

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Departamento de Saúde Coletiva

Bárbara Fabrícia Silva

**PROCESSO SAÚDE-DOENÇA:
representações sociais de homens assistidos pelo Programa Saúde da Família**

Juiz de Fora
2013

Bárbara Fabrícia Silva

**PROCESSO SAÚDE-DOENÇA:
representações sociais de homens assistidos pelo Programa Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Gírlene Alves da Silva

Juiz de Fora

2013

Silva, Bárbara Fabrícia.

Processo saúde-doença: representações sociais de homens assistidos pelo Programa Saúde da Família / Bárbara Fabrícia Silva.

– 2013.

99 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

1. Pesquisa Qualitativa. 2. Saúde do Homem. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Saúde da Família. I. Título.

BÁRBARA FABRÍCIA SILVA

“Processo Saúde-doença: Representações sociais de homens assistidos pelo programa saúde da família”.

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 22/04/2013

Girlene Alves da Silva

Girlene Alves da Silva – UFJF

Elisabete Pimenta Araujo Paz

Elisabete Pimenta Araujo Paz – UFRJ

Elenir Pereira de Paiva

Elenir Pereira de Paiva – UFJF

*Dedico este trabalho aos **homens da minha vida**,
Sérgio Luiz, Sérgio Otávio e Vinícius pela confiança,
apoio e amor incondicional em todos os momentos de
elaboração deste estudo.*

AGRADECIMENTOS

É com sinceridade e carinho que presto meus agradecimentos àqueles que vêm me acompanhando na jornada de minha formação profissional e pessoal. A concretização de um sonho só é possível quando ancorada nos pensamentos, incentivos, orações e desejos dos que compartilham a vida conosco.

Agradeço a Deus pela sabedoria, discernimento e serenidade desde o início dessa caminhada. Obrigada, meu Pai, pela minha vida abençoada e por me proporcionar esta conquista.

Aos meus queridos pais que me instrumentalizaram com amor e valores para seguir o meu caminho. Obrigada por vibrarem comigo a cada conquista. Eu sou resultado dos seus exemplos e modo de agir...

Ao meu irmão e amigo Sérgio Otávio pelo respeito, confiança e apoio ao longo dos estudos.

Ao meu namorado Vinícius pela compreensão, amor, cuidado e incentivo. Obrigada por respeitar meus atrasos e minha ausência quando precisei dedicar meu tempo aos estudos.

A toda minha família, avós, tios e primos pela torcida.

Aos meus amigos e colegas pelas risadas e pelos momentos de descontração.

A minha orientadora, Profa. Dra. Girlene Alves da Silva pelo exemplo de retidão, paciência e competência. Obrigada Gigi, por me acolher sempre com uma palavra de ânimo, por me amparar nos momentos de insegurança e, principalmente, por respeitar os meus limites. Você é uma pessoa admirável. Minha eterna gratidão por todos os momentos de convivência.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFJF e seus professores pela oportunidade de crescimento profissional e pessoal.

Enfim, aos homens que deram vida a esta dissertação, por confiarem a mim suas vivências e sentimentos. MUITO OBRIGADA!

*"Se vi mais longe foi por estar de pé
sobre ombros de gigantes."
Isaac Newton*

RESUMO

A população masculina apresenta altas taxas de morbimortalidade quando comparada à população feminina. As estatísticas desfavoráveis aos homens são consequência de barreiras socioculturais e institucionais. Nesse contexto, com vistas a contribuir para a problematização do discurso sobre saúde e doença no segmento masculino, esta pesquisa teve como objetivos: descrever as representações sociais dos homens acerca do processo saúde-doença; e caracterizar as representações sociais do homem atendido nas Unidades de Atenção Primária à Saúde sobre a resposta à sua necessidade de saúde. O estudo desenvolveu-se a partir da abordagem social da pesquisa qualitativa tendo como princípio teórico as Representações Sociais. Os dados foram apreendidos por meio da entrevista semiestruturada junto a 51 usuários das UAPS de São João del-Rei/MG. Selecionou-se o método de análise temática proposto por Bardin. Para análise e interpretação dos dados, foram construídas as seguintes categorias: Homens tecendo representações sobre a saúde; Homens tecendo representações sobre a doença; A atenção primária à saúde na percepção dos homens; e A Atenção Primária à Saúde: motivações e (des) motivações dos homens para procurá-la. A partir da análise das categorias elencadas, vislumbrou-se a necessidade de considerar os homens em seus diferentes contextos e realidades, valorizando as diferenças culturais e de gênero. Dessa forma, estamos instrumentalizando-os para a adoção de comportamentos protetores da saúde e menos vulneráveis à doença e estimulando o desvinculamento com a cultura e costumes machistas prejudiciais. As representações dos homens evidenciam a necessidade do desenvolvimento de programas e capacitações dos profissionais para atuarem na estratégia saúde da família e do rompimento da população masculina com as amarras socioculturais para que os homens também utilizem as ações e serviços primários de saúde com qualidade e integralidade.

Palavras-chave: Pesquisa qualitativa. Saúde do homem. Atenção Primária à Saúde. Saúde da família.

ABSTRACT

The male population presents high morbidity and mortality rates when compared to the female population. The unfavorable statistics for men are a consequence of socio-cultural and institutional barriers. In this context, in order to contribute to the discussion of issues relating about health and illness in the male segment, this study aimed to: describe men's social representations about the health-illness process; and characterize the social representations of men attended by Primary Health Care Units, regarding the response to their health needs. The study was developed from the social approach to qualitative research, based on Social Representations Theory. Data were collected through semistructured interviews with 51 users of the UAPS in São João del-Rei / MG. The thematic analysis method proposed by Bardin was selected. The following categories were constructed: Men forming representations about health; Men forming representations about illness; men's perception of primary health care; and Primary Health Care: motivations and disincentives for men to seek it. From the analysis of the categories listed, we discerned the need to consider men in their different contexts and realities, recognizing cultural and gender differences. Thus, we are providing them the means to adopt behaviors protective of health and less vulnerable to illness, and promoting a break with harmful macho culture and customs. The representations of these men show the need to develop programs and training for professionals to practice within the family health strategy, and to release the male population from socio-cultural constraints, so that men also make use of high-quality integrated primary health care actions and services.

Keywords: Qualitative research. Men's health. Primary Health Care. Family health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1. Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação à idade (n = 51)	38
Gráfico 2. Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação ao estado civil.....	39
Gráfico 3. Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação ao número de filhos (n = 51)	40
Gráfico 4. Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação ao número de anos estudados (n = 51).....	41
Gráfico 5. Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação à renda individual/familiar (n = 51)	42
Gráfico 6. Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação ao exercício de atividade remunerada (n = 51)	43
Gráfico 7. Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação aos motivos da procura pela UAPS (n = 51)	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde Municipais
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde Estaduais
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAZ	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
PAB	Piso de Atenção Básica
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PSF	Programa Saúde da Família
SAMDU	Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUCAM	Superintendência de Campanhas da Saúde Pública
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	A HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	17
2.1	A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM.....	22
3	O DESENHO TEÓRICO E METODOLÓGICO DO ESTUDO	26
3.1	A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO MARCO TEÓRICO	26
3.2	O MÉTODO ESCOLHIDO PARA O ESTUDO.....	30
3.3	CENÁRIO DE ESTUDO	32
3.4	SUJEITOS DO ESTUDO.....	33
3.5	ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS	33
3.6	ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DE DADOS	35
3.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	36
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	38
4.1	RETRATANDO OS SUJEITOS DO ESTUDO	38
4.2	HOMENS TECENDO REPRESENTAÇÕES SOBRE A SAÚDE	43
4.3	HOMENS TECENDO REPRESENTAÇÕES SOBRE DOENÇA	51
4.4	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA CONCEPÇÃO DOS HOMENS.....	58
4.5	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: MOTIVAÇÕES E (DES)MOTIVAÇÕES DOS HOMENS PARA PROCURÁ-LA	69
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	82
	APÊNDICES	87
	ANEXOS	95

1 INTRODUÇÃO

A questão da saúde do homem no Brasil passou a ser tratada como um verdadeiro problema de saúde pública a partir de estatísticas que apontam a maior morbimortalidade entre os homens do que entre as mulheres. Os homens têm tendência à adoção de hábitos de vida menos saudáveis que as mulheres; ou seja, fumo, álcool, estresse e trabalho têm uma repercussão significativa na saúde do homem. De acordo com Braz (2005), os fatores genéticos e hormonais e a própria biologia estabelecem as diferenças de gênero no risco de adoecimento desde a fase intrauterina. Além disso, dados recentes também comprovam que os homens não estão presentes nos serviços de atenção primária à saúde tanto quanto as mulheres (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

O homem tem medo de descobrir que apresenta algum distúrbio e/ou doença. Para evitar colocar em risco sua crença de invulnerabilidade e imunidade ao adoecimento, não tem o hábito de procurar assistência à saúde. Ele tem dificuldade de expressar para os profissionais de saúde suas próprias necessidades e problemas de saúde, pois essa exposição pode ser entendida como demonstração de fraqueza e feminização perante a sociedade (FIGUEIREDO, 2005). Percebe-se uma relação significativa entre a construção da masculinidade e o comprometimento da saúde dos homens.

A resistência masculina à atenção primária é responsável pelo aumento dos encargos financeiros com a saúde, pela diminuição da qualidade de vida dos homens e seus familiares e pelo impedimento de evitar agravos que poderiam ser solucionados precocemente na atenção básica (BRASIL, 2008).

As causas da baixa adesão das pessoas do sexo masculino à atenção primária são relacionadas a barreiras socioculturais e institucionais. A invulnerabilidade e a virilidade atribuídas ao gênero masculino contribuem para que os homens procurem menos o serviço de saúde e ainda se exponham mais que as mulheres às situações de risco. Segundo Braz (2005), as condutas varonis, apesar de reafirmarem o ideal masculino, acabam interferindo negativamente no autocuidado do homem. Ou seja, conforme apontam Gomes, Nascimento e Araújo (2007), por se sentirem invulneráveis, os homens se expõem mais e acabam se tornando extremamente vulneráveis.

Além disso, em nossa sociedade, o papel de “cuidador” está impregnado ao sexo feminino desde o início da educação, contribuindo para a desvalorização do autocuidado e a preocupação incipiente com a saúde por parte dos homens, que foram criados para prover, e não para serem assistidos.

Estudos comprovam que os homens só buscam os serviços de saúde quando o desconforto torna-se insuportável e/ou causa a impossibilidade de trabalhar. Em geral, no início dos sintomas, os homens procuram medidas de tratamento alternativas, como automedicação, ingestão de chás ou orientação de farmacêutico, preferindo retardar ao máximo a busca por assistência. Nessa perspectiva, eles acabam procurando o serviço quando já apresentam a doença, muitas vezes em estágios avançados, valorizando as práticas de cura e ignorando a importância das medidas de promoção da saúde e prevenção da doença. Alegando maior objetividade no atendimento e menor dispêndio de tempo, os homens preferem utilizar farmácias, prontos socorros e serviços emergenciais para responder às suas demandas de saúde (FIGUEIREDO, 2005; GOMES; NASCIMENTO, 2006)

Os usuários do sexo masculino veem as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) como locais repletos de filas intermináveis, com deficiência de profissionais, poucos recursos, baixa resolubilidade e precarização da assistência, tornando, assim, o acesso à atenção primária dificultoso (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

Soma-se ainda a questão do horário de funcionamento dessas Unidades, que coincide com a carga horária da maioria dos trabalhadores. Os homens receiam perder o emprego ao se ausentarem do serviço para buscar assistência e/ou ainda, a partir de um atendimento, descobrir uma incapacidade que interfira no rendimento laboral e, assim, priorizam seu papel de “chefe de família” em se tratando de cuidado à saúde (BRASIL, 2008).

Por outro lado, segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007), o espaço de trabalho também pode facilitar a busca dos homens pelos serviços de saúde para cumprir até mesmo exigências burocráticas das empresas. Nesse sentido, as empresas devem investir em ações preventivas e de cuidados em saúde, incentivando o envolvimento dos empregados nessas ações.

Os estudos apontam também para a peculiaridade atribuída aos serviços de saúde e até mesmo aos próprios profissionais dessa área, que privilegiam as ações

de saúde para a criança, o adolescente e a mulher. Para ilustrar essa situação, podemos nos remeter à abundância de Institutos e Serviços específicos para a Saúde da Mulher e Saúde da Criança em contradição com a inexistência de um Instituto de Saúde do Homem. Conforme afirma Braz (2005), os homens acabam se isentando dos programas e campanhas de saúde pública.

As UAPS são tidas como ambientes frequentados pelo público feminino tanto pela maior quantidade de mulheres usuárias como pela equipe de profissionais composta, em sua maioria, também por mulheres. Esse distanciamento existente entre as necessidades de saúde dos homens e as práticas de saúde presentes na atenção básica acaba afastando os usuários da prevenção.

Nesse contexto, os serviços de saúde devem modificar a forma de acolhimento ao usuário do sexo masculino, identificando as necessidades de saúde desse grupo, tentando inteirá-los na atenção primária, prevenindo a doença e promovendo a saúde dos homens. Para tanto, é importante o conhecimento acerca do perfil epidemiológico dessa parcela da população, capacitação e mudança de postura dos profissionais, criação de vínculos apropriados entre as instituições e a população masculina, modificação no horário de funcionamento das UAPS, comunicação entre os membros da equipe multiprofissional, integralidade da assistência e organização do cuidado baseado nas especificidades de cada grupo populacional, inclusive os homens.

Na opinião de Schraiber e colaboradores (2010), o fato de a população masculina buscar os serviços de saúde apenas para ações curativas acaba dificultando o trabalho dos profissionais e desqualificando o atendimento. Para os autores, o comportamento individual de cada indivíduo é o grande responsável pela resposta assistencial integral desejada, sendo desnecessária a reordenação do funcionamento da unidade de saúde.

De acordo com a estimativa populacional realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2012, a população total residente no Brasil era de 193.976.530, sendo que, destes, 94.992.882 eram do sexo masculino e 98.983.648, do sexo feminino. Em Minas Gerais, esses números eram 19.855.332, 9.768.783 e 10.086.549, respectivamente. Já São João del-Rei tem uma população total de 85.353, sendo 40.972 homens e 44.381 mulheres (BRASIL, c2008). Percebe-se um maior número de mulheres em relação aos homens, corroborando com os dados da afirmativa anterior.

Em relação à morbidade hospitalar, o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) revela que, no segundo semestre de 2012, no Brasil, o número de internações entre os homens foi menor que entre as mulheres. Seguindo a tendência, em Minas Gerais, tivemos, no mesmo período, 246.226 internações masculinas e 331.206 femininas. No município de São João del-Rei, a situação se manteve, com 1.684 internações entre os homens e 2.369 entre as mulheres (BRASIL, c2008). Tais dados comprovam que os homens estão menos presentes no serviço de saúde, fato que pode interferir no seu processo saúde-doença.

Os homens, comprovadamente, também morrem mais que as mulheres. Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no ano de 2010, morreram, no Brasil, 649.378 homens e 487.137 mulheres. A principal causa de óbitos entre os homens foram doenças do aparelho circulatório, assim como em Minas Gerais e em São João del-Rei. Dos 120.803 óbitos no estado de Minas Gerais, 68.179 foram do sexo masculino. Em São João del-Rei, a maior parte dos óbitos também foi referente ao sexo masculino, com 354 óbitos de um total de 690. Em geral, considera-se que as doenças do aparelho circulatório podem ser prevenidas e controladas. O fato de elas serem consideradas atualmente a principal causa de óbito masculino no Brasil revela inadequações na promoção da saúde e prevenção da doença no homem.

Ainda, nessa perspectiva, é interessante observar que, ao considerar a mortalidade masculina relacionada à faixa etária, a diferença no número de óbitos entre mulheres e homens até os 15 anos é equiparada, mas, ainda assim, estes morrem mais. A partir dessa idade, essa diferença se torna alarmante, mostrando que existe uma distinção marcante entre os gêneros na questão da saúde. Enfim, a partir dos 80 anos, como a expectativa de vida entre as mulheres é maior, a mortalidade entre elas também se apresenta elevada (BRASIL, c2008).

O desfavorecimento significativo do sexo masculino em termos de saúde vem sendo discutido desde a década de 1970 no Brasil. A partir desses debates, em agosto de 2008, foi publicada, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, com seus princípios e diretrizes articulados aos programas de saúde preexistentes, principalmente com a Política Nacional de Atenção Básica. Essa Política apresenta como objetivo geral a melhoria das condições de saúde da população masculina, visando à redução da morbidade e

mortalidade entre os homens e priorizando a atenção primária como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e igualitário.

As questões referentes à saúde do homem me despertaram interesse quando iniciei o estágio curricular do 8º período do curso de graduação em Enfermagem numa UAPS de Juiz de Fora/MG. Ao longo do desenvolvimento desse estágio, acompanhando e realizando consultas de enfermagem, coordenando grupos educativos e participando da rotina do local, percebi que as ações direcionadas pelas equipes de saúde da família são destinadas a grupos específicos, como saúde da mulher, criança, adolescente, idoso, diabético e hipertenso, faltando grupos compostos exclusivamente por homens naquele cotidiano. Diante desse cenário, nota-se que o homem, muitas vezes, não se sente valorizado e respeitado como cidadão e considerado usuário do sistema de saúde, contribuindo para o distanciamento dele dos serviços de saúde. A ausência de ações direcionadas ao homem na atenção primária é intrigante e acarreta consequências negativas ao sistema de saúde brasileiro e à população masculina.

Na perspectiva de compreender a saúde do homem em seu significado mais amplo, suscitou-me o interesse em estudar a saúde e doença na perspectiva masculina, o que me levou a fazer alguns questionamentos: por que os homens não buscam os serviços de saúde? As ações dos profissionais valorizam o homem como usuário desse sistema? A política de saúde do homem tem respondido às necessidades de saúde deles?

O fato de a saúde do homem ser um assunto emergente no cenário atual, aliado à percepção pessoal quanto à necessidade de novos estudos sobre o tema em questão, despertou-me o interesse para a realização desta pesquisa, que tem como objeto de investigação as representações sociais dos homens sobre o processo saúde-doença.

Para responder ao objeto proposto, o estudo tem os seguintes objetivos:

- Descrever as representações sociais dos homens acerca do processo saúde-doença;
- Caracterizar as representações sociais do homem atendido nas UAPS sobre a resposta à sua necessidade de saúde.

Acredita-se que o estudo, partindo das representações sociais, possa tornar mais clara a maneira como o homem se percebe e se insere no cenário das práticas de cuidar em saúde como usuário de um sistema. Isso significa dizer que não basta

só a existência de um programa específico, verticalizado e com propostas abrangentes de atendimento à saúde do homem, mas precisamos compreender os caminhos, os motivos e os desejos do homem ao procurar o serviço de saúde partindo da sua voz.

2 A HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O setor saúde sempre sofreu influências dos contextos político, social e econômico pelos quais o Brasil passou ao longo dos anos, inclusive nos dias atuais. Nessa perspectiva, é inviável dissociar o delineamento das políticas de saúde das trajetórias política, social e econômica da sociedade brasileira. Portanto, para compreender as bases do atual sistema único de saúde (SUS) no Brasil, é importante ter conhecimento do processo histórico de construção deste. Dessa forma, analisaremos as políticas de saúde no Brasil articuladas com os períodos históricos.

No período colonial, o país não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população. Dessa maneira, as ações de saúde se restringiam às artes de curar, tanto pelos chamados médicos cirurgiões e boticários, como pelos agentes de cura sem formação acadêmica, como parteiras e curandeiros (ESCOREL et al., 2008; POLIGNANO, 2001).

Em 1808, com a chegada da Corte portuguesa ao Brasil, foi criada uma estrutura sanitária mínima, que tinha como objetivos principais o controle do exercício da medicina e a fiscalização de navios e saúde dos portos. Com uma estrutura política do Império caracterizada por um regime de governo unitário e centralizador, a continuidade e a eficiência na transmissão e a execução das determinações dos comandos centrais eram impossíveis (POLIGNANO, 2001).

Em meados do século XIX, o fim do período regencial trouxe consigo a centralização do poder imperial e um contexto de crise sanitária, com o recrudescimento de epidemias, restringindo a autonomia municipal em relação às ações de saúde. O governo imperial tentou reverter a situação com a reforma nos serviços de saúde. Assim, o poder central atuava na normatização dos serviços, enquanto os poderes locais eram responsáveis pela alocação de recursos e execução das ações. Essa centralização se mostrou ineficiente, pois a relação entre o governo central e os municípios enfrentou dificuldades administrativas e executivas (PAIM et al., 2011; POLIGNANO, 2001).

Com o processo de independência, as ações de saúde deixaram de ser responsabilidade de instituições ligadas à Coroa portuguesa, ficando sob a alçada dos municípios, que, de forma descentralizada, estruturavam os serviços de acordo

com seus interesses específicos. Houve um avanço na medicina, com a criação de faculdades e agremiações médicas. No entanto, a população continuou recorrendo a diversos agentes de cura, agora denominados charlatões (PAIM et al., 2011).

Com a Proclamação da República em 1889, adotou-se o voto direto pelo sufrágio universal, enquanto o coronelismo continuava marcante no controle político. Apenas a eleição do presidente da República produziu lutas efetivas contrárias à estrutura do sistema brasileiro (ESCOREL et al., 2008). Nas últimas décadas do século XIX, é possível observar as primeiras mudanças significativas no campo da saúde pública no Brasil concomitantemente com a Segunda Revolução Industrial e com o intenso dinamismo da economia agroexportadora nacional, que culminou, a partir de 1902, com a política “café com leite”. A vacinação obrigatória contra a varíola e a criação de uma lista de doenças de notificação compulsória foram fatos marcantes. Na época, as atividades de saúde pública se limitavam ao controle das epidemias e, portanto, à manutenção de um estado geral de salubridade. Apenas a filantropia se voltava para a assistência à saúde dos indivíduos (PAIM et al., 2011).

O processo de industrialização, conseqüente da acumulação capitalista do comércio exterior, favoreceu principalmente o eixo Rio-São Paulo. A urbanização crescente e a utilização de imigrantes como mão de obra nas indústrias trouxeram a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas, mobilizando a classe operária brasileira na luta pelas conquistas dos seus direitos. Assim, em 1923, foi aprovada, pelo Congresso Nacional, a Lei Eloi Chaves, inaugurando a previdência social no Brasil e instituindo as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP). A dicotomia entre saúde pública e previdência social era evidente (ESCOREL et al., 2008; PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Entre 1922 e 1930, sucessivas crises econômicas e políticas resultantes de fatores internos e externos acabaram reduzindo o poder das oligarquias agrárias e a política dos governadores (PAIM et al., 2011).

Em 1930, foi instalada a revolução com Getúlio Vargas. Teve-se um avanço na industrialização, mas com manutenção da estrutura agrária. Foram criados os Ministérios do Trabalho, da Indústria e do Comércio e a saúde pública passou a ser institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde. Foi durante o Estado Novo que tivemos: a instituição de órgãos normativo e supletivo, como o Ministério da Educação e Saúde Pública, para orientar a assistência sanitária e hospitalar; e o fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz, destaque para os programas de

saneamento básico e atenção aos problemas das doenças degenerativas e mentais, devido à emergência de doenças modernas, apesar da predominância ainda de endemias rurais, tuberculose, sífilis e deficiências nutricionais (PAIM et al., 2011).

As antigas CAP foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), os quais estenderam a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos, organizados por categoria profissional. A assistência médica previdenciária ainda não era considerada essencial pelos segurados. Mas, a partir da segunda metade da década de 1950, com maior avanço industrial e urbanização, ocorreram reivindicações pela assistência médica via institutos, que organizaram uma estrutura para atender aos previdenciários nas questões que envolviam a saúde. Mais tarde, em 1960, leis unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (POLIGNANO, 2001).

Em 1953, o Ministério da Saúde desmembrou-se do antigo Ministério da Saúde e Educação, permanecendo como um órgão burocrato-normativo ao invés de se tornar um órgão executivo de política de saúde. Foi criado, em 1956, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), destinado ao combate à febre amarela, malária e peste, sendo sucedido, em 1970, pela Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM), com o objetivo de erradicar e controlar endemias (SCOREL et al., 2008; POLIGNANO, 2001).

O período de 1964 a 1985 foi marcado pela ditadura militar, caracterizada pelo golpe militar, reformas administrativas e crises políticas e econômicas. Ao longo dos anos, a abertura política foi lenta, segura e gradual. Foi nesse período que se criaram o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde e a Associação Brasileira em Pós-Graduação em Saúde Coletiva, além de ter sido realizado o 1º Simpósio de Política de Saúde do Congresso. Tivemos a inserção do capitalismo no campo econômico e nos serviços após o fim do milagre econômico (SCOREL et al., 2008; PAIM et al., 2011; PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006; POLIGNANO, 2001).

O processo de unificação dos direitos de previdência social foi efetivado em 1967 com a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), reunindo os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social, e incentivando a privatização da assistência médica e a capitalização do setor saúde. No entanto, o aumento do número de beneficiários gerou uma crise na previdência social e, diante da situação, o governo

decidiu ampliar o sistema, direcionando os recursos públicos para a iniciativa privada, a fim de atender à população e influenciar a economia. A complexidade do sistema gerou uma estrutura própria administrativa em 1977, o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que financiava estados e municípios para expandir a cobertura da assistência à saúde para a população (SCOREL et al., 2008).

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social e, concomitantemente, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Com os recursos advindos desse Fundo, foi possível remodelar e ampliar os hospitais da rede privada. Já em 1976, iniciou-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), expandindo a rede ambulatorial pública (PAIM et al., 2011; POLIGNANO, 2001).

A partir de 1975, o modelo econômico implantado pela ditadura militar entrou em crise e a população passou a conviver com o desemprego e as suas graves consequências sociais (PAIM et al., 2011). O modelo de saúde previdenciário também começou a mostrar as suas inadequações, como a prioridade pela medicina curativa, que, além de despender alto custo, se mostrou ineficiente para solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as epidemias e os indicadores de saúde. Com a crise econômica, a quantidade de marginalizados era crescente e o sistema de saúde em questão era incapaz de atender àqueles que não contribuíam com o sistema previdenciário. Essa crise econômica também repercutiu na arrecadação do sistema previdenciário e reduziu suas receitas. Os desvios de verba e o não-repasse de recursos do tesouro nacional para o sistema previdenciário também foram fatores que afetaram o sistema (POLIGNANO, 2001).

Em 1983, foi criado um projeto envolvendo os Ministérios da Previdência, da Saúde e da Educação, as Ações Integradas de Saúde (AIS). Esse projeto procurou integrar ações curativas, preventivas e educativas concomitantemente, sugerindo um novo modelo assistencial. Nessa perspectiva, a Previdência passou a comprar e a pagar serviços prestados por estados, municípios e hospitais filantrópicos, públicos e universitários (SCOREL et al., 2008).

A morbidade moderna por doenças crônicas degenerativas e acidentes de trabalho e de trânsito era predominante e, apesar da urbanização, ainda persistiam as endemias rurais. Enquanto isso, as doenças infecciosas e parasitárias eram destaque nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste (PAIM et al., 2011).

Em 1985, iniciou-se a “Nova República”. De 1985 a 1988, no contexto socioeconômico, houve o fim da recessão, o reconhecimento da dívida externa e a realização de planos de estabilização econômica (ESCOREL et al., 2008; POLIGNANO, 2001). O movimento das “Diretas Já” e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar. Foram criadas as associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) e municipais (CONASEMS). Ampliou-se o Movimento de Reforma Sanitária e realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006; POLIGNANO, 2001).

Quanto ao sistema de saúde, o INAMPS continuou a financiar estados e municípios, as políticas privatizantes foram contidas e foram criados novos canais de participação popular. Em 1987, constituíram-se os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Houve redução da mortalidade infantil e de doenças preveníveis por imunização, aumento das mortes violentas relacionadas à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), persistência de doenças cardiovasculares e cânceres e início da epidemia de dengue (PAIM et al., 2011).

Em 1988, publicou-se a nova Constituição. O texto constitucional garante que a saúde é direito de todos os cidadãos e que o Estado tem responsabilidade acerca da promoção e recuperação desta mediante a formulação de políticas sociais e econômicas. Nesse contexto, consolida-se o direito de cidadania e democracia da sociedade brasileira por meio do compromisso do governo com o estado de bem-estar social (BRASIL, 2012). Finalmente, o SUS foi definido pela constituição citada e regulamentado em 1990 pelas Leis 8.080 e 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

O SUS é um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais, municipais e, em caráter complementar, pelas instituições privadas. Os fundamentais princípios doutrinários e organizativos do SUS são: Universalidade, Equidade, Integralidade, Participação da comunidade, Descentralização, Regionalização e Hierarquização de ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Em 1993, tivemos a extinção do INAMPS e, no ano seguinte, a criação do Programa Saúde da Família. Foram editadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) e de assistência à saúde para regular a transferência de recursos financeiros, o planejamento das ações de saúde e os mecanismos de controle social. O financiamento do sistema de saúde, a partir de 1998, passou a ser baseado no Piso

de Atenção Básica (PAB). Em 2000, a Emenda Constitucional 29 buscou estabilizar o financiamento do SUS, definindo as responsabilidades específicas das esferas de governo (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Com o delineamento do sistema de saúde no Brasil, o alicerce para a instalação de políticas de saúde focalizadas começou a se configurar. A aprovação da Lei Arouca, em 1999 (BRASIL, 1999), que instituiu a saúde indígena como parte do SUS, e a formulação da Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, são exemplos de focalização (PAIM et al., 2011; POLIGNANO, 2001). Também em 2006, na formulação do Pacto pela Saúde, tiveram ações direcionadas a grupos específicos, tais como idosos, mulheres, trabalhadores e homens (BRASIL, 2006).

Desse modo, o Estado, para tentar assegurar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde e reparar iniquidades em saúde, mesmo que recebendo algumas críticas, lança mãos de políticas focalizadas.

2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Reconhecendo o contexto dos agravos do sexo masculino como problema de saúde pública, o Ministério da Saúde, juntamente com gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional, apresentou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em 2008. Esta, amparada pelos princípios e diretrizes do SUS, se encontra atrelada à Política Nacional de Atenção Básica e à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e às estratégias de humanização em saúde (BRASIL, 2008).

Tal associação é pertinente, uma vez que a população masculina busca o serviço de saúde, majoritariamente, por meio da atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Percebe-se ainda que o homem apresenta menor adesão em tratamentos de longa duração e às ações de promoção à saúde e prevenção da doença, pois estas exigem mudanças comportamentais. Essa situação aumenta a demanda de recursos financeiros e o sofrimento físico e emocional do usuário e de sua família, afetando a qualidade de vida dos envolvidos.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, questões socioculturais e institucionais afastam os usuários do sexo masculino dos serviços de saúde. Os estereótipos de gênero julgam o homem como um ser invulnerável e a doença representa uma fragilidade para este, que tem medo de descobrir que a sua saúde não está perfeita. Como os homens se sentem impossibilitados de adoecer, têm dificuldades em reconhecer suas necessidades de saúde. Conforme citam Welzer-Lang, Lyra-da-Fonseca et al., Tellería e Hardy e Jimenez e Medrado e colaboradores (apud BRASIL, 2008), diante do conceito de masculinidade, a sociedade enquadra o homem no papel de “provedor” e a mulher no papel de “cuidadora”, fato que contribui pela não-procura aos serviços de saúde por parte dos homens.

Nessa perspectiva, o horário de funcionamento das UAPS geralmente coincide com o horário de trabalho do homem, que é responsável pelo sustento da família e, portanto, preocupa-se primeiramente com a atividade laboral. Segundo Gomes e colaboradores, Kalckmann e colaboradores e Schraiber (apud BRASIL, 2008), as filas e a baixa resolutividade imediata dos serviços de saúde também são apontadas como barreiras para a procura do serviço de saúde. Finalmente, até então, não existem estratégias específicas para a saúde do homem, uma vez que as ações de saúde privilegiam somente a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, dificultando a inserção do homem nos serviços.

Ainda conforme a política em questão, “representações sociais sobre a masculinidade comprometem o acesso à atenção primária, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população às situações de violência e de risco para a saúde” (BRASIL, 2008, p. 6).

Para a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, consideraram-se os indicadores demográficos e epidemiológicos da população masculina do Brasil, além das heterogeneidades das possibilidades de ser homem (idade, condição socioeconômica, étnico-racial, localidade, situação carcerária, deficiência física e/ou mental e orientação sexual). Quando comparados às mulheres, os homens encontram-se mais expostos e suscetíveis à violência, ao alcoolismo, ao tabagismo e ao óbito por causas externas (BRASIL, 2008). Foram citados dados estatísticos que também justificam a necessidade imediata de ações direcionadas exclusivamente à população masculina.

A presente política tem como princípios a humanização e a qualidade. Para tanto, são importantes a “promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem”. É imprescindível a mudança de concepção do homem em relação à saúde, implicando em investimento nos aspectos educacionais e na mudança de postura dos profissionais e serviços de saúde. A articulação com ações governamentais e políticas de saúde e a prioridade da atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde também garantem a integralidade das ações (BRASIL, 2008).

Quanto às diretrizes, temos a integralidade, a factibilidade, a coerência e a viabilidade. A integralidade corresponde à continuidade do cuidado, considerando a situação singular do indivíduo. Já a factibilidade refere-se à disponibilidade de recursos materiais, financeiros e humanos para a implantação das ações preconizadas. Por sua vez, a coerência garante a compatibilidade com os princípios do SUS, enquanto a viabilidade relaciona-se à responsabilidade dos três níveis de gestão (União, Estados e Municípios) e do controle social para com a possibilidade da execução das propostas presentes na política em questão. A articulação interinstitucional, a reorganização das ações de saúde e a educação permanente dos trabalhadores do SUS são propostas para a inclusão dos homens nos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Os objetivos gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem são:

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2008, p. 36).

Os objetivos específicos são: a organização, implantação, qualificação e humanização da atenção integral à saúde do homem em todo o país; o incentivo à implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva do homem; e, finalmente, a ampliação do acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas, principalmente contra os agravos que mais atingem a população masculina (BRASIL, 2008). Além disso, a política conta também com a definição das responsabilidades específicas de cada esfera do governo para com a saúde do homem, respeitando a autonomia e as competências institucionais.

A avaliação da implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é interessante para verificar sua efetividade e influência na qualidade de vida da população masculina, contribuindo para aprimorar as ações relativas a essa política. Esse processo ocorre de acordo com as deliberações definidas em âmbito federal, estadual e municipal, além dos planos, programas e projetos decorrentes da política. É importante avaliar, ainda, a contribuição dessa política para a reafirmação dos princípios e diretrizes do SUS preestabelecidos (BRASIL, 2008).

3 O DESENHO TEÓRICO E METODOLÓGICO DO ESTUDO

3.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO MARCO TEÓRICO

A saúde do homem, enquanto fenômeno histórico, cultural e social, sugere diversos questionamentos e, então, se constitui como uma temática de estudo. Visando à compreensão da resposta social do homem sobre o processo saúde-doença, o referencial teórico das Representações Sociais embasa esta pesquisa, possibilitando-nos reconhecer, analisar e comunicar um processo social específico. Essa teoria contribui para a interpretação dos valores, sentimentos, imaginação e, portanto, dos saberes individuais e coletivos preexistentes, que envolvem a questão em estudo. Segundo Apostolidis (apud TRINDADE et al., 2011), o estudo das representações sociais de saúde e doença permite compreender as interações existentes entre o individual e o coletivo.

A Teoria das Representações Sociais foi elaborada e concretizada por Serge Moscovici com a difusão da psicanálise, originada na Europa e publicada na França na década de 1960. A partir da década de 1990, essa teoria se expandiu e vem sendo utilizada nos campos da saúde, educação e ecologia (SILVA, 2004). Na verdade, Durkheim foi o precursor do conceito das representações, denominando-as, porém, de representações coletivas (MOSCOVICI, 2003).

Durkheim (apud CREPALDI, 1999) opõe as representações coletivas às individuais e adverte que o pensamento social é mais estático e invariável que o pensamento individual, que possui caráter efêmero. O autor ressalta que a representação é resultante da ciência, religião, mitos, visão do mundo, opiniões e saberes variados. Em contrapartida, Moscovici (apud CREPALDI, 1999) reformula o conceito de Durkheim e contraria o caráter universal e estável da coletividade e a instabilidade da individualidade. Além disso, para Moscovici, os saberes propostos por Durkheim para gerar representações são completamente diferentes uns dos outros e se diferem também do senso comum, que deve ser levado em conta no processo de formulação de representações.

O caráter multifacetado das representações sociais dificulta sua definição. Por um lado, a representação social é entendida como um processo social de onde

são emersos significados e objetos sociais. Por outro lado, especialmente no caso de pesquisas empíricas, os atributos individuais são utilizados para conduzir as representações sociais (WAGNER, 2008). Na mesma linha de raciocínio, Sá (1998) lembra que:

Os fenômenos de representação social estão ‘espalhados por aí’, na cultura, nas instituições, nas práticas sociais, nas comunicações interpessoais e de massa e nos pensamentos individuais. Eles são, por natureza, difusos, fugidios, multifacetados, em constante movimento e presentes em inúmeras instâncias da interação social. (SÁ, 1998, p. 21).

Conforme explica Crepaldi (1999), sempre que há interação entre indivíduos tem-se a presença de representações sociais, pois nesse contato entre pessoas e objetos encontramos o conhecimento sobre o mundo. Como contribuição à discussão, Jovchelovitch (2008, p. 71) ressalta que “uma representação é mero reflexo do mundo externo na mente, ou uma marca da mente que se reproduz no mundo externo”, enfatizando a ideia de que sem uma relação entre sociedade, sujeitos e objetos não existe representação social. Moscovici (2003) ainda assinala:

[...] nossas coletividades hoje não poderiam funcionar se não se criassem representações sociais baseadas no tronco das teorias e ideologias que elas transformam em realidades compartilhadas, relacionadas com as interações entre pessoas que, então, passam a constituir uma categoria de fenômenos à parte. E a característica específica dessas representações é precisamente a de que elas ‘corporificam ideias’ em experiências coletivas e interações em comportamento [...] (MOSCOVICI, 2003, p.).

Para Crepaldi (1999, p. 26), a representação social “é uma atividade de transformação de um saber, a ciência, em um outro saber, o senso comum, e vice-versa”. Os fenômenos sociais são subsidiados por diferentes teorias populares, senso comum e saberes cotidianos, os quais são chamados representações sociais (WAGNER, 2008).

Segundo Jodelet (2001), a representação social é uma forma de conhecimento do senso comum, que possibilita a construção de uma realidade comum ao grupo de indivíduos estudado. Ao estudar as representações sociais de fenômenos observáveis, deve-se atentar à articulação entre elementos afetivos, mentais e sociais, contemplando o sentido e a linguagem.

Como contribuição ao tema, Doise, Clémence e Lorenzi-Cioldi (apud TRINDADE et al., 2011) dizem que, na abordagem teórica das representações sociais,

[...] há uma partilha de crenças comuns, entre os diferentes membros de uma população, acerca de um dado objeto social, visto que as representações sociais se constroem em relações de comunicação que supõem linguagem e referências comuns àqueles que estão implicados nessas trocas simbólicas (DOISE; CLÉMENCE; LORENZI-CIOLDI apud TRINDADE et al., 2011, p. 103).

Minayo (2008a) corrobora essas afirmativas quando diz que a linguagem é reconhecida no campo das representações sociais como forma de conhecimento e de interação social. A autora destaca ainda que “a mediação privilegiada para a compreensão das representações sociais é a linguagem” (MINAYO, 2008a, p. 110). Para Jovchelovitch (2008), é válido reforçar que os processos responsáveis pela concretização das representações sociais são conduzidos pela comunicação e práticas sociais, como diálogo, discurso, rituais, arte; enfim, cultura.

As representações sociais são entendidas como uma maneira de compreender e explicar o que já é sabido e têm como objetivo reproduzir o mundo de uma forma significativa mediante percepções. Elas são fenômenos relacionados com um modo específico de compreensão e comunicação que precisam ser descritos (MOSCOVICI, 2003). Para o mesmo autor, a finalidade das representações em geral “é tornar familiar algo não familiar, ou a própria não familiaridade” (p. 54).

Nesse contexto, Jodelet (apud CREPALDI, 1999) menciona que:

As representações sociais são categorias que servem para classificar as situações, os objetos, os indivíduos com quem temos relações; são teorias que permitem preceituar sobre os fenômenos da vida cotidiana. São imagens que traduzem um conjunto de significações; são sistemas de referência que nos permitem interpretar o que nos chega, são maneiras de dar um sentido ao desconhecido. (JODELET apud CREPALDI, 1999, p. 23).

De acordo com Trindade e colaboradores (2011):

Estudar a saúde e a doença a partir do olhar das representações sociais é estudar os processos psicológicos e sociais subjacentes às formas de pensamento social construídas entre grupos sociais para dar sentido às ocorrências experienciadas pelo próprio corpo ou pelo corpo do outro (TRINDADE et al., 2011, p. 100).

A partir da necessidade de dar sentido à doença e à saúde, são construídas e compartilhadas teorias de senso comum, cujos sentidos se tornam objetos sociais que facilitam a comunicação, protegem a identidade e guiam as condutas dos grupos sociais (TRINDADE et al., 2011).

As representações sociais são representações de objetos ou pessoas que se desenvolvem a partir de experiências e, portanto, de recordações. Elas são uma rede de ideias, metáforas e imagens aproximadas de acordo com as crenças centrais de cada sociedade (MOSCOVICI, 2003).

Nessa perspectiva, Minayo (2008a) lembra que, no campo filosófico, as representações sociais sugerem a reprodução de percepções inseridas na lembrança e pensamento dos indivíduos e, dessa maneira, correspondem às situações reais de vida.

Para garantir a familiaridade das representações, é necessário pôr em funcionamento dois mecanismos do processo de pensamento, a saber: ancoragem e objetivação (MOSCOVICI, 2003). É importante ressaltar que a elaboração das representações tem sua explicação pela articulação desses dois processos. Jovchelovitch (2008) comenta:

A objetivação e a ancoragem são as formas específicas em que as representações sociais estabelecem mediações, trazendo para um nível quase material a produção simbólica de uma comunidade e dando conta da concreticidade das representações sociais da vida social (JOVCHELOVITCH, 2008, p. 81).

A ancoragem consiste em inserir palavras, ideias e imagens estranhas a um contexto familiar. A partir da classificação e categorização do desconhecido, a ancoragem confere significado ao objeto representado (MOSCOVICI, 2003). De acordo com Crepaldi (1999), o novo é interpretado em um universo preexistente por meio da integração cognitiva.

Enquanto isso, a objetivação é considerada mais atuante que a ancoragem, que é um prolongamento daquela. Por meio da objetivação, é possível comparar e reproduzir conceitos imprecisos (MOSCOVICI, 2003). Para o autor, “objetivação une a ideia de não familiaridade com a de realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade” (MOSCOVICI, 2003, p. 71). Ela é, contudo, capaz de materializar as abstrações e concretizar os conhecimentos relativos ao objeto de representação, correspondendo coisas às palavras (CREPALDI, 1999).

Ainda referente à objetivação, Jovchelovitch (2008) complementa a discussão, reforçando que objetivar é atribuir significados, antes desconhecidos, a uma realidade familiar. A autora conclui que as representações sociais surgem dessa maneira: “como processo que ao mesmo tempo desafia e reproduz, repete e supera, que é formado, mas que também forma a vida social de uma comunidade” (JOVCHELOVITCH, 2008, p. 82).

Contudo, percebe-se que, ao analisar as representações sociais, é necessário considerar o social como totalidade, diferentemente de considerar um grupo de indivíduos, ou seja, tais representações se centram nos fenômenos produzidos pelas construções particulares da realidade social, e não no sujeito individual (JOVCHELOVITCH, 2008).

Jodelet (2001) ressalta que as pessoas sempre têm necessidade de estarem afinadas com os acontecimentos que as envolve. O mundo é partilhado pelas pessoas, e esse partilhar possibilita a elaboração de representações para compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo. Elas nos direcionam na maneira de nomear e definir em conjunto as diversidades da realidade cotidiana; no modo de interpretar, de tomar decisões e apresentar uma posição frente às diversas situações de maneira defensiva.

A proposição de um estudo sobre a representação social dos homens acerca de sua saúde e doença pretende compreender como esses homens, em suas interações sociais e culturais, assimilam os questionamentos referentes à importância do cuidado à saúde e suas consequências.

3.2 O MÉTODO ESCOLHIDO PARA O ESTUDO

Considerando o objeto desta pesquisa, optou-se pela abordagem qualitativa, pois o estudo busca investigar processos subjetivos de um fenômeno social, como sentimentos, emoções, valores, crenças e significados envolvidos no processo saúde-doença na perspectiva masculina.

A abordagem qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (CHIZZOTTI, 2000). Sendo assim, de acordo com Minayo

(1994), a pesquisa qualitativa explora uma realidade que não se permite quantificar, uma vez que envolve o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Chizzotti (2003) enfatiza que:

O termo qualitativo implica uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível e, após este tirocínio, o autor interpreta e traduz em um texto, zelosamente escrito, com perspicácia e competência científicas, os significados patentes ou ocultos do seu objeto de pesquisa. (CHIZZOTTI, 2003, p. 221).

Conforme afirma Turato (2005), no contexto da metodologia qualitativa, busca-se entender o significado e a representação do fenômeno para a vida das pessoas. Ainda nessa perspectiva, os pesquisadores qualitativistas se interessam pela significação e processo dos fenômenos vivenciados pela sociedade, pretendendo, assim, conhecer as representações e vivências consequentes da experiência de vida das pessoas (BOGDAN; BIKLEN, 1998; DENZIN; LINCOLN, 1994). Contribuindo com essa discussão, Chizzotti (2003) fala que, na pesquisa qualitativa, as interações sociais podem ser descritas e analisadas a partir dos significados atribuídos às coisas e pessoas pelo investigador, dispensando quantificações estatísticas para tanto.

Na metodologia de pesquisa qualitativa, o significado e a intencionalidade são incorporados aos atos, às relações e às estruturas sociais. Dessa forma, a interpretação do cotidiano e das experiências dos sujeitos representa a essência das investigações qualitativas (MINAYO, 2008b). A pesquisa qualitativa, de acordo com Flick (2009, p. 8), visa a “abordar o mundo ‘lá fora’ e entender, descrever e, às vezes, explicar os fenômenos sociais ‘de dentro’ de diversas maneiras diferentes”.

No caso da pesquisa qualitativa em saúde, por exemplo, Turato (2005) menciona que ela busca o significado e, portanto, a interpretação dos fenômenos relacionados aos problemas de saúde e doença emanados dos indivíduos que os vivenciam, como pacientes, profissionais de saúde e sujeitos da comunidade.

O método qualitativo, conforme diz Turato (2005, p. 509), tem a finalidade de “falar de uma ordem que é invisível ao olhar comum”, ou seja, fazer uma análise profunda das relações entre os elementos. Nesse raciocínio, refere ainda o autor que o método em questão valoriza o processo do fenômeno, e não o produto final.

Ancorada na abordagem qualitativa, pretende-se alcançar o entendimento aprofundado das perspectivas, anseios, expectativas, frustrações, crenças, desejos, comportamentos, atitudes e representações dos homens sobre a saúde e doença. Por meio desse tipo de estudo, busca-se descrever as características do fenômeno em questão e analisar todo o processo inserido em seu contexto sociocultural.

3.3 CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo foi realizado no município de São João del-Rei, localizado no estado de Minas Gerais, mais precisamente no sudeste do Estado e na região do Campo das Vertentes. O município possui elevado índice de desenvolvimento humano em relação ao país e concentra serviços de saúde, comércio e educação, polarizando cidades do Campo das Vertentes e Sul de Minas. Essa localidade tem um contingente populacional de 84.353 habitantes, sendo 40.972 homens, o que a torna uma das maiores cidades da região.

A população de São João del-Rei é atendida por 13 equipes de saúde da família, sendo 11 instaladas na zona urbana e 2 na zona rural, distribuídas em dez UAPS. Portanto existem unidades de saúde no município que não possuem o Programa Saúde da Família (PSF). As equipes de saúde da família são responsáveis por 41.913 pessoas, sendo 20.101 homens cadastrados. A cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município em questão chega a 53,10%.

O cenário do estudo foi composto por três UAPS: UAPS 1, UAPS 2 e UAPS 3.

Essas três UAPS foram selecionadas pelo fato de possuírem duas equipes na ESF cada uma e, conseqüentemente, permitirem alcançar um maior número de homens para a concretização do estudo. Nas equipes de saúde da família da UAPS 1, estão cadastrados 3.400 homens; na UAPS 2, 2.742; e, na UAPS 3, 3.861 homens.

Eleito o cenário, o presente projeto foi encaminhado à chefia direta do Serviço de Atenção Primária à Saúde do município de São João del-Rei, para sua apreciação e aprovação, mediante documento formal de permissão (Anexo A).

3.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Como assinala Minayo (2008b), na abordagem qualitativa, o aprofundamento e a abrangência são imprescindíveis para a compreensão do fenômeno estudado. Para tanto, o critério numérico é irrelevante, podendo-se “considerar que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo” (MINAYO, 2008b, p. 197). Como reforça Pires (2008), a “amostra não-probabilística” possibilita conhecer detalhadamente a realidade social.

Ao definir a amostra qualitativa, deve-se privilegiar os sujeitos sociais que apresentem as características que o pesquisador intenciona conhecer e atentar às interações do grupo estudado com outros grupos (MINAYO, 2008b).

Frente a essas afirmações, os participantes do estudo foram 51 homens cadastrados na ESF do município de São João del-Rei, que apresentaram idade entre 30 e 59 anos e frequentaram as unidades na época da coleta de dados. A faixa etária selecionada justifica-se pelos dados estatísticos que revelam que, entre 15 e 79 anos, a mortalidade masculina é muito mais elevada que a mortalidade feminina (BRASIL, c2008). O limite de idade foi escolhido intencionalmente para favorecer o encontro com os sujeitos, uma vez que a faixa etária selecionada predominava entre os homens cadastrados na ESF. Além disso, os idosos foram excluídos do estudo por já possuírem uma política de saúde específica por parte do governo.

No estudo, os homens foram caracterizados de maneira que o anonimato e a privacidade fossem assegurados. Desse modo, foram identificados pelas iniciais dos seus nomes; em seguida, pela sua idade e estado civil, sendo “S” para solteiro, “C” para casado, “D” para divorciado e “UE” para união estável.

3.5 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, em 27 de novembro de 2013, sob o parecer

número 155.053 (Anexo B), foi realizado contato com os gerentes das UAPS para inserir-me no campo.

Em um segundo momento, o projeto foi apresentado aos prováveis sujeitos do estudo, usuários das UAPS locais, no sentido de esclarecer os objetivos e quaisquer dúvidas que pudessem existir frente a sua participação no processo. Respeitando as normas da Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), sobre pesquisa envolvendo seres humanos, as informações somente passaram a ser coletadas após prévia autorização dos participantes da pesquisa, por meio do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), devidamente aprovado pelo referido Comitê de Ética em Pesquisa, garantindo, assim, o sigilo e o anonimato do depoimento dos participantes, visando a proteger sua privacidade.

O instrumento usado para coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, uma vez que, ao mesmo tempo em que conduz a abordagem, permite a liberdade do entrevistado para expor seus pensamentos. Essa técnica ainda valoriza a presença do pesquisador, seu contato direto com o entrevistado e a relação que se estabelece entre os atores envolvidos, garantindo espontaneidade nas falas, fator enriquecedor em análises qualitativas (TRIVIÑOS, 2007).

A entrevista é uma conversa pretensiosa orientada pelo entrevistador, destinada a produzir informações relevantes para analisar e/ou investigar um objeto de pesquisa. Minayo (2008b) sublinha que as informações coletadas por meio da entrevista são reflexões “subjetivas” dos sujeitos e representam a realidade, revelando ideias, crenças, opiniões e comportamentos.

Acerca desse tipo de instrumento de investigação científica, Turato (2005) lembra que o pesquisador é, na verdade, o próprio instrumento de pesquisa, uma vez que utiliza seus sentidos para interpretar e representar os objetos de estudo. A acurácia na observação dos sujeitos e a profundidade das entrevistas permitem ao investigador alcançar a essência da questão em estudo.

No caso da entrevista semiestruturada, tem-se uma combinação de perguntas fechadas e abertas; portanto, o entrevistado não se restringe à indagação formulada. Ela assegura aos investigadores que seus questionamentos serão cobertos na conversa (MINAYO, 2008b). Como reforça Triviños (1987), nesse tipo de entrevista, o participante segue sua própria linha de raciocínio apesar de estar inserido no foco objetivado.

Para que as informações coletadas por meio da entrevista sejam relevantes e contribuam verdadeiramente para o estudo, é interessante que o pesquisador se aproxime do contexto vivido pelos informantes. Leite e Vasconcellos (2007) mencionam que: “As relações entre pesquisador e seus informantes precisam ser construídas no desenvolvimento do estudo, exigindo sensibilidade e flexibilidade para possibilitar o diálogo entre as partes e o sucesso da pesquisa de campo” (LEITE; VASCONCELLOS, 2007, p. 169).

O entrevistador deve valorizar sua sensibilidade e as relações com os interlocutores e, assim, preocupar-se menos com as técnicas padronizadas (LEITE; VASCONCELLOS, 2007).

O roteiro semiestruturado de perguntas (Apêndice B) subsidiou a reflexão acerca da saúde e doença na perspectiva dos homens, no qual estes puderam discorrer livremente sobre o tema sem, contudo, perder o foco central do estudo. Novos questionamentos foram incorporados no momento da entrevista quando houve necessidade de aprofundar determinado assunto ou retomar o tema central.

Os dados foram coletados no período de 6 de dezembro de 2012 até 18 de janeiro de 2013. As entrevistas foram realizadas no âmbito das UAPS a partir da procura dos usuários pelos cuidados em saúde e aproveitando os momentos de espera pelo atendimento. As mesmas foram gravadas em fitas magnéticas com o intuito de garantir a reprodução fidedigna das falas dos participantes e ficarão na posse do pesquisador por um período de cinco anos. Após esse prazo, serão destruídas.

3.6 ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Para o tratamento dos depoimentos foi selecionado o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2008).

Bardin (2008) afirma que esse método de análise “visa ao conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica etc., por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares” (BARDIN, 2008, p. 46).

Dentro das modalidades de análise de conteúdo, optou-se pela análise temática, seguindo as três etapas descritas propostas por Bardin (2008):

- *Pré-Análise*: consiste na escolha dos documentos a serem analisados mediante a Leitura Flutuante e a organização do material selecionado para delimitar o Corpus da investigação, o qual deve estar permeado de exaustividade, representatividade e homogeneidade. A Formulação e reformulação de Hipóteses e Objetivos considera a leitura exaustiva dos documentos selecionados e, se necessário, a reformulação das indagações.
- *Exploração do Material*: consiste na codificação e classificação dos dados e, posteriormente, na escolha das categorias teóricas específicas dos temas.
- *Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação*: consistem na imposição de relações, inferências e interpretações do analista, sustentando cientificamente as informações colhidas.

Mediante a análise escolhida para o estudo, foram apreendidas e analisadas as representações sociais sobre o processo saúde-doença dos homens acolhidos pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Seguindo as proposições para análise e interpretação dos dados, foram construídas e nomeadas as seguintes categorias: Homens tecendo representações sobre a saúde; Homens tecendo representações sobre a doença; A atenção Primária à Saúde na percepção dos homens; A Atenção Primária à Saúde: motivações e (des)motivações dos homens para procurá-la;

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, como orienta a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, em 20 de março de 2012. O mesmo foi autorizado somente no dia 27 de novembro de 2012, sob o parecer número 155.053 e CAAE 05638412.6.0000.5147 (Anexo B).

A prorrogação da confirmação de autorização da pesquisa é justificada pela época de envio do projeto que coincidiu com o processo de implantação do novo método de submissão de projeto de pesquisa pela Plataforma Brasil.

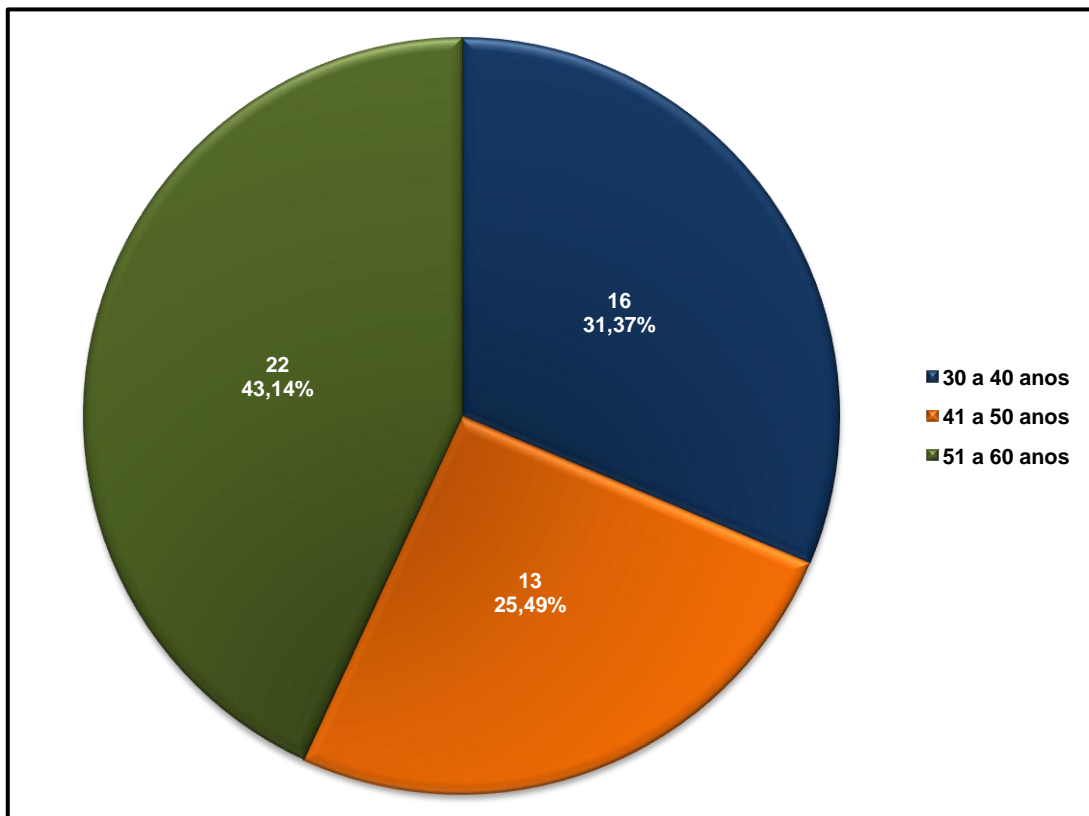
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 RETRATANDO OS SUJEITOS DO ESTUDO

Nesta categoria, apresentaremos os homens que participaram do estudo quanto à idade, estado civil, número de filhos, anos de estudos, renda familiar, exercício de atividade remunerada e motivo que os levaram a procurar a UAPS (Apêndice C).

De acordo com o Gráfico 1, ressaltamos que dos 51 homens entrevistados 22 (43,14%) encontravam-se na faixa etária dos 51 aos 60 anos, 16 (31,37%) na faixa dos 30 aos 40 anos e 13 (25,49%) na faixa dos 41 aos 50 anos. A maior idade dos entrevistados foi de 59 anos e a mínima foi de 30 anos.

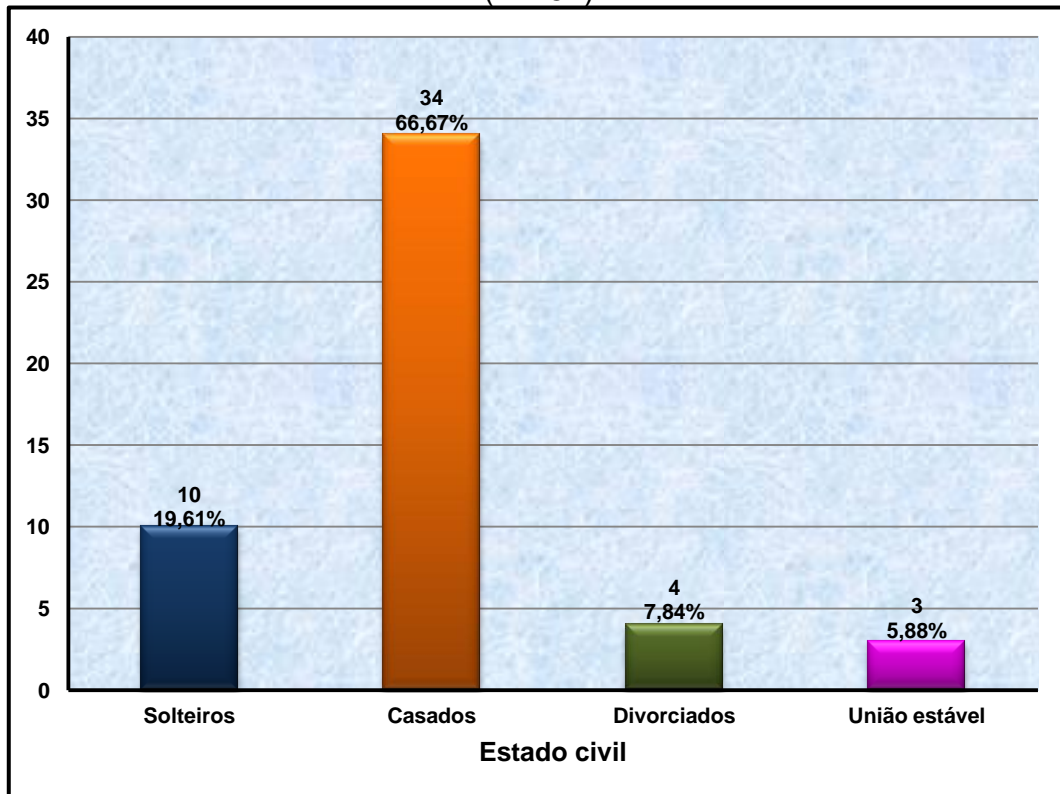
Gráfico 1. Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação à idade (n = 51)



Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao estado civil, 66,67% dos informantes afirmaram ser casados, 19,61% solteiros, 7,84% divorciados e 5,88% disseram manter uma união estável (Gráfico 2).

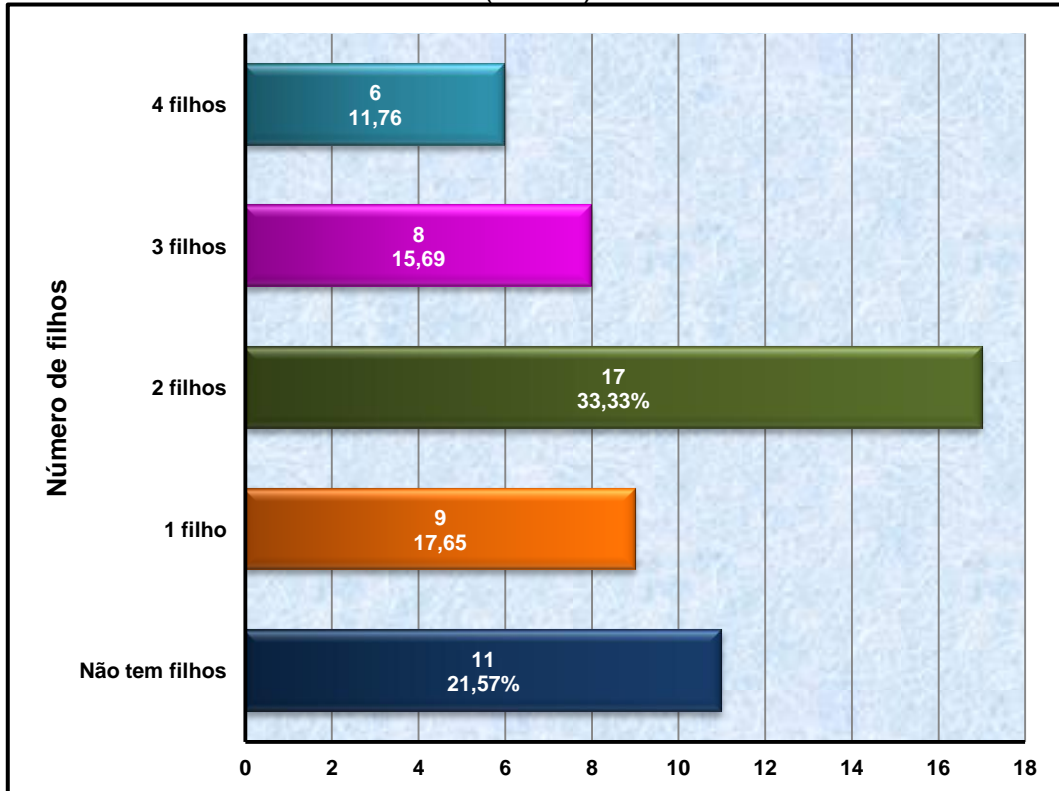
Gráfico 2. Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação ao estado civil (n = 51)



Fonte: Dados da pesquisa

Do total dos sujeitos, 33,33% têm 2 filhos, 17,65% têm 1 filho, 15,69% têm 3 filhos e 11,76% têm 4 filhos. Dos participantes, 11 (21,57%) declararam não terem filhos (Gráfico 3).

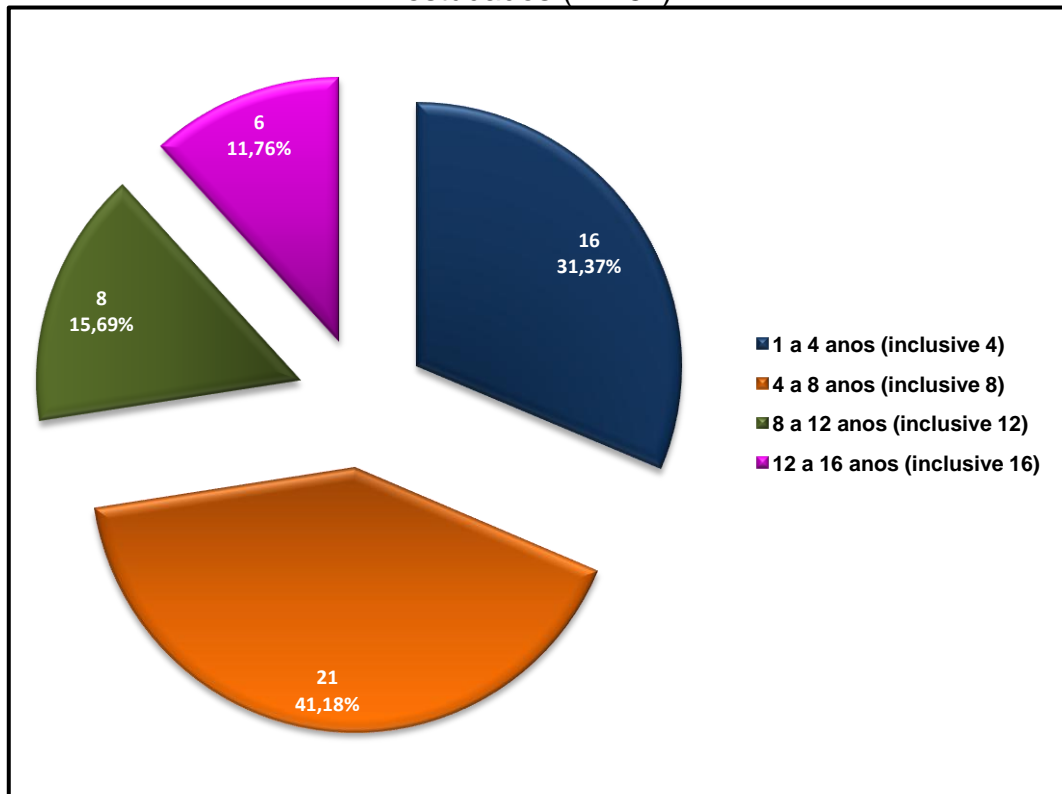
Gráfico 3. Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação ao número de filhos (n = 51)



Fonte: Dados da pesquisa

A maioria (41,18%) dos entrevistados tem de 4 a 8 anos de estudo. 31,37% dos homens disseram ter de 1 a 4 anos de estudo, 15,69% de 8 a 12 anos e, enfim, 11,76% estudaram por 12 a 16 anos (Gráfico 4).

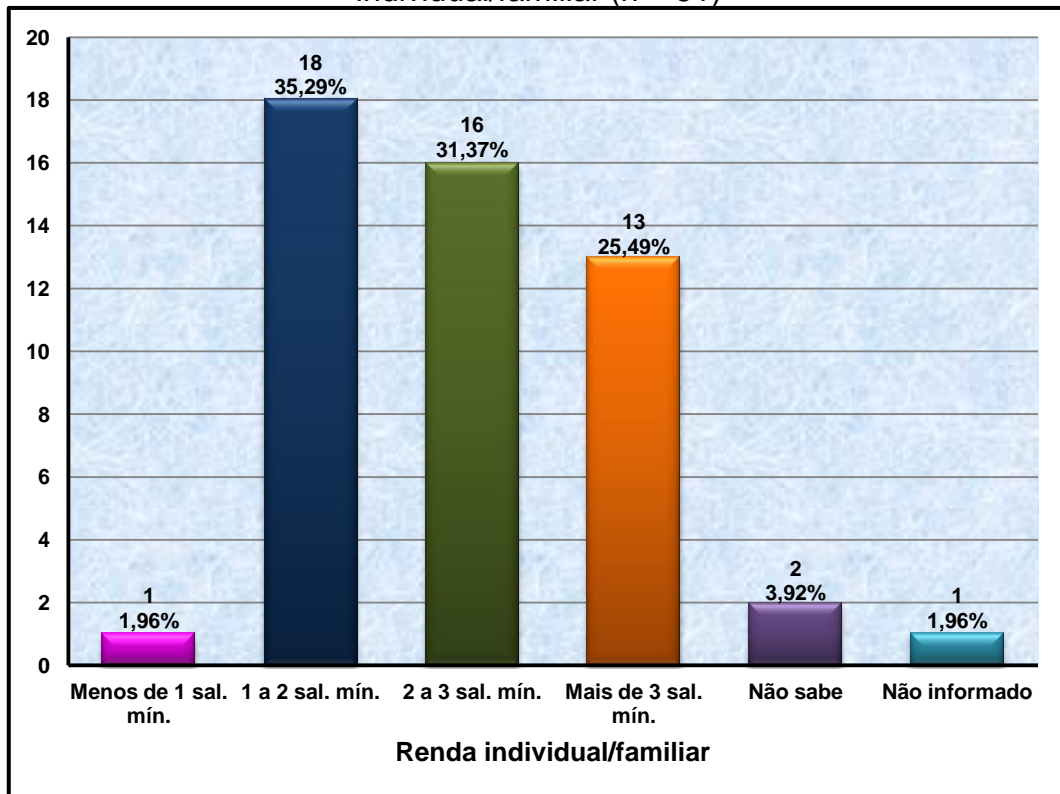
Gráfico 4. Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação ao número de anos estudados (n = 51)



Fonte: Dados da pesquisa

Em 35,29% dos entrevistados, a renda individual/familiar variou de 1 a 2 salários mínimos, 31,37% de 2 a 3 salários mínimos e 25,49% revelaram um renda maior que 3 salários mínimos. Apenas 1 (1,96%) participante tem a renda menor que 1 salário mínimo. 3,92% não souberam informar e apenas 1 (1,96%) se recusou a responder (Gráfico 5).

Gráfico 5. Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação à renda individual/familiar (n = 51)

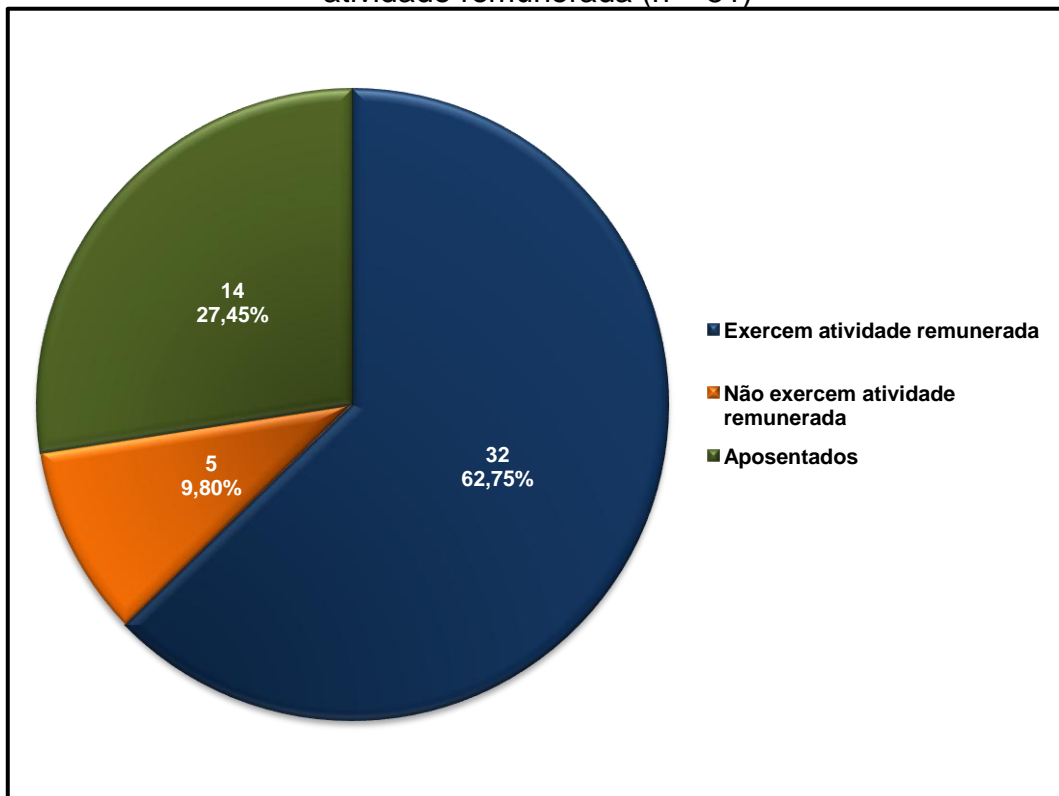


Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: sal. mín.: salário mínimo

Quando questionados sobre desenvolverem algum tipo de atividade remunerada, 62,75% dos homens enquadravam-se no grupo da população economicamente ativa e 8,80% estavam desempregados no momento em que a entrevista foi realizada. O restante (27,45%) estava aposentado (Gráfico 6).

Gráfico 6. Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação ao exercício de atividade remunerada (n = 51)



Fonte: Dados da pesquisa

Após as informações expostas passaremos para a análise das categorias eleitas para o estudo.

4.2 HOMENS TECENDO REPRESENTAÇÕES SOBRE A SAÚDE

Nesta categoria de análise, serão abordadas as representações dos homens usuários do Programa Saúde da Família em relação à saúde. É interessante

ressaltar que muitos homens reconhecem a relevância da saúde e a consideram algo essencial em suas vidas, conforme explicitam os depoimentos a seguir:

Saúde é a coisa mais importante, depois de Deus a saúde é o mais importante. Se você tem saúde, você tem tudo. [...] você pode viajar, fazer as coisas que você gosta, que o ser humano gosta de fazer, é... (ACR42S)

Saúde é uma coisa muito importante, né, o principal. E muita gente não tá nem aí pra isso. (JAS55C)

Saúde é a coisa melhor que tem, né? Sem saúde, não tem nada (MAR45S)

É a melhor coisa que tem a saúde. É tudo na vida (AJS52C)

Saúde é bom, né? Tem que cuidar dela bem. A melhor coisa que tem na vida da gente é a saúde. (RJS51C)

Ter saúde pra mim é tudo, né? Saúde na nossa vida, ela é tudo. Sem saúde, você não faz nada da vida. Você precisa da saúde pra tudo. É igualzinho almoçar e jantar. S não tiver saúde, você vai almoçar como? (JMC59C)

Saúde é ter disponibilidade. [...] Ter saúde é [...] você poder caminhar, poder fazer um tanto de coisa. Acho que é importantíssimo. (FHTS30D)

As representações elaboradas relacionaram a saúde com atividades consideradas básicas da vida, como almoçar e jantar, além de outras, como trabalhar, viajar e realizar coisas agradáveis e satisfatórias para cada ser humano. A partir das falas apresentadas, constata-se que o fato de a pessoa ter saúde possibilita à mesma usufruir da vida.

Os depoimentos anteriormente descritos aproximam-se das afirmações de Alessandra Silva (2008), quando esta mostra que o conceito de saúde vem sendo modificado. Para a autora, a saúde é compreendida não somente como ausência de doença, mas, sim, como uma condição que produz oportunidades e permite o desfrute da vida. Corroborando, Péres e colaboradores (2008) afirmam que a saúde garante a condição de se manter ativo, satisfazendo algumas necessidades básicas.

O trabalho, culturalmente considerado essencial para o homem, aparece nas representações, relacionando-o como ser saudável:

Saúde é quando você pode trabalhar num bom emprego [...] (ACR42S)

Ter saúde é você poder trabalhar [...] (FHTS30D)

Sentir bem em todos os aspectos. É trabalhar sem ter dor, sem sentir nada. (RSN30C)

É estar bem, sei lá. Estando podendo trabalhar, poder fazer as coisas que a gente faz no dia a dia. (MLG45UE)

Nessas falas, prevalece a ideia de que, enquanto pode trabalhar, a pessoa está com saúde. A representação da saúde para os homens está intimamente vinculada à capacidade de trabalhar. Tal fato sugere que a atenção do homem só se volta ao corpo quando há decréscimo no rendimento da capacidade produtiva que prejudica a força de trabalho (PÉRES et al., 2008).

Vale lembrar que o trabalho é considerado um atributo de masculinidade relacionado à manutenção do status de provedor, dominador e “chefe de família”, características que configuram modos de ser homem (SILVA, A. D., 2008).

Nessa perspectiva, alguns usuários ainda especificaram atividades que devem ser exercidas para que a pessoa seja considerada saudável. Nota-se que a “alimentação” é citada por um número significativo de homens como sinônimo de saúde:

É alimentação, né? Procurar alimentar bem e ter saúde pra viver melhor, né? (PGL56C)

Ah, ter saúde é alimentar bem, dormir bem, essas coisas assim. (ACA46C)

Ter saúde é não estar no sedentarismo, boa alimentação e, no geral, procurar o médico periodicamente. (CR40D)

Ter saúde é ter condições de levar uma vida, uma vida normal. E pra eu levar essa vida normal, praticando esporte, passeando, alimentando, isso tudo faz parte também da saúde, que é alimentar bem e praticar esporte, praticar atividades... E ter saúde é poder fazer tudo e não sentir nada. (LJR58D)

Ter saúde eu acho que é mais fazer a alimentação correta, exercícios físicos e, dizer o que, estar bem consigo mesmo. Estar sempre orientando, procurando aferir a pressão, sempre cuidando. (ANS42C)

Pra ter saúde tem que ter uma boa alimentação, bastante verdura, legume, salada, isso aí é ter saúde. E ter saúde hoje em dia é tudo, a gente sem saúde, a gente não é nada. Sempre consultar, fazer check up pra ver como é que tá o andamento da saúde. (AP39C)

Ter saúde é a pessoa estar bem, estar... Ah, dorme bem, se alimenta bem, faz atividade física, essa pessoa tem saúde, né? (RJS30C)

Saúde pra mim é a pessoa não ter problema, ter disposição, é... Poder se alimentar normalmente e dormir tranquilo, acordar. (CAS32C)

Ter saúde é ter uma boa alimentação, fazer sempre exercício. (GAS51S)

É se sentir bem, alimentar bem, dormir bem, eu acho que a pessoa pra ter uma boa saúde tem que alimentar, dormir bem, fazer umas caminhadas, passear, exercício. (IAS58C)

É ter uma boa qualidade de vida. Você ter bons hábitos, você ter uma boa alimentação, você praticar esporte, isso sim é uma boa qualidade de vida. (EBG58C)

Hoje, ter saúde é você viver bem, ter boa alimentação [...](GLP36C)

Os homens têm o controle da própria saúde ao destacarem a alimentação como um dos meios para garantir uma vida saudável. Isso porque o cuidado com seu corpo abarca uma “alimentação adequada”, que deve ser controlada por aquele que almeja saúde (CROMACK, BURSZTYN; TURA, 2009).

O conceito para a saúde, confirmado pela representação socialmente elaborada, abrange, além da alimentação saudável, a prática de atividade física, a preservação do sono e o acompanhamento médico periódico para avaliação do estado geral. Reforça-se, assim, a ideia de que a saúde é considerada uma realização individual do sujeito à medida que este adquire hábitos que favoreçam as condições de vida e bem-estar.

Entre os sujeitos participantes do estudo, há aqueles que acreditam que a interação corpo/mente resulta em uma vida saudável e harmoniosa, conforme explicitado nos recortes a seguir:

Pra mim, ter saúde é a pessoa cuidar de si [...] Tomar medidas preventivas e cuidar da sua saúde, ou seja, é dormir bem, comer bem, se alimentar bem, dormir bem. Procurar ter uma vida de equilíbrio no que se refere mesmo a essa cobrança do dia a dia com relação ao stress. Saber discernir o que é melhor ao optar por uma vida mais equilibrada ou uma vida mais desequilibrada. Então, saúde não é só ir ao médico, saúde não é só tomar remédio, saúde não é só ter atividade física, saúde é: atividade física, dormir bem, comer bem, ter uma visão da vida de uma forma mais integrada. (ACC54D)

Hoje, ter saúde é [...] ter acesso aonde você poder fazer um exercício físico, caminhada. Saúde mental também, ter condições de você viver bem, saudavelmente... Pra mim, saúde não é você ter acesso à medicina, mas você ter acesso a exercício físico, você ter um tempo pra você. Também saúde mental, você viver bem, conviver bem com as pessoas. (GLP36C)

Percebe-se que os usuários apostam numa integração entre hábitos saudáveis e equilíbrio emocional para alcançar a saúde. A saúde é compreendida de uma forma mais ampla, envolvendo questões políticas, econômicas, sociais, culturais, ambientais e biológicas. De acordo com A. D. Silva (2008), o estado de

saúde de um indivíduo está associado ao seu modo de vida, ao seu contexto social e cultural e ao sistema de saúde.

Martinez-Sanches e Ros (2006) definem estado de bem-estar como sendo o equilíbrio necessário entre corpo e mente, que leva o indivíduo ao prazer e ao conforto, em uma relação primeira consigo mesmo e depois com seu próprio semelhante.

A restrição ao álcool e ao tabagismo e a realização adequada do tratamento medicamentoso também estão presentes nas falas dos usuários como meios de garantir uma vida saudável:

Ter saúde? É [...] tomar remédio legal, evitar de bebida alcoólica. (VTA55S)

Ter saúde é ter assim, boa alimentação, fazer educação física e tomar os remédios em dia, né? (JAN57C)

É a gente estar bem todos os dias, a gente viver uma vida melhor. Mesmo com problema, mas, devido o tratamento, a gente viver melhor. (RMC41UE)

Uma pessoa que não fuma, não bebe, dorme oito horas por dia, isso pra mim seria ter saúde. (JSO53C)

Diversos estudos mostram que os homens tendem a beber e fumar mais que as mulheres. A tendência ao uso abusivo de álcool e tabaco deve ser compreendida à luz da crença na invulnerabilidade do homem. As ações preventivas e de promoção da saúde e de hábitos saudáveis devem informar aos homens sobre os malefícios dessas práticas, destacando que o uso de álcool e cigarros está diretamente relacionado aos indicadores de morbimortalidade. Esses indicadores são os principais requerentes de ações enérgicas na atenção especializada (BRASIL, 2008).

O tratamento medicamentoso adequado depende da atuação ativa do paciente, que participa e assume responsabilidade sobre seu tratamento. No entanto, o paciente é um ser social, dotado de expectativas, conhecimentos, interesses e valores culturais que interferem na adesão ou resistência ao tratamento medicamentoso. O sucesso no cumprimento das prescrições médicas está no fato de o paciente aprender a lidar com sua condição de vida, permitindo maior autocontrole e liberdade.

A utilização do tratamento farmacológico é uma tendência predominante na cultura brasileira, produzida pelo histórico modelo de saúde curativista, no qual o medicamento representa um símbolo de saúde para nossa sociedade.

Pinheiro e colaboradores (2002) mostraram em seu estudo que a população masculina recorre mais aos serviços de farmácia que a feminina. Tal atitude está associada à agilidade desses serviços, que proporcionam a redução do tempo de afastamento do homem do trabalho e de espera na resolução de seus agravos de saúde (FIGUEIREDO, 2005).

Apesar de reconhecer a importância dos bons hábitos e autocuidado para conquistar uma vida saudável, esse usuário destaca a negligência dos homens para com o cuidado de si mesmo, interferindo negativamente na saúde:

Eu entendo que ter saúde é a gente se preocupar com a gente mesmo, coisa que às vezes eu não faço. A gente preocupa muito com outras coisas e esquece da saúde. Sempre, às vezes, tem um gasto, alguma coisa você não preocupa quanto que você vai gastar, às vezes você tem que ir no médico, numa consulta, aí você fala assim “Ah, não vou pagar médico, não, que é muito caro, eu não vou”. (MPS30C)

Os motivos para essa negligência são os mais variados, incluindo a cultura e as condições socioeconômicas. O cuidado permanece associado à feminilidade apesar da evolução social. Os homens não aceitam que precisam de ajuda, uma vez que são os dominadores e o “sexo forte”. Eles devem proteger, e não serem protegidos. Esse modo de vida embriagado na cultura machista prejudica a saúde dos homens e contribui para que eles adoeçam e morram mais que as mulheres.

Diante do relato, percebe-se que a condição socioeconômica também influencia na questão da saúde, uma vez que o sujeito se recusa a pagar uma consulta médica, pois a acha cara. Dessa forma, A. D. Silva (2008) destaca que a situação socioeconômica desprivilegiada leva, indiretamente, a uma perda gradual de sua condição saudável.

Existe também a representação de saúde como ausência de doença, principalmente entre aqueles usuários que já vivem uma situação de adoecimento.

[...] Ter saúde é não ter os males que eu já tenho [diabético e infarto]. Acho que saúde é quando você acorda de manhã e sabe que tá bem. Tá bem e pode passar seu dia todo. Agora quando você já acorda de manhã sabendo que você já tem problema, é difícil. (LRGA59C)

Saúde é viver feliz, né? Você com saúde, você faz tudo. Você estando prejudicado, você não tem condições de fazer determinadas no caso dependendo do caso da doença, da gravidade. Igual eu tô impossibilitado de fazer nada porque estou com problema nos joelhos. (JPCJ56C)

Os sujeitos representados anteriormente são portadores de problemas de saúde e respondem aos questionamentos baseados em suas condições. Para eles, ter saúde é não apresentar os “problemas de saúde” que eles têm. As representações de saúde dos sujeitos relacionam-se ao pleno funcionamento do organismo.

Nesse contexto, outros entrevistados também compreendem a saúde como oposição da doença e manutenção do equilíbrio físico, biológico, psicológico e social do ser humano; enfim, bem-estar geral e qualidade de vida. Os usuários definem saúde como ausência de dor, desconforto e/ou doença, como descrito nas passagens seguintes:

Ter saúde é estar bem consigo mesmo, sem doença nenhuma. (LCL55C)

Ter saúde pra mim é não tá doente. (AGS38C)

Ter saúde é estar bem, né? Assim, não adoecer. (HLT32S)

Ter saúde pra mim é tá bem. Assim, bem, corpo físico, tudo normal, não tá sentindo nada de errado, nenhum mal estar. Pra mim, saúde é isso. (CCC49C)

Ter saúde pessoa tá bem, né? (FCD50S)

[...] ter saúde é você não ter nenhum tipo de doença. É estar bem. (JCN39C)

Ter saúde é me sentir bem. (LCR32C)

Ah, pra mim ter saúde é tá bem de vida, né? Tá saudável, tá disponível, com ânimo melhor. Tá todo dia animado. (PSBS30C)

Ah, saúde é ter uma vida boa, né? Você tá ciente que você tá vivendo bem, né? (APA33C)

Saúde ter qualidade de vida. (JCF47S)

Saúde é qualidade de vida, né? (NJD31C)

Outro conceito de saúde apontado nas entrevistas se configura no acesso ao sistema de saúde e na qualidade do atendimento:

Saúde é estar bem, né? Se você precisar perto, tem o posto aqui que você pode contar, que tem os médicos para te atender. (MLS34S)

Ter saúde é ter médico, uma educação boa dos médicos, enfermeiro. Tratar muito bem, cuidar, respeitar, muita coisa. Não adianta ter o remédio, mas não ter o cuidado, porque vale muito o cuidado do médico, enfermeiro. Porque às vezes o doente vai consultar, ele gosta melhor com a educação do enfermeiro, do médico ou médica do que o remédio, porque se for uma educação boa, tudo tratado bem, tudo bem... Souber explicar direitinho, tratar com educação... É o que vale muito. Vale mais do que o remédio. (GAF45S)

Eu acho que é melhorar os médicos, aumentar... (AOC59C)

Os depoimentos anteriormente descritos esclarecem que o conceito de saúde na visão masculina abrange desde os cuidados próprios, como alimentação saudável e prática de atividade física, até a organização do sistema de saúde, que envolve as questões políticas, econômicas e sociais do país e não depende somente do indivíduo.

A saúde, de acordo com alguns dos informantes, prevalece como consequência do serviço ofertado, com responsabilidade alçada ao funcionamento do sistema ou ao profissional de saúde que atende aos usuários.

A garantia do acesso aos serviços de saúde, especialmente à figura do profissional médico, e a satisfação gerada pela forma de atendimento humanizado criam uma representação positiva de que as necessidades apresentadas estão sendo satisfeitas, sinalizando uma resolutividade do problema de saúde dos sujeitos.

Gomes e colaboradores (2011) comentam que a objetividade e a praticidade masculinas buscam serviços mais rápidos, eficientes e que demandem menos de suas disponibilidades de horário. Para lidar com esse perfil masculino, são necessários profissionais receptivos, flexíveis e objetivos.

O profissional médico representa os profissionais de saúde e é o mais procurado pelos homens, uma vez que, classicamente, os médicos ocupam um papel de destaque na visão da clientela do sistema de saúde (CROMACK, BURSZTYN; TURA, 2009).

Nas representações manifestadas pelos usuários da UAPS de São João del-Rei, eles incorporaram à saúde a ideia do bem-estar, tanto físico como mental, e da ausência de algum distúrbio no funcionamento do organismo. Além disso, a maioria dos participantes atribuiu grande importância para a saúde, pois, sem a mesma, os homens se definiram como incapacitados para realizar as atividades oferecidas pela vida.

4.3 HOMENS TECENDO REPRESENTAÇÕES SOBRE DOENÇA

Nesta categoria, analisaremos as representações dos homens sobre a doença. Esta nos permitiu perceber o significado da doença na vida desses homens a partir das informações geradas por eles acerca da relação desse termo com incapacidade e restrições mediante implicações físicas e mentais. É oportuno ressaltar que essas representações têm sua origem na simples suposição da incorporação da doença em suas vidas.

Essa representação está fortemente presente no discurso dos homens entrevistados, conforme as mensagens emitidas a seguir:

Quando eu tô mal mesmo, quando eu tô de cama, aí eu sei que eu tô doente. Porque tirando isso não para, né? Só para quando deita mesmo, aí eu tô doente. (MLS34C)

Quando eu não posso fazer nada. (RJS51C)

Ah, é fora do normal, né? Porque a gente doente a gente não aguenta trabalhar, a gente não tem disposição pra jogar bola, não tem disposição... não tem disposição pra nada. Eu me sinto [doente] quando eu não tenho disposição de levantar da cama. Porque a gente da roça levantou da cama tá bom. Então, quando a gente não tem disposição de levantar da cama, sente assim, indisposto, né? Costuma suar frio. Então, tá doente. (JMS56S)

Estar doente é estar inabilitado. (FHTS30D)

E não estando doente, você tem disposição pra tudo. (JAN57C)

Estar doente é te incapacitar de te poder exercer uma profissão, trabalho. Não conseguir se manter, depender da ajuda de familiares, de próximos. (RSN30C)

Segundo Péres e colaboradores (2008), as camadas populares definem a doença como a perda do próprio corpo, o qual é considerado o único recurso de que se dispõe para sobreviver.

Os homens associam a doença à indisposição e à impossibilidade de realizar suas atividades diárias, como trabalhar e se divertir. Isso acontece porque há alterações no corpo físico que limitam o homem. Para eles, a doença não é simplesmente um conjunto de sintomas, mas constitui um transtorno que ameaça e altera a vida radicalmente.

Estar doente, para os homens, significa interromper sua vida profissional. O trabalho confere ao homem uma virtude moral dignificante além de proporcionar

reconhecimento social para o mesmo (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011). Por esse motivo, é frequentemente um assunto marcante na fala dos entrevistados.

Diante da realidade organizada pelas representações dos homens abordados, vislumbramos que persiste no universo simbólico da maior parte deles a representação da doença sintomática, aparente e anormal. Alguns homens só se consideram doentes quando apresentam sintomas, sejam eles relacionados a doenças crônicas já diagnosticadas ou não. Corroboram as falas seguintes:

Aí é quando se sente mal, né? Corpo ruim. (JGN55C)

Quando dói alguma coisa. (PGL56C)

Doença pra mim é assim, quando eu tô com algum problema aí começo a sentir mal assim, aí é que eu me sinto doente. (AGS38C)

Quando eu estou indisposto. (NJD31C)

Quando eu sinto doente é quando eu sinto alguma coisa. Uma dor, alguma coisa qualquer, um estado ruim, aí, eu sinto doente. (GAF45S)

Eu me sinto doente quando eu não estou no meu normal, quando estou com mal-estar. (CCC49C)

Quando estou com dor de cabeça, com alguma enxaqueca. (LCR32C)

Quando eu sei que eu tô doente é quando eu já acordo e já tô com o corpo ruim, nariz já começa a entupir, mais essas coisas assim, né? Isso é quando eu já percebo, fraqueza, começa a me dar uma fraqueza assim, já vou ficar gripado, já. (CAS32C)

[...] quando eu sinto que meu corpo já não tá muito bem. Tô meio cansado, meio desanimado, sentindo muita dor no corpo. (PSBS30C)

Quando a gente tá sentindo algo diferente, que não é do normal da pessoa, então eu já acredito que seja uma doença. Que é uma dor, um mal-estar, uma falta de apetite, uma falta de sono ou um sono com excesso. (IAS58C)

Eu me sinto doente é quando a pressão altera, só, mais nada. (FHTS30D)

Só quando a pressão altera. Agora, eu já sei o sintoma dela. (LCL55C)

Assim, é que eu tenho problema de coluna, dor pra lá, dor pra cá, entendeu? Aí, quando eu tô com dor, eu sinto que tô doente. E eu tenho problema de pressão, mas isso aí é controlado. (JAS55C)

Adam e Herzlich (2001) pontuam que

A doença não é natural, não provém do indivíduo em si, mas é derivada da invasão, real ou simbólica, de elementos nocivos no organismo, materializando, no mais das vezes, a intenção de prejudicar de um membro da comunidade, de um feiticeiro, de uma divindade ou de algum ancestral (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 79).

Esses homens foram diagnosticados com doenças crônicas, mas se sentem doentes apenas quando apresentam sintomas relativos àquela patologia. O indivíduo, frente a uma sensação orgânica desagradável e estranha, se propõe a “decodificá-la”, compará-la a outras manifestações e decidir se há associação com a condição sabidamente instalada. A informação sobre os sintomas agravantes das doenças devem fazer parte do cotidiano da população incluindo diferentes meios como mídia, experiência, educação, escolas e, principalmente, profissionais de saúde. A educação em saúde pode e deve ser realizada pelos profissionais em todos os níveis de atenção à saúde.

É pertinente destacar que os indivíduos percebem e traduzem diferentemente os sintomas que são objetivamente analisados pelos profissionais de saúde. Adam e Herzlich (2001) esclarecem:

O médico decodifica os sintomas do seu paciente conforme as categorias do saber médico, fundamentadas sobre noções biológicas. O doente, por seu lado, tem ideias próprias sobre seu estado de saúde e cria, para o mesmo, um “modelo explicativo”; este pode, em parte, ser individual embora possua também raízes culturais (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 74).

Ter consciência do diagnóstico de uma doença crônica, como a hipertensão arterial ou o diabetes, por exemplo, desperta diversos sentimentos, reações emocionais e fantasias nos homens. Ser portador de uma condição crônica de saúde envolve diversas mudanças nos hábitos e na vida cotidiana dos indivíduos, o que pode ser extremamente penoso e difícil de aceitar. Depreendemos essas observações a partir das seguintes falas:

Estar ou ser doente é ter alguma doença, por exemplo uma hipertensão, igual eu sou hipertenso [...] (LCL55C)

Eu doente, eu tô direto, porque eu tenho problema de pressão. Tem vez que eu levanto meio bambo, tenho problema de coração. Aí, quando eu sinto tonteira, essas coisas assim, né? (MJS46C)

À noite, coluna. [...] a coluna tá ‘enchendo o saco’, tirando isso, mais nada. (AJS52C)

Olha, eu sou diabético, é terrível. E isso me tira muitas das atividades que eu gostaria de estar fazendo e não posso por causa dessa doença. (LJR58D)

Desde a época que eu sofri problema de infarto, de lá pra cá eu me sinto doente. (VTA55S)

Assim, porque eu tenho pressão alta, aí quando eu não tô sentindo bem, eu falo assim 'Hoje tá, não tá bom, hoje o dia não tá bom, eu tenho que medir a pressão todo dia'. E aí porque tem vez que eu descontrolo; aí, dor de cabeça sempre eu tenho; aí, quando eu tô com dor de cabeça... (ADA48C)

Ah, quando me dá um mal-estar dela [diabetes]. Quando assim, eu sou diabético, e infarto. O infarto não me prejudica em nada mais, mas a diabete, ela me derruba. (LRGA59C)

Aí, é quando os problemas vêm mesmo. Porque eu já tenho vários problemas, pressão, coração, esses troços, aí que... Mas gripe, esses negócios não têm problema nenhum. (JAN57C)

Os depoentes vivenciaram afetos negativos frente às proibições, limitações e possíveis complicações ditadas pelas patologias crônicas. Portanto, ao serem questionados sobre “quando se sentem doentes”, acabam por refletir e expor os incômodos relacionados aos seus respectivos problemas de saúde.

Um outro aspecto que reforça a representação do estar/ser doente é o fato de a mesma ser dependente de medicação. De acordo com os depoimentos apresentados a seguir, tomar a medicação gera desconforto ao paciente:

[...] o estar doente, tem certas doença que eu acho que é mais fácil, porque tem umas que têm cura, mas têm umas certa doença que a pessoa acha que não tá doente, mas é psicólogo, assim, tem muita enxaqueca ou algum problema no estômago que, às vezes, toma um remédio mais em conta e melhora. Agora, pra mim, no meu caso já, eu sou obrigado a tomar [remédio]... (ACR42S)

Eu vivo na base de remédio. Sou usuário de remédio. Hoje, graças a Deus, eu não sinto nada, mas eu sou obrigado a tomar o remédio. Se eu não tomar, eu tenho medo de voltar o problema meu de novo. (VTA55S)

Ah, acho que é muito ruim, complicado. Difícil conviver com medicamento, às vezes direto, sei lá. É péssimo. (MLG45UE)

Os recortes dos depoimentos abordam, indiretamente, a dificuldade de se tratar a saúde do homem. Para Pères et al. (2008), o tratamento medicamentoso contínuo comporta representações sociais ambivalentes nos homens. Por um lado, remete constantemente ao paciente a sua condição de doente e, por outro, garante a continuidade da vida e a amenização da doença.

Fortalecendo o raciocínio anterior, temos as representações seguintes de homens que associam a doença ao cuidado médico:

Ser doente é quando você tá sentindo alguma coisa. Quando tá passando mal, você tem que procurar um médico. Aí, a gente se sente doente. (RSD55C)

Ser doente é a gente estar sempre vindo em médico, em consulta médica. [...] igual eu, sou hipertenso, eu tenho que tá sempre consultando, isto que é o problema de ser doente. Não pode descuidar. (RMC41UE)

A pessoa que tá no médico todo dia. Eu me sinto doente quando eu venho no médico. Quando eu venho no médico, eu tô doente. Porque eu só venho em último caso. (JSO53C)

É complicado, a gente não gosta. Homem não gosta de procurar médico, só em último caso. Igual eu tô vindo aqui hoje em último caso mesmo porque eu não tava aguentando. Só em último caso que eu me sinto doente, tô vendo que não dá pra trabalhar, que eu vejo que a coisa tá ruim. (RSN30C)

Para os homens, a procura por uma consulta médica é sinônimo de doença. A prevenção inexistente no discurso da maioria dos entrevistados. Eles afirmam que a busca pelo serviço de saúde é consequência da falta de alternativas para determinada condição de saúde.

Ainda dentro dessa perspectiva, os homens acabam negando sua vulnerabilidade à doença e se sentem completamente saudáveis e “inatingíveis”, como se essa situação fosse imutável. Segundo suas palavras:

[...] doente, eu não sei porque, eu nunca tive, assim, caso de internação. (JAS55C)

Ah, eu sou difícil adoecer. (AGS38C)

Não, graças a Deus, ainda não tive doente, não. (CR40D)

Eu não me sinto doente. Eu tenho problema, mas não me sinto doente. (JCF47S)

O senso comum considera o masculino como o sexo forte. Há uma dificuldade atribuída aos homens em procurar ajuda ou cuidados médicos; enfim, em ser assistido, uma vez que foram criados para assistir e prover. Em contrapartida, para as mulheres, caracterizadas como sexo frágil, pedir ajuda não diminui sua autoestima. O rótulo de provedora concedido às mulheres pela sociedade implica contato estreito com os serviços de saúde (SILVA; ALVES, 2003).

Pinheiro e colaboradores (2002) confirmam essas observações ao afirmarem que os conceitos imbricados na cultura masculina resultam em descuido com o próprio corpo e desestrutura o homem diante da doença. Diante disso, o homem deveria ser visto como o sexo fraco, pelo menos em vários aspectos de suas vulnerabilidades físicas e psíquicas (FOGEL et al. apud BORIS, 2003).

Apesar de o sujeito se construir (e reconstruir) moldado por essas situações sociais que afetam diretamente o físico e o psíquico, os homens demonstraram que reconhecem a importância do cuidado à saúde e os prejuízos da automedicação, além de se responsabilizarem pelos agravos às suas condições de saúde:

Uai, estar doente é a gente tá passando mal, tá com uma coisa e não quer consultar. Porque a gente quando vai ao médico é só quando tá ruim mesmo. Às vezes, sente uma dor ou uma coisa qualquer e não procura o médico, acha que não é nada e tão pouco aquilo... Às vezes, é um caso grave, depois aquilo vai se agravando mais. Então, a gente pega, ignora e fala 'Não, isso aqui vai passar', toma um chá de horta, um remédio qualquer... Compra num bar, numa padaria, seja lá onde for, um comprimido toma e não procura um médico. Mas é errado, tinha que procurar o médico. (GAF45S)

Aí, você sente uma dor de cabeça, acha que tá mal, às vezes você sente uma outra coisa também, não corre atrás. Eu acho que, se você sentir uma dor, você tem que procurar saber, ver o que que é, o que vai causar a dor, pra você não ficar sentindo dor nenhuma. Tem gente que antes de saber já vai medicando sozinho mesmo, já vai na farmácia. (JMC59C)

Mas acaba que a gente não respeita a doença, acaba passando por cima dela também. (LRGA59C)

É quando eu falho um pouco na minha alimentação e eu começo a ficar com preguiça, me dá muita preguiça, eu fico sem vontade de sair, de praticar, quando eu me canso no serviço. Isso é quando eu tô doente. (LJR58D)

Estar doente é falta de educação, falta de preparo pra procurar uma medicina, procurar um posto de saúde. Má alimentação é terrível, né? Alimentação inadequada. (HVS55C)

Ao reconhecer e assumir a doença, deve-se objetivar diminuir o risco de agravo. A saúde passa a ser responsabilidade do indivíduo e a doença surge como resultado do descuido, o que permite a culpabilização do indivíduo pelo seu adoecimento (SILVA, M. A. M., 2008). O “descumprimento das regras” resulta na doença, o que contribui para o sentimento de culpa expresso nas falas citadas.

Por outro lado, dois participantes do estudo acreditam que a doença é consequência da dificuldade de acesso ao serviço de saúde de qualidade, conforme explicitam nos relatos a seguir:

Eu fiquei internado uma vez aí com um abscesso no pescoço, não é fácil, não. É uma dificuldade imensa, até assim na... Conseguir médico, se você não paga, é mais difícil. Geralmente, tem que pagar mesmo aí pra poder conseguir. (AP39C)

Eu acredito que ser doente é não ser atendido. (HLT32S)

A representação negativa dos serviços de saúde parece interferir no comportamento de procura e adesão ao tratamento, principalmente pelos homens. Portanto, é possível inferir nesse caso que os homens procuram o serviço de saúde, mas se deparam com dificuldades de acesso ao mesmo, que decorrem da acessibilidade organizacional, e não sociocultural, como enfatizada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Os discursos a seguir denotam outro conceito que remete a doença às condições psicológicas e sociais do indivíduo. Para uma parcela significativa dos informantes, a doença está mais associada ao estado psicológico em detrimento do físico:

Necessariamente, para a pessoa estar doente, não precisa estar sentindo dor, alguma coisa assim. Às vezes, ela tá pra baixo consigo mesmo, não tá bem na sociedade que mora, aí ela pode estar assim com o psicológico abalado, né, e tá doente. (MLS34S)

Estar doente é as coisas não irem bem, entendeu, tá de mal com a vida. Ah, quando eu tô deprimido, nervoso, com dificuldade nas coisas. Porque a vida corrida, eu trabalho por conta... Eu não tenho, assim, aquela estabilidade de salário fixo, então... (ACA46C)

Doente é quando você está preocupado, quando você não tem facilidades para poder administrar a sua própria vida. Entre o stress, você não tem, assim, facilidades para você sair fora dele; às vezes, você sente que você tá pesado, tá com uma carga pesada em cima de você e você não tem como sair fora, certo? O brasileiro em si sempre tá doente porque hoje a correria do dia a dia já é automaticamente uma doença para o brasileiro, porque ele tem que tá sempre correndo, sem tempo pra nada, você entendeu? Então, eu acho, em si, que todo mundo está doente, né? (ANS42C)

Eu me sinto meio nervoso, acordo, assim, meio com raiva, não é, assim, ficar brigando ,não. Mas você não acorda num dia bom. Aí, fico, assim, meio agitado. (FCD50S)

Eu me sinto doente quando não estou sentindo bem comigo mesmo. (JCN39C)

Você tá doente não é somente tá doente do corpo, é da mente também. [...] quando você não tem uma vida tranquila, você está doente. Porque não adianta nada, como diz o outro, ter boa saúde do corpo e da mente, você não ter sossego, não ter calma, não ter paz. [...] eu me sinto doente quando eu acordo e tô preocupado com tudo. Quando tem preocupações, quando você não leva uma vida tranquila. (GPL36C)

Quando você tá sentindo mal, assim, dor no corpo ou na mente, pode ser também. Porque, às vezes, você tá entrando numa fase de depressão, sei lá, coincide de você tá triste. Eu acho que o modo já de tristeza já é um modo já de, acho que já faz parte de doente. (APA33C)

É oportuno ressaltar que o estilo de vida e as práticas sociais assumem importante influência na saúde. O modo como a doença é percebida depende da situação de vida atual do indivíduo. Adam e Herzlich (2001) reforçam que “existe uma imbricação entre os fenômenos biológicos e sociais e, na maioria das vezes, torna-se necessário pensar em termos de causalidade em série para explicar as condições de saúde” (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 51).

A doença é compreendida como um fenômeno mais complexo, que não se restringe à ausência de saúde, mas envolve questões políticas, econômicas, sociais, culturais, ambientais e biológicas. O estado de saúde e/ou doença de um indivíduo e de uma população está associado ao seu modo de vida, ao seu universo social e cultural e ao sistema de saúde (SILVA, M. A. M., 2008). A doença é considerada o resultado de um contexto, deixando de ser centrada no indivíduo.

As representações das doenças se manifestam das mais variadas formas tanto no espaço público como no espaço privado da relação profissional entre saúde e paciente. O adoecer corresponde a experiências singulares e subjetivas. Nesse sentido, entendemos que os relatos dos homens abordados estão em contínua modificação com o passar do tempo e das suas experiências de vida.

4.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE NA CONCEPÇÃO DOS HOMENS

Nesta categoria, destacaremos as representações dos homens sobre o processo de cuidado da população masculina envolvendo o papel do serviço de saúde oferecido pela atenção primária.

Partindo das representações da saúde e da doença, quando questionados sobre a percepção pelo serviço ofertado pela unidade de atenção primária à saúde local, os sujeitos da pesquisa mostraram-se divididos entre os sentimentos de satisfação e de insatisfação. A resolutividade dos serviços prestados nas unidades gerou posições conflitantes e constituiu terreno fértil para a elaboração de suas representações sobre os serviços de saúde.

O contentamento gerado pela satisfação de suas necessidades momentâneas gera uma representação positiva de resolutividade do sistema, contemplando os anseios de seus usuários, conforme apresentado a seguir:

É bom, né? Minhas necessidades são atendidas. (JGN55C)

São, são atendidas minhas necessidades... (MLS34S)

É muito pouco, mas foram. A vez que eu tive, foram atendidas. (PGL56C)

São atendidas, por exemplo, eu cheguei, expliquei pra ele, né, o que eu sinto, ele me atendeu bem e me pediu os exames, né? Agora, eu vou fazer os exames e trazer pra ele. (JAS55C)

Minhas necessidades são atendidas. (AGS38C)

São atendidas. Graças a Deus, todos os posto que eu vou eu sou bem atendido. (ACA46C)

No meu caso, eu tô sendo bem atendido, não posso falar o contrário, não. (JRD46UE)

Ah, pelo que eu frequento aí, o cuidado é bom deles, eles atendem a gente. (MJS46C)

Normalmente, não procuro, mas quando eu precisei já fui bem atendido, (CR40D)

São atendidas. Eu sinto atenção muito boa aqui, pelo menos comigo eu sou bem atendido. (MAR45S)

Lógico que são atendidas. (JCF47S)

São, normalmente, são atendidas. (LJR52D)

São atendidas. (RJS51C)

Minhas necessidades são atendidas, todas. (LRGA59C)

São. Eu não posso reclamar de nada, principalmente aqui na UAPS 2, todas as vezes que procurei, fui muito bem atendido. (RMC41UE)

Até o momento, sim, foram atendidas. (HVS55C)

Com certeza, são atendidas. (JCN39C)

Quando eu procuro, são, assim, eu venho na pública quando eu vou trazer meu filho pra vacinar. (CAS32C)

São atendidas. Eu pra mim eu acho que agora melhorou, sabe por quê? Porque agora, como você diz, têm essas meninas que trabalham, as agentes... Então, eles procuram a gente, vai na casa, então, tá muito bom. (IAS58C)

As representações demonstram a satisfação do usuário com o serviço de saúde que lhe é ofertado, apontando melhoras que o sistema de saúde teve ao longo do tempo que proporcionaram maior qualidade no atendimento de suas demandas. Essa representação positiva cria uma expectativa desses usuários em relação ao aprimoramento crescente dos serviços ofertados. Mesmo com as críticas

ao sistema público de saúde, é fato que é ofertada à população brasileira uma política de saúde que deseja incluir todos os segmentos que buscam pelo sistema.

É inegável que nos últimos anos o sistema único de saúde do Brasil conseguiu avançar. No entanto, é contraditória a situação, uma vez que as instalações públicas encontram-se cada vez mais sucateadas e as ações e serviços se mostram incapazes de responder às necessidades de saúde dos brasileiros (CAMPANUCCI, 2010).

Os usuários reconhecem deficiências no serviço da UAPS. No entanto, a percepção dessas deficiências não compromete a satisfação do usuário com o que lhe é oferecido, como percebido nos relatos seguintes:

Minhas necessidades são atendidas, demora um pouco, mas são atendidas. Fui bem atendido ontem aqui. (AOC59C)

As necessidades são atendidas. Assim, tem que brigar um pouco, mas são. Não deixa de ser, mas tem que brigar. Demora muito, mas dá pra conseguir. Mas tem que brigar, xingar, senão não é atendido, não. (FHTS30D)

Eu não posso reclamar muito, não. Tem muita gente que fala muito mal da saúde aqui em São João, eu já ouvi falar em lugar piores. Hoje em dia, eu posso falar que não tá no 100%, mas que pode chegar lá. Talvez aí, hoje em dia, pode ter uns 60%, entendeu? (CCC49C)

Assim, já tive vezes que eu vim olhar e não tinha médico, não fui atendido, entendeu? Aí, falar: 'Ah, vai marcar, vai marcar'. Aí, você procura e não consegue marcar. Quando consegue marcar, não é atendido. Às vezes, na maioria das vezes, foi bem atendido. (MLS34C)

Os homens acreditam no serviço primário de saúde local apesar das inadequações ainda persistentes. No entanto, conforme citado por Gomes e colaboradores (2011), as dificuldades com o funcionamento em rede, gerando baixa resolutividade e filas de espera, contribuem para a evasão dos usuários do sistema. Nessa perspectiva, o afastamento dos usuários está relacionado também a fatores organizacionais, e não somente socioculturais.

Ao frequentar a UAPS, o público masculino espera que o atendimento seja rápido e pontual, como a maioria dos usuários. Como nem sempre temos essa realidade, eles costumam dar prioridade aos hospitais, prontos socorros e farmácias (SCHRAIBER et al., 2010). Nessa perspectiva, é importante a adoção de estratégias que se voltem tanto para a ampliação da oferta de ações como para a sensibilização dos homens para cuidarem de sua saúde. Assim, a qualificação da porta da entrada,

voltada para o acolhimento e a resolutividade do sistema, é alternativa que contribui para a construção de uma rede de atenção à saúde eficaz e abrangente.

A partir do discurso dos entrevistados, apreendemos representações sobre o descontentamento dos homens em relação ao serviço de saúde:

Às vezes, as necessidades são atendidas, né... Infelizmente a saúde no nosso país vai muito mal, né? Nós pagamos muitos impostos e nossos governantes não repassam isso pra saúde, principalmente pra São João del-Rei. (LCL55C)

Olha, o caso da saúde, infelizmente, não só aqui, mas no Brasil inteiro tem essa precariedade dessa área da saúde. O povo preocupa mais, vamos dizer assim, com Copa do Mundo de 2011, 2014 e esquece da saúde... O pessoal dá mais importância para as coisas do que realmente o que nós estamos mais precisando que é a saúde. (NJD31C)

[...] infelizmente, o nosso sistema de saúde aqui de São João del-Rei tá muito precário, muito mesmo. Agora o nosso sistema de saúde aqui em São João Del Rei tá muito defasado, mesmo, precisa muito ser olhado por ele. Não tem assistência nenhuma por parte do governo, por parte da prefeitura, não é todo lugar que consegue. [...] Precisa melhorar. (GLP36C)

Depende, tem vez que são atendidas, não são todas as vezes não. Tem vez que não tem médico, outra hora tá completo as fichas, não tem vaga; outra hora você tem que levantar de madrugada pra marcar ficha... Você tem que ir pra fila 3 horas da madrugada, que é, vamos supor, ele põe lá 12 fichas só, então os primeiros 12 que tá lá... É precária a situação de médico em Minas e no Brasil inteiro. (GAF45S)

Agora, a outra coisa é a marcação. A marcação poderia ser feita sem ter que tá vindo de madrugada. [...] Não, hoje meu médico tá pra daqui há três meses, mas eu preciso dele essa semana, então, deveria ter um jeito dessa consulta ser marcada naquela semana. (JSO53C)

O único problema do PSF é que, infelizmente, a gente ainda tem que acordar de madrugada pra vim marcar e, às vezes, é meio puxado a gente acordar de madrugada, mas fora isso a gente encontra aqui... (CCC49C)

Às vezes, são atendidas. quando você está precisando assim de um exame, de um médico com mais urgência é meio difícil. (ANS42C)

Agora, é demorado. Se for pagar, não, é diferente, mas aqui é demorado. Por exemplo, eu faço um controle de triglicérides aí eu pago, porque, aí, não sai no tempo adequado. (HVS55C)

Às vezes, sim; às vezes, não. Devido os médicos, às vezes, tá de férias [...] (JAN57C)

Ah, geralmente, as necessidades são atendidas, geralmente, não. Eu vim trazer um exame hoje, quer dizer, ela tem o direito de tá de férias, mas eu acho que deveria ter outra pessoa pra receber os exames pra ver como é que tá. Porque eu fiz os exames tem quatro meses, hoje vim trazer, quer dizer, vou esperar mais um mês pra ela voltar pra ela ver. Então, tinha que ter outra pessoa substituindo. (RSD55C)

Nos discursos apresentados, percebe-se uma significação negativa para o acesso aos serviços de saúde e aos profissionais da área. Das várias razões possíveis para a insatisfação relatada, a questão do investimento do governo no setor saúde aparece na fala consciente do usuário. Gomes e colaboradores (2011) ressaltam que

[...] a compreensão da organização dos serviços é influenciada por aspectos relacionados ao campo formalístico, organicamente relacionados aos modos de gestão da política, de ausência de segurança, da infraestrutura material (horários, remuneração, inputs para propiciar a formação/trabalho interdisciplinar e contínuo aprimoramento dos profissionais) (GOMES et al., 2011, p. 985).

As longas filas de espera durante a madrugada para marcação prévia de consultas e seus encaminhamentos criam um panorama de insatisfação não disfarçada para com a demora em ter suas necessidades atendidas. Gomes, Nascimento e Araújo (2007) relatam que os homens enfrentam filas ao procurarem o serviço de saúde, e, nem sempre, suas demandas são solucionadas em uma única consulta.

Outro aspecto destacado pelos usuários consiste na precarização dos recursos humanos, com destaque para a ausência do profissional médico nas unidades de saúde. Esses profissionais não são substituídos quando estão no período de férias e/ou estão mesmo ausentes da porta de entrada do sistema. Para Silva (2008, p. 61), “esta situação confronta o sujeito em questão com um sistema rígido que, na sua visão, torna-se caótico e o coloca à mercê da vontade dos profissionais”.

O conhecimento construído partindo do senso comum traz uma representação dos usuários sobre os serviços de saúde vinculada à ideia do atendimento humanizado, estando este, como aqui explicitado, como não satisfatório:

Às vezes, você fala com o médico, você fala, fala, fala, e eles, muitos não liga, só vai receitando ali, mas não procura aprofundar mais, tem que ter uma aprofundação maior. (AP39C)

Também é importante a pessoa ter uma troca, a pessoa tem que ter uma troca. Tem que chegar pro médico ou pro enfermeiro e falar: ‘Ajuda aí, minha situação é essa’ [...] E outra coisa, eu acho também que a pessoa deve conversar com o médico, deve falar a verdade. (ACC54D)

A Política Nacional de Humanização, de 2004, define o processo de humanização em saúde como sendo o aumento do grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede do sistema único de saúde na produção da saúde, implicando mudanças na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Sob esse olhar, a saúde é tomada como valor de uso, tendo como padrão na atenção o vínculo com os usuários e a garantia de seus direitos e de seus familiares, estimulando que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social.

No entanto, ainda remetendo à mesma Política, um dos aspectos mais enfatizados quando da avaliação dos serviços é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que a prática de saúde supõe, como percebemos ao longo das entrevistas.

A Política Nacional de Atenção Básica norteia as ações e serviços nesse nível de atenção e considera

[...] o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006, p. 10).

O atendimento de qualidade preconizado pelo PSF envolve a integralidade do sujeito e a apreensão da história do paciente para além da doença por parte dos profissionais de saúde.

Outro aspecto evidenciado no discurso dos homens corresponde ao cuidado específico à saúde do homem nas UAPS. Os usuários comentam sobre os privilégios que possuem com a presença dessa especificidade:

Percebo o cuidado específico para o homem, até que tem uma equipes aqui que vai nas casas aqui, eu moro nesse bairro aqui mesmo, até que eles procuram. (LCL55C)

É bom, né... Tem esse trabalho específico para o homem. (JGN55C)

Acho que é legal quando a gente quer fazer um exame pra acompanhar, pra ver a saúde a gente é atendido, tá legal. (PGL56C)

Ah, pra mim, são todos iguais. Assim, ah eu não acho diferença, né? É, assim, do mesmo modo que a mulher precisa de um atendimento, o homem também precisa e é bem atendido. (AGS38C)

Eu, geralmente, percebo que tá indo bem, entendeu? [...] Geralmente, da minha parte toda vez que eu vou, não tenho nada a reclamar. (ACA46C)

É bom. Eu vejo esse cuidado específico ao homem. (RJS51C)

O pessoal atende legal, sim. Tem, sim, trabalho específico para os homens. (VTA55S)

É bom, é bom. Percebo esse cuidado específico. (ADA48C)

Eu acho que tá tudo bem, tá tranquilo o cuidado ao homem. (IAS58C)

Tem exame pra fazer aqui, tem o grupo também que faz, tem psicólogo, tem tudo. Então, é bem acompanhado, é bem atendido, graças a Deus, nossa parte aqui. (JMC59C)

Por parte do posto, a médica orienta e tal. Aí, eu faço os exames. (JAN57C)

Os discursos mostram que o atendimento às necessidades de saúde significa, na concepção masculina, a atenção específica à saúde do homem. As demandas abrangem consultas médicas, acompanhamento por um profissional de saúde, visitas domiciliares, realização de exames e orientações.

A existência dos requisitos mínimos necessários para que os profissionais realizem suas atividades e atendam às demandas cria uma representação positiva sobre a oferta de ações de saúde para o público masculino.

Por outro lado, temos representações negativas desse cuidado específico ao homem, evidenciando a carência da atenção à saúde do homem nas portas de entrada do sistema de saúde. Os recortes das falas dos sujeitos ilustram o assunto:

É, era uma boa, né, ter alguma coisa para os outros se sentir bem. Mas eu não vejo esse cuidado específico para os homens aqui na unidade. (JAS55C)

Não percebo esse cuidado para os homens, não. (AJS52C)

Não, com os homens é mais fraco. (GAF45S)

*Eu acho que nós [homens] estamos um pouco, meio de lado. (JSO53C)
Por enquanto, ainda está um pouco fraco. Se a gente não correr atrás, se a gente não procurar, ainda está... (ANS42C)*

Não, não tem essa parte, assim, específica do homem não tem. Poderia até ter, ia melhorar muito, né? (CCC49C)

[...] eu acho que é muito difícil da gente ver assim a saúde do homem, é muito difícil. Eu, principalmente, não percebo, percebo em mim, não percebo esse cuidado específico. (RMC41UE)

O programa da família não faz esse tipo de assistência pro homem, né? Faz nas casas, mas perante o homem, até hoje que eu tenha percebido não é feito. Nunca foi feito aqui onde eu moro, não. (LCR32C)

Pra falar verdade, nunca vi nada, não, assim, específico para o homem. (HLT32S)

Eu vou ser sincero com você, esse negócio mais é propaganda. (RSD55C)

[...] mas eu acho que do homem, principalmente, precisa de ter mais cuidado, mais atendimento, eu acho que falta isso. Não sei desses programas, não, tô meio por fora dos programas. (JCN39C)

Devia ter campanha, alguma coisa, incentivar o homem a procurar, cuidar, fazer mais exames, alguns preventivos, alguma coisa a respeito da saúde pro homem mesmo. (RSN30C)

Eles cuidam bem, o pessoal da saúde, sabe? Mas eu percebo que muitos homens sente alguma coisa, aí eles não estão nem aí, não dão valor, "Ah isso não é nada, não". (JPCJ56C)

Pra mulher e criança, tá tudo bem; para o homem, não. (FHTS30C)

Ah, não sei, não, o que eu vejo mais é mulher, né? Homem mesmo, é muito pouco que a gente vê, assim. (GAS51S)

[...] a campanha por parte da mulher, criança, é bem maior, né? Já quanto ao homem, já não tem, assim, tanto, assim, divulgação... (GLP36C)

Eu acho que eu posso responder que não percebo esse cuidado para os homens porque eu não venho, não frequento aí... Assim, eu não vejo falar, de mulher, eu vejo que tem, de criança, mas do homem, eu não vejo falar. (MLS34S)

Ah, eu não vejo, não, porque tá tendo mais pra mulher do que pro homem. [...] Por exemplo, se a mulher precisa de um médico, é mais fácil de procurar, tem mais programas para as mulheres do que para os homens, né? E para as pessoas idosas. Agora, para os homens, assim, tipo da idade assim dentro dessa faixa etária, é meio difícil. [...] Eu não vejo nenhuma melhoria para os homens nessa situação, eu não vejo nenhuma melhoria, não. (PSBS30C)

Os homens não notam a presença do cuidado específico à saúde masculina por parte dos programas de saúde e reconhecem que, se ele estivesse presente na realidade, proporcionaria benefícios aos usuários.

Gomes, Nascimento e Araújo (2007) consideram os serviços de saúde pouco aptos em absorver a demanda apresentada pelos homens, uma vez que sua própria organização não incentiva o acesso e as campanhas de saúde não são exclusivamente destinadas a esse segmento.

Em contrapartida, a saúde da criança, da mulher e do idoso é percebida e destacada no serviço de atenção primária à saúde. Gomes e colaboradores (2011) acreditam que

[...] a organização do sistema de saúde historicamente vem sendo desenhada a partir da valorização do cuidado à saúde da mulher e da criança, tanto no meio profissional quanto no imaginário social e, por conta disso, demarca as diferenças de abordagens de acolhimento por gênero, promovidas pelos serviços de saúde (instância micro) e as políticas de saúde (instância macro). (GOMES et al., 2011, p. 986).

Outro aspecto evidenciado nos discursos diz respeito à atribuição da saúde dos homens aos cuidados do urologista. A atenção aos distúrbios relacionados especificamente à próstata é frequente nas representações dos sujeitos, que a referem como a saúde do homem:

Eu acho que podia melhorar. Eu acho que podia ter um urologista, um pra homem, mesmo, como tem o ginecologista pra mulher, tinha que ter um urologista. (ACR42S)

Eu, por exemplo, tenho mais ou menos, até tenho que olhar isso, tem uns cinco, seis anos ou mais que eu não faço exame de próstata, mas por falta, não sei se agora já tem, por falta de urologista na rede do SUS aqui em São João. Então, quer dizer tá faltando alguns profissionais que poderiam melhorar. Então, quer dizer, isso é uma coisa específica da saúde do homem. (CCC49C)

Tem, tem o cuidado para o homem. Porque, quando eu venho fazer a consulta normal, ele me alerta: 'Olha, tem que fazer o exame de PSA'. Ele pede, uma vez por ano, pede o PSA. Então, eu acho que eles têm, eles observam. (LRGA59C)

[...] eu não acompanho muito aqui, não sei como é que tá sendo o acompanhamento aqui da saúde do homem. Mas eu vejo pelo meu pai, que meu pai de vez em quando fala, sempre quando ele procura pra ver situação de exame de próstata, essas coisas, assim, ele tá sempre sendo atendido, né? Têm os agentes de saúde que passam nas ruas, aí, procura, faz a marcação. Então, eu acho que tá sendo bem a contento, né? (CAS32C)

[...] Porque, as vezes que eu precisei, inclusive eu já tive problema, eu já fiz cirurgia de próstata, eu fui muito bem atendido. Aí, eu fiz a cirurgia, mas graças a Deus fui bem-sucedido. Tudo pela rede pública, fui bem-sucedido, graças a Deus, tô muito bem. (IAS58C)

Bom, a gente precisa fazer esses exames, tipo o exame de próstata, essas coisas, assim, então, sempre, a gente consegue e faz. (MLG45UE)

[...] Porque, vamos supor, a pessoa, se tá com próstata, faz o exame de próstata, vai fazer, demora seis, sete meses pra fazer o exame. Aí, você volta, então, eu acho meio... Não percebo o cuidado específico. (RSD55C)

As representações acerca da saúde do homem envolvem ainda a assistência do urologista para com a próstata. Dentre os serviços oferecidos nas UAPS analisadas, as ações voltadas especificamente à população masculina são as

de prevenção do câncer de próstata. No entanto, os resultados e encaminhamentos, muitas vezes, são morosos e podem afastar os homens do atendimento.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem observa que os homens acessam os serviços de saúde por meio da atenção especializada, ou seja, pelos serviços de média e alta complexidades, e, por isso, propõe fortalecer e qualificar a atenção primária “para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis” (BRASIL, 2008, p. 5). A ausência e/ou dificuldade do acesso ao urologista na atenção básica é um dos motivos da pouca utilização desse nível de atenção pela população masculina.

Porém, ainda que se reivindique a presença da especialidade de urologia na atenção primária, faz-se necessário evitar uma visão reducionista ou fragmentalizadora em que circunscreve a especificidade do usuário homem apenas na urologia, como assinalam Gomes e colaboradores (2011). Nos discursos, está presente essa desintegração.

Dentre os sujeitos do estudo, destacamos que alguns elaboram representações sobre a justificativa para a precariedade da atenção à saúde do homem na atenção primária. Segundo relatos, os homens são os principais responsáveis por essa invisibilidade:

Agora, a gente [homem] que tem que dedicar mais também, procurar. A gente vim e aí eles [profissionais de saúde] vão... (LCL55C)

É que os homens também não aceitam muita coisa, né? O homem ele acha que tá bom ele não é tipo a mulher. Pra ele, ele estando aguentando andar, ele acha que ele tá bom. Ele acha que ele estando lá vendo um jogo, o que for, ele acha que tá uma beleza, ele acha que tá bom de saúde, né? (GAF45S)

Talvez, porque os homens também não têm muito tempo, que, às vezes, até tem o agente de saúde, tudo, mas só que, às vezes, você nunca tá em casa, nunca tá, né? (ANS42C)

[...] homem geralmente é mais difícil. Pra consultar, é só quando tá na pindaíba mesmo. Até pra fazer exame de próstata é um preconceito danado. Bem mais difícil do que mulher. Mulher sempre vai, faz preventivo, homem, não, homem tem muito preconceito. Acha bobeira [...] (AP39C)

Homem é machista, tem que pagar aluguel, pensão (FHTS30D)

[...] eu acho que o homem é orgulhoso. Homem no Brasil é metido, mas eu não sei se é só questão cultural. Até quando a gente vai ficar falando que o homem não faz exame de próstata, porque... Eu acho o seguinte, é de cada um. A gente tem que parar com essa, tem que mudar um pouco o discurso.

[...] todo mundo hoje, revistinha de fofoca fala sobre próstata, sobre exame preventivo pra mulher. Então, não tem mais desculpa que não sabe, o cara não quer. Eu acho que a gente tem que ser responsável pela gente. (ACC54D)

Primeiro que o homem, ele não é muito chegado a tá indo no médico, isso aí é uma certeza. Se eu tiver que vim no médico é porque eu estou doente. Eu não venho no médico só pra “Ah não eu vou lá”, eu tenho mais coisa pra fazer. A mulher, não, a mulher, ela já pensa assim: “Tá doendo aqui, ah eu vou dar uma passadinha no médico, tô com a cabeça doendo, vou lá ver minha enxaqueca”, não é assim? E o homem, não: “Minha cabeça tá doendo? Daqui a pouco, essa porcaria passa e pronto”. (JSO53C)

[...] igual eles falam, homem não gosta muito de procurar médico, essas coisas, né? Você pode vê que mulher sempre tem mais saúde, vive até mais, né? Porque procura mais. (GAS51S)

Mas basta o homem procurar também. Por parte do posto aqui, é bem atendido. (GLP36C)

Olha, é complicado, né? Porque homem é muito difícil vim em médico. (RSN30C)

Para romper com os paradigmas que transformam os homens em reféns da própria identidade no que se refere ao hábito de cuidar da própria saúde, Medrado e colaboradores (2009, p. 10) indicam que “é preciso também envolver os homens em reflexões e ações que possam promover a ruptura com padrões culturais fortemente arraigados nas práticas dos profissionais de saúde e na definição de políticas públicas”.

Contudo, incluir a participação do homem nas ações de saúde ainda representa um grande desafio. A valorização da saúde e do cuidado próprio e dos outros não está devidamente inserida na socialização dos homens, e a distinção entre os gêneros dificulta a questão da saúde (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Fortalecendo a opinião dos autores, Medrado e colaboradores (2009) afirmam que, para efetivar a igualdade em termos de direitos entre homens e mulheres, faz-se necessário desfazer desigualdades, já que, “simbolicamente, o feminino ainda está fortemente associado ao cuidado e à fragilidade e o masculino, ao poder e à violência” (MEDRADO et al., 2009, p. 10).

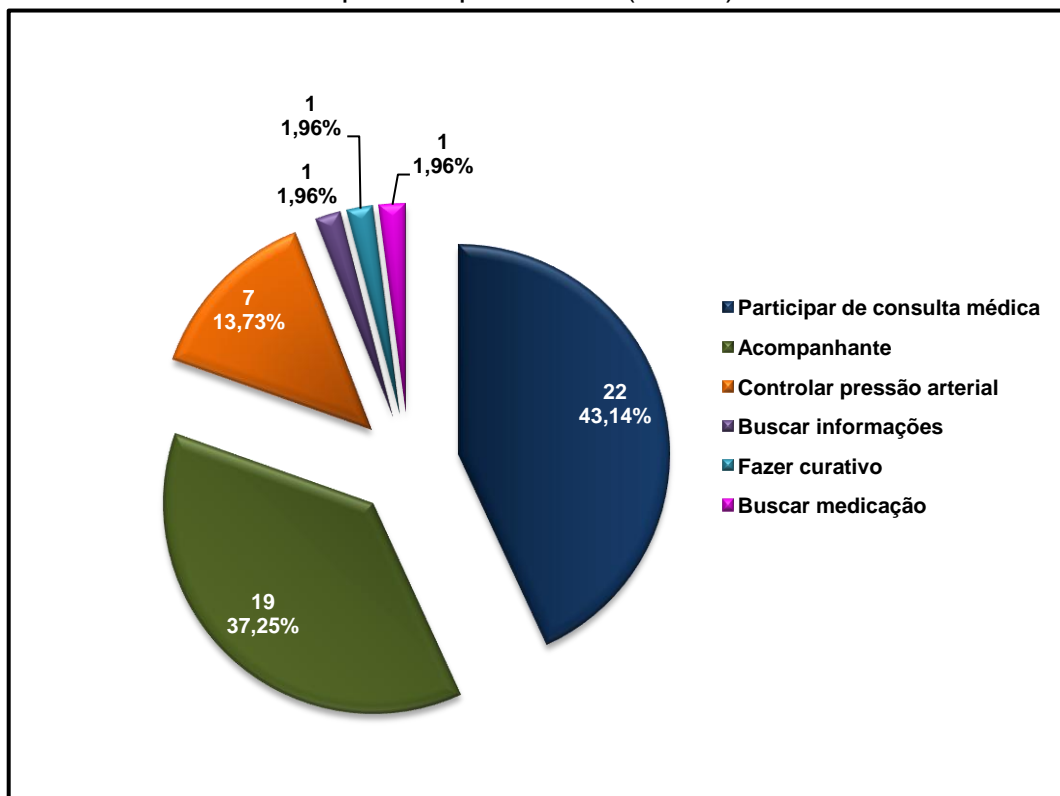
A população masculina ainda recorre à atenção primária em busca de atendimento diverso, pois ela é capaz de acolher as demandas inespecíficas. Entretanto, a dificuldade de acesso aos serviços e a demora do atendimento, geradas pela soma de todos os fatores citados até aqui que desqualificam as ações

e serviços desenvolvidos pelo sistema de saúde, são pontos assinalados pelos usuários entrevistados como motivos da baixa procura dos homens pelos serviços primários de saúde.

4.5 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: MOTIVAÇÕES E (DES)MOTIVAÇÕES DOS HOMENS PARA PROCURÁ-LA

Nesta categoria, analisaremos como as representações sobre a saúde e a doença se articulam com a motivação dos homens para buscar o serviço de saúde. Dessa forma, vários são os motivos que justificam a procura dos usuários pelo serviço de saúde.

Gráfico 7. Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação aos motivos da procura pela UAPS (n = 51)



Fonte: Dados da pesquisa

Quanto aos motivos da procura pela UAPS pelos homens, 43,14% buscavam consulta médica, 37,25% estavam acompanhando outros usuários e 13,73% foram fazer o controle da pressão arterial. A minoria (5,88%) estava à procura de serviços diversos, como busca de informações e medicações e realização de curativo (Gráfico 7).

O recorte das entrevistas a seguir traz uma representação que afasta os homens da promoção e prevenção à saúde, ou seja, da atenção primária, e os aproxima dos níveis de atenção secundária e terciária:

Só procuro quando tá passando mal. (AGS38C)

Procuro quando está doente. (AJS52C)

Eu procuro quando eu vejo que tem algum problema, quando alguma coisa está agravando, você entendeu? (ANS42C)

Procuro o serviço de saúde só quando a gente sente mesmo alguma coisa. Eu acho que procura quando sente mal, senão não precisa de ir em médico, não. (MPS30C)

No meu caso, eu procuro só quando tô sentindo alguma coisa, mesmo porque nem meu pai era muito de procurar médico, ele não era muito de ir no médico, não gostava. (FCD50S)

Ah, sempre que tiver sentindo algum mal-estar, infelizmente é assim. Vai procurar quem? Não pode procurar o vizinho, tem que procurar um posto de saúde. (ACC54D)

Procuro quando precisa muito. (FHTS30D)

Quando eu acho que minha saúde não tá indo bem, que tem algum problema no meu organismo, aí eu procuro o posto de saúde. (HVS55C)

Procuro quando o corpo reclama. Quando o corpo reclama é porque tem alguma coisa errada. (JSO53C)

Quando eu não me sentir bem, em qualquer ocasião que eu não estiver sentindo bem, tem que procurar uma unidade de saúde. (LCR32C)

[...] a gente tem que procurar sempre que desconfiar de alguma coisa. (CAS32C)

Tem que procurar sempre que precisa. Quando está com mau sintomas. (EBG58C)

Eu acho que deve procurar só quando você começar sentir sintomas de alguma coisa que tiver te incomodando. (APA33C)

Ah, eu acho que deve procurar sempre que a gente sentir um mal-estar, alguma coisa pra evitar uma doença grave futuramente. (RSN30C)

Inicialmente, o que predominou nesta busca foi a procura direta pelo médico, para resolução de um problema de saúde preexistente. Vale lembrar que apenas quando esse problema interfere diretamente no cotidiano masculino é que eles buscam apoio, na perspectiva de que os profissionais de saúde possam atender a eles nas suas necessidades vividas.

As falas dos participantes confirmam a procura da unidade de saúde para consultas médicas requeridas sobremaneira por doenças que se cronificam e perpetuam em seus cotidianos. São as condições de adoecimento que fazem os homens procurarem por tratamento para recuperação de sua saúde,

Vale lembrar que a procura pela unidade local de saúde se dá exclusivamente por problemas momentâneos, que lhes causem dor e/ou sofrimento físico, sem o compromisso pelo seguimento tradicional do tratamento e controle, caracterizando, então, as urgências (SILVA, M. A. M., 2008).

O universo da cultura e da subjetividade masculina marca as diferenças de gênero. Conforme expõem Gomes e colaboradores (2011), no ambiente familiar há uma socialização de ideias que não incentivam o autocuidado masculino. Esse cenário é consequência da constante figura feminina presente na trajetória dos homens, como mãe, companheira e filha, que medeiam o cuidado.

Ainda na perspectiva de Gomes e colaboradores (2011), a figura feminina é destacada como aquela que sustenta afetivamente a casa e os cuidados com os filhos e com o próprio homem. O papel do homem se restringe em sustentar materialmente a casa e afetivamente a mulher. A mulher é a referência de cuidado e o homem receia se deparar com uma doença e se ver amparado pela mulher nas suas dificuldades. Para Carrara, Russo e Faro (2009), os homens pensam que, com esse comportamento, eles perderiam a posição de representantes universais da espécie e arriscariam a perder também suas prerrogativas na hierarquia de gênero, além de se colocarem no mesmo plano que as mulheres.

Conforme considera a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008):

A doença é considerada um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem se julga invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco. (BRASIL, 2008, p. 6).

Mais adiante, lê-se:

Ainda que o conceito de masculinidade venha sendo atualmente contestado e tenha perdido seu rigor original na dinâmica do processo cultural [...], a concepção ainda prevalente e hegemônica de masculinidade é o eixo estruturante pela não procura aos serviços de saúde. (BRASIL, 2008, p. 6).

Corroborando as afirmações de Gomes e colaboradores (2011) e Carrara, Russo e Faro (2009), além do preconizado em Brasil (2008), temos um recorte da fala de um dos depoentes acerca do assunto:

[...] Igual eu tava conversando com o doutor ontem, as mulheres procuram [serviço de saúde] mais, né? (JAS55C)

A marca cultural no aprendizado do modo de se cuidar faz com que o homem chegue ao serviço de saúde com intercorrências mais graves. A invulnerabilidade está enraizada no exercício do poder pelos homens, mas acarreta uma vida menos saudável aos mesmos.

O distanciamento da atenção primária compromete a preservação da saúde do indivíduo. Se os homens realizassem as medidas de prevenção primária regularmente, muitos agravos poderiam ser evitados. A resistência masculina ao cuidado preventivo aumenta o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2008).

Trilhando a mesma linha de raciocínio, Souza (2005) relata que o modelo hegemônico de constituição do masculino tem trazido consequências negativas para a saúde e a vida dos homens. Entre elas, comenta sobre a dificuldade diante de medidas preventivas de saúde, com o exame para detecção do câncer de próstata, que desperta angústia e medo da homossexualidade e da impotência; sobre os riscos à saúde reprodutiva pela falta de proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis e/ou por não aceitarem ter problemas de infertilidade, tornando difícil o diagnóstico e o tratamento, considerando que a fertilidade é um componente importante da virilidade; e, finalmente, sobre a exposição dos homens a agravos acidentais e intencionais fatais e não-fatais como forma de obter respeito.

Ao serem questionados acerca da periodicidade com que acham pertinente buscar o serviço de saúde, alguns dos entrevistados reconhecem a importância e a necessidade de serem usuários frequentes dos serviços de saúde oferecidos. No

entanto, não apresentam esse comportamento. As falas seguintes embasam a assertiva:

Periodicamente, mas eu não procuro. (CR40D)

Tem que procurar sem tá sentindo nada também, mas eu não procuro. (GJS59C)

[...] eu acho que no mínimo de seis em seis meses deve procurar fazer algum tipo de exame, ver alguma coisa, procurar o médico. Mas eu só procuro quando eu tô sentindo alguma coisa. (GAF45S)

Eu acho que todo mundo precisa fazer pelo menos uma vez por ano um check up. Mas já tá muitos anos que eu não faço. (MLG45UE)

Na verdade, assim, é necessário que a gente venha diariamente, né, faça todo um pré-requisito para poder tá consultando pra ver como que anda a saúde. [...] Mas eu só procuro quando eu deito na cama e falo 'Eu não tô aguentando', aí nem é eu, outros procuram por mim e me trazem, que é o errado, não é o certo. E é bom, é importante, não pode ser assim, não, tem que prevenir. (MLS34S)

Esse tipo de comportamento influencia o estado em que o paciente chega ao serviço de saúde e a maneira como o utiliza à medida que ele deixa de passar pela atenção básica, como é preconizado pelo sistema de saúde brasileiro.

Gomes e colaboradores (2011) confirmam que esse comportamento é consequência dos modelos hegemônicos de masculinidades. A sociedade construiu a ideia de que o homem deve ser forte, culminando com o temor em cuidar da própria saúde e adiando tratamentos preventivos. Cecchetto (2004) corrobora ao afirmar que ser homem significa não ter medo, não chorar, não demonstrar sentimentos, arriscar-se diante do perigo, demonstrar coragem e ser ativo.

A objetividade e a praticidade masculinas, além das expressões de timidez, reservado e dificuldade de se expor, interferem na criação de vínculo com o serviço de saúde, vistos como sinais de fragilidade.

Em contrapartida, é válido ressaltar que as entrevistas realizadas revelaram que os homens que apresentam algum distúrbio em sua saúde, principalmente crônico, são mais cuidadosos nesse aspecto. Os recortes a seguir relataram o assunto:

[...] no meu caso, eu porque já tenho um mal [diabético, cardiopata], então eu procuro regularmente de três em três meses eu venho, faço os exames de próstata, faço todos os exames uma vez por ano. (LRGA59C)

Ah, eu acho certo mesmo, embora o homem não faz isso, pelo menos de seis em seis meses. Eu nunca fiz, eu vim fazer quando eu descobri que eu

tava com a pressão alta. Agora, eu faço o controle e me sinto muito bem, fico mais tranquilo, calmo. Hoje em dia, eu tomo medicamento e ela estando controladinha eu não sinto nada. E ela [médica] me aconselhou 'Faça exercício, faça caminhada' e pronto, me sinto bem. (LCL55C)

Principalmente as pessoas que têm algum problema de hipertensão, problema de coração, alguma coisa assim, essas têm que procurar mais vezes, né? (CAS32C)

Os sujeitos citaram ainda a “idade avançada” como uma das razões para a prevenção de doenças:

A primeira coisa, a idade quando vem chegando, a gente tem que prevenir, né? Aí, tem que ver o que tá sentindo pra explicar pro médico pra ver o que tem que ser pedido, um exame. (AOC59C)

Porque é preciso fazer [exames]. Até porque eu não sou mais um garotinho, tem que cuidar. (JSO53C)

Antes de estar doente. Sempre, de seis em seis meses ou três, procurar fazer um exame, depende da idade, porque com a idade que a gente vai apanhando as coisas, doença, problema. (GAF45S)

Eu, geralmente, eu procuro médico de seis em seis meses ou de ano em ano. Mesmo sem tá sentindo nada, eu gosto de passar num clínico. Eu acho necessário passar pela minha idade. (IAS58C)

É interessante essa associação entre a existência de algum risco à saúde e a frequência ao serviço de saúde, destinando esse lugar muito mais ao eixo do tratamento da doença e de suas sequelas do que a um lugar de cuidado contínuo com a vida e a saúde. Gomes e colaboradores (2011) acreditam que tal perspectiva provavelmente está sintonizada com a representação histórica e socialmente compartilhada de que há uma descontinuidade entre saúde e doença, já que esta ameaça o ciclo vital e causa medo. Essa representação dificulta a incorporação da experiência de adoecimento e sua elaboração na direção do autocuidado masculino.

Apesar de os homens precisarem de alguma razão concreta para comparecer à instituição de saúde, o acompanhamento contínuo, muitas vezes, é um fator que interfere na evasão do usuário. Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008), os tratamentos crônicos ou de longa duração têm, em geral, menor adesão. Tal fato acontece porque os esquemas terapêuticos exigem um grande empenho do paciente que, em algumas circunstâncias, necessita modificar seus hábitos de vida para cumprir seu

tratamento. Essa afirmação também é válida para ações de promoção de saúde e prevenção de doença que requerem mudanças comportamentais.

As falas apresentadas, novamente, remetem à cultura e subjetividade do sexo masculino, em que os atores entrevistados buscam interpretar os comportamentos masculinos a partir de um universo de relações e valores. Recorrer às diferenças de gênero para explicar o comportamento dos homens pode ser prejudicial e submete o agente de mudança a um papel secundário frente ao cenário social.

Nesse contexto, Carrara, Russo e Faro (2009) concordam ao afirmarem: “A questão não é de ‘cultura’, portanto, mas do modo como a cultura está imbricada ou implicada em relações de poder bem concretas, que o discurso vitimário e paternalista incorporado à nova política contribui mais para ocultar do que revelar.” (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009, p. 672).

Dessa maneira, percebemos que a cultura impossibilita a evolução do comportamento masculino em relação à saúde. Tanto o homem como as políticas de saúde se prendem em questões culturais e sociais para justificar as falhas e descuidos dos homens com as questões relacionadas à saúde.

Cecchetto (2004) comenta sobre a “crise da masculinidade”, que remete ao desconforto de alguns homens diante de valores culturais que enrijecem a imagem masculina a posições de poder e impõe comportamentos, por vezes inadequados, ao mesmo.

Nessa perspectiva, temos alguns discursos em que os homens deixam de se autointitular invulneráveis e/ou inatingíveis e reconhecem a importância da promoção da saúde mesmo que estejam se sentindo saudáveis. Algumas dessas falas são apresentadas a seguir:

Ah, procuro, uma vez por ano, eu faço o check up, uma vez por ano. Quando houver alguma dúvida, né? (PGL56C)

Ah, pelo menos uma vez por ano. A gente estando doente ou não estando. Não, estando doente, é constante, né, mas não estando, pelo menos uma vez. Eu procuro direto. (MJS46C)

Quase sempre, né? Porque quando a doença pegar, a gente não adianta, tem que cuidar antes. [...] Sempre procuro fazer o check up pra ver se tô bem. (RJS51C)

[...] sempre tem que fazer um check up. Não precisa esperar ficar doente pra procurar médico, coisa não. Tem sempre que ter o acompanhamento, fazer o check up certinho, exame de sangue, urina, fezes. Sempre eu venho

aqui, a gente faz aqui, o médico pede o check up geral, eu faço o check up. (AP39C)

Eu acho que sempre é bom a gente fazer um check up, fazer uns exames preventivos antes que venha a ficar doente. Eu acho que o necessário seria a gente estar sempre procurando, só que na verdade a maioria das pessoas só procura depois que já está realmente doente. (JCN39C)

Sempre, por exemplo, de seis em seis meses pra poder prevenir. Porque a saúde é prevenção. (GLP36C)

As representações sociais dos homens acerca da busca pelo serviço de saúde apresentam aspectos diferentes ao longo dos discursos capturados. Algumas representações demonstram que a realidade demanda a necessidade de mudança no comportamento dos homens, mas a cultura enraizada na sociedade não permite a desconstrução dos valores incorporados aos mesmos desde o início de suas vidas. Nessas circunstâncias sociais, quanto mais oprimidos os indivíduos se encontram, mais expostos estão aos riscos relacionados à saúde, deixando de garantir seus direitos e bem-estar preconizados pelo sistema de saúde brasileiro.

Enquanto isso, outras representações mostram que o gênero não interfere no autocuidado e que os homens são frequentadores das unidades de saúde, a fim de buscarem a prevenção da doença. Esse discurso é benéfico para os usuários que buscam a qualidade de vida, independente do seu estado físico e/ou psicológico atual.

A partir dos discursos apresentados, podemos dizer que significados e valores culturais variam temporariamente em uma cultura e, longitudinalmente, ao longo da vida de um mesmo indivíduo (KORIN, 2001). Dessa forma, hoje podemos ter um homem diferente daqueles de gerações anteriores, “podemos ter um homem que se modifica com o passar dos anos no contexto de sua própria vivência, e podemos ter um homem, aqui no Brasil, diferente daquele que cresceu, por exemplo, no Afeganistão” (PASCHOALICK; LACERDA; CENTA, 2006).

Nesse sentido, nossa sociedade não deve ficar refém das assertivas e comportamentos “preconizados” pela cultura machista. É imprescindível compreender que é possível modificar determinados comportamentos ao longo da história e a partir da experiência humana.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por ser a saúde do homem um assunto que suscita controvérsias e expectativas, esta se constitui em cenário de elaboração e reelaboração de representações. Acreditamos que as representações que os homens compõem sobre saúde e doença podem direcionar o entendimento no que diz respeito às estratégias de captação deles por parte da atenção primária mediante o programa saúde da família.

Compreender o universo masculino, permeado de ideologias próprias dessa população, significa estabelecer um mecanismo de ajuda no sentido de fortalecer suas potencialidades e habilidades como pessoa e cidadão. E, ao encontrar espaços adequados para compartilhar seus receios e ansiedades, o homem passa a modificar suas atitudes para alcançar benefícios em prol de sua saúde.

O estudo nos possibilitou estabelecer uma relação entre as concepções e comportamentos que os homens assumem diante de sua saúde. A percepção subjetiva, vivenciada e particularizada da população masculina delineou a representação criada para a saúde e para a doença. Os conceitos de saúde e de doença manifestos estão intrinsecamente ligados ao comportamento coletivo e determinam a procura pelos serviços prestados na atenção primária e a apreciação destes pelos homens. Das representações elaboradas pelos homens deste estudo, emergiram categorias que revelaram as nuances produzidas por eles em relação ao processo saúde-doença.

Diante das mensagens emitidas sobre as representações de saúde, podemos perceber que os homens valorizam a saúde e a consideram como um dos requisitos para obter qualidade de vida. Almoçar, jantar, viajar, passear e trabalhar somente são possíveis se a condição de saúde do indivíduo for adequada para tal. O trabalho é essencial para o homem e a representação de saúde para este está diretamente relacionada à capacidade de trabalhar. Na verdade, o trabalho é considerado o elemento que configura a masculinidade e, por isso, é tão exaltado pelo homem. O homem se considera saudável enquanto está apto a trabalhar.

A saúde é considerada responsabilidade do indivíduo que a almeja. Dessa forma, a alimentação saudável, a prática regular de atividade física, a preservação do sono, o acompanhamento médico periódico e a restrição ao álcool e ao

tabagismo são hábitos que somente se manifestam a partir da iniciativa do homem e que favorecem as condições de vida e saúde.

Ao formularem um conceito mais abrangente de saúde, os homens comentam sobre a influência do fator emocional sobre a questão da saúde. Nas representações apresentadas, os homens demonstram que a presença ou ausência de saúde está intimamente ligada aos fatores sociais, econômicos e culturais que compõem suas vidas.

Contudo, alguns usuários expressaram sobre o descuido dos homens para com a própria saúde. Essa situação é provavelmente influenciada pela cultura machista fortemente presente em nossa sociedade de que o homem é invulnerável e inatingível. O homem não se preocupa em cuidar de si mesmo, pois não pretende se sentir frágil e dependente. As estatísticas comprovam que esse comportamento prejudica os homens, uma vez que eles adoecem e morrem mais quando comparados às mulheres na mesma faixa etária.

O acesso ao sistema de saúde, a adequabilidade dos recursos materiais e humanos necessários e o atendimento baseado na humanização e resolutividade são fatores imprescindíveis para a garantia de uma vida saudável e apareceram no conceito de saúde dos sujeitos.

Há uma diversidade de conceitos concebidos à saúde pelos homens. No entanto, percebemos que, apesar de alguns ainda apontarem a saúde como ausência de doença e/ou desconforto físico, percebemos a amplitude das representações masculinas sobre saúde. Essas representações não se restringiram apenas à condição física do indivíduo, mas envolveram também as questões psicológicas, sociais e econômicas para definir um conceito de saúde na concepção masculina.

A representação da doença para os homens, neste estudo, aparece ligada à restrição física do homem. A partir da limitação ou impossibilidade de realizar as atividades diárias, os homens se consideram doentes. A interrupção da vida profissional é a convicção do estado de doença na visão da população masculina.

A presença de sintomas, especialmente físicos, é a indicação de que algo não está dentro do padrão de normalidade considerado pelo homem. Mesmo alguns homens diagnosticados com doenças crônicas, como hipertensão, só se percebem doentes quando há uma manifestação dos sinais da patologia. Outros já se consideram doentes no momento em que são diagnosticados com determinada

enfermidade e são orientados a modificarem os hábitos de vida e a serem dependentes de medicações para garantirem a qualidade de vida, ainda que debilitados. Os novos costumes recomendados a partir da descoberta da patologia remetem ao paciente, constantemente, a sua condição de doente e, por outro lado, buscam amenizar os sintomas e restabelecer o usuário para, na medida do possível, a realização das atividades cotidianas.

Nessa perspectiva, os homens continuam se culpando pela sua condição de doentes quando se automedicam, não frequentam as consultas médicas, não adotam hábitos saudáveis de vida e, enfim, não têm costume de realizar a prevenção da doença e a promoção da saúde. Alguns até mesmo negam sua vulnerabilidade à doença. Novamente, a ideia do homem como sexo “forte” aparece em destaque e justifica a negligência masculina.

Assim como nas concepções sobre saúde, temos uma ampliação da definição de doença quando os usuários revelam que esta está mais relacionada ao estado psicológico do que ao físico. A doença está associada a todo um contexto, compreendendo fenômenos biológicos e sociais.

A doença ainda é representada pelos homens como consequência da precariedade do atendimento e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A insatisfação das demandas por fatores organizacionais do sistema de saúde afasta os homens dos serviços de atenção primária e acarreta uma clientela maior para os níveis secundário e terciário, distorcendo a ordem preconizada pelas políticas de saúde brasileiras.

Outra questão que emergiu neste estudo está na motivação dos homens para buscar a atenção primária à saúde. Eles procuraram o serviço de saúde, especialmente a consulta médica, somente diante de sintomas que interferem no seu cotidiano, o que reforça a ideia de que os homens estão mais presentes nas atenções secundária e terciária, comprometendo a preservação da saúde deles; isso porque o autocuidado masculino ainda não faz parte da cultura e subjetividade masculinas.

A partir deste estudo, compreendemos que a população masculina percebe a importância da frequência periódica ao serviço de saúde, mas, no entanto, não o fazem, com exceção daqueles que possuem uma doença crônica e/ou estejam com uma idade que os deixam mais vulneráveis ao adoecimento. Estes, como

consideram que apresentam maior risco à saúde, acabam mostrando maior preocupação com o cuidado.

Por outro lado, temos representações distintas em que a cultura masculina aparenta constante modificação e evolução, pois os homens já incorporaram a prevenção da doença em suas vidas. Eles frequentam as unidades de saúde mesmo sem apresentarem sintomas, doenças crônicas ou “idade avançada” e buscam o acompanhamento médico periodicamente ou, como eles mesmos dizem, solicitam o check up. Esse comportamento é benéfico para a preservação da qualidade de vida e demonstra que nem todos os homens estão “engessados” em significados e valores culturais.

No que se refere à apreciação do serviço de atenção primária à saúde no município de São João del-Rei, os homens apresentam representações positivas e negativas. Os sujeitos que têm suas eventuais demandas atendidas nas instituições de saúde reconhecem a resolubilidade do sistema embora alguns ainda ressaltem os impasses enfrentados, como filas longas, demora do atendimento e ausência de médicos. As representações evidenciam a esperança depositada pelos homens no aprimoramento dos serviços de saúde.

A humanização é requerida aos profissionais de saúde como condição de qualidade do atendimento. Ela é percebida de forma não-satisfatória na concepção dos entrevistados, que se queixaram da objetividade e generalização do acolhimento.

Quanto ao cuidado destinado especificamente à população masculina pelas instituições de saúde, pudemos apreender que as representações também são variadas. Uma parcela dos entrevistados revelou que percebe esse cuidado ao homem, enquanto o restante ainda não se sente inserido no sistema de saúde brasileiro como as crianças, idosos e mulheres estão. É importante destacar que os indivíduos associam a saúde do homem ao urologista e, mais especificamente, às patologias que atingem a próstata. A presença dessa especialidade na instituição de saúde e a disponibilidade de exames relacionados à mesma promovem uma ideia de presença desse cuidado específico e satisfação das demandas do público masculino.

Destacamos que os homens reconhecem sua responsabilidade pela precariedade e baixa funcionalidade dos programas de saúde destinados a essa população. Eles dizem que homem não tem costume de procurar auxílio como os

idosos e mulheres, por exemplo. Os usuários apontam a falta de tempo, a cultura machista, o preconceito e o orgulho como justificativas para não buscarem o serviço de saúde. De modo geral, a cultura de gênero assimilada pela população coloca o homem em situação de risco na medida em que o afasta dos serviços de prevenção de agravos e promoção à saúde.

Frente às informações apreendidas, considera-se que os resultados nos possibilitaram responder aos questionamentos do estudo apesar da diversidade de padrões de masculinidade assinalados pelos sujeitos pesquisados.

Compreendemos que os homens têm diversos motivos para justificarem sua presença reduzida na atenção primária à saúde, uma vez que procuram atendimento apenas diante de sintomas que interferem nas suas atividades cotidianas. Os que estão presentes nas UAPS enfrentam barreiras que dificultam a percepção de suas demandas e necessidades no uso e acesso aos serviços. Nessa perspectiva, suas necessidades não são incorporadas nas práticas de saúde efetivadas. De certa maneira, essa situação decorre da representação masculina, que considera o homem forte e invulnerável aos problemas de saúde.

Notamos que, ao serem questionados sobre o cuidado específico à saúde do homem na seguinte pergunta: “Como o senhor percebe a atenção/cuidado à saúde do homem por parte da Estratégia Saúde da Família?”, muitos deles apresentaram dificuldade de associação à especificidade do atendimento. Eles não relacionaram esse atendimento a programas destinados exclusivamente aos homens, mas, sim, ao acolhimento dispensado a toda a população.

Ressaltamos, ainda, que a maneira como o sistema de saúde está organizado, dificulta a realização efetiva do acolhimento à população masculina. Torna-se indispensável o desenvolvimento de programas e capacitações dos profissionais para atuarem na estratégia saúde da família, a fim de que os usuários masculinos sejam acolhidos da mesma forma que os demais membros da família. Coloca-se, para o Estado, os gestores, os profissionais de saúde e população masculina, a necessidade de romper com as amarras socioculturais, a fim de que a população masculina também utilize as ações e serviços primários de saúde.

REFERÊNCIAS

ADAM, P.; HERZLICH, C. Sociologia da doença e da medicina. Tradução de Laureano Pelegrin. Bauru: EDUSC, 2001. (Coleção Saúde e Sociedade).

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Portugal: Porto Editora, 1998.

BORIS, G. D. J. B. **Os rituais da construção da subjetividade masculina: ser macho ou ser homem? Uma história de dor, violência, paixão e gozijo**. 2003.

Disponível em:

<http://www.rizoma.ufsc.br/semint/trabalhos/Geoges%20Daniel%20Janja%20Bloc%20Boris_UNIFOR.doc>. Acesso em: 23 jan. 2013.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p.21082.

BRASIL. Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 set. 1999. p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS. c2008. Disponível em:
<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 13 mar. 2013.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 454 p. (Série textos básicos, n. 67).

BRAZ, M. 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, p. 97-104, 2005.

CAMPANUCCI, F. S. **A atenção primária e a saúde do homem:** uma análise do acesso aos serviços de saúde. 2010. 142f. Trabalho de Conclusão de Curso de (Graduação em Serviço Social)– Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil. **Physis revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009.

CECCHETTO, F. R. **Violência e estilos de masculinidade.** Rio de Janeiro: FGV, 2004.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 4. ed. São Paulo: Biblioteca da Educação, 2000.

_____. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista portuguesa de educação**, Braga, v. 16, n. 2, p. 221-236, 2003.

CREPALDI, M. A. **Hospitalização na infância:** representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos. São Paulo: Editora Universitária, 1999.

CROMACK L. M. F.; BURSZTYN, I.; TURA, L. F. R. O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representações sociais. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 627-634, 2009.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research.** Thousand Oaks: Sage, 1994.

ESCOREL, S. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 935-944, 2011. Suplemento 1.

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

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

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

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 983-992, 2011. Suplemento 1.

JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 63-85.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência latinoamericana**, Buenos Aires, v. 2, n. 2, p. 67-79, mar. 2001.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Construindo o campo da pesquisa: reflexões sobre a sociabilidade estabelecida entre pesquisador e seus informantes. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 169-177, 2007.

MARTINEZ-SANCHES, E.; ROS, M. Os significados da saúde e a saúde como um valor. In: ROS, M.; GOUVEIA, V. V. **Psicologia social dos valores humanos: desenvolvimentos teóricos, metodológicos e aplicados**. Tradução de Olga Cafalcchio. São Paulo: Senac, 2006. p. 53-77.

MEDRADO, B. et al. **Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde**. Recife: Instituto PAPAI, 2009. Disponível em: <http://www.bibliotecafeminista.org.br/index.php?option=com_remository&Itemid=56&func=startdown&id=67>. Acesso em: 23 fev. 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2008a. p. 89-111.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008b.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigação em psicologia social**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, p. 11-31, maio 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf> Acesso em: 11 jun. 2011.

PASCHOALICK, R. C.; LACERDA, M. R.; CENTA, M. L. Gênero masculino e saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 1, p. 80-86, 2006.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista espaço para a saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006.

PÉRES, D. S. et al. Representações sociais de mulheres diabéticas, de camadas populares, em relação ao processo saúde-doença. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, maio/jun. 2008.

PINHEIRO, S. P. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PIRES, A. P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. p. 154-211.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 2001. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>. Acesso em 3 out. 2011. Mimeografado.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

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

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, maio 2010.

SILVA, A. D. **Entre a saudade do passado e os desafios do presente:** representações sociais da velhice, saúde e doença entre os homens. 2008. 166f. Dissertação (Mestrado em Educação)– Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

SILVA, G. A. Abordando o caminho teórico-metodológico. In: _____. **Da aparência à essência:** o cuidado no cotidiano do portador do HIV. Juiz de Fora: UFJF, 2004. p. 37-51.

SILVA, L. F.; ALVES, F. **A saúde das mulheres em Portugal.** Porto: Afrontamento, 2003.

SILVA, M. A. M. **O direito à saúde:** representações de usuários de unidades básicas de saúde. 2008. 97f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2008.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.

TRINDADE, Z. A. et al. (Org.). Masculinidades e práticas de saúde. In: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S. **Representações sociais masculinas de saúde e doença.** Vitória: GM, 2011. p. 99-128.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

_____. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. 1. ed. 15. reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 3, n. 39, p. 507-514, 2005.

WAGNER, W. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais.** 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 149-186.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FAÇULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr.: _____

Você está sendo convidado como voluntário a participar da pesquisa “Processo saúde-doença: Representações Sociais de homens assistidos pelo Programa Saúde da Família”. Este estudo tem como objetivos: Conhecer as representações sociais dos homens acerca do processo saúde-doença, caracterizar as representações do homem atendido nas unidades básicas de saúde sobre a resposta à sua necessidade de saúde e analisar as relações entre as representações sociais dos homens sobre o processo saúde-doença e os fatores motivadores para buscar o serviço de saúde.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a necessidade de compreender de que forma valores, atitudes, crenças, práticas e interações sociais influenciam no processo saúde-doença do homem.

Sua participação consistirá em responder as questões formuladas pela pesquisadora durante a entrevista, de forma que a sua opinião sobre o assunto possa ser emitida livremente.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Agradeço sua colaboração e solicito seu acordo neste documento.

Atenciosamente,

Bárbara Fabrícia Silva.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____, fui informado dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São João Del Rei, ____ de _____ de 20____ .

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

*CEP- Comitê de Ética em Pesquisa - UFJF
Pró-Reitoria de Pesquisa / Campus Universitário da UFJF
Juiz de Fora (MG) - CEP: 36036-900
Fone: (32) 2102-3788
E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br*

*PESQUISADORA RESPONSÁVEL: BÁRBARA FABRÍCIA SILVA
ENDEREÇO: RUA FREI GALVÃO, 78
CEP: 36.307-464 - SÃO JOÃO DEL REI - MG
FONE: (32) 33721708
E-MAIL: BARBARAFABRICIA85@HOTMAIL.COM*

Título da pesquisa: Processo saúde-doença: Representações sociais de homens assistidos pelo Programa Saúde da Família
Pesquisador: Bárbara Fabrícia Silva
Orientador: Gírlene Alves da Silva

APÊNDICE C - Quadro de Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Sujeito	Idade (anos)	Estado Civil	Filhos (n)	Anos Estudados	Atividade Remunerada	Renda Individual/Familiar	Motivo da procura pela UAPS
ACR	42	Solteiro	00	04	Aposentado	2 a 3 salários mínimos	Acompanhante
JGN	55	Casado	03	04	Aposentado	1 a 2 salários mínimos	Consulta médica: Acompanhamento de doença (Hipertensão)
MLS	34	Solteiro	01	15	Sim	1 a 2 salários mínimos	Acompanhante
LCL	55	Casado	02	11	Aposentado	Mais de 3 salários mínimos	Consulta médica: Acompanhamento de doença (Hipertensão)
PGL	56	Casado	02	13	Aposentado	Não respondeu	Acompanhante
JAS	55	Casado	03	08	Aposentado	2 a 3 salários mínimos	Consulta médica: Acompanhamento de doença (Hipertensão)
AGS	38	Casado	04	08	Sim	2 a 3 salários mínimos	Acompanhante
ACA	46	Casado	01	07	Sim	2 a 3 salários mínimos	Consulta médica
JRD	46	União estável	03	03	Sim	1 a 2 salários mínimos	Consulta médica: Dor crônica (Coluna)
CR	40	Divorciado	02	11	Sim	Mais de 3 salários mínimos	Acompanhante
MAR	45	Solteiro	03	03	Sim	1 a 2 salários mínimos	Consulta médica
GJS	59	Casado	04	08	Aposentado	1 a 2 salários mínimos	Consulta médica: Dor aguda
JCF	47	Solteiro	00	10	Sim	Mais de 3 salários mínimos	Consulta médica: Check up

Sujeito	Idade (anos)	Estado Civil	Filhos (n)	Anos Estudados	Atividade Remunerada	Renda Individual/Familiar	Motivo da procura pela UAPS
NJD	31	Casado	02	08	Aposentado	1 a 2 salários mínimos	Acompanhante
MJS	46	Casado	02	03	Não	Menos de 1 salário mínimo	Buscar remédio (Cardiopata, Hipertenso)
AJS	52	Casado	01	08	Sim	2 a 3 salários mínimos	Acompanhante
LJR	58	Divorciado	02	08	Sim	Mais de 3 salários mínimos	Consulta médica: Acompanhamento de doença (Diabetes)
GAF	45	Solteiro	00	03	Sim	1 a 2 salários mínimos	Acompanhante
RJS	51	Casado	02	04	Sim	2 a 3 salários mínimos	Acompanhante
ANS	42	Casado	00	08	Sim	2 a 3 salários mínimos	Controle da pressão arterial (Hipertenso)
VTA	55	Solteiro	00	02	Não	2 a 3 salários mínimos	Controle da pressão arterial (Hipertenso, Cardiopata)
ADA	48	Casado	03	07	Sim	Mais de 3 salários mínimos	Controle da pressão arterial (Hiperteso)
LRGA	59	Casado	02	14,5	Sim	Mais de 3 salários mínimos	Consulta médica: Acompanhamento de doença (Diabetes, Cardiopatia)
CCC	49	Casado	03	08	Sim	2 a 3 salários mínimos	Consulta médica: Acompanhamento de doença (Hipertensão)
MPS	30	Casado	02	11	Sim	1 a 2 salários mínimos	Consulta médica: Dor aguda
AP	39	Casado	01	04	Sim	2 a 3 salários mínimos	Acompanhante
RJS	30	Casado	02	08	Sim	1 a 2 salários mínimos	Acompanhante
JMS	56	Solteiro	04	04	Sim	1 a 2 salários mínimos	Controle da pressão arterial (Hipertenso)

Sujeito	Idade (anos)	Estado Civil	Filhos (n)	Anos Estudados	Atividade Remunerada	Renda Individual/Familiar	Motivo da procura pela UAPS
FCD	50	Solteiro	00	06	Aposentado	Não sabe	Consulta médica
ACC	54	Divorciado	00	16	Sim	Mais de 3 salários mínimos	Acompanhante
FHTS	30	Divorciado	02	08	Sim	1 a 2 salários mínimos	Acompanhante
RMC	41	União estável	01	08	Não	1 a 2 salários mínimos	Consulta médica
HVS	55	Casado	02	11	Sim	Mais de 3 salários mínimos	Controle da pressão arterial
JCN	39	Casado	02	15	Sim	1 a 2 salários mínimos	Acompanhante
JSO	53	Casado	01	04	Aposentado	2 a 3 salários mínimos	Acompanhante
LCR	32	Casado	01	11	Sim	Mais de 3 salários mínimos	Consulta médica
CAS	32	Casado	01	12,5	Sim	Mais de 3 salários mínimos	Acompanhante
PSBS	30	Casado	04	08	Sim	2 a 3 salários mínimos	Acompanhante
HLT	32	Solteiro	02	07	Sim	1 a 2 salários mínimos	Curativo
GAS	51	Solteiro	00	05	Não	Mais de 3 salários mínimos	Controle da pressão arterial
IAS	58	Casado	04	04	Sim	Mais de 3 salários mínimos	Controle da pressão arterial (Hipertenso)
JMC	59	Casado	04	04	Aposentado	Mais de 3 salários mínimos	Consulta médica: Check up
JAN	57	Casado	03	04	Aposentado	2 a 3 salários mínimos	Informações sobre exame (Cardiopata, Hipertenso)

Sujeito	Idade (anos)	Estado Civil	Filhos (n)	Anos Estudados	Atividade Remunerada	Renda Individual/Familiar	Motivo da procura pela UAPS
EBG	58	Casado	03	10	Aposentado	1 a 2 salários mínimos	Acompanhante
GLP	36	Casado	00	08	Sim	1 a 2 salários mínimos	Acompanhante
APA	33	Casado	01	05	Sim	2 a 3 salários mínimos	Consulta médica: Dor aguda
RSN	30	Casado	02	10	Sim	2 a 3 salários mínimos	Consulta médica: Dor aguda
AOC	59	Casado	00	02	Não	1 a 2 salários mínimos	Consulta médica
RSD	55	Casado	02	04	Aposentado	1 a 2 salários mínimos	Consulta médica: Check up
JPCJ	56	Casado	02	08	Aposentado	2 a 3 salários mínimos	Consulta médica
MLG	45	União estável	00	08	Sim	Não sabe	Consulta médica

Fonte: Dados da pesquisa

ANEXOS

ANEXO A – Permissão da chefia do Serviço de Atenção Primária à Saúde do município de São João del-Rei, para realização da pesquisa

DECLARAÇÃO

Na qualidade de responsável pelo Serviço de Atenção Primária do Município de São João Del Rei - MG, AUTORIZO a realização da pesquisa intitulada "Processo saúde-doença: representações sociais de homens assistidos pelo Programa Saúde da Família", a ser conduzida sob responsabilidade da pesquisadora Bárbara Fabrícia Silva, e DECLARO que esse município apresenta a infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa.

São João Del Rei, 13 de Julho de 2012.

ASSINATURA: _____


Priscila Emanuela Peixoto
Enfermeira
SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA
Secretaria Municipal de Saúde
São João del-Rei - MG

ANEXO B – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - UFJF

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processo saúde-doença: Representações Sociais de homens assistidos pelo Programa Saúde da Família

Pesquisador: Bárbara Fabrícia Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05638412.6.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 155.053

Data da Relatoria: 22/11/2012

Apresentação do Projeto:

O(s) pesquisador(es) apresenta(m) titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa

Apresenta(m) comprovante do Currículo Lattes do pesquisador principal e dos demais participantes.

O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico.

O objeto de estudo está bem delineado

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São informados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia atende ao(s) objetivo(s) proposto(s) e informa:

- ¿ tipo de estudo;
- ¿ procedimentos que serão utilizados
- ¿ número de participantes
- ¿ justificativa de participação em grupos vulneráveis
- ¿ critérios de inclusão e exclusão
- ¿ forma de recrutamento

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



¿ modo de coleta de dados

¿ tipo de análise

¿ cuidados éticos

As referências bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização

O cronograma mostra

¿ o agendamento das diversas etapas da pesquisa

¿ Informa que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê

O orçamento

¿ lista a relação detalhada dos custos da pesquisa

¿ apresenta o responsável pelo financiamento

O instrumento de coleta de dados é pertinente aos objetivos delineados e preserva o sujeito do constrangimento

O TCLE

¿ Está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito

¿ Apresenta justificativa e objetivos

¿ Descreve suficientemente os procedimentos

¿ Apresenta campo para a identificação dos sujeitos

¿ Informa que uma das vias do TCLE deverá ser entregue ao sujeito

¿ Assegura liberdade do sujeito recusar ou retirar o consentimento sem penalidades

¿ Garante sigilo e anonimato

¿ Explicita

o riscos e desconfortos esperados

o Ressarcimento de despesas

o Indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa

o Forma de contato com o pesquisador

o Forma de contato com o CEP

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

¿ Folha de rosto e Declaração de infra-estrutura e de concordância apresentados e adequados

Recomendações:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa ¿ CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, devendo o pesquisador entregar o relatório no final da pesquisa.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.038-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram atendidas

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto.

JUIZ DE FORA, 27 de Novembro de 2012

Assinador por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.038-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br