm mais contato nas visitas? Vamos lá...

Bárbara – As mulheres.

Moderadora – Bárbara acha que é as mulheres.

Bárbara – Mais com as mulheres.

Moderadora – Daniela, o que é que tu acha?

Daniela – Mulheres.

Moderadora – Mulher? Carol?

Carol – Homens são encontrados quando tão desempregados né.

Moderadora – Sim.

Érika – Mas a maioria são mulheres. [Comunidade A], como é uma vagabundância só...

Moderadora – Como é Érika?

Érika – [Comunidade A] é onde tem mais pobre, a de Érika.

Moderadora – Sim, conta aí como é.

Érika – [Comunidade A] os homens vivem mais em casa né.

Moderadora – E é?

Érika – O motivo pelo qual todos já...

Moderadora – E por que eles tão mais em casa em [Comunidade A]?

Érika – É o desemprego né, dentro de [Comunidade A] é muito grande, aí a maioria dos homens... uma minoria trabalha e a maioria é desempregada. Trabalham...

Moderadora – E as mulheres tão desempregadas ou empregadas em [Comunidade A]?

Érika – Rapaz... andam pareadinhos viu, juntinho. Quando não tão desempregados tão traficando.

Moderadora – Então, quando tu vai visitar o pessoal em casa, tu acha tanto homem quanto mulher, de todas as idades ou... como é?

Érika – De todas as idades.

Moderadora – É fácil achar os homens em casa? Encontrar, conversar com eles sobre...

Érika – Não, não.

Moderadora – Não?

Érika – Não, pra conversar não. A mulher, elas... elas... elas... elas são mais comunicativas, elas conversam mais, elas são mais abertas a diálogos, os homens são mais fechados.

Um aspecto que gostaríamos de destacar dessa sequência de falas diz respeito à postura adotada pela moderadora do grupo. Considerando que o grupo focal objetiva compreender as percepções, opiniões, crenças e atitudes de cada uma das pessoas participantes (PUCHTA; POTTER, 2004), entendemos que a moderadora do grupo possibilitou isso ao endereçar a pergunta a cada uma das participantes, motivando-as a falar sobre esta.

Num momento posterior do grupo, volta-se a falar sobre o tema do desemprego masculino:

Érika – A maioria também, todos trabalham, até na boca de fumo (*risos*).

Moderadora – Na boca de fumo né?

Flávia – Em alguma atividade né.

Moderadora – Como é? Os homens tão trabalhando onde? Por que vocês falaram que eles tão desempregados, mas o trabalho também é um empecilho, que trabalho é esse, se eles tão desempregados? O que eles tão fazendo que não tão...

Isabel – Não, é o que a sociedade diz que é o trabalho fácil, mas não é... pegou vai preso.

Joice – Não é trabalho, emprego formal, trinta por cento informal, mas trinta por cento [trabalha na boca de fumo]... principalmente [Comunidade A], e, assim, digamos que dez por cento fica em casa.

[...]

Moderadora – Ó, peraí, vamo entender... têm os homens né, aí têm os homens que tão desempregados né, então eles tão em casa muitas vezes, tão lá sem fazer nada, mas também tem o trabalho informal, ou o trabalho informal ou também a questão do tráfico, que, vamos dizer, é um trabalho informal entre aspas né.

Nesse momento do grupo, gera-se uma discussão em torno das contradições existentes nos argumentos que envolvem o trabalho, seja ele formal ou informal, o desemprego, a falta de tempo e o tempo disponível para frequentar os serviços de saúde. As

ACS informam, primeiramente, que há um alto índice de desemprego na comunidade onde atuam. Posteriormente, Érika afirma que “todos trabalham, até na boca de fumo”, discurso no qual o tráfico de drogas é considerado um trabalho informal.

Ao serem questionadas pela moderadora do grupo: “Eles tão trabalhando onde? Por que vocês falaram que eles tão desempregados, mas o trabalho também é um empecilho, que trabalho é esse, se eles tão desempregados?”, Joice explica que “Não é trabalho, emprego formal, trinta por cento informal, mas trinta por cento [trabalha na boca de fumo]... principalmente [Comunidade A], e, assim, digamos que dez por cento fica em casa”.

Quanto à questão funcional, identificamos que outro obstáculo em relação à procura pelos serviços de saúde está relacionado à política de funcionamento destes, que normalmente funcionam em horário comercial, o mesmo horário em que homens e mulheres estão trabalhando (BRAZ, 2005; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; FIGUEIREDO, 2005; BRASIL, 2009). Então, temos também o outro lado da moeda, em que essas pessoas buscam cuidar de sua saúde, contudo, essas questões institucionais inviabilizam essa busca.

Essa dificuldade de encontrar um horário propício para atender os homens nos postos de saúde é retratada pela enfermeira Valéria ao responder a pergunta:

Entrevistadora – Qual seria melhor, esse horário, assim, seria melhor [pra atender os homens]?

Valéria – Seria ou finalzinho de tarde ou hora de almoço ou início, pela manhã, logo cedo. [M – Hum hum.] Porque muitos... eles trabalham, pegam de oito e meia, nove horas, tem uns que vem pra cá sem almoçar, chegam já no finalzinho do expediente, né, no meio do expediente ou no final do expediente. Acho que era um horário que a gente poderia ter, né.

[...]

Entrevistadora – O que é que pode ser feito...

Valéria – É difícil, como eu falei, é difícil? É. Tem a questão do trabalho? Tem. Tem a questão do horário, que a gente pode rever isso? Pode, entendeu? Você falou que é difícil, qual o horário, qual a oportunidade, não sei o quê, ou qual o problema. Logo no início eu disse o seguinte:

- Não, eu não tenho problema pra ninguém atender.

Mas você vai ver a questão dele, trazer ele pra cá, porque é pai de família, trabalha, né, tem essa questão. Então vai ter que ver os horários dele pra poder trazer ele pra cá, né. Então esses horários se encaixam! Agora, como é a preparação dos profissionais tem que ver, entendeu? Porque muitas vezes:

- *Vim pra cá fazer o quê? A doutora só fala besteira, pra dizer...*

Né. Então tem que ver essas situações.

- *Não, o médico e a enfermeira tão lá pra dar... tá capacitado pra atender, tá, e acaba solicitando o exame do senhor.*

- *O que é que o senhor tem?*

- *Tá sentindo alguma coisa?*

Ou: - *O que “danado” foi?*

Ou então: - *Vamos ver!*

O senhor: - *Ah, não tenho nada, não tenho nada.*

- *Mas vamos abordar de outra forma.*

Entendeu?

Entrevistadora – Hum hum.

Mais o agente de saúde:

- *Vai pro posto de saúde fazer o que lá? O quê?*

- *Não, vá no posto que eu quero falar com o senhor.*

- *Não, vou nada. Perder meu tempo de trabalho, meu dia de emprego pra poder ir pra lá. Vou não. Vê se elas querem ir pra lá.*

A dentista Tereza se posiciona de uma forma diferente em relação ao melhor horário de atendimento para os homens. Segundo ela:

Tereza – [...] o horário pra atender o homem, ele trabalha o dia todo, seria à noite.

Entrevistadora 2 – Teria que ser de noite.

Tereza – Né? Nessa... nessa unidade especificamente é praticamente impossível, né?

[...]

Tereza – Porque aqui é uma área de índice de alto risco.

Entrevistadora 1 – A questão da violência?

Tereza – Exato.

Entrevistadora 2 – Ah... entendi.

Tereza – Entendeu? Aqui não tem...

Entrevistadora 2 – Se o posto ficar funcionado de noite [Tereza – É.] ninguém viria.

Tereza – Aqui não tem segurança [**Entrevistadora 2 – Hum hum.**], não é verdade? Você trabalha (*pausa*) Deus tomando conta.

Entrevistadora 2 – Entendi.

Tereza constrói uma sequência argumentativa em que, no final, não há solução para o problema: já que os homens trabalham o dia todo → o melhor horário para atendê-los seria à noite → só que na unidade em que Tereza trabalha isso é praticamente impossível, pois se trata de uma área de índice de alto risco.

Então, resta ao homem duas saídas: ou 1) falta ao trabalho para poder ir ao posto de saúde ou 2) não se cuida! A isso, associa-se o medo de perder o emprego, seja por conta das faltas, seja pela desconfiança por parte das pessoas do trabalho de que ele esteja doente.

Levando-se em consideração todas essas questões, se o homem vai ao posto de saúde em busca de atendimento e se, por algum motivo, ele não consegue ser atendido, isso com certeza irá repercutir negativamente numa nova tentativa desse homem de ir à busca do posto de saúde.

No que se refere às mudanças percebidas no comportamento masculino, a enfermeira Gabriela nos conta o seguinte:

Gabriela – [...] Agora eu percebi, assim, que aqui com a gente tá vindo muito homem trazendo os filhos **[Entrevistadora 1 – Hum.]** porque tá mudando um pouco essa história de... tá mais fácil emprego pra mulher porque ela pode fazer uma faxina, ela pode... é... fazer um serviço doméstico, empregada doméstica, e o homem é mais difícil **[Entrevistadora 2 – Ah.]** né? E ter esse emprego... é... de qualidade, pra ele é mais difícil.

Entrevistadora 1 – Hum hum.

Entrevistadora 2 – Aí você tá... você tá...

Gabriela – Percebendo que tá vindo mais homem acompanhando os filhos.

Entrevistadora 2 – Hã. Aí o homem vem pra acompanhar o filho porque ele está desempregado?

Gabriela – É.

Entrevistadora 2 – É por esse motivo?

Gabriela – É. Porque, assim, se ele tá em casa, aí ele não deixa de trazer o filho, mas ele mesmo não traz.

Assim, Gabriela salienta que houve uma mudança por parte dos homens em relação a acompanhar os filhos na ida ao posto de saúde, atividade essa que, culturalmente, é atribuída à mulher. Contudo, a enfermeira deixa claro que os homens só fazem isso porque estão desempregados, justificando que, para a mulher, está mais fácil de arrumar um emprego – faxina, serviço doméstico, empregada doméstica – do que para o homem.

4.2 Explicações de ordem socioeconômica

Atreladas às explicações psico-sócio-culturais, as profissionais de saúde justificam a maior procura das mulheres pelos serviços de saúde a partir de *explicações de ordem socioeconômica*. Argumentam que as mulheres, por serem as responsáveis pelo lar e pelo cuidado com os filhos – explicação de ordem psico-sócio-cultural –, têm mais tempo disponível e, por esse motivo, vão com maior frequência ao posto de saúde; enquanto que os homens, por conta do trabalho e da necessidade de sustentar a família, não têm tempo de ir ao posto de saúde. É o que nos diz a dentista Márcia e os enfermeiros Rafael e Valéria:

Márcia – Normalmente o homem trabalha, nunca tem tempo... Hoje mesmo chegou um pra mim:

– *Doutora, veja aí, porque ele tá de férias, ele num tem tempo de cuidar e tal.*

Acho que o horário da manhã, eu acho mais... **[Entrevistadora – Acha que é mais fácil?]** mais fácil, eu acredito. Porque muitas vezes eu atendo homens que:

– *Doutora, me dê um atestado que eu vou pro meu trabalho.*

Aí logo cedo. Oito horas a gente começa o atendimento, eu atendo, dou o atestado e ele volta pra trabalhar.

Rafael – [...] um grupo de homens, que eu não consigo fazer isso porque eles trabalham, eles vão catar papelão, eles vão fazer outras atividades, porque se não fizerem, ninguém vai... não vão ganhar o pão de cada dia.

[...]

Eu acho que elas [as mulheres] são muito é... assim, são muito caseiras né. Então, tem aquela responsabilidade de cuidar do filho e vêem essa... essa informação, tem mais acesso a gente, então a gente começa a perguntar também coisas que elas estão sentindo. Por elas sentirem, elas falam. A oportunidade de levar a criança pro posto, então, a partir dali até...

- *Vou falar.*

Aí falam. E a partir daí começa o vínculo.

Valéria – [...] a maioria das mulheres tem muitas que não trabalha, tem as que trabalha mas há necessidade de vir, porque precisa fazer o preventivo, porque engravida, porque tem que ver... fazer o pré-natal, é necessário fazer o pré-natal, né. E se chegar... se não tiver, quando chega no hospital, na maternidade, o médico dão aqui na “jugular” e vê as necessidades do exame, que eu digo, pelas infecções urinárias, pelas complicações do parto, pelo medo de morrer, né, que elas têm.

Essa questão da “disponibilidade de tempo” de homens e mulheres pode ser categorizada tanto como uma explicação de ordem psico-sócio-cultural quanto de ordem socioeconômica. O que irá diferenciar são os argumentos associados a essa questão. Nas falas citadas acima, o apelo maior é para a questão socioeconômica. A dentista Márcia fala que o homem não tem tempo de se cuidar porque ele trabalha e o enfermeiro Rafael argumenta que se eles não trabalharem “não vão ganhar o pão de cada dia”.

Contudo, ao falar sobre a mulher, tanto Rafael quanto Valéria dão ênfase à responsabilidade desta de se cuidar por conta de questões relacionadas à fecundidade – gravidez e cuidado dos filhos –, sendo essa argumentação uma explicação de ordem psico-sócio-cultural. Em contrapartida, destacamos, a partir da fala de Rafael, que a mulher não frequenta o posto de saúde para se cuidar apenas, ela também procura esses serviços porque leva seus filhos para serem atendidos.

Outro aspecto que gostaríamos de evidenciar, presente em grande parte dos discursos das participantes, diz respeito à solicitação do atestado médico por parte do homem para justificar a falta ao trabalho. Contudo, esse aspecto contrasta com a outra modalidade de trabalho que é apresentada por Rafael: o trabalho informal, que ele exemplifica com o de “catar papelão”.

No que se refere ao horário de funcionamento dos serviços de saúde, que coincide com o horário de trabalho, como discutido anteriormente, gostaríamos de destacar que, mais especificamente em relação aos homens, um ponto importante é o perfil dos lugares de trabalho onde estes se inserem. Se ele trabalha numa fábrica, por exemplo, ele não vai ter horário disponível para ir ao posto de saúde. Além disso, temos a questão geopolítica, pois, geralmente, os locais de trabalho são distantes das moradias, enquanto que os postos de saúde estão sediados perto destas.

4.3 Explicações de ordem biológica

No que se refere às *explicações de ordem biológica*, as profissionais de saúde relataram que as mulheres frequentam mais esses serviços porque: *as doenças sexualmente transmissíveis são mais visíveis nelas; elas adoecem mais do que os homens; elas têm mais necessidade de saúde devido ao planejamento familiar, aos anticoncepcionais e ao pré-natal;*

dentre outras explicações. É o que nos dizem os enfermeiros Valéria e Rafael e a dentista Márcia:

Entrevistadora – Por que são as mulheres que procuram mais?

Valéria – Eu a... em relação à mulher, alguma parte da sexua... de doenças sexualmente transmissíveis, é mais visível, tá. É... as doenças sexualmente transmissíveis: gardinela, cândida, né, e... mais visibilidade, assim.

Entrevistadora – Hum hum.

Valéria – Tentei quase tudo, sabe (*risos*).

Entrevistadora – Visibilidade.

Valéria – Visibilidade (*risos*), como eu falei, e em relação a se tomar... pra gente... tomar remédio, né, antes de... por isso que elas correm, né, pra tá aqui, também o tempo, né, que elas é... têm mais, é mais disponível, pra procurar o posto de saúde, e adoecem mais, né, **[Entrevistadora – A mulher?]** do que os homens. É, porque os homens, eles vem pouco. Até por eles, por problema de pressão alta, diabetes, eles não querem vir, vem só muito mal, vem buscar a medicação e quando vem só pra a gente fazer o atendimento. É, a fuga é grande deles.

Entrevistadora – E nessa parte de sexualidade e saúde reprodutiva, você acha que é por que a mulher tem mais tempo?

Valéria – Sexualidade reprodutiva...

Entrevistadora – E saúde reprodutiva.

Valéria – Necessidade, né, a necessidade grande também, né, da parte de... da reprodutiva, né. Porque a gente faz aquele planejamento familiar, as medicações que ela toma, os anticoncepcionais, é... deixa eu ver mais... também a parte do controle do pré-natal, né, que é necessário, né.

Rafael – [...] também são muito responsabilizadas, pela questão da reprodução, então elas cuidam do útero, elas cuidam do preventivo, qualquer corrimento que aparece, elas vêm e falam. Têm mais oportunidades, não trabalham, poucas mulheres trabalham. Tem a menstruação todo mês, então, tem aquela preocupação de tá cuidando do útero, da questão reprodutiva, do uso dos hormônios, do uso dos anticoncepcionais. Então eu acho que tem... eu acho que é também cultural, né? Essa informação e esse costume passa de mãe pra filha. Eu acho que é por aí.

Entrevistadora – Na sua opinião, porque as mulheres procuram mais os serviços de saúde sexual e reprodutiva do que os homens?

Márcia – Interessante. Eu... (*risos*) eu acho que a mulher é por cautela mermo né, por cuidado. A mulher, por gerar o filho né, na responsabilidade de ser mãe, eu acredito que ela... realmente a busca é muito grande. Homem a gente num vê, aqui... aqui eu num vejo isso não. Mulher sempre tem aquela preocupação... apesar de que a gente tem um caso de adolescente (*pausa*) grávida né **[Entrevistadora – Hum hum.]**. Quatorze...

chega aqui a me assustar [Entrevistadora – Hum hum.], meninas de treze, quatorze anos já grávidas, mas eu noto preocupação existe maior por parte delas, agora eu num sei especificar porque exatamente. Acredito que pela responsabilidade de ter que cuidar, de ter que tratar. O homem não, fez, tchau. Ela vai fazer, mas vai ter que cuidar. Acredito que o medo seria mais nessa... nesse sentido, da responsabilidade do cuidar [Entrevistadora – Hum hum.]. É o que eu penso [Entrevistadora – Hum hum.] (*risos de ambas*).

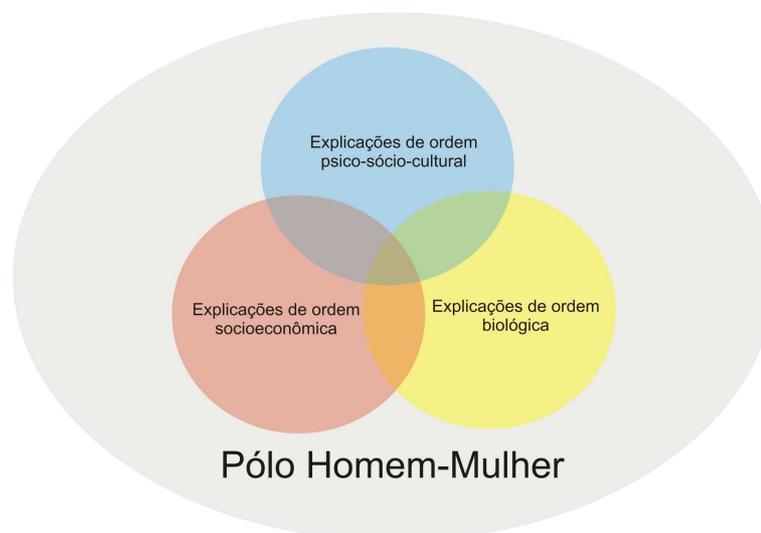
Tanto na fala de Rafael quanto na fala de Márcia, as explicações de ordem biológica fundem-se com as de ordem psico-sócio-cultural. Rafael se refere à função social da maternidade ao dizer que as mulheres são responsabilizadas pela questão da reprodução e que, por conta disso, cuidam do seu aparelho reprodutivo, enquanto que Márcia enfatiza a responsabilidade da mulher de ser mãe e, que, por esse motivo, ela se preocupa mais com sua saúde e cuida mais de si. Assim, nesses discursos, há uma responsabilização da mulher no que se refere à contracepção e à gestação, na qual estão incluídas também as adolescentes e mulheres jovens.

Já a enfermeira Valéria, ao explicar que as mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os homens por conta da “necessidade” dessas em relação aos cuidados com a saúde reprodutiva, não considera que os homens também têm necessidades de saúde. Esse discurso reforça mais uma vez o papel “naturalizado” da mulher como a única responsável pelos cuidados com a reprodução.

Nesse sentido, Pedro Nascimento (2005) denuncia o enfoque marcadamente materno-infantil da atenção básica, no qual não há um reconhecimento dos homens como sujeitos de sua atenção. Além disso, Figueiredo (2005) argumenta que as UBS estão estruturadas para atender, prioritariamente, às mulheres, às crianças e aos idosos.

4.4 Reflexões acerca das explicações construídas

Figura 1 – Representação da relação entre as explicações de ordem psico-sócio-cultural, de ordem socioeconômica e de ordem biológica



Essas explicações de ordem *psico-sócio-cultural*, *socioeconômica* e *biológica*, que estão tão interligadas entre si que nos impossibilita de fazer uma total dissociação entre elas, nos levam a considerar que, de um modo geral, as profissionais de saúde reproduzem em seus discursos o modelo hegemônico de masculinidade, também conhecido como modelo de masculinidade tradicional. Além disso, os argumentos construídos por elas evidenciam dois pólos, homem-mulher, fortemente caracterizados pelas diferenças de gênero, com a naturalização dos comportamentos e posturas, como também expressam as implicações da cultura e das demandas do mundo do trabalho nos sujeitos sociais.

Esse último aspecto também foi destacado pelas autoras Paschoalick, Lacerda e Centa (2006), que, ao reverem as propostas de atendimento integral à saúde do homem no Brasil, identificaram que os aspectos da masculinidade instituídos culturalmente não são discutidos em profundidade. Como solução para esse problema, elas trazem as seguintes reflexões:

Acreditamos que, para modificar o atual cenário, as estratégias de ação dos profissionais de saúde devem ser revistas de maneira a ampliar a participação do homem nos serviços de saúde e no cuidado de si. Ajudá-lo a reconhecer suas necessidades, a falar e a cuidar de si, a refletir acerca de

seu comportamento, das transgressões que faz e a respeito da masculinidade estereotipada que o coloca em riscos desnecessários, são ações que os profissionais de saúde e governantes devem contemplar em suas propostas de intervenção à população masculina, em especial os jovens (p. 85).

As participantes do nosso estudo fazem uso de um “discurso machista” para descrever e explicar os comportamentos masculinos em relação aos cuidados com a sexualidade e a saúde reprodutiva. Esse discurso, na maioria das vezes, tem o efeito de estabelecer, sustentar e reforçar o modelo tradicional de masculinidade, que ainda está fortemente presente em nossa sociedade e, principalmente, em Recife, cidade marcada historicamente e sócio-culturalmente por essa ordem machista desde suas raízes.

Outro ponto que nos chamou a atenção foi a quase ausência de explicações que incluam os serviços de saúde e o seu modo de funcionamento como um fator relevante a ser levado em consideração. O foco dos discursos das profissionais de saúde apresentou-se nos usuários e em suas (im)possibilidades de frequentarem os serviços de saúde. Essa ausência nos discursos constitui-se uma ação que tem o efeito de ocultar a responsabilidade dos serviços estatais, bem como dos profissionais que neles trabalham.

4.5 Ações realizadas/idealizadas pelos profissionais de saúde

Ao serem questionadas sobre os motivos que levam à procura dos homens pelos serviços de saúde, as profissionais informaram que quem comumente frequenta esse serviço são os homossexuais, os idosos, os hipertensos, os diabéticos e os adolescentes. Sobre isso, a dentista Tereza e a enfermeira Valéria nos diz o seguinte:

Tereza – Olhe, a grande maioria é adolescente, criança, adolescente ou idosos [Entrevistadora – Hum hum.]. Justamente a faixa de homem produtiva ela procura muito pouco. Eles procuram quando estão desempregados [Entrevistadora – Sei.]. Agora, empregado é complicado.

Valéria – Ah, a maioria dos homens que procuram, né, alguns homossexuais, e a maioria são mais idosos que... hipertenso, diabético... que mais procuram. [...] E também os adolescentes também, esqueci de dizer, os rapazes, os adolescentes que procuram em relação aos preservativos, né, todas as ações educativas que a gente faz na comunidade, tá.

Nesse último extrato de fala, Valéria dá uma ênfase maior às ações realizadas com os grupos de risco – hipertensos e diabéticos – do que às ações educativas que ela diz desenvolver na comunidade, focalizando muito mais nas ações de controle da doença do que nas de promoção à saúde. Ao falar sobre as ações de prevenção realizadas nessas comunidades em desvantagem social – camadas populares –, parece que ela coloca a própria situação da desvantagem social como uma situação de risco, relacionando pobreza à doença.

A partir desse extrato de fala, a enfermeira Valéria nos faz pensar que ela não compreende que a atenção ao homem na saúde é uma questão de saúde pública, de uma política pública mais ampla, que é voltada não apenas às pessoas em desvantagem social. A forma como ela descreve as ações realizadas dá a impressão de que esse foco no homem é uma meta a ser trabalhada apenas naquele reduto, não sendo ressaltado por ela como uma política pública que tem uma perspectiva mais universal.

Assim, ressaltamos o contraste existente entre a proposta do modelo assistencial da atenção básica, que foca na prevenção e na promoção da saúde, e as ações que estão sendo realizadas pelos profissionais de saúde nesses postos de trabalho, que se caracterizam pelo foco na doença.

Quanto à atenção aos/às homossexuais no campo da saúde, nos questionamos qual o espaço reservados a estes/as e como eles/as têm sido considerados/as e atendidos/as nos serviços de saúde. Valéria conta, durante a entrevista, que os homossexuais buscam os serviços de saúde porque “eles querem o anticoncepcional, pra tomar, e a gente aqui a gente não faz isso, a gente não tá disponível [Entrevistadora – Hum hum.], né, mas eles pedem muito é preservativo”. A questão da solicitação do anticoncepcional, por parte dos homossexuais, tem a ver com a ingestão de hormônios femininos, prática esta que, segundo a enfermeira, não é disponibilizada pela unidade de saúde.

Outro ponto que nos chama a atenção no discurso de Valéria é o “esquecimento” desta em relação aos adolescentes, quando ela diz: “E também os adolescentes também, esqueci de dizer, os rapazes, os adolescentes que procuram em relação aos preservativos”. Nesse extrato de fala, que é a partir dele que ela começa a falar sobre as ações educativas e de prevenção à saúde, nos dá a impressão de que, para ela, prevenção está associada à distribuição de preservativos, sendo esta uma perspectiva muito restrita, focada apenas em

um dos aspectos que podem ser trabalhados em relação à sexualidade e à saúde reprodutiva.

De um modo geral, nos discursos dessas profissionais, as ações de prevenção são apresentadas de forma restrita, como a questão da sexualidade, por exemplo, muitas vezes sendo entendida como sinônimo de genitália, além de aparecer vinculada às ações de distribuição de preservativos. Essas ações restritas não têm muita repercussão, pois desconsideram as outras ações que são propostas nessa política, tais como: o cuidado com o corpo, o estímulo à qualidade de vida, o estímulo às práticas saudáveis de alimentação, dentre outras.

Ainda sobre esse foco na genitália masculina, emergiu também nesses discursos a preocupação com o exame de próstata, como nos diz o enfermeiro Rafael:

Rafael – [...] o pessoal de quarenta e cinco, cinquenta anos de idade, eles procuram a gente muito nas férias, e os aposentados, procuram também o posto, e a gente faz o... a propaganda do exame da próstata, né, que a doutora Solange solicita o exame de... de PSA e eles ficam ligados:

- *Não, tem que fazer.*

Então, à medida que também tá tendo notícia na televisão e no rádio, então... Eu sempre, quando tem homem:

- *Olhe, tem mais de quarenta anos?*

- *Quarenta e um.*

- *Você já fez exame, tal? (falou rindo)*

- *Só lá no posto, vá marcar.*

Então a gente marca, ele vem. Por quê? Por que... é...

- *Fulano tava com dor, tava fazendo xixi de pouquinho em pouquinho, tava incomodando...*

- *Ó, se quando fizer xixi, aparece um sangue e tal...*

Então isso é uma experiência dolorosa, porque dá medo né, infelizmente parece que a gente só [M – Só...] só vai pra igreja quando a gente tá com dor, né? Só vai pro posto quando a gente tá... tá precisando do doutor lá, tá com dor. Eu acho que são essas experiências.

Voltando à discussão da disponibilidade de tempo para poder ir ao posto de saúde, Rafael argumenta que os homens com idade entre quarenta e cinco e cinquenta anos procuram por esses serviços quando estão de férias. Além disso, o enfermeiro ressalta a

importância do papel da mídia no que se refere ao incentivo de práticas de cuidado com a saúde.

O exame de próstata é uma ação relevante no que se refere aos cuidados com a saúde do homem, contudo, esse enfoque reforça a associação direta que comumente se faz entre a saúde masculina e a saúde do pênis e da próstata. Em contrapartida, ao ser questionado sobre o tipo de serviço que deveria ser oferecido ao homem, em relação à sexualidade e à saúde reprodutiva, o enfermeiro Rafael amplia as possibilidades de ação, respondendo da seguinte forma:

Rafael – Eu acho que seria... deveria ser... ser... é... incentivado o... o exame da próstata, o PSA, o exame de sangue mais específico, é... *(pausa)* a hipertensão e a diabetes... mas antes na... reprodutiva e sexual *(risos)* eu só quero ir pra... **[Entrevistadora – *(risos)*]** pra diabetes e hipertensão. É... divulgar a cirurgia *(pausa)* **[Entrevistadora – Vasectomia?]** da vasectomia... *(pausa)* a próstata, a vasectomia... é... a higienização do... do... dos órgãos genitais, que eu acho importante também **[Entrevistadora – Hum.]**, o uso do preservativo. É... é interessante que quando eles têm amantes, eles não usam o preservativo, nem quando tem aman... nem quando tem a mulher, eles não usam o preservativo. Pode acontecer de usar com uma... assim... vai transar com uma prostituta, aí utiliza, com pessoas estranhas, com mulheres estranhas, eles chegam a usar o preservativo. Agora, quando desenvolve vínculo, eles não usam **[Entrevistadora – Hum hum.]**. Esclarecer isso... é... divulgar... trazer... trazer a... a divulgação da hepatite, sífilis e HIV, com o exame de hepatites, hepatite *(incompreensível)*, sífilis, HIV... específico... que a gente faz aqui né, de sangue. Divulgando isso a gente traz mais facilidade *(incompreensível)* **[Entrevistadora – Hum hum.]**. Porque eles têm um passado sexual e eles se... como é que se diz, eles se... *(pausa)* se envolvem com mais facilidade, o risco deles é maior **[Entrevistadora – Hum hum.]** com relação a isso, com relação a esse comportamento.

Um ponto importante a ser discutido, evidenciado nesse extrato de fala, é a questão do não uso do preservativo por parte dos homens. Rafael denuncia que “quando desenvolve vínculo, eles não usam”. Segundo o enfermeiro, o homem só faz uso do preservativo quando “vai transar com uma prostituta”, “com mulheres estranhas”. Esse comportamento, tipicamente machista, é discutido por Badinter (1993), que argumenta que o modelo viril tradicional é caracterizado pelo privilégio da aventura e do risco, opondo-se, desse modo, à prevenção.

Em relação à associação entre saúde do homem e saúde sexual, a enfermeira Gabriela respondeu a uma pergunta – que não estava no roteiro inicial – se colocando numa posição em que ela mesma diz ter dificuldade de quebrar essa associação:

Entrevistadora 2 – É... você acha que quando a gente fala de saúde do homem, saúde para os homens, é... ainda se torna uma coisa muito ligada à saúde sexual?

Gabriela – Eu acho.

Entrevistadora 2 – Muita gente pensa logo no pênis.

Gabriela – É, é.

Entrevistadora 2 – O que é que tu acha disso?

Gabriela – Seria a idéia de cortar isso, mas ainda é muito forte [Entrevistadora 1 – Hum hum.]. Até pra mim, assim, enquanto profissional [Entrevistadora 1 – Hum hum.], quando eu vejo o homem, eu vejo ele em relação à sexualidade [Entrevistadora 1 – Hum hum.], à sexo, à saúde sexual, às DST [Entrevistadora 1 – Hum hum.], está muito ligado, eu acho [Entrevistadora 1 – Hum hum.]. Assim, ainda existe esse preconceito, aí devia se ver o homem como um modo geral [Entrevistadora 1 – Hum hum.], mas a gente ainda liga muito isso, quando se fala no homem [Entrevistadora 2 – Certo.], e as ações geralmente são ligadas a isso mesmo pra o homem.

Com isso, Gabriela argumenta um dos pontos essenciais que estão presentes em grande parte do material analisado: essa associação homem↔pênis/próstata é o maior obstáculo que os profissionais dos serviços de saúde têm de enfrentar para poderem efetivar ações mais integrais e menos segregacionistas.

De acordo com os discursos das profissionais entrevistadas, as ações que são realizadas em relação à atenção à saúde dos homens são: atendimento aos hipertensos e aos diabéticos, tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, realização de grupos com os adolescentes e ações educativas em relação à sexualidade e à saúde reprodutiva, desenvolvidas tanto no posto de saúde, quanto na comunidade. Como descrito, a seguir, pela enfermeira Valéria:

Valéria – [...] a gente já faz: atendimento aos hipertensos, atendimento aos diabéticos, a gente trata as DST, quando chegam aqui, com a gente, a gente detecta alguma coisa em relação à HPV, a gente trata o parceiro, ou encaminha ou refere, entendeu?

[...]

Entrevistadora – Que tipo de ações são feitas?

Valéria – Ações educativas que nós fazemos com relação tanto é... em relação aos adolescentes, que a gente tem grupo de adolescentes, a gente juntaria grupos também de hipertensos e também as próprias mulheres também, né, de um modo geral, mulheres e idosos e jovem, entendeu? Fazer uma ação educativa em relação a eles.

Aqui, mais uma vez, volta-se a falar do trabalho com os grupos de risco, num primeiro plano, enquanto que as atividades educativas são referenciadas com uma intensidade menor. Além disso, mais uma vez a sexualidade é referida de uma forma restrita, estando associada, nos discursos desses profissionais, apenas à genitália.

Chama-nos a atenção a forma como alguns verbos são colocados na fala da enfermeira Valéria. Ao responder sobre as ações educativas que são realizadas pelos profissionais de saúde na unidade em que trabalha (*Ações educativas que **nós fazemos** [...] em relação aos adolescentes*), ela as confunde com ações idealizadas (*a gente **juntaria** grupos também de hipertensos e também as próprias mulheres também, né, de um modo geral, mulheres e idosos e jovem, entendeu?* e **Fazer** uma ação educativa em relação a eles).

A partir dos discursos dessas profissionais de saúde, podemos compreender que as ações desenvolvidas por elas caracterizam-se pelo foco na doença. Desse modo, entendemos que os serviços de saúde estão estruturados apenas para atender as pessoas acometidas por alguma doença, principalmente aquelas que fazem parte de algum grupo de risco: pessoas hipertensas, diabéticas, idosas, adolescentes, crianças, entre outros. Nessa perspectiva, o homem jovem, sadio, não encontra espaço nesses serviços, a não ser nas atividades relacionadas à distribuição de preservativos.

Esse foco na genitália e essa preocupação com a parte do corpo que está doente nos faz entender que esse modo de pensar é bem característico do modelo biomédico de saúde, que é praticamente oposto ao modelo de vigilância sanitária, caracterizado pela visão do homem de um modo integral (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Em contrapartida ao discurso da enfermeira Valéria, a médica Solange, ao explicar como desenvolve seu trabalho na unidade de saúde, enfatiza as ações de promoção à saúde:

Solange – Então a gente trabalha muito também em função da... da... antecedentes familiares [**S – Certo.**], porque, digamos, têm pacientes diabéticos, os pais são diabéticos, o homem, digamos que ele não tá doente, mas a gente passa:

- Você tem uma tendência de ser diabético, pela história familiar, é bom dar uma avaliada, independente de não tá sentindo nada.

Então a gente também trabalha nessa questão principalmente da promoção né? De que a gente não tá buscando só doente, mas tem muita gente que se acha doente em estar cuidando de promoção à saúde.

Assim, a médica demonstra, em seu discurso, que não está preocupada apenas com a cura, pois, independente de a pessoa aparentar estar sadia, ela diz fazer uma avaliação que leva em consideração os antecedentes familiares desta.

No que se refere à procriação, destacamos que, historicamente, se caracterizou como a marca da masculinidade e da saúde viril. Nesse sentido, a temática da saúde masculina passou a ser discutida atrelada aos temas maternidade e paternidade. Desse modo, o espaço que o homem encontrou para se inserir nesses serviços foi por meio de sua função paterna. Nesse sentido, Lyra (2008) argumenta que o masculino, ao ser associado à “produção e administração da riqueza”, é afastado do “reino” da reprodução, sendo sua presença solicitada apenas quando há um interesse no seu sêmen fecundante.

No caso do homem, no que se refere às ações no campo da saúde, há um foco ou na diminuição dos índices de câncer de próstata e de pênis e/ou nas questões relacionadas à paternidade: lugar do pai na procriação, no planejamento familiar, na fertilidade, dentre outros aspectos.

Sobre esse último, a enfermeira Patrícia nos conta que, na unidade de saúde em que trabalha, ela é responsável pela saúde da mulher, pelo pré-natal, pela prevenção e pela saúde da criança. Assim, quanto ao atendimento voltado aos homens, ela explica que:

Patrícia – [...] a gente já teve tratamento de homens com relação à parceira **[Entrevistadora – Sei.]**, juntamente com a parceira, mas não que ele tenha visto... vindo livremente, assim, né **[Entrevistadora – Hum hum.]**, espontaneamente.

Entrevistador – **Então... então ele foi atendido no pré-natal com a parceira?**

Patrícia – Já teve já. Já teve no pré-natal e no que a gente diz “saúde da mulher” né, que a gente identifica doenças sexualmente transmissíveis, aí precisa atender o casal.

Entrevistadora – **Certo. Mas você atender exclusivamente um homem, faz mais de três meses que isso não acontece?**

Patrícia – Eu, como enfermeira [Entrevistadora – Hum hum.], é mais difícil a gente atender o homem [Entrevistadora – Hum.], porque os programas que o Ministério preconiza pra gente [Entrevistadora – Ah tá.] atender mais é puericultura, que é atendimento de criança [Entrevistadora – Hum.] até dois anos de idade, num é, é... saúde da mulher, que aí é quando eu digo que envolve mais um pouco o companheiro, e eu atendo também puericul... puericultura né, que é criança até dois anos, saúde da mulher, pré-natal, prevenção.

Sobre o trabalho de engajamento de homens durante as consultas do pré-natal, a enfermeira Valéria nos fala o seguinte:

Valéria – Eu gosto muito quando eu atendo muito a gestante, porque eu atendo o casal. Eu faço aquela troca cativa, a importância, né, do pré-natal, e o envolvimento dele também em relação, né, à gestação da paciente, da parceira. É uma humanização, mostra mais os pontos, né, que seja crítico, pra gestante, né, os pontos bons, né, e também a interação dentro da gestação e do parto.

No discurso de Valéria, fica claro que o foco da participação do homem no pré-natal está relacionado à preocupação com a saúde do futuro bebê, não incluindo esse pai nos processos de autocuidado, focando apenas em como ele pode colaborar para o bom andamento do pré-natal. Assim, mais uma vez, a saúde desse homem é abordada a partir da saúde feminina, no que se refere às questões da maternidade. Ainda sobre a participação do homem no pré-natal, temos a seguinte fala da ACS Kátia:

Kátia – Eu acho que pré-natal é coisa de mulher, a mulher tem que ir sozinha e ele tem que batalhar pra botar comida dentro de casa. Uma que ele também não tem tempo, eles trabalham. Ele não vai perder o trabalho dele pelo pré-natal. Eles não acham... não dá valor... se ele perder o trabalho dele? É muito complicado.

Nesse extrato de fala, a participação do homem no pré-natal não é incentivada, pois, para Kátia, “pré-natal é coisa de mulher”. Ela se justifica fazendo uso do argumento de que o homem não tem tempo disponível para acompanhar sua mulher no pré-natal por conta do trabalho. Além disso, a ACS Kátia explica que o homem não irá “correr o risco” de perder o trabalho dele para poder acompanhar sua mulher na consulta do pré-natal.

Ainda sobre a participação do homem nos serviços de saúde, temos os discursos das enfermeiras Gabriela e Patrícia, em que a primeira amplia as possibilidades de participação

do homem nos atendidos de atenção básica, enquanto que a segunda enfatiza a importância de fazer com que, no pré-natal, o pai fique a vontade nesse momento de maior proximidade com o bebê:

Gabriela – Porque a gente tem que lembrar que o homem faz parte da comunidade né. E muitas vezes ele é o precursor de várias doenças. Eu atendo aqui muito pré-natal, puericultura, prevenção. Então, assim, eu tento trazer esse homem pra junto dessa mulher. Na prevenção, eu peço pra ela vir, ele vem depois, às vezes pedir explicação da medicação. No pré-natal, eu peço que ele sempre venha junto com a mulher e eu acho que faz parte né, que a família é como um todo né: homem, mulher, as crianças.

Patrícia – Eu cheguei a esclarecer... já aconteceu um pré-natal, cheguei a esclarecer, perguntar se tinha dúvida **[Entrevistadora – Hum hum.]**, participar junto daquele né, naquele momento, que a gente ausculta o coração do bebê **[Entrevistadora – Hum hum.]** né, e ele tem um contato mais próximo até com o bebê que tá no ventre da mulher né **[Entrevistadora – Hum hum.]**, mas fazendo com que ele se sinta à vontade também né, e a gente sente que às vezes os... a gente fala:

- Olhe, pode vir o pai, tudo.

Entrevistadora – Hum.

Patrícia – É um ou outro que vem né, a... a... a procura é pouca nesse sentido.

[...]

Eu acho que vem mesmo da questão da... da culturalmente **[Entrevistadora – Hum hum.]** de que o planejamento familiar, por exemplo, é uma responsabilidade da mulher **[Entrevistadora – Hum hum.]** né, então, assim, hoje mesmo, pra eu dizer como seria pra gente trabalhar isso, eu não sei né.

Ainda sobre essa gama de possibilidades de inclusão do homem nas ações realizadas pelos profissionais dos serviços de saúde, as enfermeiras Gabriela e Patrícia e a médica Solange propõem que seria importante trabalhar a questão do planejamento familiar com esses homens, já que a discussão desse tema nas unidades de saúde comumente só conta com a participação das mulheres.

Outro ponto que gostaríamos de destacar, em relação aos discursos sobre o tipo de serviço que seria mais adequado ao homem, é a utilização de um conjunto de termos que compõem o que poderíamos denominar de “repertórios de humanização”. Estamos nomeando “repertórios de humanização” os termos utilizados pelas profissionais de saúde para definir como os homens podem ser incentivados a frequentarem mais esses serviços,

sendo eles: *conscientização, sensibilização, acolhimento, sigilo, vínculo, confiança*, dentre outros.

Assim, as profissionais de saúde propõem que é necessário *conscientizar em relação à necessidade do cuidar e sensibilizar para o cuidado*, como descrito abaixo pela enfermeira Valéria:

Valéria – O tipo de serviço [mais adequado para os homens] é a conscientização deles, né, em relação à necessidade do cuidar, tá. Eu acho que primeiramente a gente tem que sensibilizar eles, tá certo, tá, praquela parte do cuidar, porque é pouco, tá certo. Era um dos serviços que deveria ter exclusivamente. E isso a gente já faz, a gente já faz ações educativas, né, a gente faz com as comunidades.

Nesse extrato de fala, Valéria, primeiramente, diz que essas ações “era um dos serviços que deveria ter exclusivamente”, contudo, logo em seguida, ela afirma que “isso a gente já faz, a gente já faz ações educativas, né, a gente faz com as comunidades”, como se estivesse se defendendo previamente de uma possibilidade de ataque que argumentasse: “Se vocês sabem o que tem que fazer, porque não colocam em prática?”. A contradição entre as ações realizadas e as ações idealizadas torna-se evidente, deixando em dúvida se essas ações “humanitárias” de fato são realizadas ou não. Desse modo, seria interessante discutir com essas profissionais de saúde a questão da eficácia das ações que elas realizam. Caso essas ações não estejam sendo eficazes, quais seriam então outras possibilidades de ação que poderiam ser efetivadas no que se refere à assistência à saúde masculina?

Nesse sentido, a enfermeira Valéria elenca algumas ações primordiais que são (ou deveriam ser?) realizadas por elas: *a sensibilização do homem para a necessidade do cuidado com a saúde, o acolhimento deste de forma diferenciada e sigilosa, o trabalho do vínculo através da humanização e o trabalho da relação de confiança que se estabelece entre os profissionais de saúde e os homens da comunidade*. Como exposto abaixo:

Valéria – Mas uma das... de... primordial que seria era essa: sensibilização, trazer eles e ver, mostrar, a necessidade do cuidar, né. E outra era... seria que... a outra também, acolher, né, porque eles querem que acolha, né, de uma forma diferente e sigilosa.

[...]

Entrevistadora – E o quê que poderia ser feito pra ele falar mais? Se sentir mais acolhido no serviço?

Valéria – O que deveria fazer mais vínculo? **[Entrevistadora – Hum hum.]** Eu acho que a humanização. A partir do momento que vai se humanizando, vai se, né... ele vai... vem chegando e você vai tentando conversar, mostrar a realidade dele, ele vai chegando pra você e fica mais solto... vai procurando. É a confiança, entendeu? Eu acho que um trabalho feito de confiança, certo, e é isso.

O uso que Valéria faz desses “repertórios de humanização” tem a função de demonstrar que ela tem conhecimento das noções propostas pelo modelo ampliado de saúde. Contudo, fica claro, contrastando essa fala com outros momentos dessa mesma entrevista, principalmente naqueles em que ela descreve as dificuldades encontradas no atendimento à saúde do homem, que essas ações não são colocadas em prática.

Mas, afinal, o que significa humanizar? Humanizar significa “tornar humano”, só que nesse caso refere-se a tornar o outro humano, ou seja, dar ao outro o status de humano. Outra questão que se coloca é: o que significa, na prática, humanizar? Que ações caracterizam essa prática? O que nos parece é que as ações que estão sendo realizadas por essas profissionais de saúde, nesses serviços de atenção básica, estão sendo pouco específicas e, por esse motivo, não estão atingindo os objetivos que se almeja alcançar.

Além disso, ressaltamos, também, que o atendimento a homens não é só uma questão de qualificação e adequação dos serviços de saúde para atender à demanda desses usuários. Não basta preparar os profissionais de saúde tecnicamente para atender aos homens para que estes procurem mais por esses serviços. Não é uma questão de qualificação profissional, pois há que se considerar os outros fatores que estão imbricados nessa relação, como as questões psico-sócio-culturais, socioeconômicas e das masculinidades múltiplas, por exemplo.

Em relação às estratégias utilizadas para incentivar os homens a retornarem ao serviço de saúde, a dentista Márcia nos diz o seguinte:

Márcia – E às vezes a gente consegue até um retorno. A gente explicando, conscientizando, explicando que tem mais coisa pra fazer, ele retorna, mas é preciso que a gente teja... né?, intensificando isso aí.

Nesse extrato de fala, Márcia nos apresenta duas estratégias que utiliza em sua prática para fazer com que os homens retornem ao posto de saúde para serem atendidos,

sendo elas: a *explicação* e a *conscientização*. Desse modo, ela sugere que se intensifiquem essas práticas, como uma forma de estimular esse retorno. Assim, a partir desse discurso, entendemos que, para essa profissional, é necessário um “convencimento” do homem, que se fundamenta em argumentos racionais, que irão persuadi-lo e convencê-lo da importância de dar continuidade ao tratamento.

Somado a isso, a enfermeira Valéria propõe que toda a equipe deveria se mobilizar para ir à comunidade e trazer os homens ao posto de saúde para serem atendidos e fazerem os exames preventivos. Nessa perspectiva, ela nos diz que:

Valéria – Tem que haver mobilização deles [ACS] e é difícil trazer homem pra cá pro posto, e isso aí tem que ser feito uma ação educativa, mostrar, realmente, as necessidades de se procurar o posto de saúde, né, ver, realmente, os exames, porque alguns homens dizem:

- O exame não deu nada. O que é que eu vou fazer no posto? Pra que médico?

Entrevistadora – Hum hum.

Valéria – Né. Tem que haver essa mobilização, mas não só da gente, do agente de saúde também, pra que ele [homem] busque, com o que a gente tem aqui no posto, ser atendido.

Entrevistadora – Já que a dificuldade é que ele não vem então [Valéria – É.] a entrada na comunidade seria a consequência... traria [Valéria – É, traria...] mobilização.

Valéria – É, mobilização. Não só agente de saúde não, toda equipe, todas... a equipe, toda a equipe, entendeu? Tanto o médico como o enfermeiro também... e o auxiliar [de enfermagem]. Lá na ponta lá, buscar lá. É importante por causa disso, disso, disso, disso, disso, pode acontecer isso, isso, isso, isso, entendeu?

Nessa fala, a enfermeira Valéria argumenta que a responsabilidade de trazer o homem para o posto de saúde é de todos os profissionais: enfermeiros, agentes comunitários de saúde, médicos. Contudo, inicialmente, ela atribui essa responsabilidade aos agentes comunitários de saúde: “Tem que haver mobilização deles [ACS]”; para depois, incluir sua categoria (enfermeiros/as), reforçando, novamente, a responsabilidade dos ACS: “Tem que haver essa mobilização, mas não só da gente, do agente de saúde também”; e, por fim, responsabiliza todos os profissionais, que devem se engajar nesse movimento de mobilização: “Não só agente de saúde não, toda equipe, todas... a equipe, toda a equipe, entendeu? Tanto o médico como o enfermeiro também... e o auxiliar [de enfermagem]”.

No discurso da dentista Márcia (abaixo), essa responsabilização das ACS se apresenta de forma mais explícita:

Entrevistadora – Então o que é que você acha que poderia mudar aqui no serviço, o que é que o serviço poderia fazer pra atender melhor essas necessidades dos homens, pra eles tarem procurando mais esse serviço?

Márcia – É como eu te falei, como o primeiro contato, basicamente, é feito pelas ACS, eu acho que uma capacitação, uma concentração nelas, no serviço delas, orientando, chamando, convidando... porque a gente não tem essa parte, a gente já... já pega o atendimento pronto, entende? O agendamento já vem pra mim:

– Ó doutora, tem dez pacientes.

Agora, ela não, ela tá na área, ela tá caminhando, ela tá conversando, de repente, observa, vê um homem e convidar e chamar. Eu acho que a gente podia focar nisso aí na... em chamar o homem com as ACS. Eu acho que isso aí seria mais...

Entrevistadora – Aqui? Em termos da unidade? Alguma coisa?

Márcia – Poderia ser feito também, mas é como eu tô te falando, pelo menos, a gente aqui fica muito presa ao consultório [**M – Hum hum.**]. A gente não tá muito na... na área né, externa. Que poderia, evidentemente, como a gente faz com o tabagismo. A gente, às vezes, a gente tá assim na área e a gente chega [**M – Hum hum.**] e:

– Tu fuma? Há quanto tempo? Pêrêrê.

A gente podia fazer isso também, isso é possível.

Assim, segundo Márcia, as ACS são as únicas responsáveis por estimular os homens a frequentarem o posto de saúde. Para isso, ela sugere que haja uma capacitação dessas profissionais para que essa ação seja efetivada. Além disso, a dentista Márcia, ao explicar como atua no serviço de saúde, descreve que realiza um atendimento clínico tradicional, em que ela fica esperando em seu consultório pelo “paciente” que virá para ser atendido, como descrito nos seguintes extratos de fala: “porque a gente não tem essa parte, a gente já... já pega o atendimento pronto, entende?”, “a gente aqui fica muito presa ao consultório” e “A gente não tá muito na... na área né, externa”. Essa postura da dentista é totalmente contraditória à proposta da atenção básica, que pretende ultrapassar esse modelo de unidade de saúde tradicional.

Contudo, percebemos também que há uma variabilidade no discurso de Márcia, que se posiciona contrariamente ao que ela disse antes, ao argumentar que: “poderia, evidentemente, como a gente faz com o tabagismo. A gente, às vezes, a gente tá assim na

área e a gente chega [...] e: – *Tu fuma? Há quanto tempo? Pêrêrê.* A gente podia fazer isso também, isso é possível”. Essa sim é uma ação característica das propostas da atenção básica. Entretanto, o uso do termo “poderia” nos dá a entender que essa prática das profissionais de saúde de nível superior ir à comunidade para realizar alguma ação acontece esporadicamente, como no caso do tabagismo, e que “poderia” ser ampliada para outras ações, já que “isso é possível”, porém não é realizado.

No que se refere mais especificamente ao trabalho com os adolescentes e os homens jovens, a enfermeira Valéria retrata um pouco da realidade dessa comunidade:

Entrevistadora – É... implica agora especificamente os homens jovens, né. É... qual seria é... a importância de existir ações voltadas pra os homens jovens na atenção básica, né? Por que seria importante?

Valéria – Pros homens jovens?

Entrevistadora – É, os adolescentes e adultos jovens, né.

Valéria – Eles são os mais difícil, os adolescentes, né, tanto que é aí que a gente tem que trabalhar mais em relação a eles, né, porque tem todo um aspecto, né, que a gente tem que trabalhar: em relação à violência, em relação à droga, né, em relação à pó, em relação a violência, a gente tem que trabalhar muito, muito, muito, muito mesmo, o atendimento deles, nisso, né. Que a gente tem na comunidade... nossa comunidade é uma comunidade que de vez em quando, né... é bem junto dessa [Comunidade A]. Semana passada mesmo a gente não conseguiu nem entrar porque tava um tiroteio. Do lado de cá em [Comunidade A] é “boca de fumo” e agora a comunidade, que é [Comunidade B], com a comunidade que vive em [Comunidade A], ficou dividida por duas invasões, aí tá nesse dilema grande porque a polícia tá baixando direto, é tiroteio direto. Semana passada mesmo saí da área com tiroteio, saí nas carreira, né. Semana retrasada mesmo fui pra área, não consegui entrar porque a polícia tava lá, e eles cercam mesmo, né. É um grupo, realmente, de adolescentes, é um grupo pra gente trabalhar muito, mas é difícil trabalhar com eles, né. Então é mais fácil mais pegar os jovens adulto, pra trabalhar.

Entrevistadora – E eles participam dessas ações previstas pra trabalhar?

Valéria – Nem todos, são poucos (*pausa*) poucos. Olha, pra gente fazer uma... juntar esses jovens é preciso sabe o quê? Que se ofereça alguma coisa pra eles, porque é difícil, tem que ter lanche, algum subterfúgio, assim, alguma coisa pra que... o objetivo que eles vão pra reunião, pras ações educativas que a gente faz, pelo menos isso.

[...]

Valéria – Aí eu te digo por causa disso, porque quando a gente faz:

- *Não, hoje eu só vou fazer o seguinte, né, de adolescente.*

- *Hum... é difícil... me poupe...*

- *Fazer o quê lá?*

- *Tem comida?*

Eles perguntam.

- *Tem lanche?*

Entrevistadora – **E quando vem normalmente é mais menino, mais menina?**

Valéria – É... quando chegam... não, mais menina? Porque não querem! Eu tenho um adolescente mesmo que diz que não vem, me disse aqui, na “cara dura” a gente aqui, quando a gente tá atendendo, que a gente chama, que a gente tenta, a gente, né... sensibilizar:

- *Olha é importante, é isso, isso, tem que vir, né. A gente vai falar sobre isso, sobre sexualidade.*

A gente faz muito assim é... essas... essas ações educativas a gente faz muito no colégio.

Valéria apresenta as dificuldades que encontra no seu contexto de trabalho que impedem que ela consiga efetivar as ações que planeja para realizar com esses adolescentes e homens jovens, sendo elas: a violência na comunidade e o uso de drogas. Ela utiliza essa descrição minuciosa do que acontece no dia a dia da comunidade para justificar porque é difícil trabalhar com esse grupo etário.

Acrescenta aos argumentos anteriores o argumento de que é necessário algum “subterfúgio” para que esses adolescentes e homens jovens participem das ações educativas. Assim, essa profissional pretende, com seu discurso, nos convencer de que, apesar de todos os seus esforços, não consegue fazer com que essa faixa etária participe das ações planejadas para ela. Com isso, nos dá a entender que há uma “culpabilização” desses homens, que são os responsáveis por essas ações não darem certo, posto que são eles que se recusam a participar destas.

Voltando às especificidades do contexto em que essas profissionais estão inseridas, a dentista Tereza também enfatiza a questão da droga como um problema tanto para o jovem, quanto para o adulto dessa comunidade. Sobre isso ela fala:

Tereza – Então eles usam droga mesmo, assim, você (*trecho incompreensível*) e pergunta a ele:

- *Você é usuário de droga?*

- *Sou sim senhora.*

E, com todo o contexto, você não tem como dizer a ele qual é a outra opção.

Entrevistadora 1 – Hum hum.

Tereza – Já andei dizendo a eles:

- Oh, vai ter o curso, vai abrir uma escola, a escola da Encruzilhada profissionalizante vai abrir, vai lá pra ver.

Quer dizer, esse tipo de coisa teria que ser uma constante, justamente na educação. É informação, que a gente usa muito com ele, é informação. Pra onde ele ir, com quem falar, o que fazer. É disso que o Brasil precisa, não precisa de doutor só não. Precisa de todos os níveis bons [**Entrevistadora 1 – Hum hum.**], né? Então se você... se você pegar um eletricista bom, se ele for bom, não tem doutor que ganhe mais do que ele, tá entendendo? Isso é que tem que ser feito. É o carpinteiro... E assimile uma coisa... Quer dizer, esse tipo de investimento teria que ser feito pra orientar justamente o jovem:

– Ó, você tá parado aí ó? Vá tá na escola. Na escola você não trabalha...

E assim vai. Ia ocupar esse pessoal né. [**Entrevistadora 1 e 2 – Hum hum.**]

Em seu discurso, Tereza se posiciona como uma profissional que busca estratégias para reverter o panorama do uso de drogas por parte dos jovens da comunidade onde trabalha. Assim, ela diz informá-los e incentivá-los a fazerem cursos profissionalizantes, apostando na educação e no trabalho/ocupação como meios de prevenção.

A enfermeira Gabriela também nos conta um pouco sobre as características dessa comunidade e, mais especificamente em relação aos homens, ela nos diz:

Gabriela – Agora, assim, o homem daqui ele é muito ocioso. Como a comunidade é uma comunidade de muito índice de tráfico de drogas e de uso de droga, então, assim, a grande maioria ou tá envolvida direta ou indiretamente com o tráfico né [**Entrevistadora 1 – Certo.**]. Aí ela vai muito assim, têm muita boca de fumo, então tem muito homem que tá nessas localidades, aí pra gente fica mais... mais complicado.

Ao ser questionado sobre o que mudaria no serviço de saúde para que este acolhesse melhor as necessidades dos homens, o enfermeiro Rafael respondeu o seguinte:

Rafael – Eu acho interessante sensibilizar, a palavra é essa. Eu só consigo mudar atos de funcionário e de profissional de ONG sensibilizando, trazendo o sentimento. Treinar, trazer a parte teórica, sabe? E eu acho que não é uma coisa só de um “treinozinho”. Eu acho que deve ser feito da mesma forma que... eu acho que deve ser feito, assim, a cada um mês, a cada...

Entrevistadora – Continuado né?

Rafael – É. Uma ação educativa continuada pra resgatar sentimento. Se for é... tipo “ó, treinou, tchau”, não acontece. Não existe um geren... um monitoramento, não existe um gerenciamento em cima disso. Eu acho que tudo, desde a parte do PSF até... da situação como tá hoje, em todas as esferas, eu acho, da prefeitura, tem que ter gerenciamento, e eu acho que tem que ter um... uma... uma... um monitoramento cerrado (*falou com mais intensidade*), sabe? Porque até mexe... por exemplo, eu não tenho um gerenciamento cerrado e tenho monitoramento, por exemplo, do... do lance do cigarro que aconteceu. Eu fiz um jogo “arretado”, um jogo dramático do cigarro, pra sensibilizar os funcionários daqui, certo. Ele fez e parou. Eu fiz na escola, parou. Tirei férias, tô na gerência, vou passar três meses. Então também tem um acúmulo de coisas em cima da gente, é muita coisa pra gente resolver. Então eu acho que mudaria dessa forma, se a gente fosse sensibilizado, treinado e monitorado [**Entrevistadora – Hum hum.**], sabe?

- *Os indicadores, e aí? Como é que tá?*

- *Tá fazendo isso, tá fazendo aquilo, tá fazendo aquilo outro.*

As visitas das equipes do... do... as comissões de monitoramento pra esse atendimento do homem em... em específico.

Devido a sua formação em Psicodrama, Rafael fala, em mais de um momento em sua entrevista, da importância dessa sensibilização, do resgate do sentimento, para que as ações se efetivem. Defende também a importância de uma formação permanente voltada aos profissionais, bem como de um monitoramento dessas ações por parte da prefeitura. Outro ponto que gostaríamos de destacar dessa fala de Rafael, é sua “denúncia” em relação ao acúmulo de atividades que são atribuídas a esses profissionais. Essa denúncia pode estar servindo como uma das justificativas para a dificuldade que esses profissionais encontram para realizar ações voltadas à população masculina nos serviços de saúde.

No que se refere ao trabalho com os homens jovens, a dentista Tereza argumenta que:

Tereza – [...] eles teriam que ser feito um trabalho de conscientização pra tirar o suporte da educação que ele teve desde que nasceu.

Entrevistadora 2 – **Pra... como assim tirar o suporte?**

Tereza – Não, por exemplo, pra tirar... o que é que ele tem na cabeça?

- *Eu sou homem. Eu posso tudo.*

Entrevistadora 2 – **Certo.**

Tereza – Não é verdade?

- *Então eu posso transar com Maria, com Josefa, com Quitéria e o que acontecer a responsabilidade é dela, não é minha.*

Entrevistadora 2 – Certo.

Tereza – Tá entendendo?

- E eu... ah, se eu pegar uma doença venérea, vou no Posto, tomo um antibiótico e fico bom.

Não é verdade? Então isso aí teria que ser um trabalho de educação.

Entrevistadora 2 – Ah, você tá querendo dizer de modificar a...

Tereza – A concepção.

Entrevistadora 2 – A concepção que eles tiveram até então.

Tereza – Exatamente.

Assim, Tereza enfatiza a necessidade de se realizar um trabalho de educação com os homens jovens, para que se possa “desconstruir” essa concepção machista de homem, que não tem responsabilidade com a sua sexualidade, a qual foi “cristalizada” ao longo do processo de socialização destes. Para Rafael, seria interessante desenvolver ações nas escolas, voltadas a esses homens jovens, que discutissem sobre diversos temas, tais como:

Rafael – A DST, o PSA, o... o... as vacinas, o uso do preservativo, o direito sexual e o direito reprodutivo... é... a desmistificação da... da... dessa coisa de que a mulher é submissa, os direitos da mulher, os direitos do homem e os direitos da sex... de exercer sua sexualidade, da diversidade que existe... A gente tem muito, não é pouco não, a gente tem travestis na comunidade, temos travestis, temos homens que fazem sexo com homens, temos travestis, temos gays femininos e temos homens que são bissexuais e que se transa e... e muitas vezes faz uso sem preservativo [**Entrevistadora – Hum hum.**]. A gente tem adolescente que paga pra transar, a gente tem transexu... travesti que tá querendo virar transexual, não deixa de ser homem, né?

Esse discurso de Rafael defende uma postura contra-hegemônica, que pretende desnaturalizar o discurso machista que circula em nossa sociedade, principalmente no que se refere à questão dos direitos sexuais e reprodutivos, dos direitos a exercer a sexualidade e do respeito à diversidade sexual. Ele nos conta que na comunidade onde trabalha existem “travestis”, “homens que fazem sexo com homens”, “gays femininos”, “homens que são bissexuais”, “adolescente que paga pra transar” e “travesti que tá querendo virar transexual”. Encerra sua fala argumentando que “não deixa de ser homem, né?”. Assim, Rafael, além de ser o único homem participante da pesquisa, também foi o único a discutir

mais profundamente essa questão da diversidade sexual e a importância desta ser discutida nos espaços comunitários.

Considerando que a grande maioria dos serviços é composta por mulheres, Rafael, ao ser questionado se percebe alguma diferença em seu atendimento, enquanto profissional de saúde, pelo fato de ser homem, responde o seguinte:

Rafael – Por eu ser homem, é bem mais fácil.

- *Rafael, ó, eu fui transar e não tive ereção.*

Ou

- *Fui transar e coloquei um creme lá que ardeu.*

- *Fui transar e tô com uma coceira.*

- *Fui transar e tô com um corrimento.*

Assim, o enfermeiro enfatiza que os homens se sentem mais à vontade para falar das questões de sexualidade e de saúde reprodutiva com um profissional do sexo masculino. Esse ponto também foi discutido no grupo focal:

Flávia – Assim, no individual, eu acho que, assim, no individual, a mulher, eu não sei se é isso, assim, por exemplo, pelo pensamento dela, a mulher é mais fácil de se abrir, até por a gente também ser mulher. Como ela disse, na equipe dela, o enfermeiro é homem, então o trabalho com homem é mais fácil. No meu caso, a enfermeira é mulher e que pra trabalhar com homem... não é que não trabalhe, tá entendendo? Trabalha, mas o trabalho eu agaranto, que eu acho que homem com homem se entende mais, e o homem participa. A gente ir na casa, e ele sentar:

- *Olhe, eu tô com um problema. Não, marque pra eu ir pra doutora.*

A coisa é muito restrita. Mas a mulher não, ela já pode dizer que tá com um sintoma assim, como é:

- *É, eu já tive.*

Tá entendendo? Já é mais fácil da comunicação, mas com homem, por mais que a gente conheça ele, ele não se abre muito mesmo não.

Joice – Só fala o essencial.

Isabel – Tá vendo.

Joice – Só o essencial, essa é a verdade, e é qualquer coisa:

- *Fale com a minha mulher, fale com a minha mulher, ou mulher ou mãe, agora o... só falam só o essencial.*

Essa questão da ausência de profissionais do sexo masculino nos serviços de saúde é apontada por Figueiredo (2005) como uma das justificativas para o homem não buscar esses serviços. O autor argumenta que os homens não se sentem identificados com esse espaço, considerado “feminilizado”, devido ao fato de ser freqüentado, em sua maioria, por mulheres, tanto aquelas que atendem, quanto aquelas que são atendidas.

Quanto à formação específica dessas profissionais de saúde em relação ao atendimento das necessidades dos homens, a médica Solange faz a seguinte notificação:

Entrevistadora – [...]você sendo uma profissional do serviço público de saúde [E – Sim.], dentro desse contexto, você acha que esse contexto prepara as pessoas? Você acha que se não fosse pela sua vontade própria, você taria preparada para acolher os homens?

E – Não, porque inclusive a gente não tem nenhum programa direcionado pra homem mesmo. A gente tem Saúde da Mulher, Saúde da Criança, mas não tem Saúde do Homem [S – hum hum.]. Então o homem tá no contexto... que tanto é que quando... que a gente tem código de atendimento pra mulher, pra homem, pra tudo quanto é coisa, quando chega nos homens que não têm doenças nenhuma é 99, ou seja, Outros [S – hum hum.]. Então a gente coloca no número do atendimento do homem quando não tá doente como 99 – Outros [S – hum hum.]. Então, parece uma discriminação, mas não é, é cultura mesmo, forma de trabalho né, que ainda não chegou ao ponto de direcionar mais.

Essa notificação de Solange¹⁰ corrobora o argumento de que os serviços de saúde não estão preparados para identificar e responder às demandas dos homens que buscam exercer seus direitos sexuais e reprodutivos. Muitos profissionais de saúde têm admitido encontrar dificuldades em mobilizar a empatia e a cumplicidade dos homens que frequentam os serviços públicos de saúde (LYRA, 2008).

Nesse sentido, vários autores ressaltam a importância de se propor formas de atuação compatíveis com os princípios do SUS. Para isso, a assistência necessitaria ser reorientada, investindo-se mais nos serviços básicos de saúde, além de capacitar os profissionais que atuam nesses serviços. Desse modo, buscar-se-ia adequar os serviços às necessidades de homens e mulheres, sem, contudo, gerar uma segmentação de espaços e

¹⁰ Apesar das discussões acerca da atenção integral ao homem no campo da saúde já estarem bastante desenvolvidas dentro do campo científico, na época em que os discursos analisados nessa pesquisa foram produzidos, essas discussões não haviam sido incorporadas ao discurso político. Lembremos que o material analisado nessa pesquisa foi produzido durante o ano de 2007, ano em que ainda não existia a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

especialidades, haja vista a consideração de uma abordagem centrada no caráter relacional para se tratar a temática dos cuidados com a saúde (MEDRADO *et al*, 2000; KORIN, 2001; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005; BRAZ, 2005; AQUINO, 2005; KNAUTH; MACHADO, 2005; SPINK; MATTA, 2007).



CONSIDERAÇÕES

A partir dos pressupostos construcionistas e do referencial teórico- metodológico da Psicologia Social Discursiva, analisamos o discurso das profissionais da saúde do PSF em relação à atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dos homens, tendo como foco as descrições e explicações fornecidas por estas aos comportamentos masculinos.

Nesse trabalho, não buscamos encontrar culpados para o fenômeno da baixa frequência dos homens nos serviços de saúde. Nosso interesse foi acessar o universo simbólico das profissionais de saúde com o intuito de identificar que explicações elas dão para esse fenômeno, além de analisar como essas explicações são utilizadas para determinados objetivos. Considerando ser este um fenômeno complexo, de múltiplas causas, em que há vários fatores envolvidos, buscamos compreender como esses fatores são utilizados nos discursos, haja vista nosso foco de análise ser uma preocupação com a função destes.

Nosso recorte se fundamentou numa linha argumentativa presente nos discursos das profissionais de saúde: “os homens são assim (descrições), por conta disso (explicações) e por causa disso a gente realiza/idealiza isso (ações)”. Nesse sentido, a partir de como as profissionais de saúde descrevem os homens e explicam o comportamento destes é que elas planejam as ações que irão desenvolver. Ao mesmo tempo, houve uma tentativa de compreender os conteúdos que foram emergindo nas falas das participantes da pesquisa.

Após a análise dos discursos dessas profissionais, identificamos que o argumento mais forte utilizado por elas é o de que o homem é resistente à prevenção e que eles só procuram o serviço de saúde quando seu agravo já está avançado. Para isso, lançam mão de

três tipos de explicações, sendo elas: explicações de ordem psico-sócio-cultural, explicações de ordem socioeconômica e explicações de ordem biológica; que estão estreitamente interligadas entre si e, muitas vezes, aparecem de forma encadeada nos discursos dessas profissionais.

Não encontramos diferenças significativas nos discursos dos dois grupos de participantes, profissionais de nível superior e ACS, nem entre os dois tipos de procedimentos metodológicos, entrevista e grupo focal. De um modo geral, as profissionais de saúde reproduzem em seus discursos o modelo de masculinidade tradicional, além de construir argumentos que estão sempre evidenciando dois pólos, homem-mulher, os quais se apresentam fortemente caracterizados pelas diferenças de gênero. Somado a isso, está marcadamente presente nesses discursos uma naturalização de comportamentos, posturas, das implicações da cultura e das demandas do mundo do trabalho nos sujeitos sociais.

A pergunta-chave dessa pesquisa foi: “porque as mulheres procuram mais os serviços de sexualidade e saúde reprodutiva do que os homens?”, a partir da qual foi possível identificar os três tipos de explicação, presentes nos discursos das profissionais de saúde, que foram discutidos nesse trabalho. Dentre as respostas a essa pergunta, a grande maioria das profissionais justificou a maior presença das mulheres nesses serviços devido à “educação que foi recebida por estas”, por uma “questão cultural” e por ser “coisa de mulher”; estando todas essas respostas fundamentadas no modelo tradicional de masculinidade, culturalmente construído e difundido em nossa sociedade.

Outra questão que foi bastante discutida pelas profissionais foi a disponibilidade de tempo, de homens e mulheres, para se cuidar. Essa questão aparece sempre associada ao “trabalho”, sendo esse apontado como o principal responsável pela não ida dos homens aos serviços de saúde. Assim, o trabalho se apresenta nesses discursos como “o grande vilão da história”, aquele que impossibilita que o homem se cuide. Contudo, temos outros aspectos envolvidos nessa trama: o horário de funcionamento dos postos de saúde, que coincide com o horário de trabalho; a questão geopolítica, em que os locais de trabalho geralmente são distantes das moradias, enquanto que os postos de saúde estão sediados perto destas; dentre outras variáveis do contexto, tais como os índices de violência e de tráfico de drogas e o desemprego.

Quanto aos tipos de relação que se estabelecem entre o trabalho e a busca pelo serviço de saúde, identificamos nas falas das participantes uma variabilidade de conexões: trabalhador que não vai ao serviço de saúde; trabalhador que vai ao serviço de saúde; desempregado que não vai ao serviço de saúde; e desempregado que vai ao serviço de saúde. Chama-nos a atenção a conexão “desempregado que não vai ao serviço de saúde”, posto que a maior justificativa para a não ida do homem aos postos de saúde é por conta da falta de tempo disponível, devido ao trabalho. Contudo, mesmo estando desempregado, a cultura do não cuidado predomina, solapando o argumento utilizado por essas profissionais.

Compreendemos que as participantes da pesquisa fazem uso de um “discurso machista” para descrever e explicar os comportamentos masculinos em relação aos cuidados com a sexualidade e a saúde reprodutiva. Esse discurso, na maioria das vezes, se apresenta tendo o efeito de estabelecer, sustentar e reforçar o modelo tradicional de masculinidade, que ainda está fortemente presente em nossa sociedade e, principalmente, em Recife, que é uma cidade marcada historicamente e sócio-culturalmente pelo machismo desde suas origens.

No que se refere às ações em saúde, compreendemos que a prevenção aparece nos discursos das profissionais associada à distribuição de preservativos, sendo esta uma perspectiva muito restrita, focada apenas em um dos aspectos que podem ser trabalhados em relação à sexualidade e à saúde reprodutiva. Outras evidências dessa restrição são: a ênfase na genitália masculina, a preocupação com o exame de próstata e a associação entre saúde do homem e saúde sexual.

Quanto a esse último aspecto, a associação homem ↔ pênis/próstata, compreendemos ser esta um grande obstáculo que os profissionais dos serviços de saúde têm de enfrentar para poder efetivar ações mais integrais e menos segregacionistas.

A partir dos discursos dessas profissionais de saúde, pudemos compreender que as ações desenvolvidas por elas caracterizam-se pelo foco na doença. Desse modo, entendemos que os serviços de saúde estão estruturados apenas para atender as pessoas acometidas por alguma doença, principalmente aquelas que fazem parte de algum grupo de risco: pessoas hipertensas, diabéticas, idosas, adolescentes, crianças, entre outros. Nessa

perspectiva, o homem jovem, sadio, não encontra espaço nesses serviços, a não ser nas atividades relacionadas à distribuição de preservativos.

Assim, ressaltamos o contraste existente entre a proposta do modelo assistencial da atenção básica, que foca na prevenção e na promoção da saúde, e as ações que estão sendo realizadas pelas profissionais de saúde nesses postos de trabalho, caracterizadas pelo foco na doença, pela não preocupação com a relação profissional de saúde ↔ usuário e pela não busca de alternativas de funcionamento que possibilitem uma proximidade com a comunidade.

Por fim, pretendemos, com esse trabalho, contribuir para o debate sobre a atenção integral ao homem no campo da saúde, como também possibilitar novos caminhos de pesquisa, levando-se em consideração as peculiaridades de cada contexto. Nesse trabalho, buscamos compreender como essas discussões se inserem nos serviços de atenção básica, como também contribuir para as discussões de gênero, saúde e para o investimento das políticas públicas voltadas à população masculina.



REFERÊNCIAS

AQUINO, Estela M. L. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2007.

BADINTER, Elisabeth. **XY**: sobre a identidade masculina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

BAUMAN, Zygmund. **Vida líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

BILLIG, Michael. **Argumentando e pensando**: uma abordagem retórica à psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde – OPAS. **IDB 2006 Brasil – Indicadores e Dados Básicos para a Saúde**. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Homem. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**: uma prioridade de governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRAZ, Marlene. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2007.

CARRARA, Sérgio. Comentários diagonais sobre a emergência dos homens na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 maio 2007.

CASTAÑÓN, Gustavo A. Construcionismo social: uma crítica epistemológica. **Temas em Psicologia – SBP**, vol. 12, n 1, 2004, p. 67-81. Disponível em: <<http://www.sbponline.org.br>>.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2007.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Eds.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

GERGEN, Kenneth. The social constructionist movement in modern psychology. **American psychologist**, vol. 40, n. 3, 1985, p. 266-275.

GIFFIN, Karen. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2007.

GILL, Rosalind. Análise do discurso. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (ed.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 244-270.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2007.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine F.; ARAÚJO, Fábio 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. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2007.

IBAÑEZ, Thomás. La construccion del conocimiento desde una perspectiva socioconstruccionista. In: Monteiro, M. (org.) **Conocimiento, realidad e ideologia**. Caracas: Asociacion Venezolana de Psicologia Social – AVEPSO, 1994, p. 39-48.

IÑIGUEZ, Lupicínio. Construcionismo social e psicologia social. In: MARTINS, J. B. *et al.* **Temas em análise institucional e em construcionismo social**. São Carlos: Rima, 2002.

IÑIGUEZ, Lupicínio. Os fundamentos da Análise do discurso. In: IÑIGUEZ, Lupicínio (org.). **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 50-104.

KNAUTH, Daniela R.; MACHADO, Paula S. Comentários ao artigo “Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva”. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2007.

KORIN, Daniel. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência Latinoamericana**. mar. 2001, vol.2, no.2 p.67-79. Disponível em: <http://radolec.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71302001000200003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2007.

LAURENTI, Ruy; MELLO-JORGE, Maria Helena P.; GOTLIEB, Sabina L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2007.

LYRA-DA-FONSECA, Jorge L. C. **Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006)**. 2008. 262 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

LYRA-DA-FONSECA, Jorge L. C. **Paternidade adolescente: uma proposta de intervenção**. 1997, Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge; GALVÃO, Karla; NASCIMENTO, Pedro. Homens, por quê? Uma leitura da masculinidade a partir de um enfoque de gênero. **Perspectivas em Saúde e Direitos Reprodutivos**, São Paulo, n. 3, 2000, p. 12-16.

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

NASCIMENTO, Pedro. Homens e saúde: diversos sentidos em campo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2007.

OLIVEIRA FILHO, Pedro de. **Estratégias do discurso racista: a justificação da desigualdade e a defesa de privilégios raciais em discursos de brancos**. 2003, Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

OLIVEIRA FILHO, Pedro de. Miscigenação versus bipolaridade racial: contradições e consequências opressivas do discurso nacional sobre raças. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 10, n. 2, 2005, p. 247-253. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2005000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 maio 2008.

PASCHOALICK, Rosele C.; LACERDA, Maria R.; CENTA, Maria de Lourdes. Gênero masculino e saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362006000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2007.

PERNAMBUCO. Pacto Pela Vida. **Novembro registra queda de 19,54% nos homicídios**. 10 dez. 2009a. Disponível em: <<http://www.pactopelavida.pe.gov.br/novembro-registra-queda-de-1293-nos-homicidios/>>. Acesso em: 22 dez. 2009.

PERNAMBUCO. Pacto Pela Vida. **Pacto pela Vida derruba violência entre jovens no Recife e em PE**. 24 nov. 2009b. Disponível em: <<http://www.pactopelavida.pe.gov.br/pacto-pela-vida-derruba-violencia-entre-jovens-no-recife-e-em-pe/>>. Acesso em: 22 dez. 2009.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Saúde do homem**: avanços na área serão divulgados em seminário. 04 jul. 2007a. Disponível em: <<http://www.saude.pe.gov.br>>. Acesso em: 12 jun. 2008.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Saúde do homem**: plenária na UFPE discute tema. 31 ago. 2007b. Disponível em: <<http://www.saude.pe.gov.br>>. Acesso em: 12 jun. 2008.

POLIGNANO, Marcos Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. Faculdade de Medicina da UFMG, 2001. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf>. Acesso em: 22 dez. 2009.

POTTER, Jonathan. **La representación de la realidad**: discurso, retórica y construcción social. Barcelona: Paidós, 1998.

POTTER, Jonathan.; WETHERELL, Margaret. **Discourse and social psychology**: beyond attitudes and behavior. Londres: Sage, 1987.

PUCHTA, Claudia; POTTER, Jonathan. **Focus Group Practice**. London: Sage, 2004.

RECIFE. Prefeitura. Secretaria de Planejamento, Urbanismo e Meio Ambiente. Diretoria Geral de Urbanismo. **Regiões Político-Administrativas do Recife**. Região Norte - RPA 2. Recife: 2001.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2006-2009. **Recife saudável**: inclusão social e qualidade no SUS (Aprovado na 7ª. Conferência Municipal de Saúde). Recife, 2005.

RIBEIRO, Maria Auxiliadora T. **A perspectiva dialógica na compreensão de problemas sociais**: o caso de pesca de curral em Ipioca-Maceió-AL. 2003, Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

SANTOS, Jair L. F.; WESTPHAL, Márcia F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2007.

SCHRAIBER, Lília B.; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2007.

SIMIÃO, Fernanda C. N. **Diálogos e produção de sentidos sobre os cuidados com a saúde de homens com Artrite Reumatóide**. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas, Alagoas, 2007.

SIMIÃO, Fernanda C. N.; RIBEIRO, Maria Auxiliadora T.; VITAL, Heloísa M. C. **Reconstruindo histórias de vida**: análise dos aspectos psicossociais das narrativas dos portadores de doenças reumáticas. Relatório Final do Programa Institucional de bolsas de Iniciação Científica – PIBIC, CNPq/UFAL, 2005.

SIMÕES, José M. **Temporão apresenta lista de 22 prioridades em discurso de posse**. 12 abr. 2007. Disponível em: <<http://www.politicus.org.br/boardx/read.asp?ID=6543&curPage=70&search=>>>. Acesso em: 09 dez. 2007.

SPINK, Mary Jane P. (org). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999.

SPINK, Mary Jane P.; MATTA, Gustavo C. A prática profissional *psi* na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, M. J. P. (Org.) **A psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, cap. 1, p. 25-51.

SPINK, Mary Jane P.; MEDRADO, Benedito. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. P. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999, p. 41-61.

SPINK, Mary Jane. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. **Revista Semestral da Faculdade de Psicologia da PUCRS**. Vol. 31, n. 1, jan./jul., 2000, p. 7-22.

SPINK, Mary Jane. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

TRAVASSOS, Cláudia; VIACAVA, Francisco; PINHEIRO, Rejane; BRITO, Alexandre. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 11, n. 5, 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500011&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 13 maio 2007.

ULIN, Priscilla R.; ROBINSON, Elizabeth T.; TOLLEY, Elizabeth E. **Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos**. Washington, D.C: OPS, 2006.

VILLELA, Wilza. Gênero, saúde dos homens e masculinidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2007.



ANEXOS



ANEXO 1 – Carta de Anuência

1

Carta de Anuência

Eu, Mariana Azevedo de Andrade Ferreira, CPF 05239127492, RG 6291091, coordenadora da pesquisa “Homens e Saúde Pública: rompendo barreiras culturais, institucionais e pessoais” (junho de 2007 a julho de 2008) realizada pelo Instituto Papai, situado na Rua Mardônio de A. Nascimento, 119, Várzea, Recife, Pernambuco, CNPJ 03.449.392/0001-69, autorizo Fernanda Cristina Nunes Simião, CPF 050.603.064.45, RG 99001200878 SSP/AL, a utilizar os dados dessa pesquisa, com o objetivo de analisá-los em sua pesquisa de mestrado em Psicologia, da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, sobre a atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dos homens no Programa Saúde da Família de Recife.

Recomendamos que a referida pesquisadora indique em seu trabalho a autoria das fontes da pesquisa-base e informe, também, os órgãos financiadores de apoio ao projeto. Informamos, ainda, que o Instituto Papai não se responsabiliza pelas análises feitas pela pesquisadora, como também, não necessariamente, concorda com as interpretações destas.

Recife, 11 de dezembro de 2009

mad Mariana Azevedo
Coord. de Projetos

Mariana Azevedo Ferreira

Coordenação de Projetos do Instituto PAPAI

Instituto PAPAI
CNPJ 03449392/0001-69
Rua Mardônio Nascimento,
Nº 119 - Recife/PE
CEP 50.741-380
Fone: (81) 3271 4804
E-mail: papai@papai.org.br

www.papai.org.br

ANEXO 2 – Roteiro semi-estruturado de entrevista com profissionais de saúde da equipe de atenção básica

Bloco 1: Saúde em geral

1. Algum homem procurou por atendimento nos últimos três meses? Qual era a idade dele? Qual foi o motivo? Como foi o atendimento?
2. Você acha importante que os homens sejam atendidos nos serviços da atenção básica? Por quê? Em quê?
3. Na sua opinião, os profissionais de saúde estão preparados para atender às necessidades dos homens?
4. O que você mudaria neste serviço para atender melhor às necessidades dos homens?
 - Quais os melhores horários para atender os homens?
 - Qual seria a melhor forma de divulgação?
 - Seria importante separar por faixa etária? Como seria?

Bloco 2: Sexualidade e saúde reprodutiva

5. Na sua opinião, porque as mulheres procuram mais os serviços de sexualidade e saúde reprodutiva?
6. Em relação à sexualidade e saúde reprodutiva, que tipo de serviços seriam mais adequados aos homens?

Bloco 3: Homens jovens

7. Você acha importante existir ações dirigidas aos rapazes no que se refere à atenção básica? Por quê? O quê?

ANEXO 3 – Roteiro do grupo focal

- O que os homens em geral fazem quando estão com algum problema de saúde?
- O que os serviços de atenção básica à saúde deveriam fazer para atender às necessidades dos homens?

ANEXO 4 – Composição do Distrito Sanitário II

SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL DO RECIFE¹¹

Distrito Sanitário II

Bairros: Arruda, Campina do Barreto, Campo Grande, Encruzilhada, Hipódromo, Peixinhos, Ponto de Parada, Rosarinho, Torreão, Água Fria, Alto Santa Terezinha, Bomba do Hemetério, Cajueiro, Fundão, Porto da Madeira, Beberibe, Dois unidos e Linha do Tiro.

Total de Bairros: 18

População: 210 mil (IBGE, 2000)

Sede do distrito:

Av. Beberibe, 1020 – Arruda

Fone/Fax: 3232-7748

Email: distsanitario2@recife.pe.gov.br

Unidades de Saúde:

POLICLÍNICA

U. S. 169 - Policlínica Dr. Amaury Coutinho

Rua Iguatu, s/nº, – Campina do Barreto

3232.7877 | 3232.7884

UNIDADE ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO – UER

U. S. 322 - Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath

Rua Marechal Deodoro da Fonseca, 235 – Campo Grande

3232.7730 | 3232.7731

¹¹ Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/pr/secsaude/distritoii.php>. Acesso em: 21/12/09.

UNIDADE DE SAÚDE TRADICIONAL

U. S. 138 - Centro de Saúde Dr. Luiz Wilson

Rua Chã de Alegria, s/nº – Bomba do Hemetério

3232.7842 | 3444.0897

U. S. 155 - Centro de Saúde Prof. Monteiro de Moraes

Av. Beberibe, 4510 – Beberibe

3232.7839

CENTRO DE APOIO PSICOSSOCIAL – CAPS

U. S. 263 - CAPS José Carlos Souto

Rua Djalma Farias, 135 – Torreão

Fone/Fax: 3232.7717

U.S. 308 - CAPS I Profº Zaldo Rocha

Rua Castro Alves, 143 – Encruzilhada

3232.7724

CAPSad Estação Vicente Araújo

Rua Augusto Rodrigues, 165 – Torreão

3232.7794

RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA FEMININA

Projeto Reabilitar (Saúde Mental)

Rua Cel. Urbano de Sena, 873 – Cajueiro

3232.7852

RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA MASCULINA

Projeto Reabilitar (Saúde Mental)

Rua 24 de Junho, 166 – Encruzilhada

3232.7847

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – USF

U. S. 179 - USF Alto do Céu / Porto da Madeira

Rua Capitão Salgueiro, 267 – Porto da Madeira

3232.7845 / 3444.6598 (Orelhão)

U. S. 291 - USF Alto dos Coqueiros I / Córrego da Jaqueira

Rua Córrego da Jaqueira, 160 – Linha do Tiro

3232.7849

U. S. 221 - USF Ilha de Joaneiro I e II

Rua Marechal Deodoro da Fonseca, 688 – Campo Grande

3232.7718 / 3232.7714 / 3244.3266

U. S. 222 - USF Alto do Capitão

Rua Tupiraçaba, s/n – Dois Unidos

3232.4190

PSF 222 - CURIÓ

Rua Córrego do Curió, 43 – Dois Unidos

3232.4210

U. S. 226 - USF Chão de Estrelas I e II

Rua Dr. Elias Gomes, 65 – Chão de Estrela

3449.7111 | 3449.0177

U. S. 227 - USF Tasso Bezerra - Chié I

Rua Continental, 270 – Ilha do Chié – Campo Grande

3244.8976 | 3427.6366

U. S. 271 - USF Tasso Bezerra - Chié II

Av. Jardim Brasília, 145 – Peixinhos

3232-7712 / 3427-4350 (Orelhão)

U. S. 244 - USF Professor Antonio Francisco Areias

(Peixinhos / Saramandaia / Vila da Prata)

Av. Jardim Brasil, 244 – Peixinhos

3232.7712

U. S.286 - USF Irmã Terezinha

Rua da Consolação, 09 – Campina do Barreto

3232.7844

U. S. 274 - USF Tia Regina - Córrego do Deodato

Rua Córrego do Deodato, 315 – Água Fria

3232.7836 / 3498.8975

U. S. 262 - USF José Severiano da Silva

(Capilé / Canal do Arruda)

Av. Jerônimo Vilela, 794 – Campo Grande

3232.7719

U. S. 273 - USF Bianor Teodósio / Dois Unidos

Av. Hildebrando de Vasconcelos, s/nº – Dois Unidos

3232.7841 / 3443.0025 (Orelhão)

U. S. 276 - USF Alto do Pascoal

Av. Aníbal Benévolo, s/n – Alto do Pascoal – Linha do Tiro

3232.7871 | 3232.7843 | 3232.7870

U. S. 302 - USF Byron Sarinho

Rua Nazaré, 293 – Água Fria

3232.7851

U.S. 309 - USF Ponto de Parada

Rua Ramiz Galvão, 379 – Arruda

3232-7838 / 3232-7840

U.S. 328 - USF Alto do Maracanã

Alto do Maracanã, s/n – Dois Unidos

3232.7861

CASA DO MEIO DO CAMINHO

Espaço Jandira Mansur

Rua Hamilton Ribeiro, 236 – Campo Grande

3232.7795

CENTRO ESPECIALIZADO DE ODONTOLOGIA

US 264 – CEO – CENTRO ESPECIALIZADO DE ODONTOLOGIA

Rua Ramiz Galvão, 379 – Arruda

3232-7838 / 3232-7840

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)